



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent des finances

---

FINA • NUMÉRO 118 • 1<sup>re</sup> SESSION • 38<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mercredi 26 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 mercredi 26 octobre 2005

•(1535)

[Traduction]

**Le président (M. Massimo Pacetti (Saint-Léonard—Saint-Michel, Lib.)):** Bonjour, mesdames et messieurs. Je vous remercie d'avoir pris le temps de venir présenter vos mémoires.

Nous sommes ici pour les consultations prébudgétaires pour 2005, conformément à l'article 83.1 du Règlement.

Nous procédons comme suit: nous accordons aux groupes de sept à huit minutes pour faire les observations préliminaires concernant leur mémoire ou le sujet dont ils veulent traiter dans le cadre de ces consultations. J'aimerais que vous ne dépassiez pas ce délai, sinon je serai forcé de vous interrompre et je n'y tiens pas. Nous vous poserons des questions, lorsque tous les exposés seront terminés.

J'ai ici une liste des groupes, mais on m'a également demandé de donner d'abord la parole aux représentants du Syndicat canadien de la fonction publique.

Allez-y, monsieur Moist.

**M. Paul Moist (président national, Syndicat canadien de la fonction publique):** Je vous remercie, monsieur le président.

Je suis accompagné de Toby Sanger, économiste attitré du SCFP.

[Français]

Je tiens d'abord à vous remercier de nous avoir invités à vous présenter nos priorités et nos points de vue sur les moyens à prendre pour améliorer la santé de notre économie.

Nous représentons plus de 550 000 travailleurs dans presque toutes les collectivités du Canada. Notre effectif est formé d'un vaste éventail de travailleurs qui offrent des services publics de qualité dans l'ensemble du Canada.

[Traduction]

Monsieur le président, nous voudrions signaler que le niveau de vie au Canada en rapport avec la productivité n'est pas uniquement une question de revenu comme tel. Les aspects du bien-être liés à la santé, et aux facteurs sociaux et environnementaux, la quantité de temps libre que nous avons et la vigueur générale de nos collectivités sont des facteurs très importants pour nos membres et pour les Canadiens, mais ils ne sont pas pris en compte dans le produit intérieur brut ou dans d'autres mesures du revenu.

Le concept de base de la productivité est simple, mais les facteurs qui influencent la productivité sont complexes. Ce qui est plus important que la quantité de capitaux humains, physiques et entrepreneuriaux, c'est que les capitaux soient de haute qualité, qu'ils soient pertinents et qu'ils soient efficaces.

•(1540)

[Français]

De bons services publics jouent un rôle essentiel et direct dans l'accroissement de notre qualité de vie, et ce rôle ne se reflète pas

directement dans la mesure de la productivité. Des niveaux élevés d'investissements sociaux entraînent une augmentation du niveau de productivité. La France et la Norvège sont plus productives que les États-Unis parce que ces pays investissent davantage dans la société, et leur qualité de vie est plus élevée.

[Traduction]

Nous estimons que des services publics de qualité augmentent la productivité de plusieurs façons différentes. Les investissements consentis pour la garde des enfants, l'éducation, les soins de santé et l'infrastructure affichent un très haut taux de retour sur l'investissement. Nous pensons en outre que les services publics accroissent notre cohésion sociale et notre capital social, ce qui, en retour, augmente notre productivité et notre qualité de vie. La réduction de la pauvreté et des inégalités est essentielle pour accroître la cohésion sociale et la productivité.

Dans la partie intitulée «Rétablir l'équilibre» du mémoire que nous avons déposé devant le comité, nous signalons qu'il est essentiel que nous ayons une vision commune des objectifs sociaux. Les Canadiens n'adhéreront pas à l'objectif de la productivité s'ils n'y voient pas des avantages. Nous y mentionnons que les travailleurs n'ont pas eu leur part des gains au niveau de la productivité qu'ils ont générée en grande partie: les salaires réels ont diminué parce que les employeurs les ont maintenus à un niveau peu élevé alors que le coût de la vie a augmenté. Les travailleurs qui dépendent de l'aide sociale ou d'autres transferts de revenus ont eu encore moins de chance.

Par conséquent, la principale recommandation que nous vous faisons est qu'il est indispensable d'augmenter les salaires minimums et d'accorder du financement pour les programmes visant à réduire la pauvreté et à accroître l'intégration sociale. Nous pensons que le plein emploi — ou le fait d'avoir un bon emploi — est le meilleur programme social qui soit.

Dans la partie intitulée «Accroître la reddition de comptes démocratique et la gouvernance», nous expliquons que le scandale des commandites a entaché la crédibilité du gouvernement fédéral à l'échelle nationale et à l'échelle internationale. Le scandale est issu d'un programme fédéral de sous-traitance et de privatisation d'une fonction gouvernementale, un fait qui a été ignoré. Dans la version longue de notre mémoire, nous expliquons que l'impartition et la privatisation affaiblissent la reddition de comptes et la gouvernance.

En ce qui concerne les programmes, nous expliquons de façon précise que les transferts définis, avec un financement à long terme et prévisible, soutenus par un cadre législatif de reddition de comptes dans plusieurs secteurs clés, sont avantageux pour le Canada. Il s'agit notamment de l'application de la Loi canadienne sur la santé, de la mise en place d'une loi nationale sur les garderies accompagnée d'engagements de financement à long terme et de l'octroi de fonds uniquement à des fournisseurs publics ou à des fournisseurs sans but lucratif, d'une loi sur l'enseignement postsecondaire, sur laquelle je ferai des commentaires dans quelques instants, et d'un plan à long terme pour la reconstruction de l'infrastructure municipale.

En ce qui concerne la préparation des budgets, nous prôtons une démocratie et une transparence accrues. Ce processus est important, mais passablement limité. Nous n'approuvons pas le projet de loi C-67. Nous pensons qu'il restreindra la démocratie budgétaire à l'échelon fédéral. Nous ne sommes pas partisans de l'adoption d'un ratio fixe en ce qui concerne l'affectation de l'excédent fédéral.

Au chapitre des politiques macro-économiques, nous estimons que la méthode la plus facile pour accroître la productivité consiste à accroître l'emploi et à réduire le chômage; la productivité du chômeur est nulle. Notre pays devrait adopter une politique de plein emploi. Les hausses de taux de la Banque du Canada — dues en partie à la productivité — ont ralenti et elles reprendront, à notre avis; par conséquent, le coût des capitaux augmentera et ralentira encore davantage la croissance de la productivité.

Au chapitre des politiques fiscales, monsieur le président, le budget pour l'an 2000 contenait des réductions d'impôt d'une valeur de plus de 100 milliards de dollars qui avaient manifestement été décidées dans le but d'accroître l'investissement et l'innovation. Depuis, les profits des entreprises et la rémunération des p.-d.g. sont montés en flèche, les taux d'investissement ont diminué et la productivité a stagné. Nous sommes persuadés que vous ne devriez pas prendre au sérieux des arguments laissant entendre que de nouvelles réductions générales des taux d'impôt sur les revenus des sociétés stimuleront nécessairement l'investissement.

Nous recommandons que l'aide au développement soit accrue, que l'on mette en place des principes budgétaires et que l'on fixe notamment le montant de l'aide au développement à 0,7 p. 100 de notre revenu national. Nous ne pouvons pas envisager des réductions supplémentaires de l'impôt sur le revenu des sociétés alors qu'en Afrique, 6 000 enfants et adultes meurent chaque jour qui passe.

Nous faisons des recommandations précises portant sur des dépenses fédérales accélérées en matière de garde des enfants, dont le montant devrait atteindre 10 milliards de dollars en 2015, et sur l'inclusion de dispositions de reddition de comptes dans la loi sur les garderies.

En ce qui concerne l'éducation postsecondaire, nous vous demandons d'accroître les transferts fédéraux, avec un financement lié à la diminution des droits de scolarité. Vous devriez instaurer un transfert spécial à l'éducation postsecondaire, confirmé par des dispositions législatives, interdire le financement d'établissements privés, d'établissements à but lucratif et de partenariats publics-privés et remplacer les divers programmes de financement par un système national de bourses.

Dans la version longue de notre mémoire, nous faisons de longs commentaires sur le fait que les entreprises canadiennes investissent trop peu dans la formation, soit moins de la moitié de la moyenne pour les pays membres de l'OCDE.

●(1545)

Nous avons des recommandations précises sur la réforme de l'assurance-emploi, que je ne mentionnerai pas tout de suite.

En ce qui concerne la Loi canadienne sur la santé, il est essentiel de mettre en place un meilleur système de présentation de rapports, de surveillance et d'application, de refuser tout financement aux provinces qui enfreignent les principes de la loi, et de mettre sur pied un programme national d'assurance-médicaments et un programme national de soins à domicile, avec un financement lié à la prestation publique des services de santé.

Je vais terminer par des commentaires sur l'infrastructure municipale. Le gouvernement fédéral a bien fait d'accorder un remboursement de la TPS aux municipalités... et de mettre en oeuvre dans le dernier budget le Nouveau pacte pour les villes et les collectivités. Cependant, les sommes accordées au cours des deux prochaines années ne sont pas suffisantes. Les versements pourraient être accélérés par rapport au plan quinquennal établi dans le dernier budget, surtout à la suite des revenus supplémentaires considérables provenant de la taxe fédérale sur les carburants. Il est essentiel de mettre en place un plan à long terme pour reconstruire l'infrastructure municipale et supprimer un déficit supérieur à 60 milliards de dollars, en prenant des engagements à long terme afin de permettre aux municipalités de faire des investissements rentables.

Nous avons annexé cet après-midi une résolution urgente sur les prix du carburant, adoptée dans le cadre de notre congrès national, qui a eu lieu à Winnipeg il y a deux semaines. Nous rejetons les suggestions concernant une diminution des taxes fédérales et vous recommandons plutôt un engagement plus vigoureux à l'égard des municipalités en ce qui concerne les transports et les objectifs de conformité au Protocole de Kyoto, en utilisant les revenus supplémentaires provenant des taxes sur le carburant.

Notre mémoire contient de nombreux autres commentaires, monsieur le président, mais je vais arrêter pour laisser la parole à mes collègues; nous répondrons ensuite à vos questions.

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Moist.

Nous allons maintenant suivre l'ordre indiqué sur la liste que nous avons.

Je donne la parole à Mme Kennelly, de la Société canadienne du cancer.

**Dr Jo Kennelly (directrice, Avancement scientifique et politique publique, Institut national du cancer du Canada, Société canadienne du cancer):** Je vous remercie pour cette occasion de faire un exposé devant le Comité permanent des finances. Je suis ici au nom de Mme Barbara Whyllie, chef de la direction de la Société canadienne du cancer.

Depuis que nous avons témoigné l'année dernière, environ 69 000 Canadiens sont décédés des suites du cancer. Cette année, aucune personne vivant au Canada n'est décédée des suites du SRAS ni des suites de la grippe aviaire. Comme l'a signalé la semaine dernière M. Terry Sullivan, p.-d.g. de Action Cancer Ontario, le cancer est une menace certaine pour la productivité économique du Canada.

Nous estimons qu'au cours des 30 prochaines années, près de 6 millions de Canadiens recevront un diagnostic de cancer et que plus de 2,5 millions de Canadiens décéderont des suites de cette maladie. Le cancer aura une double incidence sur l'économie; la première sera une perte de plus de 176 milliards de dollars au niveau des coûts directs des soins de santé et la deuxième sera qu'il fera diminuer les recettes fiscales de plus de 248 milliards de dollars, ce qui réduira la capacité des gouvernements, à tous les échelons, à financer les services liés au cancer et les autres services.

Le cancer entraînera une diminution de la productivité qui se traduira par des pertes salariales de l'ordre de 540 milliards de dollars. Ces pertes de productivité seront surtout liées à une invalidité de degré variable des personnes atteintes d'un cancer; la plupart des pertes de productivité sont inutiles. Un des messages clés communiqués par la Dre Whyllie à la conférence fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé dans le cadre de l'exposé qu'elle a fait la semaine dernière est qu'il est possible, en utilisant des outils de gestion des risques, en communiquant les données de façon plus homogène à travers le pays et en collaborant avec les provinces de façon inclusive, de gérer efficacement les risques sanitaires et économiques associés à l'augmentation prévue du nombre de cancéreux liée au vieillissement des membres de la génération du baby-boom.

La semaine dernière, le gouvernement fédéral a annoncé une mise de fonds initiale de 59,5 millions de dollars pour le financement d'une stratégie sur le cancer. Ce n'est pas suffisant pour relever les défis posés par le cancer pour l'avenir. Il ne reste plus que quatre ans avant que les membres de la génération du baby-boom ne fassent appel en grand nombre au système de soins de santé, avec des risques accrus de cancer.

Plus on tarde à prendre la décision d'investir dans une stratégie efficace sur le cancer, moins on sera préparé à affronter la forte augmentation du nombre de personnes atteintes du cancer au cours des prochaines années. Les ravages que cela causera dans la vie des Canadiens, dans notre système de soins de santé, dans nos entreprises et dans notre économie à cause de ce manque de préparation et de gestion sont complètement inutiles. Nous avons les connaissances nécessaires pour faire une différence. La gestion du défi que pose le cancer ne devrait pas être laissée au hasard d'une série de mesures de surveillance manquant d'homogénéité à l'échelle nationale qui mettront nos citoyens, nos travailleurs et certains secteurs de notre économie dans une situation de vulnérabilité.

Les 59,5 millions de dollars annoncés la semaine dernière pour la lutte contre le cancer ont été accordés sans parler des résultats attendus de cet investissement. Un investissement ciblé, stratégique et axé sur des résultats est ce que les Canadiens méritent.

De nombreux pays ont adopté des approches semblables et ont obtenu des résultats remarquables. En 1996, l'Irlande a lancé une stratégie nationale de lutte contre le cancer. Une des principales réussites de cette stratégie est la réduction de 15 p. 100 en 2001 des taux de décès des suites de cancer dans le groupe d'âge des 65 ans. D'autres réussites incluent un meilleur rendement sur l'investissement par une meilleure organisation des soins aux personnes atteintes de cancer. La stratégie britannique sur le cancer a été mise en oeuvre en 2000. Elle a entraîné une diminution de 12,2 p. 100 des taux de décès des suites du cancer chez les personnes âgées de moins de 75 ans par rapport à l'année de base (1997). En Australie, la stratégie sur le cancer mise en place en 1996 est une des sept priorités nationales en matière de santé et une des stratégies axées sur une maladie précise élaborée à la suite de la prise de conscience de l'impact économique croissant des maladies chroniques. La Nou-

velle-Zélande a lancé sa stratégie sur le cancer en 2003 et la France a annoncé cette année du financement pour son plan national de mobilisation pour la lutte contre le cancer.

Des objectifs ont été établis. Alors que d'autres pays ont pris des mesures et que les citoyens et les économies profitent des avantages d'approches stratégiques fondées sur des données factuelles en matière d'investissement dans la lutte contre le cancer, le Canada a continué de discuter de l'utilité de plans semblables.

● (1550)

L'Organisation mondiale de la santé a fait, depuis 1978, la promotion des avantages du financement de stratégies axées sur des maladies précises, comme le cancer, pour lutter contre des maladies qui représentent un lourd fardeau économique. Il est temps que le gouvernement du Canada cesse de temporiser et qu'il fasse des investissements judicieux dans une approche à la lutte contre le cancer globale, inclusive, stratégique et axée sur les résultats.

Plus de 700 experts en matière de cancer, y compris des organismes provinciaux sur le cancer et l'Agence de santé publique du Canada, ont élaboré une stratégie sur le cancer axée sur les résultats, la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, pour le Canada. Le conseil responsable de cette stratégie a eu recours à des principes de gestion des risques très sophistiqués et aux compétences spécialisées du secteur bancaire pour établir des objectifs de réduction du cancer pour le Canada et élaborer des réseaux virtuels d'experts et des systèmes de transfert des connaissances pour communiquer des connaissances rapidement et facilement à travers le pays, afin de permettre aux provinces et aux territoires de mieux gérer le cancer à l'échelle locale. La région du Canada où l'on est établi ne devrait pas être un facteur déterminant de la qualité de vie ou de la survie.

Les objectifs préliminaires attendus pour une période de 30 ans établis par ce conseil et vérifiés par le biais d'une des pratiques exemplaires à l'échelle internationale sont une réduction annuelle de 45 p. 100 du nombre de nouveaux cas de cancer et une réduction annuelle de 51 p. 100 du nombre de décès dus au cancer d'ici 2033. Ces résultats sont basés sur les connaissances actuelles et ne tiennent pas compte des nouvelles découvertes scientifiques.

La stratégie n'est pas un mécanisme mis en place pour imposer des programmes ou services précis à une province ou à un territoire. Un principe capital de la stratégie est qu'on sauve des vies en faisant progresser le savoir.

Le Canada n'est pas semblable aux autres pays. Sur le plan de la gestion des risques, il a un avantage unique car les soins de santé sont dispensés par 13 provinces et territoires différents. Ce facteur nous donne l'occasion de partager des pratiques exemplaires et de tirer rapidement les leçons de nos erreurs. Le financement et la mise en oeuvre intégraux de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, tel que la Chambre des communes l'a demandé au gouvernement fédéral le 7 juin 2005, alignera le Canada sur les pratiques exemplaires internationales, sauvera des vies et réduira l'impact économique connu et gérable du cancer.

Nous demandons par conséquent au Comité permanent des finances de faire la recommandation suivante au gouvernement. Compte tenu de la crise imminente qui sera causée par le cancer au Canada et de son impact sur la productivité des Canadiens et sur l'économie canadienne, la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer devrait être entièrement financée et immédiatement mise en oeuvre par le gouvernement fédéral.

Le milieu canadien de la lutte contre le cancer soutient la Stratégie et est prêt à passer à l'action.

Je vous remercie pour votre attention.

• (1555)

**Le président:** Madame Philp.

**Dre Karen Philp (directrice nationale, Politiques publiques et relations gouvernementales, Association canadienne du diabète):** Bonjour. Je vous remercie d'avoir invité notre association à vous rencontrer à nouveau aujourd'hui. L'année dernière, nous vous avons demandé d'appuyer notre demande concernant l'octroi immédiat de 50 millions de dollars et un engagement fédéral permanent à l'égard de la Stratégie canadienne du diabète. Je vous remercie, car c'était dans le budget de l'année dernière. Je vous remercie sincèrement au nom de nos bénévoles.

Cette année, cependant, nous sommes ici pour vous demander d'appuyer les recommandations qui seront faites tout à l'heure par l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, par le Conseil canadien des organismes bénévoles en santé et par nos partenaires, à savoir la Fondation des maladies du cœur du Canada et la Société canadienne du cancer. Notre association est fière d'être membre de ces deux coalitions et elle a un partenariat intéressant avec la Fondation des maladies du cœur du Canada et la Société canadienne du cancer.

Nous avons toutefois une demande à faire au nom des Canadiens atteints de diabète. Ils nous ont demandé de trouver avec votre aide une solution au petit problème suivant. Comme nous le savons tous, une population active en santé est un des atouts économiques les plus importants du Canada, mais si les Canadiens atteints de diabète n'ont pas le soutien nécessaire pour être efficaces dans notre économie, c'est toute la population canadienne qui en paie le prix.

**Le président:** Veuillez parler moins vite, madame Philp.

**Dre Karen Philp:** Pardon. J'ai fait la même chose l'an dernier, je pense.

**Le président:** Je ne sais plus, mais vous n'êtes pas la première et vous ne serez pas la dernière. C'est aux interprètes que cela cause de la difficulté.

Je vous remercie.

**Dre Karen Philp:** Je vous ai remis un feuillet. Je signalerai certains des points qui y sont examinés.

Chaque année, le diabète coûte plus de 13,2 milliards de dollars à l'économie, en raison des absences au travail, des congés d'invalidité et du retrait du marché du travail. Une hyperglycémie ou une hypoglycémie légère peut malgré tout altérer les fonctions cognitives et les habiletés motrices fines, porter atteinte à la concentration et causer une sensation de faiblesse. Le diabète est la sixième cause principale de décès chez les hommes et la septième chez les femmes au Canada. Il en résulte une perte de productivité de plus de 1 milliard de dollars associée à la mortalité prématurée; par conséquent, le coût de la diminution de productivité associée au diabète est élevé pour la société canadienne.

Statistique Canada signale que les Canadiens atteints de diabète gagnent en moyenne beaucoup moins que les autres citoyens. Les résultats d'études américaines récentes indiquent que les diabétiques sont plus susceptibles, dans une proportion de 60 p. 100, d'avoir des malaises au travail que les personnes non atteintes de cette maladie et que cet état entraîne une perte de productivité. Par conséquent, des Canadiens se rendent au travail alors qu'ils ne se sentent pas bien et sont incapables de travailler ou sont forcés de se retirer du marché du travail à cause de graves problèmes de santé associés à leur diabète; ils ne génèrent pas de rendement économique, ne paient pas d'impôt

sur le revenu ou ne contribuent pas à l'élévation du niveau de vie économique national.

Nous savons pourtant que les Canadiens atteints de diabète qui ont les moyens de soigner leur maladie, d'après les données les plus fiables disponibles, sont capables de travailler à plein rendement et d'apporter une contribution constructive à leur collectivité et à la population active. Malheureusement, comme dans le cas du cancer, la région du Canada où l'on vit joue un rôle important dans le cas des diabétiques. Les montants déboursés par les diabétiques pour les médicaments et les fournitures dont ils ont besoin pour soigner leur maladie varient considérablement d'une région à l'autre du pays. Les médicaments et les fournitures nécessaires pour se soigner peuvent coûter jusqu'à 5 000 \$ par an aux Canadiens atteints de cette maladie. Bien des personnes ignorent que les diabétiques paient les médicaments et les fournitures de leur poche. Les frais supplémentaires pour les pompes à insuline, les coûts d'assurance supplémentaires, les soins de podologie et un régime alimentaire approprié peuvent atteindre 15 000 \$ par an.

Dans mon mémoire, vous trouverez un tableau qui indique les dépenses qu'un travailleur canadien atteint de diabète de type 1, ayant un salaire de 15 000 \$ par an, devra faire, après toutes les subventions gouvernementales, les quotes-parts, les programmes et les mesures de soutien. Le mémoire souligne ce qu'un Canadien ayant un salaire de 15 000 \$ par an — ce qui représente 8,60 \$ de l'heure — doit payer de sa poche pour soigner son diabète. Comme vous pouvez le constater, les chiffres sont bruts et si vous vivez dans les Maritimes, vous devez consacrer de 21 à 25 p. 100 de votre revenu brut au seul achat des médicaments et des fournitures et ce, après que le gouvernement ait payé sa part. La situation est beaucoup plus avantageuse si vous êtes adhérent au Programme des services de santé non assurés du gouvernement fédéral car vous n'avez alors naturellement rien à payer. C'est vraiment parfait si vous vivez au Nunavut et êtes couvert par le programme fédéral.

Cependant, la situation des Canadiens qui vivent au Canada Atlantique est particulièrement émouvante. Certains d'entre eux nous ont exposé leur cas au téléphone. Nous avons appris, par exemple, que Barb Marche et son fils Liam, de Red Brook (Terre-Neuve), paient environ 450 \$ par mois de leur poche pour les fournitures de pompe à insuline de Liam. Ils doivent en outre trouver 6 000 \$ de plus tous les quatre ans pour remplacer la pompe à insuline. Ils ont de la difficulté à joindre les deux bouts.

Florence Flynn, de Cornwall (Île-du-Prince-Édouard), nous a raconté qu'elle a moins de difficultés financières actuellement parce que l'employeur de son mari a un régime d'assurance-médicaments couvrant la majeure partie du coût de ses médicaments et fournitures pour le diabète. À 63 ans, son mari aimerait prendre sa retraite, mais il perdrait cette assurance et devrait trouver plus de 3 000 \$ de plus par année pour acheter les médicaments et fournitures de Florence.

Tammi Publicover, 30 ans, de Halifax (Nouvelle-Écosse), nous a signalé qu'elle avait dû suspendre ses cours à l'université pour une année complète uniquement pour être admissible à l'aide sociale, parce qu'elle n'avait pas les moyens de payer ses médicaments et fournitures pour le diabète lorsqu'elle était étudiante.

Robert Bacon de Terrebonne (Québec) nous a raconté que son régime d'assurance-médicaments privé couvre 80 p. 100 de ses frais mais qu'il doit encore payer 320 \$ par mois pour ses fournitures.

Carissa Nikkel de Winnipeg, chez qui un diabète de type A a été diagnostiqué alors qu'elle était âgée de 7 ans et qui a maintenant 21 ans, tente de s'en sortir par ses propres moyens, mais elle a d'énormes difficultés à payer ses médicaments et fournitures pour le diabète ainsi que son logement et ses frais de subsistance avec un revenu de 15 000 \$ par an.

Dans le Nord, Sue Denison de Rankin Inlet (Nunavut) nous a dit que, même si le régime d'assurance-médicaments du gouvernement couvre de 80 à 100 p. 100 de ses frais, elle trouve que la vie dans la région la plus éloignée du Canada pose un défi, car elle ne peut avoir accès à des aliments sains à un prix abordable ni à des endocrinologues ou autres spécialistes pour le diabète.

Comme vous pouvez le constater, dans toutes les provinces et territoires du pays, des Canadiens tentent de peine et de misère de soigner leur diabète pour être des citoyens productifs et apporter leur contribution à leur collectivité. Par conséquent, nous demandons au gouvernement fédéral de faire preuve de leadership et d'investir dans le prochain budget pour redresser certaines des inégalités inhérentes à l'aide actuelle accordée aux Canadiens vivant avec le diabète en recommandant des modifications afin que le crédit d'impôt pour personnes handicapées traite équitablement tous les Canadiens insulino-dépendants. Pourquoi modifier le crédit d'impôt pour personnes handicapées? Parce que c'est le mécanisme auquel le gouvernement fédéral peut avoir recours pour aider directement les Canadiens atteints de diabète et leur famille et pour les aider à s'adapter au coût personnel élevé du traitement de cette maladie.

●(1600)

L'année dernière, en réponse au rapport final du Comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées, le gouvernement fédéral a accepté de mettre en oeuvre ses recommandations qui étaient conçues pour assurer un traitement plus équitable aux Canadiens qui doivent empiéter sur leurs activités quotidiennes régulières pour suivre une thérapie leur permettant de survivre.

Le traitement à l'insuline est défini comme une thérapie de survie car, sans cela, les personnes atteintes de diabète meurent. Les modifications au crédit d'impôt pour personnes handicapées proposées dans le budget de l'année dernière ne sont pas entièrement conformes aux recommandations du comité consultatif technique. Par exemple, dans son rapport final, ce comité recommande spécifiquement que l'on tienne compte du temps consacré à la préparation essentielle et à l'administration de ces soins, et au rétablissement à la suite de la thérapie de survie. Pour les Canadiens atteints de diabète à qui leur médecin a prescrit de l'insuline, les activités de préparation essentielles, à savoir la mesure de la glycémie et le calcul des glucides, et le rétablissement des suites de l'hypoglycémie, sont des activités habituelles.

Cependant, le traitement de l'hypoglycémie chez les adultes diabétiques est considéré par le gouvernement fédéral comme du «temps de rétablissement à la suite d'une thérapie» et ne peut par conséquent pas entrer dans les calculs associés aux critères d'admissibilité au crédit d'impôt.

Ensuite, le comité consultatif technique a recommandé que le temps consacré à des activités directement lié au calcul de la dose de médicament de survie, à savoir l'insuline, soit considéré comme du temps consacré à administrer cette thérapie et pourtant, d'après les fonctionnaires fédéraux, le temps nécessaire pour déterminer la dose médicale appropriée d'insuline, notamment pour le calcul des glucides, n'est pas considéré comme du temps consacré à administrer l'insulino-thérapie.

Contrairement aux autres thérapies, les doses d'insuline sont constamment modifiées au cours de la journée, en fonction des taux de glycémie, des aliments consommés et des niveaux d'activité. S'il n'examine pas tous les aspects de la décision à prendre quant à la dose, un diabétique canadien insulino-dépendant ne peut pas déterminer, préparer ou administrer la dose appropriée d'insuline. En raison de cette distinction médicale nécessaire, le calcul des glucides pour les diabétiques est en fait un cas unique par rapport aux considérations diététiques associées à la plupart des autres maladies.

Le calcul des glucides n'est pas une exigence diététique, une restriction ou un régime, contrairement à ce que pensent généralement les fonctionnaires fédéraux; c'est une nécessité médicale. Les meilleures données disponibles, publiées dans les *Lignes directrices de pratique clinique 2003 pour la prévention et le traitement du diabète au Canada* de l'Association canadienne du diabète, recommandent que les personnes qui utilisent l'insulino-thérapie ajustent leur insuline en fonction de la teneur en glucides — amidon et sucre — de leurs repas. Pour les diabétiques utilisant un des régimes de traitement intensif à l'insuline, l'éducation en matière d'adaptation de la dose d'insuline en fonction de la teneur en glucides — le calcul des glucides, par exemple — est recommandée...

●(1605)

**Le président:** Madame Philp, j'aimerais que vous terminiez car le temps dont vous disposiez est largement dépassé.

**Dre Karen Philp:** Bien.

Enfin, je signale que des défis importants se posent aux médecins et aux endocrinologues qui veulent confirmer l'admissibilité de leurs patients au crédit d'impôt pour personnes handicapées. Alors qu'ils sont déjà surchargés par leurs activités médicales, l'Agence du revenu du Canada demande aux médecins d'identifier et de certifier le temps qu'un Canadien passe quotidiennement à soigner son diabète sur une formule de crédit d'impôt. Les médecins nous ont dit qu'il leur sera difficile, voire impossible, d'intégrer cet exercice méticuleux à leur calendrier de travail déjà surchargé.

Ce que les médecins savent très bien toutefois, c'est que la gestion intensive des taux de glycémie est, de façon non équivoque, liée à la prévention des complications et que cela prend du temps. Ce qui nous préoccupe, c'est que des médecins bien intentionnés réagiront de façons différentes à la demande du gouvernement fédéral. Certains signeront la formule T2201 de crédit d'impôt pour personnes handicapées, mais d'autres refuseront...

**Le président:** Je suis désolé, mais je dois vous interrompre, madame Philp. Je vous remercie. Vous avez largement dépassé le temps dont vous disposiez.

Je donne maintenant la parole à M. Bernstein, représentant des Instituts de recherche en santé du Canada.

Allez-y.

**Dr Alan Bernstein (président, Instituts de recherche en santé du Canada):** Merci beaucoup.

Je vous remercie pour cette occasion de faire un exposé.

J'aimerais vous communiquer deux principaux messages. Le premier est un message de remerciement. Au nom des 10 000 chercheurs en santé qui sont actuellement financés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), je vous remercie pour l'appui que le Parlement nous donne depuis cinq ans, soit depuis notre création en 2000.

Le deuxième message est que les investissements du gouvernement du Canada dans les IRSC contribuent directement à rendre le Canada plus productif grâce à une meilleure santé, à un système de soins de santé plus solide et viable, et à une économie du savoir plus prospère.

[Français]

Les investissements du gouvernement du Canada dans les IRSC contribuent à rendre le Canada plus productif grâce à une meilleure santé, à un système de soins de santé plus solide et viable, et à une économie du savoir plus prospère.

[Traduction]

Depuis leur création en 2000, les IRSC ont transformé la façon dont la recherche en santé s'effectue au Canada et se sont beaucoup éloignés du rôle traditionnel d'un organisme subventionnaire. Nous travaillons avec plus de 120 partenaires dans les secteurs public et privé, y compris des organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé dont un certain nombre sont représentés ici aujourd'hui. Ces partenaires ont contribué à faire des IRSC une réalité. Aujourd'hui, ces partenariats représentent une contribution annuelle additionnelle de plus de 90 millions de dollars à la recherche en santé financée par les IRSC sur des questions prioritaires comme les temps d'attente, les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'arthrite, l'obésité, la santé mentale et le cancer.

Par cet effort collectif, les chercheurs en santé canadiens font avancer la science qui permet d'améliorer la santé et la qualité de vie des Canadiens qui constituent la véritable base d'une société productive. La recherche financée par les IRSC fait l'objet chaque jour d'une importante couverture dans les médias, et ses résultats sont publiés dans les revues scientifiques les plus prestigieuses du monde. Par exemple, un chercheur financé par les IRSC, le Dr Steven Narod, de l'Université de Toronto, a été reconnu plus tôt cette année comme le scientifique le plus cité au monde en ce qui a trait à la recherche sur le cancer du sein. Le Dr Salim Yusuf, de l'Université McMaster, financé par les IRSC en partenariat avec la Fondation des maladies du cœur du Canada, a publié un article sur les facteurs de risque pour la crise cardiaque qui a été choisi le deuxième article scientifique en importance de l'année par la prestigieuse revue médicale britannique *Lancet*.

Pour aller de l'avant, les IRSC veulent combler les principales lacunes et donner suite aux possibilités dégagées lors de consultations nationales auprès des chercheurs en santé et d'autres parties prenantes. Les enjeux sur lesquels les IRSC veulent agir au cours des prochaines années incluent les suivants... Premièrement, nous nous efforcerons d'appuyer un système de soins de santé renforcé. Des investissements audacieux et clairvoyants dans la recherche en santé aujourd'hui sont essentiels pour bâtir un système de santé fondé sur des preuves, viable et productif pour les Canadiens. La recherche financée par les IRSC joue un rôle clé dans ce processus de réforme des soins de santé.

Par exemple, en partenariat avec les sous-ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, les IRSC ont récemment financé une recherche pour aider les provinces et les territoires à respecter les engagements pris dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé en établissant des points de référence fondés sur des preuves pour les temps d'attente jugés acceptables du point de vue médical. Huit équipes, financées le printemps dernier, ont présenté leur deuxième rapport synthétisant les meilleures données au monde pour un certain nombre d'actes médicaux prioritaires comme le remplacement de la hanche et la restauration de la vue. Leur travail a été

un facteur clé qui a contribué au succès de l'entente intervenue le week-end dernier à la réunion des premiers ministres sur la santé.

Avant de passer à la prochaine étape, il est nécessaire de faire de la recherche clinique pour réduire l'écart toujours grandissant dans l'application des connaissances issues de la recherche fondamentale, d'une part, et les nouvelles approches de plus en plus efficaces pour la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies, d'autre part. À l'heure actuelle, le Canada n'a pas une capacité suffisante pour mener la recherche clinique de plus en plus complexe et coûteuse du 21<sup>e</sup> siècle. Notre initiative de recherche clinique, issue d'un partenariat avec la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI), transformera la capacité du Canada de faire de la recherche clinique en établissant des centres et des plates-formes pour les équipes multidisciplinaires. Ces centres et ces équipes, qui seront mis sur pied avec le concours de la FCI, des oeuvres de bienfaisance dans le domaine de la santé et des provinces, combleront l'écart entre ce que nous découvrons en laboratoire et ce que nous faisons en milieu clinique. Ils sont conçus pour accélérer l'application de nouvelles connaissances scientifiques afin de découvrir de nouveaux traitements et moyens de diagnostic et de créer de nouvelles sociétés.

Deuxièmement, les IRSC travailleront pour améliorer la productivité en milieu de travail. Le succès du Canada dans la course à la productivité mondiale dépend de la santé de ses citoyens et de sa population active. L'incapacité mentale compte maintenant pour 30 à 40 p. 100 des demandes d'indemnité pour invalidité dans le milieu du travail, ce qui coûte 33 milliards de dollars chaque année au Canada. On estime que d'ici à 2020, les troubles dépressifs deviendront la principale cause de morbidité dans le monde industrialisé. Pour répondre au problème, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT) des IRSC a mis sur pied l'Initiative de santé mentale en milieu de travail. De nouvelles équipes de recherche en santé de partout au Canada oeuvrent actuellement aux côtés d'organisations de santé au travail pour créer une base de connaissances et établir des politiques ainsi que des interventions en vue d'améliorer la qualité de vie au travail.

Nos partenaires dans cette initiative sont entre autres le Congrès du travail du Canada, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail et la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario.

● (1610)

Troisièmement, les IRSC favoriseront également la prochaine vague de sociétés de biotechnologie. Le secteur canadien de la biotechnologie comprend 470 sociétés, dont plus de 80 p. 100 travaillent dans le domaine de la santé. Ses revenus se chiffrent à 3,2 milliards de dollars (US), en hausse de 18 p. 100 par rapport à 2002, et elle emploie 12 000 travailleurs hautement spécialisés. La plupart de ces sociétés ont vu le jour grâce à des recherches financées par les IRSC. Par nos programmes de recherche et de commercialisation innovateurs, et nos partenariats avec des organismes des secteurs public et privé, nous jouons le rôle de catalyseur dans la commercialisation de la recherche universitaire.

Notre politique de commercialisation reconnaît explicitement que la commercialisation passe par quatre éléments essentiels, à savoir un robuste pipeline de recherche exceptionnelle, le talent, le capital intellectuel et des possibilités d'interaction constructive entre les milieux de la recherche, des finances et de la gestion.

Nous voudrions maintenant saisir la possibilité de devenir un chef de file mondial dans les technologies nouvelles appliquées à la santé. L'impact de la nanoscience et des technologies de nano-ingénierie devrait être l'un des plus profonds parmi toutes les technologies habilitantes primaires. C'est pourquoi nous avons mis en place une initiative d'envergure en médecine régénératrice et en nanomédecine. Elle contribuera à une nouvelle stratégie nationale en matière de nanotechnologie, une des principales priorités déterminées par le Conseiller national des sciences du Canada. Nos partenaires dans cette initiative sont entre autres la Société SLA du Canada, l'Agence spatiale canadienne, la Fondation des maladies du cœur, la Fondation de recherche sur le diabète juvénile, le Conseil national de recherches du Canada, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie et Neurosciences Canada.

Quatrièmement, nous investirons dans les gens, et c'est là un thème commun de toutes les initiatives dont je viens de parler. De jeunes talentueux et possédant la formation et les ressources nécessaires pour la recherche au 21<sup>e</sup> siècle sont essentiels pour travailler dans nos universités et nos hôpitaux d'enseignement, mener à terme la recherche et occuper des emplois spécialisés dans nos sociétés de biotechnologie et bureaux de transfert de la technologie.

À l'heure actuelle, nous finançons plus de 2 100 bourses de formation individuelles, notamment des bourses de premier cycle et des cycles supérieurs et des bourses postdoctorales. Ces boursiers s'ajoutent aux 4 200 stagiaires rémunérés à même des subventions de recherche des IRSC. De plus, la très importante Initiative pour la formation en recherche dans le domaine de la santé des IRSC, un investissement de 120 millions de dollars avec nos partenaires des organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé, des provinces et de l'industrie, a permis de créer 87 centres de formation en recherche dans le domaine de la santé, qui accueillent près de 600 étudiants des cycles supérieurs et boursiers postdoctoraux.

Nous améliorerons ces programmes destinés à développer des talents nouveaux. Les subventions de programme de formation stratégique devraient être majorées et leur nombre augmenté, et les allocations devraient être majorées afin d'attirer un plus grand nombre d'étudiants de talent vers des carrières en recherche dans le domaine de la santé, que ce soit dans l'industrie, dans la fonction publique, dans les professions de la santé, dans le commerce ou à l'université.

En conclusion, monsieur le président, tout ce que nous savons des économies du savoir, de la compétitivité mondiale, de la productivité et de la santé nous dit que les investissements dans la recherche, en particulier dans la recherche en santé, sont parmi les plus intelligents, les plus efficaces et les plus prudents qu'une société peut faire. D'autres pays reconnaissent ce fait. Les États-Unis, la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Australie, la Corée du Sud, le Japon et, maintenant, l'Inde et la Chine sont actifs dans ce domaine. Leurs investissements dans la recherche en santé au cours des cinq dernières années et leurs investissements prévus pour les cinq prochaines années sont tous égaux ou supérieurs à ceux du Canada.

Je crois fermement que les initiatives dont je vous ai parlé aujourd'hui, qui sont des exemples de notre vision audacieuse et de nos plans ambitieux pour les cinq prochaines années, conduiront à une plus grande productivité au Canada, à une meilleure santé, à un système de santé plus efficace et à une économie plus solide.

Les succès des IRSC jusqu'ici n'auraient pas été possibles sans le soutien constant du gouvernement du Canada. Maintenant, je vous demande de construire sur cette base. Nous avons besoin d'un engagement pluriannuel à faire passer notre budget de base de son

niveau actuel d'environ 700 millions de dollars à 1 milliard de dollars au cours des trois prochaines années. C'est un objectif ambitieux, mais essentiel pour que les IRSC puissent s'acquitter du mandat que leur a confié le Parlement.

Merci.

• (1615)

**Le président:** Je vous remercie.

Madame Harvey, de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada.

**Mme Jean Harvey (directrice générale par intérim, Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada):** Bonjour, mesdames et messieurs. Je voudrais me présenter. Je m'appelle Jean Harvey et je suis directrice générale par intérim de l'APMCC, l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada. J'aimerais présenter également Karen Cohen, membre de notre comité de direction. Elle est également directrice générale adjointe de la Société canadienne de psychologie.

Vous trouverez une petite brochure dans votre documentation. L'APMCC est un réseau de 54 organismes des secteurs bénévole, public et privé formant une alliance provinciale-territoriale très active et regroupant plus d'un millier de membres actifs. Les membres viennent de partout au pays et forment un réseau pour accomplir une mission. Cette mission est d'encourager et soutenir une action coordonnée à l'échelle nationale en vue du déploiement d'une approche de santé publique intégrée pour la prévention des maladies chroniques par le leadership collectif, la promotion de l'intérêt public et le développement des capacités.

Quand nous pensons à l'évolution des maladies chroniques et à leur impact sur la productivité au Canada, nous avons des raisons d'être optimistes et également des raisons d'être alarmés.

Pour commencer par l'aspect positif, nous sommes optimistes parce que nous constatons une prise de conscience accrue du fardeau croissant que représentent les maladies chroniques et des progrès accomplis jusqu'à présent au chapitre de la mobilisation des efforts dans le but de promouvoir des modes de vie sains au Canada. Nous avons encore eu la preuve de cette prise de conscience croissante pas plus tard que la semaine dernière. Le gouvernement fédéral a annoncé l'affectation d'un montant de 300 millions de dollars au financement de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques à l'Agence de santé publique du Canada. L'APMCC salue chaleureusement le leadership du gouvernement fédéral dans ce domaine. C'est un grand pas en avant et nous nous réjouissons de collaborer avec le gouvernement à l'élaboration et à la mise en oeuvre de cette stratégie.

Le nombre croissant et la diversité croissante des secteurs, des organisations et des particuliers qui unissent leurs efforts pour résoudre ensemble les problèmes associés aux taux croissants d'obésité, d'inactivité physique et à d'autres facteurs de risque représentent un progrès supplémentaire. En ce qui concerne les maladies chroniques, il est également encourageant de constater certaines victoires remportées sur le champ de bataille. Par exemple, au chapitre du tabagisme, nous savons que la combinaison de l'information et du soutien, des stratégies, de la réglementation et des efforts concertés de nombreux intervenants a entraîné une réduction du tabagisme. C'est donc une réussite.

Nous avons en outre (aujourd'hui???) davantage de connaissances aujourd'hui(???) que jamais auparavant sur les possibilités de prévention des maladies chroniques par une réduction des facteurs de risque clés. C'est une bonne nouvelle. Cela indique que nous sommes sur la bonne voie. Ce qui est encourageant, c'est que 80 p. 100 des cas de maladies cardiovasculaires prématurées, d'accidents vasculaires cérébraux et de diabète de type 2 et 40 p. 100 des cas de cancer pourraient être évités par une saine alimentation, l'activité physique régulière et le renoncement au tabagisme. Voilà en ce qui concerne l'aspect positif. Cependant, nous avons des motifs d'être alarmés et il est impératif d'avoir un sentiment d'urgence en ce qui concerne les décisions futures.

On estime à 93 milliards de dollars le coût annuel des maladies chroniques au Canada. Ce chiffre inclut un montant estimatif de 54 milliards de dollars en perte de productivité liée à une invalidité à court terme et à long terme et au décès prématuré. Nous savons que notre population vieillit et que la prévalence de l'excès pondéral, de l'obésité et de l'inactivité physique est élevée; par conséquent, on peut s'attendre à ce que le montant augmente. L'Organisation mondiale de la santé prévoit qu'au cours des dix prochaines années, l'incidence des maladies chroniques augmentera de 15 p. 100 au Canada et que ces maladies feront plus de 2 millions de victimes parmi la population canadienne.

Comme je l'ai signalé, nous connaissons la nature des facteurs de risque, mais ces facteurs sont malheureusement très répandus dans notre collectivité. En fait, 60 p. 100 des Canadiens adultes ont un excédent de poids ou sont obèses, 80 p. 100 des Canadiens sont inactifs physiquement et ne bénéficient pas des avantages de l'activité physique pour la santé. En outre, alors que certaines victoires ont été remportées au chapitre du tabagisme — les victoires que nous savons —, il ne faut pas oublier qu'à l'heure actuelle, 20 p. 100 des Canadiens sont considérés comme des fumeurs.

Il est clair qu'il est essentiel de faire davantage à la fois pour améliorer la vie des Canadiens et réduire les pertes qu'entraînent les maladies chroniques pour le système des soins de santé du pays et, par ricochet, au plan de la productivité. Nous recommandons au gouvernement fédéral d'accroître son engagement dans le domaine des maladies chroniques et des modes de vie sains, de trois façons.

Premièrement, nous demandons au gouvernement fédéral de bonifier dans les plus brefs délais son engagement de 300 millions de dollars dans les modes de vie sains et la prévention des maladies chroniques. On trouve trois rubriques sous ce point. La première est que nous demandons des fonds supplémentaires nouveaux pour accroître l'efficacité de la Stratégie intégrée sur les modes de vie sains et les maladies chroniques. C'est ce qu'on est en train de faire. Il est essentiel d'adopter pour cela des approches intégrées et de prendre des initiatives visant les principaux facteurs de risque.

Nous estimons en outre qu'il est nécessaire d'octroyer des fonds supplémentaires pour prendre en compte d'autres maladies chroniques qui ne sont pas visées dans le montant initial.

• (1620)

Il est essentiel de prendre en compte et de financer la lutte contre des maladies chroniques comme les troubles mentaux et les maladies respiratoires chroniques, et d'autres facteurs de risque tels que les facteurs psychosociaux qui, comme nous le savons tous, ont une incidence sur la santé.

Nous pensons de surcroît qu'il serait nécessaire d'allouer 15 millions de dollars pour inclure un volet permanent de mesures physiques dans l'Enquête canadienne sur les mesures de santé. Ces chiffres sont nécessaires pour pouvoir intensifier la surveillance de la

santé et évaluer les initiatives de prévention des maladies chroniques mises en oeuvre à l'échelle nationale.

Deuxièmement, nous recommandons que le gouvernement fédéral réclame des gouvernements provinciaux et territoriaux qu'ils affectent une partie de l'augmentation des ressources en soins de santé inscrites dans le plan d'action décennal sur la santé aux activités relatives à la santé publique, en réservant des sommes spécifiques à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chroniques. Nous estimons qu'il est essentiel de soutenir la prévention des maladies chroniques par le biais d'un système de santé publique vigoureux à travers le pays.

Troisièmement, nous recommandons que le gouvernement verse des fonds spéciaux substantiels pour des infrastructures communautaires favorisant les modes de vie sains. Nous entendons par là les installations de loisir, les espaces verts, les activités culturelles et éducatives. Vous verrez que la même recommandation se trouve dans le mémoire de la Fondation des maladies du coeur du Canada.

L'autre volet de cette recommandation est que nous estimons qu'il faudrait consacrer 7 p. 100 des infrastructures de transport. La marche et le cyclisme sont des exemples de transport actif. Vous constaterez que cette recommandation se trouve également dans le mémoire du programme «Vert l'action», qui sera présenté plus tard dans la semaine et aussi dans celui de la Fondation des maladies du coeur du Canada.

Nous savons que l'infrastructure qui favorise les modes de vie sains et le transport actif encourage l'activité physique et nous savons que cela contribue à d'autres facteurs déterminants de la santé importants — un plus grand soutien social, une plus grande participation communautaire, un meilleur développement de la petite enfance et une meilleure qualité de l'air.

Outre ces recommandations, l'APMCC appuie les recommandations de la Coalition canadienne pour la santé publique au 21<sup>e</sup> siècle et de l'Association canadienne de santé publique — qui ont déjà présenté leurs mémoires — et appuie également un financement accru de la recherche en santé, tel que recommandé dans le mémoire des Instituts de recherche en santé du Canada, qui vient d'être présenté, recommandation appuyée également par la Fondation des maladies du coeur du Canada, le Conseil canadien des organismes bénévoles en santé et Recherche Canada.

En conclusion, nous demandons au gouvernement fédéral d'inclure une prévention efficace des maladies chroniques et les modes de vie sains dans sa vision d'un accroissement de la productivité au Canada et de les considérer comme des volets essentiels de cette vision. Nous lui demandons de le faire en accroissant son engagement en ce qui concerne la Stratégie intégrée sur les modes de vie sains et les maladies chroniques, en encourageant des investissements accrus dans la santé publique et la prévention des maladies chroniques à l'échelle nationale et en investissant dans l'infrastructure communautaire et dans les Canadiens afin de faire des modes de vie sains une réalité. Si nous prenons toutes ces mesures, nous pensons que le rendement du capital investi sera considérable.

Je vous remercie pour votre attention.

• (1625)

**Le président:** Merci, madame Harvey.

Je voudrais poser une brève question au sujet de la troisième recommandation. C'est la première fois que j'entends cette recommandation — l'affectation de 7 p. 100 du financement de l'infrastructure des transports à la mise en place d'une infrastructure de transport actif. Comment savez-vous que ce n'est pas le cas? Existe-t-il des chiffres à ce sujet?

**Mme Jean Harvey:** Le pourcentage varie d'une région du pays à l'autre. Il est d'environ 5 p. 100 actuellement. La raison pour laquelle nous recommandons 7 p. 100 est qu'environ 7 p. 100 des Canadiens se rendent au travail ou à l'école à pied ou à bicyclette. Ce chiffre de 7 p. 100 représente donc un pourcentage équitable des fonds.

**Le président:** D'où tirez-vous ce chiffre de 5 p. 100? Est-ce que les municipalités ou...

**Mme Jean Harvey:** Oui, je pense que c'est un chiffre qui a été établi par le programme «Vert l'action». Cet organisme a fait des enquêtes à travers le pays. Le pourcentage varie toutefois selon la région. Il est plus élevé au Québec et beaucoup plus bas dans d'autres provinces.

**Le président:** Je vous remercie.

Monsieur Hoult, du Conseil canadien des organismes bénévoles en santé.

**M. Peter Hoult (membre, Conseil de direction, Conseil canadien des organismes bénévoles en santé):** Bonjour, mesdames et messieurs. Je vous remercie pour cette occasion de faire un exposé au nom du Conseil canadien des organismes bénévoles en santé. Je m'appelle Peter Hoult et je suis un bénévole et membre du conseil de direction du CCOBS. Je suis également bénévole pour la Fondation canadienne du rein, organisme affilié au CCOBS.

Vous savez déjà que les organismes bénévoles en santé jouent plusieurs rôles clés dans le système de santé, notamment dans la recherche, l'éducation publique et la prestation directe des services. Le CCOBS représente les organismes bénévoles en santé nationaux en étant un ardent porte-parole des préoccupations communes de ses membres. Nos membres, qui incluent 16 des plus grandes et des plus puissantes organisations au Canada, représentent une somme de connaissances, de compétences spécialisées, d'expérience et de ressources. Les organismes bénévoles en santé nationaux qui sont affiliés au CCOBS s'engagent à améliorer et à renforcer la santé des Canadiens, objectif que nous partageons avec le gouvernement du Canada.

À l'échelle nationale, les organismes bénévoles en santé représentent des milliers d'employés et des millions de bénévoles qui servent les Canadiens dans leurs collectivités tout au long de l'année. La contribution des bénévoles officiels représente quelque 93 millions d'heures par année. Le nombre total d'heures de bénévolat informel — les familles et les amis et voisins qui s'entraident — est évalué à 2,3 milliards. Les organismes bénévoles représentent une ressource humaine importante dans le système de santé canadien.

Le secteur bénévole en santé est en outre un intervenant majeur dans le domaine de la recherche en santé. Le financement de la recherche-développement en santé assuré par nos membres représente un montant annuel d'environ 150 millions de dollars. C'est considérable et la totalité de ces fonds sont récoltés par le biais de dons faits par des particuliers, des entreprises et des fondations. En raison des liens étroits et importants entre les organismes bénévoles en santé nationaux et les Canadiens, le CCOBS est une voie de communication importante qui permet aux stratégestes et aux décideurs de connaître les opinions et les préoccupations des Canadiens et des Canadiennes.

Le gouvernement a manifesté un engagement louable envers la santé des Canadiens, comme le démontre son engagement récent de 300 millions de dollars à l'égard de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques, la création de l'Agence de santé publique du Canada ainsi que l'investissement et le soutien permanents des Instituts de recherche en santé du Canada et des chaires de recherche. Nous félicitons le gouvernement pour ces investissements. Cependant, nous avons déposé aujourd'hui un mémoire contenant plusieurs recommandations susceptibles d'améliorer la santé et la productivité des Canadiens. Je voudrais examiner brièvement quelques-unes des plus importantes.

Premièrement, nous pensons qu'il est nécessaire de modifier la Loi de l'impôt sur le revenu afin de tenir davantage compte des frais exceptionnels encourus par de nombreux Canadiens. À cette fin, nous pensons que le gouvernement fédéral devrait élargir la définition de l'invalidité afin d'accorder un allègement fiscal aux Canadiens qui doivent supporter des frais supplémentaires en raison de maladies aiguës chroniques ou d'invalidités. Nous estimons que c'est nécessaire parce que les personnes handicapées qui sont invalides en raison d'une longue maladie ou d'une maladie chronique encourrent des frais exceptionnels liés au traitement de la maladie ou de l'invalidité et à la vie quotidienne. Le remplacement de la définition restrictive mise en place pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées par une définition incluant l'infirmité mentale et physique rendrait ce crédit plus pertinent pour de nombreuses personnes. En outre, la définition actuelle d'une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques exclut de nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques.

Deuxièmement, nous recommandons que le régime fiscal tienne davantage compte de la nature involontaire des coûts associés à la santé et à l'invalidité. La Loi de l'impôt sur le revenu ne répond pas à tous les besoins des personnes qui doivent payer ces coûts. Étant donné que la loi est davantage axée sur l'invalidité, les personnes souffrant d'une maladie chronique ou aiguë sont parfois exclues, alors que leurs besoins sont souvent aussi grands que ceux des personnes handicapées.

Les organismes affiliés et leurs membres estiment en outre qu'un contribuable devrait être en mesure de rémunérer son conjoint ou sa conjointe légitime ou de fait, ou toute autre personne dont la fonction n'est pas nécessairement de fournir des soins auxiliaires. La déduction pour frais de soins auxiliaires visée à l'article 64 prévoit que le montant versé à une personne par un contribuable pour les soins fournis pour pouvoir aller travailler ou fréquenter certains types d'établissements d'enseignement sont déductibles dans certaines limites mais que cela ne lui donne pas le droit de rémunérer son conjoint légitime ou de fait pour ces activités. Nous estimons que le contribuable devrait être en mesure de rémunérer son conjoint ou sa conjointe légitime ou de fait et que l'article 67 de la loi imposerait des limites raisonnables si on considérait que cela puisse poser un problème. L'inclusion de ce cas faciliterait l'indépendance économique des personnes handicapées et renforcerait l'économie et la productivité des Canadiens.

Enfin, toujours en ce qui concerne la politique fiscale, le CCOBS recommande vivement davantage d'équité dans l'administration du crédit d'impôt pour personnes handicapées. Nous estimons qu'il est essentiel d'appliquer aux personnes qui remplissent la formule T2201 les mêmes dispositions en matière d'équité que celles applicables aux questions liées à l'intérêt et aux pénalités. Lorsque la T2201 est négative ou incomplète, le contribuable devrait pouvoir demander au comité consultatif une révision par souci d'équité. Le comité consultatif aurait les compétences nécessaires pour déterminer s'il convient ou non d'accéder à la demande. Comme dans le cas des autres dispositions législatives concernant l'équité, cette disposition prévoirait également la possibilité d'une révision judiciaire fondée sur l'équité par le biais de l'appareil judiciaire.

● (1630)

Le CCOBS estime également que le gouvernement fédéral devrait continuer de jouer un rôle de chef de file à l'échelle nationale en matière de recherche en santé pour le bien commun et pour le bien public. Le gouvernement devrait bonifier son investissement par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), qui sont le principal véhicule de recherche en santé dans notre pays. Nos membres soutiennent activement la recommandation du Dr Bernstein qui demande au gouvernement de s'engager à porter le budget des IRSC à 1 milliard de dollars au cours des trois prochaines années. Le gouvernement devrait toutefois en outre inclure également les organismes bénévoles en santé nationaux dans le programme de financement fédéral pour les coûts indirects de recherche. Ces organismes ont décidé de ne pas financer ces coûts tant que ce changement n'aura pas été apporté.

Le terme «coûts indirects» s'applique aux frais administratifs liés aux activités d'un établissement de recherche — par exemple chauffage, éclairage, comités de révision déontologique, installations pour les animaux, etc. Les services qui entraînent des coûts indirects ne sont pas associés à un projet de recherche précis. Le gouvernement et les organismes bénévoles en santé nationaux financent un pourcentage très élevé de la recherche en santé au Canada. Jusqu'en mars 2001, les subventions de recherche du gouvernement fédéral et des organismes bénévoles ne finançaient que les coûts directs de recherche.

Cependant, l'augmentation du financement fédéral à la recherche directe a entraîné parallèlement une hausse des frais de fonctionnement et des coûts indirects pour les universités et les hôpitaux de recherche. Ces frais supplémentaires sont liés au fait que ces établissements ont besoin de personnel, d'équipement et d'infrastructures supplémentaires pour tirer parti des niveaux maximums de fonds affectés directement à la recherche disponibles, tout en continuant d'accomplir leur mandat en matière d'enseignement et de service à la collectivité.

Par conséquent, l'Association des universités et collèges du Canada a demandé au gouvernement fédéral de financer les coûts indirects de recherche. Elle a demandé spécifiquement au gouvernement de financer les coûts indirects dans une proportion de 40 p. 100 parce que les données indiquent que ces coûts représentent ce pourcentage des coûts totaux. Bien que cette association ait demandé un taux forfaitaire de 40 p. 100, ces coûts varient toutefois selon le type de recherche. Par exemple, les coûts indirects de la recherche en sciences sociales ne sont parfois que de 15 à 20 p. 100 alors que les coûts indirects de la recherche médicale peuvent atteindre 50 p. 100.

En mars 2001, le gouvernement fédéral a approuvé l'octroi ponctuel d'un montant de 200 millions de dollars pour payer les coûts indirects de la recherche qu'il parraine. Ces fonds ont été distribués aux universités et hôpitaux d'enseignement en se basant

sur une formule qui tenait compte du montant des fonds directs de recherche reçu des trois conseils subventionnaires fédéraux: le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie, le Conseil de recherches en sciences humaines et les IRSC.

Dans le budget 2003, le gouvernement fédéral a annoncé que le programme en ce qui concerne les coûts indirects deviendrait permanent, avec un financement de 225 millions de dollars, en 2003-2004. En 2004-2005, ce montant a été augmenté à 245 millions de dollars, puis majoré de nouveau à 260 millions de dollars pour 2005-2006. Cependant, les organismes de bienfaisance en santé continuent pour la plupart à ne financer que les coûts directs de recherche et restent exclus de ce programme.

Le Conseil des organismes bénévoles en santé a fait initialement du lobbying en faveur du financement de tous les coûts de recherche et a appuyé l'instauration du programme concernant les coûts indirects parce qu'il était clair que le montant viendrait d'une source de financement distincte et pas directement du financement de la recherche. Cependant, peu après la mise en place de ce programme, on a compris clairement que le financement des coûts indirects associés aux subventions gouvernementales à la recherche avait des incidences négatives sur les organismes de bienfaisance et, par conséquent, les universités ont dit qu'elles demanderaient à ceux-ci de leur rembourser les coûts indirects. En outre, certaines universités déconseillent aux chercheurs d'accepter des subventions d'organismes de bienfaisance s'ils reçoivent également une offre de fonds des IRSC.

Les changements récents que le gouvernement fédéral a apportés à sa politique dans ce domaine incluent des mesures incitatives pour les établissements de recherche, y compris les universités et les hôpitaux d'enseignement, afin qu'ils accordent la préférence aux fonds en provenance des trois conseils subventionnaires fédéraux plutôt qu'aux fonds provenant des organismes bénévoles en santé. La situation est aggravée par le fait que la formule d'attribution des chaires de recherche dans le contexte du Programme des chaires de recherche du Canada exclut également les organismes bénévoles en santé. Le résultat est que l'on considère que les subventions des organismes bénévoles en santé ont moins de valeur. Cette situation exerce des pressions sur les chercheurs financés par des organismes bénévoles pour qu'ils cherchent du financement ailleurs et des pressions sur les organismes bénévoles en santé pour qu'ils financent les coûts indirects.

Le travail que font les organismes bénévoles en santé nationaux pour la santé des Canadiens est d'une importance critique. Pour pouvoir continuer à répondre aux besoins de nos intervenants, relever les nouveaux défis et profiter des nouvelles occasions qui s'offrent, les organisations bénévoles nationales ont besoin de l'appui vigoureux du gouvernement. Un financement fédéral durable est essentiel dans des domaines comme l'élaboration et la prestation de services et de programmes, la promotion de la santé et la prévention.

Un engagement de cet ordre soutiendrait un programme de hausses prévisibles des investissements fédéraux dans la recherche qui enverrait aux chercheurs et à ceux qui financent la recherche un message vigoureux. Cela permettrait de faire à l'avance de la planification stratégique appuyant les campagnes de recherche systémique. Cela permettrait en outre à nos scientifiques, chercheurs et médecins de talent de savoir qu'ils peuvent poursuivre leurs travaux importants au Canada. La recherche est parfois qualifiée de service suprême aux malades.

•(1635)

En conclusion, le gouvernement a l'occasion de jouer un rôle de chef de file plus vigoureux dans les domaines de la politique fiscale et des coûts indirects de recherche. Il peut y arriver en partenariat avec les organismes bénévoles en santé nationaux et le secteur bénévole en général. Nous pouvons participer de façon concrète à la planification stratégique en santé et à la reconfiguration du système de prestation des soins de santé. Ensemble, nous pouvons améliorer la santé et la productivité de tous les Canadiens et Canadiennes.

Je vous remercie.

**Le président:** Merci, monsieur Hoult.

Voici maintenant M. Myers, de la Fondation des maladies du coeur du Canada.

**M. Cleve Myers (président, Fondation des maladies du coeur du Canada):** Je vous remercie, monsieur le président. Bonjour, mesdames et messieurs. Je m'appelle Cleve Myers et je suis le président bénévole de la Fondation des maladies du coeur du Canada. Je suis accompagné aujourd'hui de Mme Sally Brown, qui est notre directrice générale.

Je vous remercie pour cette occasion que vous me donnez de présenter mon exposé le dernier cet après-midi; c'est un avantage car les chances que vous vous souveniez de mon exposé sont ainsi accrues. En fait, je pense que vous y relèverez quelques thèmes communs à tous les exposés qui ont été faits cet après-midi.

La mission de la Fondation des maladies du coeur du Canada consiste à améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes, en favorisant la recherche, la promotion de la santé et les représentations en faveur de la santé afin de prévenir et de réduire les invalidités et les décès dus aux maladies du coeur et aux accidents vasculaires cérébraux.

Nous tenons tout d'abord à féliciter le gouvernement fédéral pour le rôle de chef de file qu'il a joué dans la santé et dans la promotion de la santé au cours de l'année écoulée, notamment pour l'investissement de 300 millions de dollars dans la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. Nous nous réjouissons de collaborer avec le gouvernement à l'élaboration et la mise en oeuvre de cette stratégie, y compris d'une stratégie cardiovasculaire.

Le mémoire que nous vous présentons aujourd'hui souligne l'importance de considérer le contrôle de l'obésité comme moyen d'alléger le fardeau croissant des maladies chroniques, telles que les maladies du coeur et les accidents vasculaires cérébraux. En réduisant le fardeau de l'obésité et celui des maladies du coeur et des accidents vasculaires cérébraux, nous contribuons à nous assurer une population en meilleure santé qui, par conséquent, s'avère plus productive pour notre économie nationale et réduit par ailleurs en outre les pressions sur le financement des soins de santé et les périodes d'attente.

Monsieur le président, les maladies cardiovasculaires prélèvent un lourd tribut sur la population canadienne. C'est la principale cause de décès au Canada, car elles sont responsables de 75 000 décès par année, soit 33 p. 100 de tous les décès au pays. C'est la principale cause des ordonnances médicales. Ce sont des maladies coûteuses, qui représentent en coûts directs et indirects des dépenses d'environ 18,5 milliards de dollars par an. Ce fardeau est aggravé par l'obésité qui est un important facteur de risque en ce qui concerne les maladies du coeur et les accidents vasculaires cérébraux, ainsi qu'en ce qui concerne, comme vous l'avez entendu, le cancer et le diabète.

Environ 60 p. 100 des Canadiens ont un excès pondéral ou sont obèses.

La Fondation est active dans le domaine de la lutte à l'obésité. Nous avons entre autres choses coparrainé avec les IRSC, c'est-à-dire les Instituts de recherche en santé du Canada, et avec l'Agence de santé publique du Canada un forum national sur l'obésité au Canada. Des politiciens, des scientifiques, des urbanistes et d'autres experts y ont participé.

Nous administrons le programme d'information nutritionnelle le plus crédible, le programme Visez santé qui porte actuellement sur plus de 500 produits vendus en épicerie. Vous pouvez les identifier grâce à la petite coche rouge sur les produits alimentaires vendus en épicerie. Nous finançons des initiatives de recherche innovatrices reliées à l'obésité afin de contribuer à l'accroissement des capacités dans ce domaine au Canada.

Nous pensons que pour réduire l'obésité, il est essentiel de s'attaquer activement au problème sur plusieurs fronts. Le gouvernement devrait d'abord utiliser des incitatifs fiscaux et étudier la possibilité du recours à des dissuasifs fiscaux pour faire la promotion des régimes alimentaires sains et de l'activité physique. Les incitatifs fiscaux devraient notamment être utilisés pour encourager l'activité physique et des habitudes alimentaires saines. Nous avons des preuves convaincantes que les incitatifs fiscaux sont efficaces. On impose actuellement des taxes dans les restaurants sur de nombreux aliments sains. Il faudrait que la TPS sur ces aliments soit supprimée. En outre, le gouvernement fédéral devrait envisager de supprimer la TPS sur l'équipement sportif non destiné à l'élite comme les vélos; il devrait en outre envisager d'accorder des allègements fiscaux aux personnes qui achètent des laissez-passer de transport en commun.

Les Canadiens appuient ces mesures. Par exemple, un récent sondage Environics réalisé cet automne auprès de plus de 2 000 Canadiens a indiqué que 80 p. 100 des Canadiens trouvaient qu'il serait nécessaire de supprimer la taxe de vente sur le matériel d'exercice comme les vélos, que 60 p. 100 des Canadiens estiment que le gouvernement devrait accorder des crédits d'impôt ou des allègements fiscaux pour l'achat de cartes de membre d'un gymnase et qu'environ 85 p. 100 des Canadiens appuient la suppression de la taxe de vente sur les aliments sains.

Nous savons que les mesures fiscales dissuasives ne sont pas très appréciées, mais nous pensons qu'il serait bon d'envisager le recours à de telles mesures, surtout en parallèle avec des incitatifs fiscaux. Il ne faut pas oublier que les mesures fiscales se sont avérées extrêmement efficaces dans le cas du tabac. Aux États-Unis, plusieurs États imposent actuellement un certain type de taxe sur les produits alimentaires «malsains» ou sur la malbouffe. On pourrait imposer de la TPS sur les aliments malsains sur lesquels on ne paie actuellement pas de taxes dans les commerces de détail, comme les céréales malsaines, les shortenings, etc. Ce type de taxes est une excellente méthode pour faire des revenus qui serviraient à financer des programmes de promotion de modes de vie sains et de la santé.

De la recherche supplémentaire est nécessaire dans ce domaine pour examiner les incidences précises des mesures fiscales sur la santé. Lors d'un récent sondage Environics réalisé cet automne, plus de la moitié des Canadiens et des Canadiennes étaient d'accord avec l'imposition d'une taxe de vente additionnelle sur les aliments «malsains» ou la «malbouffe» afin de réduire l'obésité.

L'utilisation conjuguée d'incitatifs et de dissuasifs fiscaux est une bonne méthode pour encourager l'industrie alimentaire à reformuler ses produits en faveur d'ingrédients plus sains. En outre, si elles sont combinées astucieusement, il est possible que ces mesures n'entraînent aucun gain ou aucune perte pour le Trésor public.

•(1640)

Ensuite, nous recommandons que le gouvernement fédéral alloue au moins 7 p. 100 des fonds reliés aux infrastructures de transport dans le but d'encourager la création d'infrastructures locales qui favorisent l'utilisation de modes de transport actifs, comme l'a expliqué tout à l'heure Mme Harvey.

Nous recommandons en outre un investissement annuel de 10 milliards de dollars dans des projets d'infrastructure sociale. Pourquoi? Parce que nous avons suffisamment de données qui démontrent que le milieu bâti a des incidences négatives sur notre capacité d'être actifs physiquement et de maintenir un poids «santé». Le type de transport que nous utilisons est un facteur clé dans ce contexte. En se basant sur les engagements du gouvernement fédéral en ce qui concerne un nouveau pacte pour les collectivités, il serait bon que l'on envisage sérieusement d'utiliser les fonds destinés actuellement à l'infrastructure pour financer des projets d'infrastructure sociale et de transport actif susceptibles de faciliter un mode de vie actif. Cela inclurait des parcs, des installations de loisir, des sentiers de randonnée, des trottoirs et des pistes cyclables.

Enfin, afin d'établir des preuves scientifiques plus complètes en ce qui concerne les modes de vie sains et l'obésité, il est essentiel d'implanter une organisation dynamique de la recherche en santé au Canada qui soit capable de soutenir à la fois la recherche investigatrice ou la recherche due à l'initiative des chercheurs, ainsi que la recherche stratégique dans les domaines tels que l'obésité.

D'autres organismes qui ont témoigné ont recommandé que le gouvernement fédéral annonce son intention de porter le budget de fonctionnement annuel des IRSC à environ 1 milliard de dollars d'ici trois ans. Nous approuvons vigoureusement cette recommandation et estimons que ce chiffre est une évaluation conservatrice des besoins des IRSC. Par conséquent, nous appuyons les commentaires faits par M. Bernstein cet après-midi.

Vous remarquerez probablement que dans notre mémoire, nous exprimons également des inquiétudes sur les incidences négatives que le programme fédéral pour les coûts indirects de recherche a sur la recherche financée par les organismes de bienfaisance en santé, comme l'a expliqué le témoin précédent, M. Hoult. C'est une question grave, car les organismes de bienfaisance en santé dépensent environ 150 millions de dollars par an pour le financement de la recherche en santé et, pourtant, cette recherche financée grâce à des dons n'est pas couverte par le programme fédéral. Nous sommes convaincus qu'il est essentiel de corriger cette conséquence involontaire du programme fédéral sur les coûts indirects de recherche car elle affaiblit notre entreprise nationale de recherche en désavantageant la recherche financée par les organismes bénévoles en santé.

En conclusion, en agissant et en jouant un rôle de leader dans trois domaines — à savoir en utilisant des incitatifs fiscaux et en examinant la possibilité d'avoir recours à des mesures fiscales dissuasives, en fournissant des fonds d'infrastructure susceptibles d'encourager un mode de vie actif et en renforçant notre entreprise nationale de recherche en santé — le gouvernement fédéral pourrait, avec la collaboration du secteur bénévole, réaliser de grands progrès en matière de réduction de l'obésité. Grâce à la réduction de l'obésité,

nous pouvons nous assurer une population et une main-d'oeuvre plus en santé et, par conséquent, une économie nationale plus productive.

Compte tenu des excédents budgétaires que nous avons au Canada, il est essentiel que nous ayons la perspicacité et le courage d'investir dans les mesures de réduction de l'obésité que nous avons mises en évidence aujourd'hui. C'est un bon placement.

La Fondation des maladies du coeur travaille en étroite collaboration avec tous ses partenaires du secteur des maladies chroniques et nous sommes fiers d'appuyer les mémoires préparés pour les consultations budgétaires par les coalitions suivantes dont nous sommes membres: Recherche Canada, l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, la Coalition canadienne pour la santé publique au 21e siècle et le Conseil canadien des organismes bénévoles en santé.

Je vous remercie pour votre attention.

**Le président:** J'ai eu de la difficulté avec ce groupe-ci. Je pense que la plupart des groupes ont dépassé les neuf minutes qu'ils avaient à leur disposition et il ne reste donc plus beaucoup de temps pour les membres du comité. Je vais entamer un tour de questions de cinq minutes.

J'ai sur la liste M. Solberg, M. Bouchard, Mme Boivin et Mme Wasylycia-Leis.

Je rappelle aux témoins que ce sont des tours de cinq minutes pour les questions et les réponses. Je pense que mes collègues apprécieraient que vous répondiez brièvement.

Monsieur Solberg.

•(1645)

**M. Monte Solberg (Medicine Hat, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je regrette beaucoup que nous disposions de si peu de temps. Nous avons entendu d'excellents exposés et des suggestions très intéressantes.

Je voudrais d'abord poser une question à la représentante de la Société canadienne du cancer. Mon collègue, Steven Fletcher, a posé aujourd'hui à la Chambre une question sur une stratégie nationale de lutte contre le cancer. Comme vous le savez, une motion a été adoptée le 7 juin à la Chambre — il s'agissait de sa motion, en fait —, demandant au gouvernement d'appuyer une telle stratégie.

Lorsqu'il a posé une question à ce sujet aujourd'hui, on lui a répondu que le gouvernement avait déjà investi 1 milliard de dollars dans cette initiative. Quels commentaires avez-vous à faire à ce sujet? Je suis certain que cette réponse n'est probablement pas suffisante à votre point de vue.

**Dr Jo Kennelly:** Nous reconnaissons qu'au cours de la semaine qui vient de s'écouler, le ministre a insisté beaucoup sur les dépenses de 1 milliard de dollars consacrées au cancer. Nous avons trois commentaires à faire à ce sujet.

Le premier est que le gouvernement ne nous a pas communiqué les résultats de ces dépenses de 1 milliard de dollars et que, par conséquent, nous n'avons pas d'information sur les résultats de cet investissement. Nous savons, comme je l'ai mentionné dans mon exposé, que d'autres pays ont dépensé beaucoup moins de 1 milliard de dollars en fonds nouveaux et ont obtenu des réductions importantes des taux de décès dus au cancer.

La deuxième observation que nous aimerions faire est que ce milliard de dollars qui a été dépensé au cours des dernières années l'a été de façon ad hoc, sans coordination et pour une période déterminée.

Les dépenses consacrées à la lutte au tabagisme ont fait l'objet d'une annonce théâtrale un jour, ont déclenché une activité frénétique, puis cette période a été suivie d'une lente érosion des fonds au cours des années suivantes. La campagne médiatique de masse contre le tabagisme a été abandonnée en raison des dommages collatéraux causés par le scandale des commandites.

Un autre exemple de ce type d'investissement ad hoc, ponctuel et non stratégique a été l'initiative canadienne de recherche sur le cancer de la prostate. Des fonds ont été injectés dans cette initiative et n'ont pas été renouvelés, ce qui a engendré des problèmes de capacité pour les scientifiques canadiens.

Le dernier commentaire que je voudrais faire, pour revenir à la stratégie qui a été élaborée par plus de 700 experts dans le domaine du cancer, est que cette initiative est stratégique, qu'elle est fondée sur des faits, qu'elle est coordonnée et qu'elle est spécifiquement conçue pour évaluer les résultats en fonction des dépenses.

**M. Monte Solberg:** Nous ne disposons que de très peu de temps. M. Myers a parlé d'une série d'incitatifs fiscaux différents pour la promotion d'un mode de vie sain et la prévention de la maladie. Ma collègue, Mme Ambrose, a en fait signalé que notre caucus des jeunes élabore avec l'aide de l'Association du diabète des idées très intéressantes en matière de soins de santé préventifs.

Je me demande si les autres témoins pourraient faire des commentaires sur l'utilité d'un recours au régime fiscal pour encourager cette initiative. Elle touche essentiellement tous les secteurs des soins de santé. Je ne suis pas certain que le Syndicat canadien de la fonction publique ait fait partie de ce groupe, mais les représentants d'autres organismes souhaiteraient peut-être faire des commentaires à ce sujet et nous faire savoir s'ils ont examiné la question et si cela fait partie de leurs propositions et de leurs suggestions en ce qui concerne des maladies contre lesquelles nous tentons tous de lutter.

**Mme Jean Harvey:** Je répondrai la première. L'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada a certes examiné certaines des politiques fiscales mentionnées par la Fondation des maladies du coeur. L'APMCC a souvent collaboré avec cette fondation en ce qui concerne le cancer et le diabète. Nous examinons ces possibilités et examinons les preuves pour déterminer si c'est efficace. Nous approuvons donc les commentaires.

**M. Monte Solberg:** Voici une dernière question que j'adresse à M. Hoult. J'ai cherché partout dans votre mémoire, mais je n'y ai pas trouvé de recommandation demandant que le gouvernement accorde une exemption complète des gains en capital sur les dons de valeurs mobilières cotées en bourse, ce qui aiderait, naturellement, les organismes de bienfaisance.

C'est une proposition sur laquelle ont insisté un certain nombre de personnes, mais particulièrement Don Johnson, qui témoigne devant notre comité chaque année. J'ai été étonné de n'avoir pas trouvé de commentaires à ce sujet dans votre mémoire. Je me demande pourquoi.

• (1650)

**M. Peter Hoult:** Le Conseil canadien des organismes bénévoles en santé représente les organismes bénévoles en santé. Nous élaborons diverses positions que nous tentons de soumettre au gouvernement et à d'autres intervenants et partenaires lorsque nous pouvons constater un intérêt commun de la part des organismes de bienfaisance en santé.

Cela nous intéresse probablement tous, mais nous n'avons pas examiné cette question en particulier dans le contexte des activités actuelles du comité.

**M. Monte Solberg:** Appuyez-vous donc cette proposition telle que vous la comprenez?

**M. Peter Hoult:** Je suis certain que les organismes de bienfaisance en santé l'appuient d'une manière générale. Je ne vois vraiment pas pourquoi ils n'appuieraient pas des mesures au niveau de l'impôt sur le revenu qui rendent les dons aux organismes caritatifs plus efficaces.

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Solberg.

Monsieur Bouchard.

[Français]

**M. Robert Bouchard (Chicoutimi—Le Fjord, BQ):** Merci, monsieur le président.

Je remercie également nos témoins pour leurs excellentes présentations.

Ma question s'adresse à la représentante de la Société canadienne du cancer. J'ai été très surpris de voir les chiffres que vous avez avancés. Évidemment, c'est inquiétant: au cours des 30 prochaines années, 6 millions de gens pourraient être atteints du cancer, dont 2 millions en décéderont. De plus, dans le futur, le cancer affectera considérablement la productivité. On peut donc dire que c'est vraiment préoccupant. C'est une maladie qui nous concerne, une maladie qu'on doit prendre au sérieux. Nous devons donc investir des ressources.

Est-ce qu'une approche préventive et de dépistage du cancer devrait être au centre de la stratégie pour le Canada? C'est la question qui me vient à l'esprit. Est-ce que la priorité de notre approche pourrait être la prévention et le dépistage?

[Traduction]

**Dr Jo Kennelly:** Je vous remercie pour cette question.

Je signale que la prévention est un domaine hautement prioritaire liées notamment à la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, mais qu'elle est là conjointement avec d'autres priorités en ce qui concerne la gestion des risques connus de cancer et des cas de cancer connus auxquels nous sommes confrontés. Par conséquent, bien que notre plus important groupe d'action axe ses efforts sur la prévention, nous investirons également des sommes considérables dans le traitement des cas de cancer connus. Il faudra attendre au moins une dizaine d'années pour que les investissements faits dans la prévention aujourd'hui aient des incidences importantes et il faudra bien continuer à soigner les personnes atteintes du cancer pendant ce temps-là. Il s'agit donc d'une approche en parallèle.

[Français]

**M. Robert Bouchard:** Merci.

Ma deuxième question s'adresse au représentant des Instituts de recherche en santé du Canada.

Vous mentionnez que plusieurs institutions investissent dans la recherche en santé au Canada. Vous dites également que les besoins des institutions sont actuellement de 700 millions de dollars et vous recommandez que ce montant soit haussé à un milliard de dollars pour les trois prochaines années. C'est beaucoup d'argent, ce sont de grosses augmentations. Je ne sais pas si cela suppose de nouveaux programmes de recherche.

Y a-t-il eu, par le passé, des programmes qui ont eu de bons résultats mais qui ont été éliminés, qui ne sont plus en place? J'aimerais avoir votre point de vue là-dessus.

[Traduction]

**Dr Alan Bernstein:** Merci beaucoup pour cette question. Ma réponse se présente en deux volets.

Le premier est le suivant: en ce qui concerne des programmes inexistant, je signale que chaque demande que nous recevons est examinée par des pairs selon ses mérites et son impact probable sur la science et sur la santé. En ce qui concerne le taux de réussite, les chances d'obtenir une bourse de notre organisme sont de l'ordre de 25 à 30 p. 100, selon la concurrence; elles varient légèrement d'une année à l'autre.

De nombreux programmes qui devraient être maintenus sont malheureusement abandonnés parce que nous n'avons pas suffisamment de fonds pour financer tous les excellents programmes, et encore moins pour financer les très bons programmes. Nous examinons constamment les subventions que nous accordons en fonction de l'excellence du programme, selon l'avis d'autres scientifiques.

Le deuxième volet de ma réponse est que l'augmentation de notre budget à 1 milliard de dollars que je réclame tient compte de plusieurs facteurs dont un très important sont les nouvelles initiatives que j'ai mentionnées en matière de recherche clinique, par exemple, la recherche sur la nanosanté et la nanomédecine et sur la santé mondiale.

L'autre point que je n'ai pas mentionné est que toutes les universités et hôpitaux d'enseignement du Canada augmentent leur capacité de recherche en santé parce qu'ils sont conscients de la révolution passionnante actuellement en cours, tout particulièrement dans le domaine de la recherche en santé. C'est une période extrêmement intéressante.

Je pense que nous lisons les articles qui paraissent dans les journaux au sujet des nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché en matière de traitement du cancer, par exemple. Je reviens au sujet du cancer. Ce sont des médicaments qui ont été fabriqués grâce à la recherche. Il est nécessaire d'augmenter notre budget pour nous permettre ne fût-ce que de continuer de répondre à la demande d'excellents scientifiques et universitaires recrutés dans les universités et les hôpitaux à travers le Canada. C'est une période passionnante.

• (1655)

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Bernstein.

Madame Boivin, puis ce sera au tour de Mme Wasylycia-Leis.

[Français]

**Mme Françoise Boivin (Gatineau, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Bienvenue, tout le monde, et merci pour vos présentations.

Tout d'abord, je dirai un mot pour que vous compreniez pourquoi je suis tellement derrière vous. Je viens d'une région qui s'appelle l'Outaouais; je suis la députée de Gatineau, qui se situe juste de l'autre côté de la rivière. Dans ma région, on a des taux d'obésité — certains diront ici que j'en fais sûrement partie —, de fumeurs, de cancer, etc. absolument très élevés. Alors, je peux vous dire que ce sont des préoccupations. Je trouve donc que votre intervention arrive au bon moment.

Je suis contente de voir M. Moist ici. Comme je ne veux pas qu'il s'ennuie, j'aurai quelques questions à lui poser.

Monsieur Bernstein, dans votre présentation, vous avez parlé de quelque chose qui est, selon moi, extrêmement important puisque nous sommes en plein coeur de nos analyses prébudgétaires. Vous avez parlé de la notion de productivité, et tous les organismes que vous représentez s'occupent de s'assurer que nos gens, nos ressources soient en santé, ainsi que nous-mêmes. Sans la santé, on le sait, on ne peut pas aller bien loin. Vous avez parlé d'un fléau qui devient de plus en plus gros et qui s'appelle l'incapacité mentale. Vous nous avez parlé, monsieur Bernstein, du fait que d'ici 2020, les troubles dépressifs deviendraient la principale cause de morbidité dans le monde industrialisé.

J'aimerais poser la question suivante à M. Moist, président du SCFP. Est-ce un phénomène que vous retracez dans les milieux de travail? Votre syndicat s'occupe-t-il de cela? A-t-il des stratégies? Que pourrait-on faire pour améliorer ces situations? En ce qui concerne tous les organismes qui s'occupent de santé et qui ont des messages à passer au gouvernement fédéral, que pensez-vous d'un programme comme ParticipACTION, qui a été aboli? Devrait-on le ramener pour faire bouger les gens?

Je ne me rappelle plus lequel d'entre vous s'occupe du diabète, mais la situation est épouvantable. Des parents viennent à mon bureau avec des enfants de trois ou quatre ans qui se piquent déjà à tour de bras. Il faut faire quelque chose pour essayer d'enrayer ce problème qui, selon moi, est une épidémie beaucoup plus énervante que ce qu'on peut voir dans les médias présentement.

Alors, quel genre de programme pourrait-on mettre sur pied au niveau fédéral, en pensant à la santé publique? Au niveau syndical, retracez-vous cette problématique et ce qui en est la cause? Que peut-on faire?

[Traduction]

**M. Paul Moist:** Je vous remercie pour votre question.

M. Bernstein et moi avons eu un entretien avant le début de la séance. Il a mentionné le Congrès du travail du Canada comme partenaire; des membres du Congrès participent aux initiatives qu'il a mentionnées. En ce qui concerne la plupart des syndicats, nos régimes d'assurance-invalidité de longue durée et notre expérience en matière d'indemnisation des travailleurs pour le stress au travail lié à des causes psychosomatiques indiquent que c'est dans ce secteur que l'on a enregistré la plus forte augmentation au cours des dernières années et que cela fait grimper le coût de certains de nos régimes d'assurance-invalidité de longue durée.

Nous souhaitons vivement collaborer avec des organismes comme ceux que représentent M. Bernstein et d'autres témoins qui sont ici aujourd'hui. Nous représentons un grand nombre de travailleurs du secteur de la santé mentale et de certains des organismes représentés autour de cette table, mais le lieu de travail n'est pas un endroit statique; il est au contraire un endroit très dynamique. La maladie liée au travail pose un énorme problème de productivité aux entreprises canadiennes et à tous les employeurs. C'est ce domaine, où il ne s'agit pas d'une fracture du bras ou d'une fracture de la colonne vertébrale, mais de problèmes liés au stress, qui suscite de loin les plus vives préoccupations liées au travail. C'est une question de santé et de bien-être et le problème est relié aux charges de travail.

En conclusion, je signale que je suis un travailleur du secteur public. Le nombre de personnes employées dans le secteur public, selon la définition de Statistique Canada, qui inclut le gouvernement fédéral, vient d'atteindre 3 millions. Ces niveaux d'emploi n'avaient plus été atteints depuis 1994 en raison des réductions massives d'effectifs et des compressions budgétaires. Cela se présente de diverses façons dans le milieu du travail et l'une des façons est décrite dans les chiffres cités par M. Bernstein.

• (1700)

**Mme Françoise Boivin:** Le syndicat reconnaît-il cependant ce fait et tente-t-il d'agir?

**M. Paul Moist:** Nos meilleures relations de travail au Canada — et je parle seulement au nom du Syndicat canadien de la fonction publique — sont celles pour lesquelles nous avons été proactifs. Lorsqu'un travailleur s'est absenté de son lieu de travail depuis deux ans, ses chances de réintégration sont considérablement réduites, quel que soit son état physique ou mental. Dans le contexte de nos meilleures relations de travail, la réintégration des travailleurs, peut-être pas dans leur emploi à plein temps, mais dans un autre emploi, est rentable pour l'employeur et pour nos régimes d'assurance-invalidité de longue durée, et présente certainement des avantages pour l'employé.

Cette réintégration est pratiquée dans certains milieux de travail, mais pas dans d'autres. Nous avons en fait besoin de l'appui des organismes représentés autour de cette table pour faire l'éducation des syndicats et des employeurs en ce qui concerne les mérites d'une intervention précoce.

**Mme Françoise Boivin:** Je vous remercie.

**Le président:** Merci, madame Boivin.

Les témoins pourraient-ils rester encore cinq ou dix minutes? Êtes-vous d'accord?

Madame Wasylcyia-Leis.

**Mme Judy Wasylcyia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD):** Je vous remercie, monsieur le président. Je remercie les témoins pour leurs excellents exposés.

Toutes ces discussions sur la productivité dans le contexte du nouveau budget deviennent en fait un dialogue au sujet des questions de l'investissement dans la santé et dans la garde des enfants, comme l'ont signalé aujourd'hui la plupart des témoins; une faible minorité très agissante pense qu'une réduction de l'impôt des sociétés est la seule solution pour accroître la productivité. C'est une solution qui revient constamment. Nous en avons eu un bon exemple hier. Tout le groupe — les banquiers, les chefs de sociétés minières et la Fédération des contribuables — pense que la seule solution est d'accorder un allègement fiscal aux entreprises et que tout ira bien.

Si vous écoutez les informations, vous devriez être préoccupés également par la décision des libéraux de rétablir les réductions d'impôt des sociétés qui avaient été supprimées par le budget mieux équilibré du NPD ou d'accorder des réductions générales d'impôt sans régler la question du programme d'investissement.

Ma question s'adresse à Paul Moist. Pourriez-vous nous expliquer, en vous basant sur vos recherches et sur vos analyses, comment une réduction d'impôt en ce qui concerne les sociétés stimulera la productivité au Canada? Pourriez-vous nous donner quelques éclaircissements sur ce débat?

**M. Paul Moist:** Je citerai deux sources — l'une est Statistique Canada et l'autre, la Banque TD — pour réfuter complètement les arguments que vous avez entendus ici, hier.

Statistique Canada indique que:

Une grande partie de la baisse de la productivité du travail relativement à la productivité multifactorielle est attribuable à la diminution de l'intensité du capital, les services du capital par heure travaillée.

Ce que cela signifie, c'est que, au Canada, l'intensité du capital a baissé de 2000 à 2004 en raison de faibles taux d'investissement en capital, dans la foulée des réductions d'impôt les plus importantes dans les annales du Canada, celles prévues dans le budget de 2000.

Il est rare que mes amis de la Banque TD et moi citions des commentaires faits par l'autre partie dans nos exposés qui traitent des nations les plus productives au monde, lesquelles sont apparemment les pays d'Europe occidentale qui sont très réglemmentés.

En ce qui concerne la notion voulant que la taille de la fonction publique est trop grande et qu'il est nécessaire de la réduire, je signale que nous avons atteint les niveaux d'investissement les plus bas jamais atteints dans les services gouvernementaux par rapport à la taille de l'économie: 12 p. 100 du PIB pour les dépenses de programmes fédérales, soit le niveau le plus bas depuis la Seconde Guerre mondiale. Ce n'est donc pas un argument valable de recommander d'accroître, rien que par principe, les dépenses gouvernementales mais, par rapport à la taille et à la richesse de l'économie, les dépenses gouvernementales ne posent pas de problème.

Il n'y a aucun rapport entre l'investissement dans les travailleurs ou l'investissement dans le réoutillage et les réductions d'impôt. C'est le contraire qui s'est produit à la suite des réductions d'impôt de l'an 2000.

• (1705)

**Mme Judy Wasylcyia-Leis:** Je vous remercie. Si vous avez répondu à ma question, vous avez par contre fait vôtre le mythe conservateur selon lequel nos dépenses auraient atteint un niveau encore jamais atteint. En fait, le niveau de nos dépenses par habitant est le plus que jamais enregistré.

Puisque nous sommes en train de démystifier les théories peu crédibles, vous pourriez peut-être nous aider en ce qui concerne une autre théorie, monsieur Moist, à savoir celle qui a été perpétuée par les conservateurs, mais qui a été défendue également hier par la Fédération des contribuables. Le Syndicat canadien de la fonction publique est très actif dans le domaine de la garde des enfants et il est conscient du fait qu'il est important de mettre en place un programme national de garderies. Pourriez-vous expliquer pourquoi il serait insensé d'abandonner un programme national de garderies fondé sur l'investissement dans des centres à but non lucratif de qualité pour le remplacer par un système de distribution de coupons permettant aux parents d'acheter les services de garde d'enfants dont ils ont besoin; ce système serait supposé leur donner un certain choix, leur faciliter la vie et, par conséquent, leur permettre de devenir des membres plus productifs de la société?

**M. Paul Moist:** Eh bien, il ne s'agit pas d'une recherche du SCFP et je n'ai pas ce document sous les yeux mais, d'après une étude de l'OCDE, ce type de transfert à l'individu représente l'utilisation la plus efficace des fonds.

Les familles canadiennes ont un besoin pressant de places dans des centres pour le développement de la petite enfance et de places dans des garderies qui soient abordables et disponibles. C'est une question de disponibilité.

Aujourd'hui, je fêterai la journée des travailleurs de services à l'enfance avec le ministre responsable pour le gouvernement. Nous collaborons activement avec le gouvernement pour que cela devienne un système pancanadien. En ce qui concerne ces transferts individuels aux familles, il n'est pas inapproprié d'avoir recours au régime fiscal pour aider des individus, mais dans le domaine du développement de la petite enfance et de la garde des enfants, aucune donnée empirique n'appuie les idées avancées par certains de vos collègues du Parlement. Ces idées ne concordent avec les résultats d'aucune étude faite dans les pays de l'OCDE.

**Le président:** Je vous remercie, madame Wasylcia-Leis.

Il me reste deux personnes sur la liste. Madame Ambrose et madame Minna, j'aimerais que vous vous partagiez le temps qui reste. Vous disposerez donc chacune de trois minutes.

Madame Ambrose.

**Mme Rona Ambrose (Edmonton—Spruce Grove, PCC):** Je vous remercie, monsieur le président.

Je voudrais poser aux témoins une question générale sur la santé préventive.

Ma collègue et moi avons dessiné un petit tableau tout en discutant.

Je voudrais que vous parliez des intérêts en concurrence entre le financement pour le traitement des maladies aiguës et le financement pour la recherche et la prévention, car ce sont deux activités très coûteuses mais indispensables dans le système de santé. Il semblerait que nous ayons maintenant atteint un point charnière où toutes les réussites dans les domaines de l'innovation et de la recherche génèrent, naturellement, des traitements supplémentaires. Nous espérons que l'on fera des investissements supplémentaires à long terme dans la santé préventive, mais ceux et celles d'entre vous qui oeuvrent dans ce domaine sont en concurrence directe avec des fonds destinés dans le traitement principal.

Pourriez-vous donner des informations un peu plus précises au comité sur le défi que cela représente? Quels types de recommandations le Comité des finances devrait-il faire en ce qui concerne l'allocation des fonds pour la santé préventive?

Madame Brown, ou quelqu'un d'autre.

**Dr Jo Kennelly:** On ne peut pas répondre à cette question de façon catégorique. Cela dépend des outils que l'on utilise pour obtenir la réponse. En utilisant les outils de gestion des risques du secteur bancaire, nous avons appris que l'on peut maximiser les dépenses en matière de prévention et maximiser les dépenses consacrées au règlement du problème qui se pose.

Une bonne politique en matière de soins de santé est fondée sur deux piliers: la recherche scientifique et les faits. Comme l'a signalé aujourd'hui le Dr Bernstein, nous investissons beaucoup dans ce domaine. Nous obtenons beaucoup de recherche scientifique et de très bons résultats avec les fonds investis, mais il est également essentiel d'investir dans la gestion des résultats de cette recherche scientifique pour faire le transfert aux responsables des décisions budgétaires.

**Mme Rona Ambrose:** Pensez-vous que l'investissement dans la recherche fera avancer la politique?

**Dr Jo Kennelly:** Je pense que c'est une étape intermédiaire. Il est essentiel d'établir un système pour gérer l'avalanche de données nouvelles, surtout dans le domaine du cancer. Nous nous attendons à une avalanche de données nouvelles et de résultats nouveaux de

l'investissement fait par le Canada dans la recherche génomique d'ici une dizaine d'années.

Telle qu'est conçue la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, il est essentiel d'établir un système de gestion pour mettre cette information à la disposition des politiciens et des décideurs pour leur permettre de faire des compromis entre deux domaines, en se basant sur des critères économiques tout en pensant à la santé et à la qualité de vie des Canadiens.

• (1710)

**Mme Rona Ambrose:** L'IRSC, c'est-à-dire les Instituts de recherche en santé du Canada, est-il un organisme qui pourrait fonctionner tel que vous le décrivez? Fonctionne-t-il ainsi? Je n'en suis pas sûre.

**Dr Jo Kennelly:** Il fait un certain travail dans ce domaine.

**Dr Alan Bernstein:** Si vous me permettez d'intervenir, je voudrais faire des commentaires sur votre première question, puis nous reviendrons très rapidement à celle-ci.

Je suis d'accord avec mon collègue. On ne peut pas répondre de façon catégorique. Les sommes consacrées à la recherche dans ce pays représentent bien moins de 1 p. 100 du coût total des soins de santé.

Ensuite, dans nos 13 instituts, nous finançons beaucoup de recherche et nous en finançons beaucoup sur la prévention. Si l'on veut faire de la prévention, et je pense que c'est ce que vous vouliez savoir, la prise de décisions basées sur les faits est essentielle.

La priorité principale de notre Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète est l'obésité, surtout l'obésité chez les enfants, qui est un sujet dont on a discuté ici. En fait, il y avait dans un des journaux d'aujourd'hui une discussion entre notre directeur scientifique de cet institut et un autre collègue sur l'importance de l'influence du patrimoine génétique familial sur l'obésité ou sur la question de savoir si l'obésité est liée uniquement à une décision concernant le mode de vie. Des données factuelles sont essentielles. C'est, bien entendu, à ce niveau-là que nous intervenons.

Pour répondre à votre dernière question, le mandat que nous a confié le Parlement est de faire de la recherche et de l'appliquer. Nous mettons en place des mécanismes qui, comme l'a mentionné Mme Kennelly, sont des intermédiaires pour l'application des connaissances.

**Mme Rona Ambrose:** Je vous remercie.

**Le président:** Je vous remercie, madame Ambrose.

Madame Minna.

**L'hon. Maria Minna (Beaches—East York, Lib.):** Je vous remercie, monsieur le président. Je signale que je suis entièrement d'accord avec M. Bernstein: la réponse n'est pas catégorique. En fait, j'aurais tendance à penser qu'il est essentiel de continuer de financer le système des soins de santé et la réforme de ce système — c'est incontestable — pour s'assurer qu'il reste public et vigoureux.

Il est cependant en outre impératif d'intensifier la recherche. Je pense que les investissements faits au cours des 10 dernières années — il faut dire qu'avant cela, on ne faisait pratiquement rien dans ce domaine —, avec la mise en place des IRSC et de nombreux autres organismes de recherche... nous commençons à en récolter les fruits.

Votre commentaire sur les délais d'attente et sur votre contribution à la recherche d'une solution à ce problème m'a vivement intéressée car on a beaucoup discuté des délais d'attente dans l'abstrait — quoique les personnes qui attendent souffrent et en ressentent les effets de façon très personnelle. Jusqu'à présent, c'était un problème très médiatisé sur lequel votre organisme a en fait pu agir. J'ai toujours appuyé cette démarche, mais cela renforce cette position. Par conséquent, je n'ai aucune difficulté à recommander une augmentation des fonds pour la recherche car, sans cela, je ne pense pas qu'il y ait un avenir. Nous serions dans une situation semblable à celle d'un pays où l'on circulerait en voiture sans mettre les phares; ce ne serait pas très intelligent.

À part cela, je n'ai pas beaucoup de questions à poser. J'approuve la plupart des initiatives qui sont prises et je suis heureuse d'en entendre parler.

J'ai toutefois deux questions à poser. En fait, j'approuve la plupart des initiatives dont il a été question aujourd'hui. J'ai toutefois quelque difficulté à comprendre certains petits points.

Monsieur Moist, je voulais vous poser une question en ce qui concerne les bourses du millénaire — car je l'ai déjà mentionné, et j'ai déjà discuté avec d'autres témoins du fait que certains Canadiens seulement pouvaient tirer parti des régimes enregistrés d'épargne-études, selon leur capacité de mettre de l'argent de côté, par exemple. Vous remplacerez donc tout cela... et je n'ai aucune difficulté à l'accepter. Avez-vous une idée du coût approximatif... Avez-vous fait une modélisation pour nous donner une petite idée?

**M. Toby Sanger (économiste principal, Direction des services nationaux, Syndicat canadien de la fonction publique):** Certains travaux ont été faits, en particulier par la Fédération canadienne des étudiantes et des étudiants. Tout dépend de ce qui serait inclus pour soutenir l'octroi de bourses axé sur les besoins. Si l'on remplaçait le Fonds des bourses du millénaire et les divers programmes des commissions scolaires qui sont subventionnés par le régime fiscal, cela représenterait des sommes considérables en provenance du régime fiscal.

**L'hon. Maria Minna:** Bien.

**M. Paul Moist:** Pour en revenir à la création des IRSC et au principal changement apporté depuis, je signale qu'après le budget de 1995, c'était le financement des soins de santé qui occupait la plus grande place et le hasard a fait que nous n'avons pas eu de récession et que nous n'avons pas dû... L'éducation postsecondaire faisait également partie de l'enveloppe initiale des IRSC et elle a été reléguée en bas de liste des priorités. Pour un pays aussi avancé que le Canada, il est inadmissible d'avoir en place un système de REEE accessible uniquement aux Canadiens les plus aisés pour économiser de l'argent... pas moins de 50 p. 100 des Canadiens n'ont rien placé dans des REER ou des REEE parce qu'ils n'en ont pas les moyens.

Le Programme des bourses du millénaire — il est difficile de critiquer l'octroi de fonds, mais la forme sous laquelle cela se présente... Nous recommandons de supprimer tout cela et de créer une enveloppe unique de bourses aux étudiants. Le budget qui a été présenté l'année dernière faisait une concession mineure en ce qui concerne la dette des étudiants, à savoir qu'ils ne devraient payer que les intérêts après une période de six ou neuf mois. Il reste que la

plupart des jeunes arriveront sur le marché du travail avec des dettes que vous et moi n'avions pas après avoir fait nos études. Par conséquent, nous recommandons de tout regrouper sous le même toit.

• (1715)

**L'hon. Maria Minna:** J'ai une toute dernière petite question. Je dois me dépêcher car il ne reste plus beaucoup de temps. La dernière question que je voulais poser concerne les prestations de formation offertes aux personnes ayant un emploi et aux sans-emploi dans le cadre du régime d'assurance-emploi. En 1994, lorsque nous avons fait l'examen sur la sécurité sociale, avec deux de mes collègues, j'ai recommandé d'élargir le système dans ce but précis et on ne l'a pas fait. Je voulais toutefois vous demander s'il faudrait mettre en place des mesures incitatives pour leur formation, car bien qu'un nombre élevé d'entreprises canadiennes fassent de la formation, d'autres, nombreuses également, n'en font pas du tout. Nous recommanderiez-vous plutôt d'imposer une taxe aux entreprises qui ne font pas de formation, car si nous faisons de la formation à leur place, il serait peut-être approprié de les faire payer d'une façon ou d'une autre?

**M. Paul Moist:** Je ne diminuerais pas les niveaux d'imposition des sociétés tant que nous n'avons pas des preuves d'augmentation générale des niveaux de formation.

Ensuite, en ce qui concerne l'assurance-emploi, ce que l'on entend répéter sans cesse, c'est qu'il faut réduire les taux de cotisation. Cela pose deux problèmes: le premier est que moins de 50 p. 100 des chômeurs sont admissibles à l'assurance-emploi et le deuxième est que les travailleurs ou les entreprises ne tiennent pas du tout à ce que leurs cotisations aillent dans les recettes générales du gouvernement, quel que soit le parti au pouvoir. Pour moi, c'est incroyable.

Les dirigeants syndicaux ont rencontré le premier ministre l'année dernière. Je n'arrive pas à croire que vous ayez apporté une modification à la loi, que nous avons appuyée, accordant aux travailleurs un congé lorsqu'ils donnent naissance à des enfants ou élèvent des enfants et que ce soit l'assurance-emploi qui paie. Ce n'était pas notre désir que l'assurance-emploi paie, mais c'est ainsi. Si ces travailleurs ont assez de malchance pour être mis à pied lorsqu'ils retournent au travail, les journées de congé accordées pour élever un enfant ne peuvent pas être prises en compte et ces travailleurs n'ont pas droit à l'assurance-emploi. Ce n'était pas voulu du tout.

Nous vous avons fait dans ce mémoire cinq recommandations sur l'assurance-emploi. Nous pourrions en discuter pendant des heures.

**Le président:** Je vous remercie, madame Minna.

Le temps dont nous disposons est malheureusement écoulé. J'aurais voulu poser quelques questions également, et j'avais les mêmes sentiments que mes autres collègues. Il ne nous reste plus de temps. Je m'excuse, mais c'est ainsi. Il ne nous reste plus assez de temps. Nous n'avons visiblement jamais assez de temps. C'eût été une occasion parfaite, avec le même type de groupe, et nous aurions pu probablement poser les mêmes types de questions, mais nous sommes tombés à court de temps.

Je vous remercie d'avoir participé. Nous apprécions beaucoup.

La séance est levée.





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

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

**Aussi disponible sur le 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.**