



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 029 • 2<sup>e</sup> SESSION • 39<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 13 mai 2008**

**Présidente**

Mme Joy Smith

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

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

## Comité permanent de la santé

Le mardi 13 mai 2008

• (1100)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):**

Je vous prie de prendre vos places. Nous allons entendre beaucoup de témoignages très importants aujourd'hui. Nous allons également examiner quelques questions administratives à 12 h 50; nous entendrons donc les témoins jusqu'à 12 h 50, après quoi la séance se poursuivra à huis clos pour les questions relatives aux travaux du comité.

J'aimerais souhaiter aux témoins la bienvenue au comité de la santé. Nous sommes très heureux que vous soyez des nôtres ce matin pour nous faire part de vos observations judicieuses et de votre savoir-faire sur ce sujet important.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à la motion adoptée par le comité le 13 mars 2008, relativement à l'article 25.9 de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, le comité entame sa troisième séance concernant l'examen, prévu par la loi, du Plan décennal pour consolider les soins de santé.

Avant de commencer, je tiens à mentionner que nous aurons à traiter de certaines questions relatives aux travaux du comité à la fin de la séance — un rapport du comité de direction et trois budgets pour défrayer les dépenses des témoins. Il est très important que nous réglions ces questions après les exposés.

Les organisations représentées dans le premier groupe de témoins sont l'Association canadienne des soins de santé, l'Alliance sur les temps d'attente, l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, l'Association canadienne du médicament générique et Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx & D).

Nous allons commencer par Mme Pamela Fralick, présidente et chef de la direction de l'Association canadienne des soins de santé.

Pamela, vous pouvez commencer.

[Français]

**Mme Pamela Fralick (présidente et chef de la direction, Association canadienne des soins de santé):** Merci, madame la présidente.

Je vais faire ma présentation en anglais plutôt qu'en français pour que ce soit moins long. Par contre, je suis toujours prête à répondre aux questions en français.

[Traduction]

Merci beaucoup de nous donner cette occasion, et félicitations au comité pour avoir entrepris cet examen. Nous considérons l'accord comme l'une des pièces maîtresses du système de santé à l'heure actuelle. Il est important que nous fassions preuve de vigilance à cet égard.

L'Association canadienne des soins de santé a été très active durant les délibérations de 2004. Nous avons contribué, selon nous, à

l'atteinte des résultats positifs de l'accord, notamment en ce qui a trait au financement prévisible et à l'établissement de repères. Le plan décennal que nous examinons a considérablement aidé à remettre le système des soins de santé du Canada sur la bonne voie. Toutefois, le système ne se trouve pas encore dans la position où nous avons besoin qu'il soit. Dans notre examen de l'accord, nous aimerions insister sur le fait que la prestation des services n'est pas seulement une question d'accès et de quantité, mais aussi de sécurité et de qualité. Durant la séance d'aujourd'hui, nous voulons attirer votre attention sur quatre thèmes.

Le premier porte sur les temps d'attente. Nos collègues de l'Alliance sur les temps d'attente s'y attarderont davantage, mais nous sommes tout de même prêts à répondre à vos questions sur ce sujet. À ce stade-ci, nous insisterons tout simplement sur deux points: tout d'abord, les cinq priorités établies dans l'accord sont un début et non une fin en soi; deuxièmement, nous devons également accorder la priorité à la pertinence et à la qualité des soins, parallèlement à l'accès et à la qualité.

Le deuxième thème concerne les ressources humaines en santé. La pénurie de ressources humaines en santé n'est pas seulement un problème canadien; c'est un problème d'envergure internationale qui demeure sérieux. Tout indique que nous nous dirigeons vers une crise. Le Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne, élaboré par le Comité consultatif FPT sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, est un cadre puissant et nécessaire. Toutefois, nous sommes inquiets de constater que sa mise en oeuvre ne reçoit pas l'attention et le soutien de tous les intervenants, qui sont pourtant indispensables à sa réalisation. En particulier, le Canada a besoin d'une coordination multipartite de nos activités de RHS, qui transcende les frontières géographiques, professionnelles et politiques et qui traite des réels problèmes en ce domaine.

Le troisième thème, ce sont les dossiers de santé électroniques. Le DSE est un instrument essentiel pour aller de l'avant avec les priorités de renouvellement de notre système de santé. J'aimerais lire un passage de l'accord de 2004, où il est dit qu'on s'engage à :

concrétiser le projet des télédossiers en suivant un plan ambitieux et en effectuant les investissements pertinents.

Les investissements d'Inforoute Santé du Canada atteignent maintenant 1,6 milliard de dollars. Toutefois, on estime que les avantages bruts excèdent de huit fois les montants investis et que le DSE génère des économies de près de 40 milliards de dollars. L'ACS aimerait réitérer sa position selon laquelle il faut attribuer des ressources au DSE pour couvrir l'ensemble des Canadiens.

Le troisième point sur lequel nous voulons insister, ce sont les soins à domicile. L'accord de 2004 prévoyait un financement pour les soins postactifs et les soins palliatifs à domicile. Bien qu'il s'agisse d'un début très positif, nous croyons qu'il s'agit d'une vision étroite et irréaliste des soins à domicile au Canada. L'ACS continue de plaider en faveur de programmes qui offrent à la fois des services de remplacement pour les soins de courte durée et des soins à domicile de longue durée. Dans les études que nous avons examinées, il a été démontré que la prestation de soins à domicile aux malades chroniques coûte beaucoup moins cher que la prestation en établissements de soins de longue durée. Toutefois, la plupart des soins à domicile sont fournis par des aidants naturels ou non rémunérés. Voici une statistique très impressionnante: 41 p. 100 des Canadiens qui ont dû soigner à domicile un de leurs proches ont été obligés d'utiliser leurs économies personnelles pour survivre. L'approche du Canada à l'égard des soins à domicile doit tenir compte aussi bien des soins continus que des soins postactifs.

Notre quatrième et dernier thème pour aujourd'hui, c'est la responsabilité financière du fédéral. Les Canadiens, et cela est tout à fait légitime, s'attendent à avoir accès à des services de santé comparables, peu importe la province ou le territoire où ils habitent, et c'est ce que garantit la Loi canadienne sur la santé. Puisque la prestation des services de santé est une responsabilité provinciale-territoriale, certains prétendent que le gouvernement fédéral devrait se limiter à fournir du financement sans y attacher de conditions ou d'objectifs. Cependant, le gouvernement fédéral a un droit constitutionnel, et certains diraient même un devoir, d'utiliser son pouvoir d'application des ressources pour atteindre des objectifs de santé au profit de toute la population canadienne. Les Canadiens s'attendent, à juste titre, à ce que tous les ordres de gouvernement élaborent et soutiennent des objectifs pancanadiens; franchement, ils se soucient moins de la question de savoir d'où provient le financement. Toute mesure visant à réduire la responsabilité fédérale au maximum aurait un impact négatif sur les futurs programmes pancanadiens, notamment une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, des ressources humaines suffisantes et un DSE, qui ont tous été prévus dans l'accord. L'ACS aimerait ajouter à cette liste les soins à domicile.

En conclusion, pour ce qui est des RHS, il existe une stratégie. Nous devons y accorder une attention et un financement prioritaires, et toutes les parties intéressées doivent y adhérer, mais plus que tout, cette stratégie doit être coordonnée à l'échelle pancanadienne. En ce qui concerne le dossier de santé électronique, sa mise en place se fait de manière fragmentée, ce qui n'est pas à l'avantage des Canadiens.

• (1105)

Pour tenir vraiment compte de la sécurité des patients et améliorer l'efficacité du système, nous devons prendre un engagement à l'égard d'une stratégie pancanadienne en RHS.

Les soins à domicile...

**La présidente:** Merci, madame Fralick.

Nous passons maintenant au Dr Lorne Bellan et au Dr Jean-Luc Urbain, de l'Alliance sur les temps d'attente.

**Dr Lorne Bellan (co-président, L'Alliance sur les temps d'attente):** Merci beaucoup.

Bonjour tout le monde.

Je suis un ophtalmologue de Winnipeg, et le Dr Urbain est un médecin en médecine nucléaire à London, en Ontario. Nous sommes heureux de venir prendre la parole aujourd'hui au nom des membres de l'Alliance sur les temps d'attente.

Notre exposé aujourd'hui portera sur trois aspects: l'évaluation globale que l'ATA fait de la mise en oeuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé; les principaux obstacles qui empêchent de réaliser d'autres progrès pour réduire les temps d'attente dans ces cinq domaines et d'autres; et enfin, les prochaines mesures que le gouvernement devrait prendre pour garantir aux Canadiens l'accès en temps opportun à des soins de santé de qualité.

Les notes nationales les plus récentes à l'égard des temps d'attente figurent au Tableau 1 du Bulletin 2008 de l'ATA. Voici les résultats: en arthroplastie, B pour la hanche et C pour le genou; en radio-oncologie, A; en chirurgie de la cataracte, B; et en pontage aortocoronarien, A.

Dans l'ensemble, les notes nationales constituent seulement un des éléments de l'évaluation globale des temps d'attente. C'est pourquoi l'ATA a aussi produit des tendances du rendement dans les cinq domaines prioritaires. Dans certains cas où les temps d'attente ne diminuent pas, on augmente les ressources, ce qui devrait à l'avenir soit entraîner une réduction des temps d'attente soit éviter qu'ils ne s'allongent davantage lorsqu'il y a croissance de la demande.

Même si on constate certains progrès vers la réduction des temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires, on peut — et on doit — faire davantage. Le Plan décennal établit de nombreux engagements à l'égard des temps d'attente, y compris la création d'indicateurs de l'accès, de points de repère et d'objectifs pluriannuels, et la production de rapports d'étape. Dans ces domaines, les engagements ont été tenus en partie seulement, tout au mieux.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont certes adopté des points de repère en décembre 2005, mais ils n'en ont pas établi pour l'imagerie diagnostique et ils n'ont pas tenu non plus leur engagement dans le domaine des soins cardiaques. Le point de repère dans le cas du pontage aortocoronarien ne tient pas compte de la façon dont les soins médicaux sont dispensés aux patients cardiaques. C'est pourquoi les temps d'attente n'ont pas été réduits de façon considérable dans ce domaine.

En radiothérapie, le point de repère actuel, soit quatre semaines à compter du moment où le patient est « prêt à traiter » jusqu'au début du traitement, diffère considérablement de la recommandation de l'ATA, qui l'a fixé à deux semaines. Le point de repère ne tient pas compte non plus des résultats de recherche qui ont révélé que les temps d'attente pour le début de la radiothérapie contre tous les types de cancer devraient être aussi brefs que possible.

De plus, certaines provinces n'ont toujours pas établi d'objectifs pour l'atteinte de leurs points de repère sur les temps d'attente. La plupart des provinces réalisent des progrès, mais les progrès ne sont pas égaux dans tout l'éventail des soins, et nous craignons que certaines provinces n'aient peut-être pas le financement, les structures et les processus nécessaires pour maintenir les réductions.

Passons maintenant à notre deuxième volet. L'ATA a dégagé trois obstacles clés qui continuent à miner les progrès réalisés et notre capacité de les mesurer avec exactitude: premièrement, il faut clarifier les définitions des temps d'attente et les critères, et les uniformiser entre les provinces; deuxièmement, il faut améliorer la collecte d'information sur les temps d'attente et sa diffusion publique; troisièmement, la lutte contre les problèmes liés aux effectifs de la santé et à la capacité de l'infrastructure n'avance pas.

Les gouvernements continuent d'utiliser différents points de départ pour mesurer le début réel des temps d'attente. Par ailleurs, la qualité des rapports sur les temps d'attente publiés par les gouvernements varie énormément, et les gouvernements n'ont pas bien réglé les principaux obstacles qui empêchent de donner accès aux soins en temps opportun, à savoir la pénurie d'effectifs et les lacunes dans la capacité du système.

Docteur Urbain.

• (1110)

**Dr Jean-Luc Urbain (coprésident, Alliance sur les temps d'attente):** Merci beaucoup.

[Français]

L'évaluation des progrès accomplis pour réduire le temps d'accès aux soins de santé dans les cinq domaines clés qui sont illustrés dans notre brochure est encourageante. Humainement, il n'est cependant pas possible de limiter l'accès aux soins à cinq domaines seulement. S'occuper des besoins médicaux de la population canadienne nécessite que nous abordions et évaluions également l'accès à d'autres disciplines comme les soins d'urgence, le traitement des maladies mentales, la chirurgie plastique, la gastro-entérologie, le traitement de la douleur, la gynécologie et l'obstétrique.

La profession médicale canadienne dans son ensemble est bien consciente de la complexité des soins de santé au Canada. Nous sommes tout autant convaincus qu'au XXI<sup>e</sup> siècle, les Canadiens et Canadiennes méritent d'avoir un accès facile et rapide au système de soins de santé. Nous croyons tout aussi fermement que ce but est tout à fait réaliste.

[Traduction]

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant au président-directeur général de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, Jean Bartkowiak.

[Français]

**M. Jean Bartkowiak (président-directeur général, Service de santé SCO, Association canadienne des institutions de santé universitaires):** Merci, madame.

Je m'appelle Jean Bartkowiak et je suis président-directeur général du Service de santé SCO ici même, à Ottawa. Je suis en compagnie du Dr Arthur Slutsky, vice-président de la recherche à l'hôpital St. Michael de Toronto.

[Traduction]

Nous représentons l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, qui est le porte-parole national des hôpitaux d'enseignement et des régions régionales de la santé ainsi que de leurs instituts de recherche au Canada.

Vous avez reçu un exemplaire de notre déclaration écrite. Pour ce qui est de l'ACISU, nous allons parler de trois enjeux stratégiques liés au renforcement des capacités et de l'accord sur la santé de 2004: les ressources humaines en santé; les technologies de l'information et des communications; et la recherche et l'innovation dans le domaine de la santé.

Les temps d'attente représentent le baromètre qui permet aux Canadiens de mesurer l'efficacité du système de santé. Toutefois, leur existence même est étroitement liée à une gamme d'autres enjeux stratégiques. L'accord sur la santé a permis d'obtenir plusieurs réussites dans des domaines où des progrès ont été réalisés, et dans d'autres où il reste encore du travail à faire. C'est d'ailleurs ce qu'ont mis en évidence les deux rapports de l'ACISU sur les temps d'attente,

intitulés *Dans l'attente de changements* et *Dans l'attente de changements II*, qui établissent plusieurs stratégies pour améliorer le cheminement des patients dans le système.

Cela dit, il y a d'autres domaines qui nécessitent des investissements nets directs. Un domaine essentiel concerne la formation, le recrutement et le maintien en poste des fournisseurs de soins de santé. La pénurie de médecins de famille, de spécialistes, de personnel infirmier et de techniciens de laboratoire influe directement sur l'accessibilité aux services de santé. De plus, les faibles revenus d'exploitation des hôpitaux d'enseignement et des régions régionales de la santé peuvent avoir des conséquences pour le nombre de salles d'opération, au même titre que les budgets d'immobilisations limités qui peuvent restreindre le nombre d'appareils thérapeutiques et diagnostiques utilisés.

Bien que le système de santé vise avant tout à assurer aux Canadiens un accès en temps opportun à des services de santé de qualité, on craint de plus en plus que le nombre actuel et futur de professionnels de la santé, qu'il s'agisse de médecins, de personnel infirmier, de pharmaciens, de physiothérapeutes, de techniciens ou autres, soit insuffisant pour répondre à la demande actuelle ou future.

Même si l'Accord sur la santé de 2004 a institué un fonds pour la réduction des temps d'attente, en réalité, l'argent a déjà été versé aux provinces et aux territoires selon un principe de transfert égal par habitant pour les activités quotidiennes de leur système de santé, en fonction de priorités provinciales particulières, et pas nécessairement dans une perspective pancanadienne. Il est grand temps de faire un investissement stratégique renouvelé dans une politique nationale commune qui aura un impact mesurable et direct sur les temps d'attente à la grandeur du pays.

Nous pouvons — et devons — faire plus pour mettre en place une solution à l'échelle pancanadienne qui créerait un plus grand nombre de professionnels de la santé au pays. À cet égard, l'ACISU appuie fermement la proposition du Groupe d'intervention action santé visant l'institution d'un fonds des ressources humaines de la santé, doté d'un milliard de dollars sur cinq ans. Le fonds permettrait essentiellement au gouvernement fédéral de collaborer avec les provinces et les territoires afin de développer la capacité nécessaire pour former la prochaine génération de professionnels de la santé. Nous avons remis un exemplaire de la proposition à la greffière.

En plus des ressources humaines, les investissements dans les technologies de l'information et des communications peuvent entraîner des répercussions plus profondes qui contribuent à transformer l'organisation globale, la structure de prestation et le rendement du système de santé. Non seulement des dossiers de santé électroniques peuvent améliorer l'efficacité de l'échange des données concernant les patients, réduire la répétition des mêmes tests diagnostiques et améliorer la sécurité des patients et les résultats au chapitre de la santé, mais ils peuvent également constituer un important catalyseur dans la façon dont les fournisseurs de soins de santé organisent leur travail et collaborent ensemble dans la prestation des soins. L'ACISU encourage tous les paliers de gouvernement à considérer l'investissement supplémentaire requis par Inforoute Santé du Canada et ses importantes retombées financières sur le système de santé et l'ensemble des Canadiens.

Je vais demander maintenant à mon collègue, le Dr Slutsky, de faire quelques dernières observations sur l'innovation dans le domaine de la santé.

•(1115)

**Dr Arthur Slutsky (vice-président de recherche, Hôpital St. Michael, Association canadienne des institutions de santé universitaires):** Merci.

Je suis vice-président de la recherche à l'Hôpital St. Michael, à Toronto, qui abrite le nouveau Li Ka Shing Knowledge Institute.

L'Accord sur la santé de 2004 a reconnu la valeur de la recherche et de l'innovation dans le domaine de la santé, notamment pour trois raisons: premièrement, elles contribuent à améliorer le bilan de santé des Canadiens; deuxièmement, elles influent sur la façon dont nous parvenons à fournir des soins de santé de manière rentable; et troisièmement, elles permettent de faire des découvertes d'envergure internationale qui permettent de tirer des avantages, tant sur le plan économique que sur celui de la santé. Ces thèmes sont également reconnus dans la stratégie fédérale en matière de S et T.

Bien que d'importants investissements dans la recherche en santé aient été consentis par le gouvernement fédéral — par exemple, les IRSC, le Programme des chaires de recherche du Canada et la FCI —, nous devons poursuivre sur notre lancée afin de continuer à participer aux prochaines découvertes d'envergure internationale. Puisque nous voici au seuil d'une révolution biotechnologique, l'ACISU craint que toute réduction du financement ait de graves conséquences pour notre capacité d'attirer et de retenir des chercheurs de calibre mondial, sans parler de notre capacité de faire avancer la découverte et l'innovation.

Ne retournons pas en arrière. Nous ne voulons pas que le Canada accuse un retard...

**La présidente:** Monsieur Slutsky, je suis désolée de vous interrompre, mais c'est cinq minutes par organisation.

**Dr Arthur Slutsky:** Je comprends.

**La présidente:** Nous allons entendre maintenant M. Keon, président de l'Association canadienne du médicament générique.

**M. Jim Keon (président, Association canadienne du médicament générique):** Merci, madame la présidente.

[Français]

L'Association canadienne du médicament générique est l'association nationale qui représente l'industrie canadienne du médicament générique.

Les médicaments génériques sont des versions peu coûteuses des médicaments d'origine. Ils sont produits par divers fabricants une fois les brevets des versions d'origine échus.

•(1120)

[Traduction]

Il n'y a pas de différences entre les médicaments génériques et les médicaments d'origine en ce qui a trait à leur qualité, à leur efficacité et à leur innocuité. Tous les médicaments vendus au Canada sont examinés et approuvés par Santé Canada. Chacun d'eux, qu'il s'agisse d'un produit d'origine ou d'un produit générique, doit être conforme à une réglementation et à des normes strictes précisées dans la Loi sur les aliments et drogues.

Les fabricants canadiens de médicaments génériques sont fiers de contribuer à ce que les soins de santé soient abordables au Canada. L'utilisation des médicaments génériques peu coûteux fait épargner presque trois milliards de dollars par année aux gouvernements, aux employeurs et aux consommateurs au Canada.

Nous allons parler aujourd'hui de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. En septembre 2004, l'ACMG a

félicité les premiers ministres de l'adoption de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Nous sommes déçus toutefois de constater que cette initiative ne semble pas aller de l'avant et nous demandons instamment à tous les gouvernements — fédéral et provinciaux — de continuer à prendre des mesures concernant les priorités de la SNPP.

J'aimerais souligner ce matin la situation actuelle de deux priorités de la SNPP: le prix des médicaments génériques et l'accès accéléré à des médicaments non brevetés.

En ce qui concerne les prix des médicaments génériques, de nombreux membres du comité connaissent peut-être l'étude sur le secteur des médicaments génériques du Bureau de la concurrence, publiée en octobre 2007. Au Canada, les médicaments génériques servent à exécuter 49 p. 100 de toutes les ordonnances, mais ne représentent que 21 p. 100 des 19 milliards de dollars que les Canadiens dépensent annuellement en médicaments d'ordonnance. Malgré cela, on a observé que les prix de détail des médicaments génériques au Canada sont supérieurs aux prix payés dans d'autres pays. L'industrie du médicament générique et d'autres intervenants se sont grandement préoccupés de cette question, et le rapport du Bureau de la concurrence constitue la première analyse exhaustive des raisons qui expliquent cette situation.

L'étude confirme que le secteur des médicaments génériques est hautement concurrentiel. Lorsqu'un produit n'est plus protégé par un brevet, plusieurs produits génériques se livrent habituellement concurrence pour obtenir une part du marché. Dans certains cas, sept fabricants ou plus peuvent mettre au point une version générique d'un même produit.

Même si l'industrie elle-même est hautement concurrentielle, d'autres éléments des cadres de marché provinciaux des médicaments génériques peuvent empêcher toutes les économies que procure cette concurrence aux payeurs ultimes.

Je suis heureux d'informer le comité que certaines provinces ont déjà examiné et apporté des améliorations au cadre de leur marché des médicaments génériques. L'ACMG a été heureuse de collaborer avec l'Ontario et le Québec pour réaliser des économies de 20 à 25 p. 100, et travaille activement avec d'autres provinces pour réduire les coûts de leurs médicaments d'ordonnance.

Grâce à ces modifications, les prix de détail des médicaments génériques au Canada correspondront sans aucun doute à ceux d'autres pays de l'OCDE, et les enquêtes internationales futures en tiendront compte. Les médicaments génériques font épargner au système de santé des milliards de dollars annuellement, et nous offrons maintenant plus que jamais une meilleure valeur.

Le deuxième élément que j'aimerais aborder, c'est l'accès accéléré aux médicaments non brevetés. En ce qui concerne cette priorité de la SNPP, plusieurs provinces, dont la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, l'Ontario, le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard, ont pris des mesures pour hâter l'inscription des médicaments génériques à leur formulaire de régime de médicaments gratuits afin de réaliser encore plus d'économies. D'autres provinces, comme le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse, ont déjà des systèmes efficaces d'inscription de médicaments génériques dans leurs formulaires.

Le gouvernement fédéral, par contre, n'a pas fait sa part pour faciliter l'exécution de la directive des premiers ministres. En fait, de nouveaux délais se sont ajoutés aux trois ans et demi depuis la création de la Stratégie, ce qui ralentit encore plus l'accès à des médicaments génériques peu coûteux.

En octobre 2006, des modifications réglementaires apportées au Règlement sur les médicaments brevetés (avis de conformité) visaient à limiter la pratique de la perpétuation des brevets pharmaceutiques par les fabricants de médicaments d'origine. Ces tactiques ont injustement tenu à l'écart du marché la concurrence des médicaments génériques et ont forcé les Canadiens à payer des prix monopolistiques beaucoup plus longtemps qu'ils n'auraient dû.

Malheureusement, les modifications d'octobre 2006 ont aussi mis en place un nouveau régime d'exclusivité des données qui accorde aux fabricants de médicaments d'origine huit années d'exclusivité durant lesquelles les médicaments génériques ne peuvent faire concurrence. C'est trois ans de plus que nos obligations commerciales internationales aux termes de l'ALENA et de l'Accord sur les ADPIC. Cette interdiction désavantage grandement nos sociétés membres par rapport à leurs concurrents américains pour qui l'exclusivité des données est de cinq ans. La prolongation de ces monopoles ajoute aussi annuellement plus de 100 milliards de dollars à la facture des médicaments d'ordonnance du Canada.

Une autre situation menace maintenant l'accès opportun aux médicaments génériques. Le gouvernement du Canada a récemment publié des modifications qu'il propose d'apporter au même Règlement. Ces modifications infirmeraient un arrêt de la Cour suprême du Canada et permettraient de nouveau aux fabricants de médicaments d'origine de recourir abusivement à la perpétuation des brevets pour contourner le régime des brevets et retarder injustement la concurrence des médicaments génériques.

**La présidente:** Merci, monsieur Keon. Il y aura du temps pour poser des questions. Je regrette, mais vous avez dépassé les cinq minutes.

Nous passons maintenant à M. Russell Williams, le dernier témoin de notre premier groupe. Merci.

• (1125)

[Français]

**M. Russell Williams (président, Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx & D)):** Merci beaucoup.

Je suis fier de représenter les compagnies qui font des recherches et des découvertes pour sauver des vies et améliorer notre système de santé.

[Traduction]

Notre mission consiste à sauver des vies et à en améliorer la qualité, et nous en sommes très fiers. Notre organisation investit plus d'un milliard de dollars dans la R-D, et constitue la principale source de recherche en santé dans le secteur privé.

Ce que nous remarquons dans notre système de soins de santé, c'est le vieillissement de la population. C'est pourquoi nous croyons que l'utilisation optimale de nouveaux médicaments fait partie de la solution. Les nouveaux médicaments et vaccins contribuent à réduire les chirurgies, les hospitalisations et les temps d'attente. Ils améliorent également les résultats pour les patients — selon moi, l'objectif que nous visons. Il y a 30 ans, des maladies comme la leucémie étaient mortelles dans presque tous les cas. Aujourd'hui, 80 p. 100 des enfants touchés par cette forme de cancer sont encore en vie cinq ans après. Il n'en demeure pas moins qu'un trop grand nombre de Canadiens mourront du cancer en 2008. C'est, selon moi, totalement inacceptable, compte tenu du fait que nous étudions actuellement 750 nouveaux médicaments destinés à traiter, à guérir et à prévenir le cancer. Dans le cas de maladies chroniques, comme le diabète, ou de maladies infectieuses, c'est par la recherche que nous pouvons faire des découvertes.

Nous travaillons au développement de 338 médicaments et vaccins. En ce qui concerne la recherche et le développement de vaccins, nous avons fait des investissements à la fois à Toronto et au Québec. Les nouveaux médicaments représentent 10 p. 100 du coût des soins de santé.

[Français]

Nous n'en représentons que 10 p. 100, mais lorsqu'on investit un dollar dans les médicaments novateurs, cela nous permet d'épargner 7 \$ par la suite.

[Traduction]

Pour chaque dollar investi, on économise sept dollars.

Au terme d'une étude, la compagnie Pitney Bowes a décidé — contrairement au raisonnement habituel sur les stratégies de restriction et de limitation des coûts — d'encourager plus de choix au lieu de le limiter. Comme résultats, les coûts liés aux services pharmaceutiques ont diminué de 7 p. 100, et les visites à l'urgence, de 26 p. 100. Les coûts globaux du diabète ont baissé de 6 p. 100. C'est très impressionnant.

Par ailleurs, nous avons contribué au partage de l'information grâce à notre programme, « L'information est la meilleure prescription ». Ce programme a permis à 3,5 millions de Canadiens de profiter du partage de l'information. Les Canadiens doivent avoir accès au pouvoir et aux bienfaits de l'innovation et ce, en temps opportun.

Il faut, selon moi, régler la question des temps d'attente. Malgré les efforts de Santé Canada, les délais d'approbation du ministère sont toujours longs. Du côté des gouvernements provinciaux, le taux d'inscription de produits varie entre 9 et 37 p. 100, respectivement à l'Île-du-Prince-Édouard et au Québec. Les nouveaux médicaments, nous en sommes convaincus, font épargner de l'argent, réduisent les temps d'attente, diminuent les coûts globaux et améliorent les résultats pour les patients sans compromettre leur sécurité. Nous devons faire en sorte que les bons médicaments soient prodigués aux bons patients et au bon moment.

Ma recommandation serait donc d'ajouter l'accès aux nouveaux médicaments parmi les objectifs du plan décennal, de façon à influencer sur les autres temps d'attente.

Toutefois, je tiens à faire quelques observations sur les propos du dernier témoin. Le nouveau règlement n'allonge pas, de quelque façon que ce soit, le délai. À mon avis, les compagnies représentées dans le dernier témoignage sont en train de déformer la réalité. Il y a des règlements qui protègent la propriété intellectuelle. Ils n'entraînent aucune augmentation du nombre de brevets. Ils permettent, par contre, d'effectuer une meilleure recherche. Ce sont des propos alarmistes qui n'ont rien à voir avec l'essence de ce que nous essayons d'obtenir ici — une communauté de recherche solide et dynamique. Le témoin a également omis de mentionner que les fabricants de médicaments génériques ont été obligés, par la loi, de réduire leurs prix. Ces produits étaient considérés comme étant les plus surévalués et les plus coûteux au monde. Voilà un domaine sur lequel nous devons nous pencher.

Quand on parle de la générosité de notre pays, il faut admettre que, dans le régime d'établissement des prix en place, les gouvernements paient trop cher les médicaments génériques; pourtant, le CEPMB montre que les prix au Canada sont inférieurs de 8 p. 100 aux moyennes internationales.

[Français]

On doit trouver ensemble une solution. On doit dire la vérité quand on discute de la question.

[Traduction]

Ces modifications n'entraîneront aucun changement susceptible d'avoir un effet négatif sur une décision quelconque de la Cour suprême. En fait, ce qu'on vise par ces modifications, c'est de clarifier l'intention du Parlement qui remonte à 2006 pour s'assurer, d'une part, que nous avons de nouveaux médicaments et, d'autre part, que nous avons un régime de PI de calibre mondial.

De plus, la période de protection des données, que le témoin vient de mentionner, est comparable à celle en Europe, qui est de 11 ans. Le Canada a opté, à juste titre, pour huit ans, et on devrait l'en féliciter. Le Canada essaie actuellement de corriger une échappatoire que les fabricants de produits génériques essaient d'exploiter, ce qui n'est pas la volonté du Parlement. En fait, on essaie d'éliminer cette échappatoire, cette manne qu'ils ont maintenant trouvée, pour améliorer et protéger la décision prise en 2006. C'est ce qu'on devrait encourager et protéger.

Merci beaucoup.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Williams.

Nous allons maintenant passer aux questions. D'habitude, il s'agit d'un tour de sept minutes, mais comme nous avons deux groupes de témoins, nous allons être obligés de le limiter à cinq minutes pour permettre plus de questions.

Nous commençons par M. Thibault.

• (1130)

**L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.):** Je vais être très bref, donc je vous prie de répondre brièvement, si possible.

Madame Fralick, lorsque je regarde le bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente, les notes ne sont pas fameuses. Elles ne montrent pas d'amélioration marquée par rapport à l'année précédente, mais certains aspects se sont améliorés.

Êtes-vous une optimiste ou une pessimiste, ou encore une optimiste prudente, devant les réalisations qu'a permises le plan décennal relativement aux temps d'attente?

**Mme Pamela Fralick:** Je suis optimiste de nature, et encore plus dans ce cas précis. D'ailleurs, je vous remercie d'avoir pris l'occasion de rappeler au comité, et aux autres ici présents, les succès remarquables que nous avons obtenus.

Ce qui me préoccupe, c'est que nous nous reposons sur nos lauriers, que nous pensions en avoir fait assez. Pour moi, cela touche aux valeurs les plus fondamentales des Canadiens.

**L'hon. Robert Thibault:** Merci.

J'y reviendrai. Nous avons seulement cinq minutes.

[Français]

Docteur Urbain, vous mentionnez dans votre document, au sujet des temps d'attente, que les autres interventions chirurgicales ou traitements risquent certainement d'être pénalisés. Cette tendance s'est-elle manifestée jusqu'à maintenant?

**Dr Jean-Luc Urbain:** Elle s'est manifestée de façon directe et indirecte. Des sociétés que j'ai mentionnées ont dit vouloir se joindre à l'Alliance sur les temps d'attente compte tenu des répercussions sur leur spécialité. Si l'on consulte son médecin, on le fait en tant que personne et non pas uniquement en tant que coeur, cerveau, foie ou rate. Je pense qu'on doit s'attaquer aux soins de santé de manière globale.

[Traduction]

**L'hon. Robert Thibault:** Merci.

Je vais peut-être poser ma prochaine question au Dr Bellan. Vous avez mentionné beaucoup d'autres domaines, tout comme l'ont fait d'autres témoins, où nous devrions en faire davantage ou déployer un plus grand effort. Selon vous, devons-nous ajouter plus de fonds aux 42 milliards de dollars prévus dans le programme décennal, ou est-il possible de faire des ajustements à l'intérieur de ce montant pour atteindre cet objectif national?

**Dr Lorne Bellan:** C'est difficile pour moi de répondre à cette question parce que j'ignore combien d'argent chacune des provinces a dépensé parmi les fonds alloués. S'il leur reste des fonds, elles pourraient les allouer à de nouveaux domaines.

D'après moi, même si de nouveaux fonds étaient requis, l'expérience acquise jusqu'à présent grâce à l'administration ou au transfert de cet argent montre qu'on aura probablement moins de coûts relatifs pour toute augmentation différentielle dans l'avenir, comparativement aux premières étapes.

**L'hon. Robert Thibault:** Monsieur Bartkowiak, vous avez parlé de cela. Vous aviez l'air de demander plus d'argent.

[Français]

**M. Jean Bartkowiak:** Oui, absolument. Le problème auquel on fait face en ce moment est le suivant. Bien qu'on ait des ressources pour offrir les services, on connaît malheureusement une pénurie significative de professionnels de la santé. On tente d'en recruter, mais on n'a pas les infirmières, les médecins et les autres professionnels requis pour dispenser les services non seulement directement à l'hôpital, mais aussi pendant la convalescence et au retour à domicile. Le problème est grave.

Certaines institutions d'enseignement sont en train d'accroître le volume de professionnels à former, mais ce n'est pas suffisant. Vous allez en entendre parler aujourd'hui, j'en suis certain, dans le cadre de l'autre groupe. On a un problème significatif de ressources humaines dans le domaine de la santé. C'est pourquoi on propose un investissement stratégique en vue de former des professionnels de la santé au Canada.

**L'hon. Robert Thibault:** Merci. Je dois vous arrêter parce que j'ai une autre question à poser à l'autre témoin concernant les drogues et médicaments, avant que l'on passe à l'autre panel.

[Traduction]

Est-ce qu'il me reste 10 minutes?

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

**L'hon. Robert Thibault:** Une minute, d'accord.

Ma question porte sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Je vais laisser de côté, pour l'instant, l'autre question sur les médicaments génériques, les nouveaux médicaments et les brevets. Je sais que le comité de l'industrie s'en occupe actuellement.

Mais pour ce qui est de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, une des sempiternelles demandes de la population canadienne, c'est la création d'un programme national d'assurance-médicaments. Nous sommes conscients du fait qu'il faudra beaucoup d'argent pour y arriver, mais une partie de la stratégie comporte certaines mesures intermédiaires que nous pourrions envisager. L'une d'entre elles concerne les médicaments pour les troubles rares et l'autre, le prix catastrophique des médicaments, de telle sorte que des gens souffrant de maladies ou de malaises doivent dépenser 30 ou 40 p. 100 de leur revenu...

•(1135)

**La présidente:** Monsieur Thibault, pouvez-vous en venir à la question? Votre temps est écoulé.

**L'hon. Robert Thibault:** Oui.

Avez-vous traité de cette question comme il convenait?

**M. Russell Williams:** Nous tenons beaucoup à travailler...

[Français]

Nous voulons travailler de concert avec les gouvernements. Pour ce qui est de la couverture catastrophique, nous trouvons inacceptable que l'accès aux médicaments soit inégal d'une région à l'autre du pays. Nous sommes prêts à établir un partenariat avec les gouvernements provinciaux. Il faut avoir une approche nationale mais respecter les provinces qui mènent le dossier.

[Traduction]

**La présidente:** Merci, monsieur Williams.

Madame Gagnon.

[Français]

**Mme Christiane Gagnon (Québec, BQ):** Je vous remercie d'être parmi nous aujourd'hui.

J'aimerais aborder la question de la santé chez les Autochtones. Le gouvernement fédéral a des clientèles très précises. L'Alliance sur les temps d'attente et l'Association canadienne des soins de santé ont fait des évaluations. Selon l'Association canadienne des soins de santé, il est impossible de connaître l'état d'avancement de ce dossier. Ce n'est pas clair. On ne sait pas si les fonds ont été alloués. On parle de la lutte contre la mortalité infantile et du suicide chez les jeunes, mais il manque beaucoup de données. En 2000, la vérificatrice générale a fait des recommandations très précises. Toutes ces lacunes étaient précisées. Comment se fait-il qu'encore en 2006, on n'ait pas pu obtenir de résultats concrets?

On parlait plus tôt du manque de ressources humaines et financières. Comme on le sait, c'est une responsabilité du fédéral. Ne pensez-vous pas que si le gouvernement fédéral obtenait de bons résultats auprès de ses clientèles, il pourrait ouvrir la voie? Ne pensez-vous pas que les graves lacunes soulevées par la vérificatrice générale dans le dossier des Autochtones permettraient aux autres provinces d'avoir une idée claire de la situation? On leur demande de nous soumettre leurs rapports, leurs données. Obtenir un C dans le Plan décennal, ce n'est pas très concluant.

Je voudrais savoir pourquoi on n'y arrive pas. De quelles ressources manque-t-on? Avez-vous fait une évaluation? Le ministère de la Santé a-t-il évalué les lacunes dans le suivi du dossier sur la santé des Autochtones? J'aimerais adresser ma question à l'Alliance sur les temps d'attente et à l'Association canadienne des soins de santé.

[Traduction]

**La présidente:** Il faudrait peut-être passer directement à la réponse, madame Gagnon.

Qui veut répondre à la question?

Madame Fralick?

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** J'ai posé la question à l'alliance et à l'Association canadienne des soins de santé?

[Traduction]

**La présidente:** Docteur Bellan.

**Dr Lorne Bellan:** Je vais répondre, je suppose, que votre question met en relief le problème du manque généralisé de données. Il nous est très difficile de parler avec précision du secteur des Autochtones ou de tout autre secteur. Il m'est difficile de vous ventiler les données selon que la clientèle est âgée ou jeune. Le fait est attribuable, en partie, au manque de rapports sur tous les aspects des soins de santé qui sont prodigués au pays. Donc, une des leçons que nous avons tirées des efforts initialement déployés, c'est qu'il est très utile de collecter des données et d'en faire rapport parce qu'ensuite, on peut cerner les problèmes de manière à proposer des pistes de solution. Toutefois, en l'absence d'une collecte de données à cet égard, on doit se contenter de faire des suppositions.

Je ne peux pas vous fournir de réponse plus précise au sujet des Autochtones parce que ... Nous obtenons nos données des gouvernements provinciaux ou du gouvernement fédéral, et il n'existe même pas de bases de données actuellement dont nous pourrions nous servir pour vous répondre. La première étape consiste donc à créer les bases de données.

**La présidente:** Allez-y, madame.

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** Je vais aussi poser la question à l'Association canadienne des soins de santé.

Quelles recommandations aimeriez-vous faire à Santé Canada pour ce qui est d'obtenir des données? De quels outils auriez-vous besoin pour évaluer la situation? Cette clientèle relève quand même du fédéral. Ça pourrait donner une idée plus précise des mesures qu'on ne peut pas obtenir dans le moment.

[Traduction]

**Mme Pamela Fralick:** Je vous remercie.

Les membres de l'Association canadienne des soins de santé n'ont pas abordé les questions autochtones comme telles, mais j'appuierais les observations faites par mon collègue, c'est-à-dire qu'en l'absence de données, nous sommes impuissants, quelle que soit la population visée. Donc, j'appuierais certes un enrichissement des données.

Je vous donne brièvement un exemple qui va illustrer mon propos. Nous savons, grâce à l'Institut canadien d'information sur la santé, que beaucoup d'énergie est consacrée à la collecte de données sur les médecins et les infirmiers. Ce n'est que durant les dernières années que nous avons commencé à collecter des données sur d'autres professionnels de la santé.

Donc, nous flottons tout simplement dans le vide, une situation très déplorable.

L'injection de plus de ressources dans le domaine des ressources humaines en santé représente à mes yeux une des grandes priorités: nous avons besoin de comprendre le problème avant de pouvoir faire des évaluations et proposer des solutions.

•(1140)

**La présidente:** La parole va maintenant à Mme Wasylycia-Leis.

**Mme Judy Wasylycia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD):** Je vous remercie, madame la présidente, et je remercie également tous les témoins.

Ma première question s'adresse à Russell Williams et concerne les changements publiés dans la *Gazette du Canada* concernant l'avis de conformité.

Avez-vous eu des pourparlers avec le gouvernement au sujet de ces changements réglementaires publiés dans la *Gazette du Canada*, le 26 avril?

**M. Russell Williams:** Nous n'avons pas été consultés à ce sujet.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Vous n'en avez pas discuté du tout avec le gouvernement avant leur publication dans la Gazette?

**M. Russell Williams:** C'est ce que je viens de dire.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Jim Keon, avez-vous eu de tels pourparlers avec le gouvernement?

**M. Jim Keon:** Non. Nous avons affirmé de nombreuses fois que nous avons été très étonnés et très déçus de la courte durée des consultations.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** M. Williams vient tout juste de vous accuser de faire le croque-mitaine dans ce dossier. Il me semble que les sujets dont il est question sont graves — une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, un régime national d'assurance-médicaments — autant de dossiers qui n'avancent pas parce que l'entrée sur le marché des médicaments génériques meilleur marché est bloquée.

Pourriez-vous nous donner une idée de l'impact des changements réglementaires proposés?

**M. Jim Keon:** J'ai essentiellement parlé aujourd'hui d'un accès plus rapide aux médicaments génériques non brevetés, un des objectifs de la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques énoncés dans le plan quinquennal. Comme je l'ai mentionné, les provinces ont pris plusieurs mesures en ce sens. C'est au niveau fédéral que le problème se pose.

À mon avis, l'industrie des médicaments génériques au Canada est une véritable réussite. Elle offre des emplois, elle exporte. Elle fait deux fois plus de R-D que celle des médicaments d'origine et elle répond à la moitié à peu près de la demande de médicaments sur ordonnance au Canada.

Elle a encore beaucoup de pain sur la planche, cependant, parce qu'aux États-Unis, les médicaments génériques servent actuellement à remplir 67 p. 100 de toutes les ordonnances. Les produits génériques ne répondent qu'à 49 p. 100 de la demande de médicaments sur ordonnance au Canada. Notre industrie, notre secteur, a encore beaucoup de chemin à faire avant d'atteindre ce niveau.

Les changements proposés actuellement au règlement vont prolonger des monopoles qui vont carrément à l'encontre du sens des changements apportés en octobre 2006 et confirmés par la Cour suprême du Canada. À vrai dire, nous sommes très étonnés et déçus. Nous estimons que le gouvernement devrait probablement retirer tous les changements projetés et tenir un débat plus général sur la politique en matière de brevets pour les produits pharmaceutiques. C'est ce que souhaitent nos membres.

**M. Russell Williams:** Puis-je répondre?

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** J'aimerais simplement poser une autre question, après quoi Jim et vous, monsieur Williams, pourriez répondre.

Quel sera l'impact sur une province comme le Manitoba, qui a récemment diffusé un communiqué portant sur les économies qui pourraient être réalisées par suite de l'expiration du brevet de plusieurs médicaments?

**M. Jim Keon:** En bout de ligne, les changements retarderont l'entrée sur le marché de médicaments génériques et l'impact est, bien sûr, que vous devez payer un prix plus élevé pour plus longtemps. Pour certains médicaments vendus à grande échelle, on parle de dizaines de millions de dollars dans le cadre du programme de médicaments du Manitoba. Elle devra patienter pour au moins

deux ans peut-être avant de pouvoir réaliser des économies grâce aux médicaments génériques.

En ce qui concerne la capacité d'inscrire des brevets sans rapport sur une liste de Santé Canada et d'en exclure les médicaments génériques, la Cour suprême en a interdit la pratique. Nous croyions que c'était la loi, et les provinces fondaient leurs prévisions sur le fait. Voilà que toute la donne est changée.

**La présidente:** Il ne nous reste plus beaucoup de temps.

Monsieur Williams, vous souhaitez faire une observation. Allez-y, je vous prie.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Dans ce contexte, si vous pouviez également parler...

**M. Russell Williams:** Les déclarations faites par l'industrie des médicaments génériques sont sans fondement.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Si vous pouviez également répondre à la question, alors...

**M. Russell Williams:** Si j'en ai le temps.

**La présidente:** Allez-y, monsieur Williams.

**M. Russell Williams:** Je vous remercie beaucoup, madame la présidente.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Madame la présidente, excusez-moi, mais nous sommes en train d'absorber du temps qui m'est alloué. Je ne lui ai pas encore adressé de question.

**La présidente:** Il ne reste que 50 secondes environ, et vous lui avez demandé de faire des observations.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Pendant qu'il le fait, s'il pouvait également commenter un point, il semble, selon la plupart des études, que, bien que l'on puisse investir peut-être un dollar sur dix dans de la nouvelle recherche, cet investissement n'est pas consacré à produire de tout nouveaux médicaments qui auront une influence, mais à reconduire tacitement la protection accordée par les brevets, à simplement reformuler le médicament pour en protéger plus longtemps la propriété intellectuelle.

**M. Russell Williams:** De toute évidence, nous croyons dans l'innovation et dans l'amélioration de la qualité de vie, et je crois que les chiffres que je vous ai cités font clairement ressortir que nous sommes en réalité ceux qui sauvent des vies. Les médicaments génériques s'efforcent de copier le fruit de nos recherches, d'en profiter.

Les affirmations faites par le secteur des médicaments génériques sont tout à fait sans fondement. Les changements projetés ne prolongeront pas les brevets. Cela n'a rien à voir avec la décision rendue par la Cour suprême. S'ils avaient lu la réévaluation faite par le gouvernement, ils auraient constaté que tout ce qu'il cherche à faire, c'est de préciser son intention de faire en sorte que les brevets protégés sous le régime du règlement avant 2006 continuent de jouir de cette protection. Il le dit clairement.

Le secteur des médicaments génériques essaie en réalité de profiter d'une échappatoire et d'utiliser à son profit une interprétation fortuite qui n'a jamais été voulue et qui contrecarre la volonté des législateurs. En fait, ce qu'il tente de faire, c'est d'obtenir que l'expiration des brevets soit devancée.

J'aimerais vraiment poser un défi au secteur des médicaments génériques et lui demander pourquoi il faut que ce soit les gouvernements qui l'obligent à réduire ses prix. Nous disposons en fait de données statistiques selon lesquelles, si le prix des produits des médicaments génériques était plus compétitif...

•(1145)

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** J'ai ici un exemplaire de la *Gazette du Canada*, dans laquelle on peut lire en fait que les modifications ont pour objet de prolonger les brevets protégeant les médicaments d'origine.

**La présidente:** Monsieur Williams, je vous remercie. Le temps alloué est épuisé.

Monsieur Tilson.

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** J'invoque le Règlement.

Ça me dérange de voir que les gens de l'industrie du médicament générique sont ici pour traiter d'un cas particulier avec l'industrie du brevet. Je ne pense pas que ce soit le lieu approprié pour ce genre de choses. Nous avons quand même des questions à poser à nos témoins.

[Traduction]

**La présidente:** Il ne s'agit pas d'un rappel au Règlement. La parole va maintenant à M. Tilson.

Monsieur Tilson.

**M. David Tilson (Dufferin—Caledon, PCC):** Par contre, je n'ai rien contre une bonne dispute.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. David Tilson:** Vous vous contredisez carrément l'un l'autre, ce que je comprends.

Monsieur Williams, avez-vous dit tout ce que vous aviez à dire ou y a-t-il autre chose que vous aimeriez contribuer au débat? Je vais accorder autant de temps à l'un qu'à l'autre.

**M. Russell Williams:** Si vous tenez à une confrontation, mais...

**M. David Tilson:** Je l'ignore. Nous ne souhaitons pas en débattre indéfiniment, mais j'aimerais que vous puissiez tous deux exprimer votre pensée.

**M. Russell Williams:** De toute évidence — et je souhaite vraiment débattre des soins de santé et je suis effectivement convaincu...

**M. David Tilson:** Nous n'avons pas le temps d'en débattre. Veuillez terminer ce que vous étiez en train de dire.

**M. Russell Williams:** Je suis moi-même un ex-parlementaire, de sorte que...

**La présidente:** Pourrais-je simplement souligner qu'aujourd'hui, la réunion porte sur le plan décennal?

Monsieur Tilson, pourriez-vous, je vous prie, passez à une autre question? M. Williams, je crois, avait terminé.

**M. David Tilson:** Non, c'est moi qui ai la parole; je tiens à poser cette question.

**M. Russell Williams:** J'ai la profonde conviction que si protégeons la propriété intellectuelle, tout en faisant en sorte que les prix des médicaments au Canada sont justes et qu'on a facilement accès à de nouveaux médicaments, nous pouvons en fait être un interlocuteur efficace, si je puis l'exprimer ainsi, au sujet du plan décennal. À mon avis, l'accès aux nouveaux médicaments sauve des vies et aide à réduire les hospitalisations.

L'autre point dont il a été question et qui perturbe certains membres a déjà été débattu au sein du comité de l'industrie. Malheureusement, l'industrie des médicaments génériques interprète mal les faits et ne tient pas compte de l'arrêt rendu par la Cour

suprême. Les changements proposés ne prolongent pas les brevets, pas plus qu'ils n'augmentent les prix. En fait, je mets les producteurs de médicaments génériques au défi, car j'estime que c'est leur formule d'établissement de prix qui nuit à l'innovation au Canada.

**M. David Tilson:** D'accord.

Monsieur Keon.

**M. Jim Keon:** Nos observations d'aujourd'hui ont été faites dans le contexte d'un plan décennal de soins de santé. Le plan décennal inclut une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, dont un élément clé pour les provinces est l'accès plus rapide aux médicaments génériques.

Nous essayons de faire économiser de l'argent. Nous avons conclu des accords avec plusieurs provinces en ce sens. Si elles ne peuvent pas avoir accès à nos produits aussi vite que prévu, leurs coûts vont augmenter. C'est là selon moi un aspect important du régime de soins de santé.

**M. David Tilson:** Madame Fralick, c'est vous, je crois, qui avez parlé des pénuries de ressources et de la priorisation des fonds. Quand on examine toute la situation — les problèmes dans le domaine des soins de santé —, quel que soit le pays ou la province dont il est question, on parle d'un « manque d'argent ». J'aimerais que vous nous parliez plus abondamment de la priorisation des fonds.

**Mme Pamela Fralick:** Je vous remercie.

Nous pourrions toujours utiliser plus de fonds, mais je crois que nous pouvons nous y prendre autrement au sein même du système pour favoriser la réalisation de gains d'efficacité, plus particulièrement en matière de ressources humaines en santé. Effectivement, si nous avions tout l'argent du monde, nous trouverions le moyen de l'utiliser, mais il n'empêche que certaines choses peuvent se faire.

Nous pouvons collecter les données. Si vous ne mesurez pas l'ampleur du phénomène, vous ne pouvez pas le gérer. Il faut se concentrer sur des milieux de travail sains dans le domaine de la santé, de manière à pouvoir attirer des travailleurs et à les conserver. Il faut vraiment se concentrer sur l'interprofessionnalisme en matière d'enseignement et de pratique, maximiser la portée du travail actuel et utiliser les professionnels de la santé comme ils devraient l'être, en leur permettant d'exercer pleinement leur profession et en ouvrant la porte à certains rôles de pratique avancée qui résultent de bons travaux d'innovation.

L'investissement phénoménal de 780 millions de dollars par le gouvernement fédéral dans les soins de santé primaires a mené à plusieurs modèles pour une prestation différente des soins de santé, autant d'éléments — à nouveau, je sais que nous n'avons pas le temps d'aller plus loin, mais nous pourrions le faire — qui favorisent des gains d'efficacité du système. C'est pourquoi j'ai dit tout à l'heure que j'étais optimiste. Je crois qu'il y a des choses que nous pouvons faire.

Cela étant dit, tout indique que nous nous dirigeons vers une crise des ressources humaines en santé.

•(1150)

**M. David Tilson:** En ce qui concerne le problème des temps d'attente, monsieur Bellan, comment s'y prendre pour prioriser les différentes catégories? Vous avez parlé d'ordre de priorité; comment décidez-vous de ce qui est plus important?

**Dr Lorne Bellan:** C'est très difficile à faire. Il faut commencer par examiner où se trouvent les sources de problème. Les cinq premières ont été retenues parce que l'impression générale, sur le plan politique — essentiellement de la rétroaction que vous avez reçue en tant que parlementaires — était que c'était là que s'exerçaient les pressions.

Nous recommandons, si vous examinez notre rapport, un autre groupe de six catégories dont nous nous faisons les champions. La raison pour laquelle nous les avons choisies, c'est que nous avons pressenti toutes les sociétés nationales de spécialistes à la réunion que nous avons eue avec des représentants de l'Association médicale canadienne. Nous leur avons expliqué que nous souhaitions donner de l'expansion à notre organisme et que nous voulions savoir quelles spécialités étaient aux prises avec des problèmes critiques de temps d'attente et quelles solutions ils proposaient pour les régler.

Ce sont ces groupes qui ont dit avoir des problèmes et vouloir que cela se règle.

**La présidente:** Je vous remercie, docteur Bellan.

Je tiens à remercier le groupe de témoins. Voilà qui met fin au témoignage du premier groupe. Le comité leur est vraiment reconnaissant d'avoir répondu à son invitation. Je suis consciente que le temps alloué n'est pas très généreux, mais rien ne vous empêche de poursuivre la discussion à l'extérieur.

Je vais demander au groupe suivant de témoins de s'avancer à la table pour que nous puissions amorcer un autre tour tout de suite.

**M. Russell Williams:** Madame la présidente, en réalité, j'aimerais préciser — très, très brièvement — que nous avons eu des échanges constants avec le ministère de l'Industrie. Nous sommes constamment... Je tenais à le préciser.

**La présidente:** Monsieur Williams, je suis désolée, mais il faut faire une pause. Je suis vraiment navrée.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Madame la présidente, j'invoque le Règlement!

**La présidente:** Madame Wasylcia-Leis, nous allons maintenant entendre le groupe suivant de témoins. Nous faisons une pause. Le comité n'est pas en train de délibérer.

• \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_  
•

**La présidente:** Je demande à tous de prendre place, pour que nous puissions entendre le groupe suivant de témoins.

Vous pouvez demeurer dans la salle pour suivre nos délibérations ou vous pouvez poursuivre les discussions à l'extérieur de la salle, mais les membres du comité s'appêtent à entendre d'autres témoins.

Chers collègues, accueillons le deuxième groupe, composé du Congrès du travail du Canada, du Syndicat canadien de la fonction publique, de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers, de l'Association des pharmaciens du Canada et de la Société canadienne de science de laboratoire médical.

Nous allons entendre en premier Barbara Byers, du Congrès du travail du Canada. Comme tout à l'heure, chaque témoin dispose de cinq minutes.

• (1155)

**Mme Barbara Byers (vice-présidente exécutive, Congrès du travail du Canada):** Merci beaucoup.

Je vais essayer de m'en tenir aux cinq minutes allouées. Je sais que vous ne me laisserez pas dépasser la limite de temps, mais je vous demanderais de ne pas mettre le chronomètre tout de suite en marche.

Il l'est déjà? D'accord.

Au nom des trois millions de membres du Congrès du travail du Canada et de leurs familles, je tiens à remercier les membres du comité de m'avoir invitée à comparaître aujourd'hui.

En 2004, quand les premiers ministres se sont engagés dans le plan décennal visant à consolider les soins de santé, ils ont reconnu l'importance de faire en sorte que les Canadiens ont accès aux soins dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin. Ils s'étaient engagés à ce que tous les gouvernements au Canada améliorent l'accès aux soins de santé et réduisent les listes d'attente. Ils ont affirmé qu'il était impératif d'accroître le bassin de travailleurs de la santé et qu'il fallait faire des investissements stratégiques dans les services communautaires, y compris les soins à domicile, une stratégie relative aux produits pharmaceutiques et la promotion de la santé. Ils ont affirmé les principes sur lesquels s'appuie la Loi canadienne sur la santé. Ils ont dit que l'accès opportun aux soins de santé devrait se faire en fonction du besoin, non pas de la capacité de payer, et que tous les ordres de gouvernement coopéreraient pour répondre aux besoins des Canadiens.

Depuis quelques années, nous avons vu ces engagements malmenés par les intérêts privés de l'industrie des soins de santé. Les pourfendeurs du régime d'assurance-maladie ont lancé une attaque tous azimuts contre le régime public d'assurance-santé et de prestation des soins, et certains gouvernements acceptent trop facilement l'argument selon lequel privatisation égale durabilité. Déjà, certains gouvernements sont en train de mettre en place des marchés concurrentiels pour les soins de santé, ce qui est par définition nuisible à la réforme des soins primaires et à la prestation continue des soins de santé par les composantes des soins actifs, des soins intermédiaires et des soins à long terme du régime.

Si les provinces et les territoires suivent l'exemple du Québec, nous aurons l'assurance privée, un régime de soins de santé à deux vitesses et des médecins qui travaillent à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé.

De plus en plus, les gouvernements permettent à des cliniques privées d'assumer à la place des hôpitaux les chirurgies les plus faciles et les plus facilement facturées, de sorte que ces cliniques fonctionnent à toutes fins utiles comme des hôpitaux à but lucratif.

Nous protestons contre la façon dont les employeurs favorisent l'expansion de ces cliniques privées en obligeant leurs travailleurs accidentés à y subir leur chirurgie. Nous n'insisterons jamais trop pour dire que cette pratique est loin d'être la meilleure comme stratégie en vue de réduire les temps d'attente.

En raison d'une exclusion de la Loi canadienne sur la santé, le gouvernement fédéral joue aussi un rôle en permettant au régime public d'indemnisation des travailleurs de servir à créer des marchés privés pour la prestation de soins actifs et de services de réadaptation.

Les gouvernements provinciaux optent pour des partenariats public-privé dans les hôpitaux en dépit de preuves éloquentes établissant que c'est là l'alternative la plus coûteuse. Le gouvernement fédéral les encourage dans cette voie en établissant un nouveau programme d'investissement massif dans les partenariats public-privé.

La privatisation des services de soins de santé a déjà entraîné la perte d'emplois, une réduction de la rémunération et des avantages sociaux et une baisse du contrôle exercé par la collectivité sur son régime public de soins de santé. Les travailleuses de la santé, les femmes autochtones et les immigrantes sont particulièrement touchées par cette détérioration des conditions de travail. Le régime public d'assurance-santé est menacé par la privatisation, et les attaques sont de plus en plus ciblées.

Nous avons effectivement besoin d'une action soutenue dans le cadre d'une stratégie nationale des ressources humaines en santé afin de voir aux pénuries critiques de tous les travailleurs du secteur de la santé. En plus de se concentrer sur des ressources pour la formation, il faut que nos gouvernements se penchent sur la qualité du travail dans le domaine de la santé. Si la qualité du travail continue de baisser, les travailleurs ne s'orienteront pas vers le domaine de la santé ou n'y demeureront pas.

Le gouvernement ne doit pas répondre à nos besoins de ressources humaines en santé en se fiant à une stratégie qui encourage des travailleurs étrangers formés à venir travailler au Canada dans le domaine de la santé uniquement s'ils acceptent d'être faiblement payés, d'avoir des conditions de travail médiocres et de jouir de droits de citoyens moins que complets. Nos immigrants méritent le respect. Il faut que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces pour faire en sorte de régler le dossier de la reconnaissance des titres de compétences d'une manière qui respecte les travailleurs formés à l'étranger et qui contribue à améliorer l'accès aux soins de santé publics partout au Canada. Il faut étudier le rôle que joue le Canada en tant que maraudeur, puisque les pays en développement n'investissent pas dans leurs régimes de soins de santé et dans l'éducation en matière de santé.

De plus, nous demanderions aux membres de votre comité d'exhorter le gouvernement à joindre le geste à la parole en ce qui concerne le régime national d'assurance-médicaments. Le CTC prie instamment les membres du comité de réfléchir à l'escalade des coûts de produits pharmaceutiques et à la pression que subit notre système de santé. Nous avons besoin d'un régime d'assurance universel, financé par les deniers publics et administré par le secteur public afin de couvrir le coût des médicaments sur ordonnance. Nous ne parlons pas uniquement de couverture des médicaments onéreux, parce qu'elle n'est pas utile pour contrôler le coût croissant des produits pharmaceutiques, ce qui nuit au régime public de soins de santé.

• (1200)

Depuis l'annonce du plan décennal, le CTC continue d'entendre dire par ses affiliés que l'assurance-santé demeure le plus important programme social du Canada.

**La présidente:** Madame Byers, je vous remercie beaucoup. Vous avez dépassé le temps alloué, mais vous avez fait valoir d'excellents points.

**Mme Barbara Byers:** Nous vous ferons parvenir notre document...

**La présidente:** Nous allons également poser des questions.

Monsieur Moist.

**M. Paul Moist (président national, Syndicat canadien de la fonction publique):** Merci, madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du comité.

Le Syndicat canadien de la fonction publique représente plus de 500 000 travailleurs. Sur ce nombre, 170 000 oeuvrent dans tous les domaines liés aux soins de santé.

Aujourd'hui, nous allons surtout vous parler de responsabilisation. Les transferts prévus dans le plan décennal, y compris ceux consacrés à l'assurance-maladie, devraient être dépensés conformément aux principes de la Loi canadienne sur la santé. Chaque année, le rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé déçoit. Les exemples illustrant le manque de responsabilisation abondent. Le Conseil canadien de la santé a été créé dans le but de rendre compte des progrès accomplis dans le cadre du plan décennal. Comme deux provinces refusent d'y participer, nous ne voyons pas comment il peut remplir son mandat.

D'où viennent nos préoccupations quant au manque de responsabilisation?

Premièrement, depuis la ratification du plan décennal, le nombre de cliniques privées à but lucratif qui assurent des services médicalement nécessaires a doublé.

Deuxièmement, pour ce qui est des frais illégaux, certaines provinces — notamment la Colombie-Britannique et le Québec — permettent aux cliniques privées d'exiger des frais pour les services de diagnostic et de chirurgie qui sont clairement des services hospitaliers nécessaires au sens de la Loi canadienne sur la santé.

Troisièmement, le resquillage. Certains médecins contournent l'interdiction dont sont frappés le ticket modérateur et la surfacturation en exigeant que les patients paient pour les services qui ne sont pas couverts, ce qui mène au resquillage et à des conflits d'intérêts possibles.

Quatrièmement, la commercialisation est liée aux garanties sur les temps d'attente. L'approche préconisée dans le plan décennal relativement aux temps d'attente et au modèle de garanties de soins du gouvernement fédéral a accéléré la commercialisation de l'assurance-maladie. Il y a près de deux ans, le conseiller fédéral en matière de délais d'attente, le Dr Postl, a publié un rapport sur la question, rapport qui a été largement ignoré.

Cinquièmement, les partenariats public-privé, ou les 3P. Au total, 38 hôpitaux 3P vont voir le jour dans quatre provinces canadiennes. Le gouvernement fédéral, par l'entremise de la société PPP Canada Inc., fait activement la promotion du modèle 3P dans tous les secteurs, y compris celui des soins de santé. Nous considérons que les hôpitaux 3P doivent faire l'objet d'une enquête immédiate par le comité, la vérificatrice générale du Canada et le Parlement.

Nos recommandations sont les suivantes: il faut appliquer la Loi canadienne sur la santé, comme l'exige le Parlement; créer un programme national de soins de longue durée; mettre en oeuvre une stratégie de réduction des temps d'attente qui garantit des améliorations dans le secteur public, ou encore suivre les conseils du Dr Postl; mettre en place un programme d'assurance-médicaments national; créer un fonds d'infrastructure nationale afin d'ériger et de réaménager des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée; respecter les engagements pris dans l'Accord de Kelowna et dans le « Plan directeur pour la santé des Autochtones »; établir une stratégie nationale pour combattre les infections nosocomiales; et enfin, élaborer et mettre en oeuvre une stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé qui vise à améliorer les conditions de travail, les programmes de formation et de recyclage et la parité salariale dans le but d'accroître la rétention et le recrutement dans l'ensemble du secteur de la santé, autre recommandation formulée par le Dr Postl.

Merci, madame la présidente.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Moist.

Nous allons maintenant entendre Linda Silas, présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers.

**Mme Linda Silas (présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers):** Bonjour.

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers représente 138 000 infirmières et infirmiers dans neuf provinces, ainsi que 20 000 membres associés de l'Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada. Nos membres travaillent dans les hôpitaux, les établissements de soins prolongés, les collectivités et nos foyers.

Nous souhaitons remercier le Comité permanent de la santé de nous offrir la possibilité de faire entendre notre point de vue. Nous sommes ici pour réitérer nos dix appels à l'action qui, selon nous, sont essentiels pour franchir avec succès le prochain cap de la vision établie par les premiers ministres en 2003 et 2004. Nous entendons mettre l'accent sur deux thèmes: les ressources humaines en santé et l'obligation de rendre compte.

Concernant les ressources humaines en santé, les premiers ministres ont déclaré que « l'accès à des soins en temps opportun dans tout le Canada constitue notre plus grande préoccupation et une priorité nationale. » Ils ont également établi un lien entre cet enjeu et les ressources humaines en santé. Cette préoccupation pèse lourd d'autant plus que l'Association médicale canadienne estime que de 4 à 5 millions de Canadiens et Canadiennes n'ont pas de médecin de famille. Le secteur infirmier n'est guère mieux loti : il lui faut plus de 20 000 infirmières et infirmiers pour répondre aux besoins en heures supplémentaires et combler les postes vacants.

Le Canada compte plus de 250 000 infirmières et infirmiers dont plus de 80 p. 100 sont syndiqués. Mais les conditions de travail sont loin d'être satisfaisantes. Par exemple, on estime que les coûts liés au temps supplémentaire et aux maladies s'élèvent à 1 milliard de dollars dans les hôpitaux de l'Ontario. Pour chaque infirmière et infirmier âgé de moins de 35 ans, on en compte deux qui ont plus de 50 ans. Nous savons que notre effectif, s'il n'est pas le plus âgé, est vieillissant. Pour répondre à la demande prévue, il faudrait 12 000 nouveaux diplômés par an. À l'heure actuelle, ce chiffre n'est que de 8 400 environ.

Nos suggestions sont les suivantes.

Le gouvernement doit absolument coordonner les stratégies concernant les ressources humaines en santé à l'échelle nationale. La Saskatchewan, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador, par exemple, perdent 30 p. 100 de leurs diplômés en sciences infirmières au profit des autres provinces. Première recommandation: il faut établir une stratégie pancanadienne pour les ressources humaines en santé.

Deuxième recommandation: il faut poursuivre les recherches en sciences infirmières. Un financement de 25 millions de dollars a été accordé sur 10 ans. Ce financement prend fin cette année. Nous demandons qu'il soit renouvelé.

Troisième recommandation: nous devons, ensemble, élaborer des stratégies pour favoriser la mise en oeuvre d'initiatives pour un milieu de travail sain, en vue de favoriser le maintien en poste et le recrutement des effectifs.

Quatrième recommandation: le gouvernement fédéral, dans le cadre du plan décennal pour consolider les soins de santé, s'est engagé à prendre des mesures pour réduire le fardeau financier des étudiants de certains programmes de formation en santé. Nous exhortons le gouvernement fédéral à honorer cet engagement le plus tôt possible.

Cinquième recommandation: nous devons fixer des objectifs précis en matière d'inscriptions, de financement et autres soutiens, de nouveaux enseignants et de technologies appropriées.

Concernant les soins à domicile, nous reprenons les arguments de l'organisme VON Canada et demandons au gouvernement fédéral de créer un groupe consultatif expert sur les aidants membres de la famille.

L'obligation de rendre compte, comme l'a fait valoir le gouvernement, est essentielle dans tous les secteurs d'activité, et les soins de santé ne font certes pas exception. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers, en collaboration avec le Syndicat canadien de la fonction publique, a lancé la campagne « Your Medicare Rights ». Nous fournissons au public des renseignements sur la surfacturation, les frais modérateurs, la combinaison de services assurés et non assurés, le resquillage, ainsi de suite. Il est absolument essentiel que le gouvernement fédéral agisse dans ce domaine.

Septième recommandation: il faut donner au Conseil canadien de la santé le pouvoir de demander aux provinces et aux territoires de faire rapport sur les questions liées à la Loi canadienne sur la santé. Santé Canada devrait recourir à ses pouvoirs discrétionnaires pour faire respecter les principes et les conditions de la Loi canadienne sur la santé.

Nous avons également demandé à la vérificatrice générale de procéder à une vérification des sommes fédérales transférées aux provinces à l'avis de la prestation des soins de santé.

Concernant le régime d'assurance-médicaments, nous savons que le coût des médicaments sur ordonnance a augmenté de 77 p. 100 entre 1996 et 2006. Nous dépensons plus en médicaments qu'en visites chez le médecin. La Nouvelle-Zélande a réalisé des économies de 50 p. 100 en recourant à des méthodes de négociation coordonnées pour faciliter l'achat en vrac de médicaments. Nous recommandons que le gouvernement fédéral élabore un programme national d'assurance-médicaments. Des progrès ont été réalisés en 2004. Toutefois, depuis le lancement de la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, ceux-ci se font plus rares.

Pour terminer, nous nous sommes dotés d'un plan, utilisons-le. Chaque province et territoire devrait soumettre au Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines un rapport annuel qui tient compte des objectifs du plan décennal et du financement proposé. Le comité consultatif pourra, à son tour, rendre compte au ministre fédéral de la Santé et à d'autres intervenants clés du secteur des soins de santé.

L'objectif du régime de soins de santé est d'offrir des soins aux gens. Il nous faut, pour cela, des travailleurs.

Merci.

● (1205)

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Silas.

Nous allons maintenant entendre M. Jeff Poston.

**Dr Jeff Poston (directeur général, Association des pharmaciens du Canada):** Merci beaucoup, madame la présidente.

L'Association des pharmaciens du Canada est heureuse d'avoir l'occasion de rencontrer le Comité permanent de la santé dans le cadre de son examen du plan décennal pour consolider les soins de santé.

Bien que l'usage de médicaments fasse partie intégrante des soins de santé au Canada, les effets indésirables et la mauvaise utilisation des médicaments demeurent un problème sérieux. D'après une étude récente menée au Canada, 24 p. 100 des patients admis dans un service de médecine interne d'un hôpital l'ont été pour des causes liées aux médicaments. Plus de 70 p. 100 de ces admissions ont été jugées évitables. Une autre étude a révélé qu'une visite sur neuf dans les urgences était due à une cause liée aux médicaments, et que plus de deux tiers de ces visites étaient évitables. Les préoccupations touchant l'usage approprié des médicaments et l'accès aux soins de santé vont servir de toile de fond à notre exposé d'aujourd'hui.

Depuis le lancement, en 2004, du plan décennal, certains progrès ont été réalisés. Cependant, il reste de nombreux défis à surmonter, notamment, dans quatre domaines.

Premièrement, la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. Les progrès, jusqu'ici, ont été lents et, du point de vue de la stratégie globale, pratiquement inexistantes. Le processus n'a pas été très transparent. Les consultations avec les intervenants ont mis du temps à démarrer. Nous ne savons toujours pas ce qui se passe dans plusieurs secteurs clés: par exemple, quels progrès, s'il en est, ont été réalisés au chapitre des médicaments coûteux pour les maladies rares ou encore du formulaire national commun. Nous craignons que de nombreuses questions jugées prioritaires dans la SNPP soient abordées isolément. Il faut mettre davantage d'accent sur une stratégie détaillée qui s'attaque aux problèmes.

L'usage approprié des produits pharmaceutiques doit constituer un élément clé de la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. En septembre 2006 — il y a plus de 20 mois de cela —, le rapport d'étape sur la stratégie nationale indiquait qu'il fallait faire plus dans ce domaine. Or, très peu de progrès ont été réalisés de ce côté-là. Le processus semble piétiner.

Seulement quelques initiatives lancées dans le cadre de la stratégie ont entraîné des avantages significatifs pour les Canadiens. Certaines provinces ont lancé des programmes de couverture de médicaments onéreux. Le projet de loi C-51, présenté récemment, devrait contribuer à actualiser le processus d'approbation des médicaments. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a analysé les prix de médicaments non brevetés. Certaines provinces ont annoncé de nouvelles mesures législatives sur les produits pharmaceutiques. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent déployer des efforts soutenus pour élaborer et mettre en oeuvre une stratégie vraiment nationale en matière de produits pharmaceutiques.

Deuxièmement, les ressources humaines en santé. Le plan décennal insiste sur la nécessité d'augmenter le bassin de professionnels des soins de santé au Canada, y compris les médecins, les infirmières et infirmiers et les pharmaciennes et pharmaciens. Des progrès ont été réalisés dans le domaine de la planification des ressources humaines en santé. Santé Canada a investi dans la formation et la collaboration interprofessionnelles, dans le soutien de l'intégration des professionnels de la santé qui ont fait leurs études à l'étranger, et dans la production de données sur les ressources humaines en santé pour les sept fournisseurs prioritaires des soins de santé identifiés dans le plan décennal.

L'approbation d'un cadre FPT pour la planification pancanadienne des ressources humaines en santé et la mise en oeuvre de plans provinciaux pour gérer les ressources humaines en santé constituent des pas dans la bonne direction. Toutefois, il reste encore beaucoup à faire. Les points sur lesquels il faut se concentrer comprennent la planification axée sur les besoins de la population; la pénurie de

main-d'oeuvre, notamment de médecins, d'infirmières et d'infirmiers, de pharmaciennes et de pharmaciens et d'autres travailleurs de la santé; et les questions liées à un milieu de travail en santé. Nous devons également améliorer la collecte de données.

Troisièmement, la réforme des soins primaires, une initiative essentielle à la pérennité du régime de soins de santé. Il reste beaucoup de travail à faire au chapitre de l'accès opportun aux soins, de la collaboration interprofessionnelle et de l'optimisation des champs d'activité des professionnels de la santé. En tant que spécialistes des médicaments et fournisseurs de soins de santé les plus accessibles, les pharmaciens et pharmaciennes doivent être davantage intégrés aux équipes de soins primaires.

Enfin, je voudrais vous parler des dossiers de santé électroniques. Les DSÉ et la télésanté sont des technologies clés pour assurer le renouvellement du système des soins de santé. L'utilisation de la technologie informatique et des dossiers de santé électroniques demeure, pour les cliniciens, un défi. Les progrès sont lents. La plupart des provinces sont en train de se doter de systèmes d'information sur les médicaments qui comprendront un profil détaillé du médicament et qui permettront d'établir des ordonnances par voie électronique. L'Association est d'avis que les dossiers de santé électroniques favoriseront la réforme des soins primaires et permettront aux praticiens de soins de santé de mieux s'occuper de leurs patients.

L'accès à des renseignements plus complets donnera lieu à des décisions plus éclairées en matière de soins de santé, tandis que les SIM contribueront à améliorer la sécurité des médicaments. À cet égard, le financement de l'autoroute de l'information sur la santé du Canada devra être majoré si l'on veut que le projet concernant les dossiers de santé électroniques se concrétise.

● (1210)

Pour terminer, même si certains éléments du plan décennal ont fait l'objet de progrès, il reste des défis considérables à relever et des possibilités intéressantes à exploiter. Des fonds et des analyses supplémentaires seront nécessaires pour s'attaquer aux enjeux soulevés par les premiers ministres, il y a quatre ans.

Merci beaucoup.

**La présidente:** Merci, monsieur Poston.

Monsieur Kurt Davis.

**M. Kurt Davis (directeur général, Société canadienne de science de laboratoire médical):** Merci, madame la présidente.

J'aimerais vous faire part, aujourd'hui, de certains problèmes qui touchent un aspect clé des ressources humaines en santé, la formation clinique.

Le laboratoire médical est considéré comme le moteur diagnostic du régime de soins de santé. Comme plus de 85 p. 100 des décisions des médecins reposent sur les résultats des tests effectués en laboratoire, il faut s'assurer que le moteur est en bon état. Vous conviendrez tous avec moi que cette question doit constituer une priorité. Or, j'ai le regret de vous informer que la « lampe témoin du moteur » est allumée depuis déjà un bon moment.

Le Canada est aux prises avec une pénurie de technologistes de laboratoire médical à l'échelle nationale. D'ici 2015, la moitié des TLM au Canada seront admissibles à la retraite. Depuis 1998, nous ne cessons de dire aux décideurs que le nombre de places dans les programmes de formation en technologie de laboratoire médical ne permet tout simplement pas de produire suffisamment de diplômés pour combler les départs. À l'heure actuelle, on dénombre 27 programmes de formation au Canada. Environ 762 étudiants y sont inscrits.

Les gouvernements provinciaux ont répondu à nos appels en mettant sur pied de nouveaux programmes et en élargissant les programmes existants. Il s'agit là d'un pas dans la bonne direction. Toutefois, il nous faut créer encore 120 postes pour atteindre l'objectif visé dans notre rapport de 2002.

Mais le problème ne s'arrête pas là.

Le financement alloué aux programmes nouveaux et élargis ne couvre que la formation en salle de classe. Malheureusement, l'apprentissage clinique, lui, a été laissé pour compte.

Comme c'est le cas pour la plupart des professions de la santé, l'apprentissage clinique est un élément essentiel de la formation en sciences de laboratoire médical. Les stages cliniques sont obligatoires et font partie intégrante des programmes de formation agréés offerts au Canada.

En 2002, la Société a commencé à se rendre compte, en se fondant sur des observations faites sur le terrain, que les sites cliniques, dont la grande majorité sont situés en milieu hospitalier, avaient de plus en plus de difficulté d'affecter des ressources à la formation des étudiants. Le personnel n'avait tout simplement pas le temps de former des étudiants en raison d'un manque d'effectifs. Leur priorité principale — à juste titre — restait les résultats des tests subis par leurs patients.

L'étude que nous avons menée en 2004, et qui s'intitule *Clinical Placements for Canadian Medical Laboratory Technologists: Costs, Benefits, and Alternatives*, a mis en lumière certains points qui risquent de compromettre la capacité des établissements d'enseignement d'offrir la composante clinique de leurs programmes à l'avenir. Les principaux points soulevés étaient les suivants: le financement insuffisant pour la formation clinique, l'impact du manque de personnel dans les sites cliniques sur la capacité de consacrer des ressources à la formation des étudiants, et l'insuffisance des recherches sur les pratiques exemplaires en formation clinique.

Certains ont laissé entendre que les simulations cliniques constituent un moyen plus économique et rapide de former les étudiants. De plus, elles permettent d'alléger le fardeau imposé aux sites cliniques. Nous avons voulu vérifier ces affirmations. Plus tôt cette année, nous avons publié les résultats d'une étude qui démontre que l'apprentissage basé sur la simulation est exigeant en termes de ressources, tant sur le plan du personnel que de l'équipement. Les programmes axés sur la simulation nécessitent de l'équipement de laboratoire hautement spécialisé et très coûteux, comme celui qu'utilisent aujourd'hui les hôpitaux. Leurs coûts de démarrage et d'exploitation sont également très élevés — ce qui entraîne un gaspillage de ressources. Deux des collègues ayant participé à l'étude ont été obligés de mettre un terme à leurs programmes d'apprentissage axés sur les simulations en raison de l'absence de financement continu de la part du gouvernement.

L'étude a par ailleurs révélé que nous manquons de recherches établissant la nécessité des simulations cliniques dans les programmes de formation en technologie de laboratoire médical.

Nous ne sommes pas les seuls touchés. D'autres professions de la santé sont confrontées aux mêmes problèmes. La stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé reconnaît de manière explicite l'importance de la formation clinique et se donne comme objectif d'accroître l'accès à celle-ci.

Voilà le hic. D'après le Dr John Gilbert, de l'Université de la Colombie-Britannique, la responsabilité du financement de la formation clinique « se retrouve entre deux chaises », c'est-à-dire entre les ministères de la Santé et de l'Éducation. Le financement de la formation clinique est pratiquement inexistant. Comment pouvons-nous accroître l'accès à la formation clinique si personne n'est prêt à fournir le financement nécessaire pour y arriver?

Où en sommes-nous aujourd'hui? Les sites cliniques, qui sont essentiellement des laboratoires en milieu hospitalier, refusent des étudiants en raison d'un manque d'effectifs. Il s'agit d'un cercle vicieux. Ils ne sont pas mesurés d'accepter des étudiants parce que leur personnel est surchargé en raison d'un manque d'effectifs, et ils manquent d'effectifs parce qu'il n'y a pas assez de nouveaux diplômés pour doter les postes vacants.

Il est temps de briser le cercle infernal dans lequel nous nous trouvons. La SCSLM recommande que les gouvernements fédéral et provinciaux consacrent des fonds au financement de la formation clinique sur place pour les technologistes de laboratoire médical. Nous avons un urgent besoin de précepteurs cliniques spécialisés dans le laboratoire pour former les étudiants, ce qui implique la création de 140 postes au Canada.

Nous recommandons également que les gouvernements accordent un financement à long terme et durable pour multiplier les recherches sur la valeur et l'efficacité de la simulation clinique. Ces nouveaux investissements contribueront peut-être à réduire l'impact causé par la pénurie de technologistes de laboratoire médical.

• (1215)

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Davis.

Nous allons entreprendre un premier tour de cinq minutes avec le deuxième groupe de témoins. Monsieur Temelkovski, vous avez la parole.

**M. Lui Temelkovski (Oak Ridges—Markham, Lib.):** Merci, madame la présidente.

Et merci à tous les témoins.

Le gouvernement s'est engagé, dans le cadre du plan décennal, à accroître le nombre de professionnels de la santé, à fixer des objectifs pour la formation, le maintien en poste et le recrutement, à rendre les plans publics — il a demandé que tous les participants rendent leurs plans publics. Le gouvernement fédéral s'est également engagé à accélérer et à élargir l'évaluation et l'intégration de diplômés en santé formés à l'étranger, à instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones, à prendre des mesures pour réduire le fardeau financier des étudiants, ainsi de suite.

Monsieur Davis, vous avez dit qu'il y a une pénurie de technologistes de laboratoire. Est-ce que le nombre de membres que compte la Société a augmenté au cours des trois ou quatre dernières années, ou est-il demeuré relativement stable?

• (1220)

**M. Kurt Davis:** Il est demeuré stable, car les technologistes admissibles à la retraite n'ont pas quitté leur emploi aussi vite que prévu. Le nombre de nouveaux diplômés qui entrent dans le système se maintient. À mon avis, la baisse qu'a connu le marché des fonds mutuels en 2001 incite les technologistes à rester plus longtemps en poste.

Toutefois, nous connaissons présentement un problème en ce sens qu'il y a trop de postes affichés sur notre site Web. Le personnel n'arrive pas à tout traiter.

**M. Lui Temelkovski:** Et qu'en est-il des pharmaciens, monsieur Poston?

**M. Jeff Poston:** Le plan a eu ceci de positif qu'il prévoit du financement pour l'Institut canadien d'information sur la santé. L'Institut est en train d'améliorer la base de données qui vise les pharmaciens, ce qui va nous permettre d'avoir une meilleure idée des chiffres.

Toutefois, il y a encore des pénuries de personnel. Nous manquons d'effectifs sur le terrain. Le Canada est loin d'être autosuffisant à ce chapitre. Nous comptons beaucoup sur les pharmaciens formés à l'étranger.

**M. Lui Temelkovski:** Donc, il y a encore des pénuries.

**M. Jeff Poston:** Oui. L'autre problème, c'est que nous nous tournons de plus en plus vers les pharmaciens formés à l'étranger.

**M. Lui Temelkovski:** Et qu'en est-il de la Fédération des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, madame Silas?

**Mme Linda Silas:** La pénurie est critique. En 2005-2006, un rapport a été produit sur la stratégie pancanadienne concernant les ressources humaines en santé. Mais nous devons prendre conscience que l'ICIS compte une infirmière comme moi et un médecin comme le D<sup>r</sup> Bennett, et nous n'avons pas vu de patient depuis un bon moment. Cela n'aide pas pour les chiffres.

Dans la ville de Winnipeg seulement, il y a 870 postes vacants en soins infirmiers à l'heure actuelle. À Edmonton et à Calgary, il y en a 2 000. Nous dépensons 18 millions de dollars en heures supplémentaires par année, ce qui équivaut à 10 000 équivalents temps plein en soins infirmiers. Il y a bel et bien une crise.

**M. Lui Temelkovski:** D'après ce que nous disent les trois organisations, il y a un manque criant de professionnels. Nous avons pourtant un rapport qui dit que tout va pour le mieux.

Je ne comprends pas. Je ne comprends pas, car c'est très simple à mes yeux: si on n'augmente pas le nombre de pharmaciens, d'infirmières et de technologues, comment peut-on réduire ces temps d'attente? Qui les réduit? Avons-nous de meilleures machines? Fonctionnent-elles 36 heures par jour? Où est le malentendu? Y a-t-il de l'information qui ne passe pas adéquatement?

**M. Jeff Poston:** Je crois que le rapport sur les temps d'attente a relevé une meilleure utilisation du personnel existant comme étant l'une des principales solutions — en jetant vraiment un regard très critique sur la manière dont le personnel est utilisé. Des travaux de recherche ont été effectués à cet égard, et certaines des améliorations entourant l'administration des listes d'attente et ce genre de choses ont sans contredit été indispensables. Je pense donc que certains changements administratifs apportés à l'utilisation du personnel et à l'administration ont amélioré les temps d'attente.

Mais vous avez raison. Le problème sous-jacent ne fera qu'empirer, puisque je pense que nous avons tous des effectifs vieillissants. Comme je l'ai dit, de notre point de vue, nous comptons

de plus en plus sur les pharmaciens formés à l'étranger. La situation va se dégrader à moins d'avoir de nouveaux investissements substantiels.

**M. Lui Temelkovski:** Monsieur Moist, pourrions-nous entendre la position de votre syndicat?

**La présidente:** Je suis désolée, monsieur Temelkovski, mais il ne nous reste maintenant plus de temps.

Je vais devoir passer à M. Malo.

**M. Lui Temelkovski:** Je suis certain qu'il poursuivra.

[Français]

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

Je vais poursuivre dans le même sens que M. Temelkovski et parler des ressources humaines. Il faut quand même profiter de la présence des témoins. Vous êtes tous et toutes impliqués dans les ressources humaines. D'après ce que je comprends, tous les secteurs manquent de ressources humaines.

Dans le Plan d'action stratégique concernant les ressources humaines dans le secteur de la santé, qui fait partie du Plan décennal pour consolider les soins de santé, il y a un élément important qui se lit comme suit :

instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones et les groupes minoritaires de langues officielles afin d'accroître la réserve de professionnels de la santé dans ces collectivités;

Donc, les initiatives doivent être beaucoup plus ciblées. On a justement parlé plus tôt des communautés autochtones et du manque de données. Savez-vous si, parmi les populations autochtones, cet objectif a été atteint? Comme association de professionnels et peut-être comme syndicat, participez-vous à la réalisation de cet objectif bien précis?

• (1225)

[Traduction]

**M. Paul Moist:** Je dirais que nous avançons à petits pas. Notre plus grande réussite est ce que nous avons accompli avec le gouvernement et les autorités sanitaires de la Saskatchewan. Nous avons fait passer de 1,8 à 11 p. 100 le taux d'emploi chez les Autochtones comme travailleurs de soutien dans un établissement de soins de courte durée. Tous les employés ont reçu une formation sur la culture autochtone pour préparer les travailleurs de la santé saskatchewanais, mais c'est l'exception à la règle, et non pas la norme.

Une entente de partenariat approuvée, voulant que le SCFP instaure des initiatives semblables dans des lieux de travail partout au Canada afin d'embaucher des Autochtones, dort sur le bureau du ministre fédéral depuis un an environ, semble-t-il, mais nous n'avons pas réussi à la faire signer. Je dirais que nous avançons lentement, mais sûrement, bien qu'il reste encore beaucoup à faire.

[Français]

**Mme Linda Silas:** Les seules provinces où il y a de vrais progrès sont la Saskatchewan et le Manitoba, où des fonds sont vraiment alloués pour permettre à des personnes autochtones d'étudier pour devenir infirmières auxiliaires ou infirmières praticiennes. De fonds et des programmes sont établis. Il y a même des fonds semblables pour les médecins, mais je n'ai pas tous les détails.

Comme Paul l'a dit, il y a déjà eu des comités dans le passé en ce qui concerne les ressources en matière de santé dans les communautés autochtones, mais tout a été mis en attente.

**M. Luc Malo:** Pourquoi?

**Mme Linda Silas:** On ne le sait pas. Parmi les témoins, je constate qu'il n'y a aucun représentant d'une organisation autochtone. Il est difficile de préparer un mémoire pour le comité. On est en 2008; il faut se baser sur la recherche et non sur les belles paroles. Les communautés et les regroupements, par exemple les infirmières, n'ont pas les ressources en matière de recherche pour pouvoir se préparer aussi rapidement. C'est un gros problème. Et c'est aussi un gros problème, compte tenu des 115 millions de dollars qu'ils ont reçus.

**M. Luc Malo:** D'après ce que vous me dites, le comité ne pourra jamais entendre un groupe autochtone parce que ce dernier ne serait pas capable de se préparer en vue de sa comparution.

**Mme Linda Silas:** Je ne peux pas dire ça. Je peux dire qu'il est déjà difficile pour une grosse organisation comme la nôtre de faire une présentation dans le temps qui lui est imparti. C'est encore plus difficile pour une petite organisation.

Je recommanderais au comité de faire une étude qui porte uniquement sur la situation des Autochtones et de donner beaucoup plus de temps aux témoins pour se préparer à comparaître devant le comité. Je ne suis pas autochtone et je ne peux parler pour eux, mais c'est un problème.

[Traduction]

**Mme Barbara Byers:** Me permettez-vous d'ajouter quelque chose?

Pendant de nombreuses années, le Congrès du travail du Canada a proposé un régime d'assurance pour la formation aux termes de l'AE. Nous essayons de mener des projets pilotes partout au pays pour aborder précisément la question des travailleurs autochtones qui font peut-être partie du système de santé, qui oeuvrent peut-être dans le domaine du travail de soutien, et qui veulent suivre une formation pour occuper d'autres types d'emplois; et il y a aussi la question des néo-Canadiens, des immigrants, etc.

Nous continuerons de faire pression à cet égard — à savoir que les travailleurs en poste actuellement devraient avoir accès à leur système d'assurance-emploi pour se perfectionner et changer d'emplois dans le système des soins de santé également.

Mais l'une des choses que nous devons aussi reconnaître — et M. Romanow en a fait état dans son rapport —, c'est que le Canada ne peut pas jouer dans les plates-bandes d'autres pays en matière d'immigration.

**La présidente:** Merci, madame Byers.

Madame Wasylycia-Leis.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Je veux revenir sur ce point. Il me semble que la seule stratégie pancanadienne dont dispose le gouvernement actuel pour faire face aux pénuries en ressources humaines dans le secteur des soins de santé consiste à faire venir et à accueillir des immigrants ou à changer nos priorités en matière d'immigration. Il est ainsi possible de faire venir de l'étranger des gens ayant un permis de travail temporaire et d'abolir tous les bons programmes, comme celui en Saskatchewan visant à former des Autochtones dans le secteur des soins de santé, à accroître le nombre de places dans les programmes d'enseignement, à reconnaître les titres de compétence étrangers. Toutes les mesures visant à remédier à la pénurie ne sont pas reconnues officiellement, mais cette proposition relative à l'immigration l'est.

Est-ce votre position? Et quel est le problème?

Barb? Linda?

• (1230)

**La présidente:** Mme Byers et M. Davis ont indiqué... Nous allons entendre Mme Byers d'abord et M. Davis ensuite.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Et Linda Silas aussi.

**Mme Barbara Byers:** Le programme des travailleurs étrangers temporaires ne fonctionne pas pour ces travailleurs que l'on fait venir. Ce n'est pas de l'immigration; c'est de l'exploitation. Il ne fonctionne pas pour le système non plus.

De plus, plusieurs travailleurs qui ont immigré au Canada ne peuvent pas avoir accès aux genres de formation dont ils ont besoin. Le programme des travailleurs étrangers temporaires n'est pas approprié pour tous les emplois pour lesquels on a fait venir des travailleurs de l'étranger.

**M. Kurt Davis:** Il y a un problème fondamental en formation clinique pour les travailleurs étrangers, de même que dans notre profession, car beaucoup d'entre eux ont tiré parti de programmes de préparation à l'emploi qui sont offerts pour les intégrer au marché du travail canadien. On prend à l'un pour donner à l'autre, car en offrant un programme de préparation à l'emploi, on réduit habituellement le nombre de places dans un programme d'enseignement clinique dans un collège local. Les programmes de préparation à l'emploi et l'intégration des étudiants internationaux au système canadien représentent une situation où tout le monde y perd dans notre profession.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** J'imagine que l'un des meilleurs exemples de nos jours...

**La présidente:** Je pense que Mme Silas voulait répondre.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Permettez-moi juste de mettre la question en contexte pour Linda Silas, car le personnel infirmier de la Saskatchewan est à la table de négociation au moment où l'on se parle. Le projet pilote pour les travailleurs de la santé autochtones semble dormir sur les tablettes, s'il n'est pas mort dans l'oeuf, mais la Saskatchewan vient pourtant de recruter 297 infirmières des Philippines. Il me semble que c'est représentatif de ce qui se passe partout au pays, et il n'existe aucune stratégie canadienne à cet égard.

**Mme Linda Silas:** Comme tous les témoins l'ont dit, l'immigration n'est pas la solution. Nous devrions être un pays ouvert. Nous sommes un pays formidable, mais nous devons être responsables. Nous sommes un pays très riche, et nous devrions assurer la viabilité de nos ressources humaines en santé et de nos programmes d'éducation. Le message que nous transmettons à nos enfants constitue l'une de mes préoccupations, en tant que mère.

Pour ce qui est de la Saskatchewan et du Manitoba, nous devons nous rendre compte qu'il existe toujours au ministère des Affaires indiennes un projet appelé Initiative sur la participation des Autochtones au marché du travail, et c'est ce dont Paul parlait. L'initiative est encore sur la glace, mais on examine les conventions collectives et la manière d'y intégrer les Autochtones, car le mot « syndicat » n'existe pas dans les langues autochtones, notamment. La procédure de règlement des griefs est très différente.

Il s'agit là d'initiatives très positives qui sont toutes en suspens. Nous espérons qu'elles seront toutes rétablies. Là encore, nous sommes un pays riche, et nous devrions instruire nos résidents et accueillir les étrangers.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Merci.

J'ai peut-être le temps de poser à Paul quelques questions sur la Loi canadienne sur la santé et tout le passage vers la privatisation et l'utilisation des PPP, etc.

N'avez-vous pas traduit le gouvernement en justice pour avoir manqué à ses obligations en vertu de la Loi canadienne sur la santé? Où en sommes-nous à l'heure actuelle en matière d'exécution de la loi et comment pouvons-nous améliorer la situation?

**M. Paul Moist:** Par l'entremise de la présidente, je rappelle que nous avons effectivement poursuivi le gouvernement précédemment devant les tribunaux à propos du rapport annuel, qui renferme des pages et des pages qui n'ont pas été remplies par bien des provinces et territoires. Quelques provinces, comme le Manitoba et la Saskatchewan, observent les règles. La Cour fédérale a statué que nous avions certainement un argument valable et qu'il appartenait aux parlementaires de faire respecter la loi, puisque ce sont eux qui distribuent les chèques, si je puis dire.

Il n'y a donc là aucune reddition de comptes.

Comme je l'ai dit, deux provinces ne font pas partie du Conseil canadien de la santé. J'ignore comment elles peuvent être comptables. J'entends souvent que nous ne devrions pas nous ingérer dans les affaires des provinces et des territoires. Eh bien, je crois que les résidents de ces provinces s'attendent à ce que votre chèque soit accompagné d'une reddition de comptes.

L'ingérence ultime toutefois — PPP Canada Inc. — pour n'importe quel projet de plus de 50 millions de dollars... On ne pourrait pas construire un hôpital de soins de courte durée dans une grande ville canadienne pour moins de 150 millions de dollars. Le gouvernement actuel dit que pour tout projet de plus de 50 millions de dollars, on doit envisager un hôpital privé, un hôpital des 3P.

Il y a donc là ingérence dans une compétence provinciale ou territoriale, mais pas de reddition de comptes pour les millions de dollars en transferts au titre de l'assurance-maladie, et nous acceptons de nombreuses pages blanches. Le SCFP n'accepte pas cela.

**La présidente:** Merci, monsieur Moist.

Monsieur Brown.

**M. Patrick Brown (Barrie, PCC):** Merci.

Il serait approprié aujourd'hui d'adresser mes questions à la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers. Je sais que c'est la Semaine nationale des soins infirmiers. J'ai passé la matinée de lundi dans ma circonscription, à accompagner quelques infirmières au travail et voir le travail splendide qu'elles font dans les établissements de soins de santé.

Quand nous examinons l'Accord décennal sur la santé, nous constatons qu'il y a certainement des réussites dont nous pouvons être fiers. J'ai demandé aux responsables de l'hôpital de ma région ce que le partenariat sur les délais d'attente pour les patients a représenté pour eux, et ils m'ont répondu 606 chirurgies supplémentaires pour le cancer, la cataracte et le remplacement d'articulations, et 1 880 heures d'IRM de plus.

Des progrès ont été réalisés. Quand on approfondit le sujet, il y a des leçons que nous pouvons en tirer, et je veux connaître vos commentaires à cet égard. Quand je cherche des choses que nous pouvons améliorer dans l'avenir, je remarque que le problème des ressources humaines est énorme. Dans ma circonscription, 30 000 personnes n'ont pas de médecin de famille, et la pénurie d'infirmières est liée à celle des médecins. C'est ce que je vois à l'hôpital Royal Victoria.

Il existe une disparité géographique dans les services de soins de santé au pays. Le niveau de services n'est pas aussi élevé dans les régions rurales du Canada, dans les petites villes. Il n'y a pas autant de professionnels de la santé qui pratiquent dans ces régions. Je ne

suis pas certain que cet accord sur la santé reconnaît les défis que présente cette disparité géographique.

Une chose que nous pouvons envisager d'améliorer, c'est la manière dont nous alignons nos attentes nationales sur nos attentes provinciales ou territoriales. Je me demande si nous avons tous les leviers nécessaires pour nous assurer que les fonds réservés aux soins de santé sont dépensés pour les priorités dont vous avez tous parlé. J'ai été intrigué, madame Silas, quand vous avez évoqué une vérification des fonds provinciaux provenant du gouvernement fédéral.

Pourriez-vous nous en dire un peu plus long à ce sujet? Pourquoi croyez-vous que cette vérification est nécessaire? Quelles seraient vos attentes s'il devait y avoir plus d'outils pour effectuer une vérification de ces fonds fédéraux? Quelles sont vos attentes à l'égard de ces fonds fédéraux, au sein de l'administration provinciale?

● (1235)

**Mme Linda Silas:** Pour ce qui est de cette demande de vérification, si ma mémoire est bonne, la dernière vérification a été effectuée en 2002, et une part importante des crédits fédéraux sont versés aux provinces et aux territoires pour les soins de santé. Vous devez comprendre qu'étant donné que Santé Canada est le sixième employeur en importance au pays dans le domaine de la santé, nous devons savoir à quoi sert notre argent.

Vous avez raison de dire que des progrès ont été réalisés en matière de gestion des temps d'attente, mais c'est en grande partie attribuable à l'administration de la liste d'attente même. Nous avons encore des médecins et des spécialistes qui inscrivent leurs délais d'attente sur des papillons adhésifs. Nous avons besoin d'un système beaucoup plus informatisé, etc. Nous avons au pays, par l'entremise de Santé Canada, un Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. C'est un comité pancanadien. Il ne doit pas s'en tenir qu'aux bureaucrates. Il doit faire participer les intervenants. Il doit amener les gens autour de cette table à s'engager pour qu'ils sachent ce qui se passe. Je dois attribuer le mérite aux gens de RHDSC. Ils sont allés dans les collectivités rurales. Nous avons un projet à Regina, qui n'est pas rural. Un autre projet est mené au Cap-Breton cependant, qui vise à perfectionner les compétences du personnel infirmier, et un projet d'envergure est soumis à l'étude de Santé Canada pour faire davantage en ce sens.

M. Malo et vous dites qu'il y a de bonnes nouvelles, mais les régions n'en profitent pas. Les projets sont bloqués au niveau bureaucratique, et nous devons faire participer les intervenants tout au long du processus. Nous devons nous assurer que le ministre est informé de ce que le directeur général d'un hôpital et le personnel infirmier entendent sur le terrain. Tout doit être relié et, pour ce faire, nous devons collaborer.

**M. Patrick Brown:** Le syndicat du personnel infirmier de ma région m'a dit qu'en raison de tous ces objectifs qui sont en train d'être fixés pour les soins de santé, les gens doivent réaffecter des fonds. C'est ce que font les directeurs généraux d'hôpitaux. Vous avez parlé de la pénurie d'infirmières. On offre à toutes ces infirmières impatientes de travailler des postes à temps partiel, plutôt qu'à plein temps. En ce qui a trait aux ressources humaines, comment l'allocation de fonds supplémentaires pour la création de postes à plein temps plutôt qu'à temps partiel améliorerait-elle la situation? Dans certains cas, si nous calculons les heures supplémentaires, nous payons plus pour le personnel à temps partiel.

**Mme Linda Silas:** C'est la question magique de l'offre et de la demande. Chacun joue son rôle. Les hôpitaux paient maintenant les étudiants en soins infirmiers 3 000, 5 000 \$ pour garantir leur maintien en poste. Pourquoi le gouvernement fédéral n'aurait-il pas un programme? Vous venez de mettre sur pied un programme fédéral pour les policiers. Nous devons en créer un pour les travailleurs de la santé. Il y a cinq ans environ, l'AMC a proposé un plan de formation d'un milliard de dollars pour les professionnels de la santé. Nous n'y avons toujours pas donné suite.

Ces 3 000 \$ que votre hôpital accorde pourraient être affectés aux ressources humaines en santé.

• (1240)

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Silas.

Madame Kadis.

**Mme Susan Kadis (Thornhill, Lib.):** Merci, madame la présidente, et merci à nos invités d'aujourd'hui.

Au cours des audiences d'aujourd'hui, de même qu'à d'autres séances antérieures, on nous a parlé de la nécessité d'accroître les ressources financières. Y a-t-il d'autres obstacles qui empêchent d'apporter des améliorations au plan décennal pour améliorer la santé et la sécurité des Canadiens? Est-ce pour des raisons financières? Y a-t-il un engagement suffisant de la part du gouvernement fédéral à l'heure actuelle pour atteindre ces objectifs? On nous a sans cesse parlé de la nécessité d'avoir une stratégie pancanadienne. On nous a aussi fait part de la préoccupation selon laquelle les ressources ne sont plus aussi importantes qu'elles l'étaient à l'origine, et qu'elles ont diminué. On allouait 42 milliards de dollars. De grandes promesses étaient faites.

J'aimerais beaucoup savoir ce qui, d'après vous, nous permettrait d'y arriver et ce que vous nous recommanderiez de faire.

**Mme Barbara Byers:** Permettez-moi de commencer. Si vous voulez examiner la question du contrôle des coûts et de la prestation des services nécessaires à la population, je vous recommanderais entre autres de vous pencher vraiment sur la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. Il en faut une.

Je crois que M. Brown a soulevé tout à l'heure la question des leviers pour contrôler les coûts et faire face au problème. Eh bien, le gouvernement fédéral possède ces leviers. Il peut examiner la question de la protection conférée par un brevet et des longues années rattachées à cette protection. Il peut s'attaquer à la question évoquée par Mme Silas de l'achat des médicaments en vrac par la Nouvelle-Zélande et de la réduction des coûts. C'est un des problèmes.

Si la stratégie vise à continuer d'injecter de l'argent dans le secteur privé, elle saignera le système à blanc et personne n'aura les moyens de payer.

**M. Jeff Poston:** Je crois que nous devons continuer de nous concentrer sur des moyens de réformer le système et de mieux utiliser les fonds actuellement investis.

Nous devons examiner d'un œil très critique les champs d'activité des professionnels de la santé. Nous nous sommes beaucoup intéressés à ce qu'a fait l'Alberta pour chercher des façons de mieux utiliser les pharmaciens, qui se sont vu conférer le droit de prescrire dans des conditions bien définies.

Je crois que des intervenants nous ont dit plus tôt de nous pencher sur la nécessité d'investir dans les soins à domicile et les soins de longue durée. Si nous pouvons garder les gens loin des hôpitaux le plus longtemps possible, et si nous pouvons les traiter pour des

malaises mineurs en faisant appel aux pharmaciens ou aux infirmières praticiennes, nous n'avons pas besoin de toujours compter sur les médecins.

Je crois que nous devons continuer à étudier toute la question de la réforme des soins de santé.

J'ai une mise en garde à faire. J'ai entendu à deux reprises ce matin l'histoire de l'achat de médicaments en vrac en Nouvelle-Zélande. Cette situation a été assez désastreuse là-bas. Elle a entraîné des pénuries considérables de médicaments, car l'achat en vrac donne lieu à un monopole. Si le fournisseur qui détient le monopole éprouve des problèmes avec les matières premières ou la production, on perd ce fournisseur sur le marché et on se retrouve soudainement sans médicaments. Je crois donc qu'il faut envisager avec prudence certaines des solutions.

Merci.

**Mme Linda Silas:** Comme nous l'avons dit dans notre dernière recommandation, nous devons consulter beaucoup plus que nous le faisons à l'heure actuelle. C'est le premier rapport sur le plan décennal. Il en faut un chaque année. Et il faut commencer au niveau des bureaucrates, des comités consultatifs, puis revenir devant vous avec tous les intervenants.

Je sais que vous avez beaucoup de pain sur la planche, mais si on ne le fait pas tous les ans pour les six prochaines années, jusqu'à ce que nous ayons terminé, nous considérerons le plan décennal comme un échec, et nous en serons tous responsables.

**Mme Susan Kadis:** Merci.

**La présidente:** Il vous reste encore une minute.

**L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.):** Nous vous saurions gré de nous faire part de ce qui vous emballerait si c'était dans notre rapport.

**Mme Barbara Byers:** Vous pouvez commencer par mettre en œuvre 99 p. 100 de ce qui était dans le rapport de la Commission Romanow. Vous pourriez y incorporer une foule de ces choses : les IRM, l'autre...

**L'hon. Carolyn Bennett:** Attendez un instant. Il s'agit d'un examen du plan décennal.

**Mme Barbara Byers:** Oui.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Relativement au plan décennal, sur quels aspects devrions-nous mettre l'accent dans notre rapport, selon vous, c'est-à-dire quels sont les domaines qu'il faudrait améliorer ou auxquels il faudrait porter attention?

**M. Paul Moist:** Le SCFP dirait tout d'abord que vous devriez appliquer la question de la reddition de comptes en vertu de la Loi canadienne sur la santé et sous le régime de l'organisme ou des conseils créés dans le cadre du programme décennal.

Ensuite, nous pensons que la vérificatrice générale et le Parlement lui-même doivent examiner la propension du gouvernement actuel à dire, « Si vous voulez des fonds pour le renouvellement de l'infrastructure, y compris les établissements de soins de santé, vous devez envisager les options de privatisation ». C'est une attitude anti-canadienne, à notre avis.

• (1245)

**La présidente:** Merci, monsieur Moist.

Nous allons maintenant passer à Mme Davidson.

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

J'aimerais revenir à l'argumentation du D<sup>f</sup> Bennett.

Puisqu'il s'agit d'un examen de l'accord décennal, quand nous l'étudions, nous devons nous pencher sur ce qu'il renferme, et non pas ce que vous voudriez qu'il renferme. Je suis sûre que nous aimerions tous, que nous soyons témoins ou membres, que certaines choses soient différentes. Cette occasion se présentera, mais ce n'est pas maintenant.

Je vais commencer par Mme Silas.

Pensez-vous à des initiatives ou à des mesures novatrices qui ne sont peut-être pas encore en place, mais qui sont prometteuses pour continuer à réaliser des progrès et améliorer le milieu de travail dans le domaine de la santé, des aspects sur lesquels nous pouvons faire des recommandations? Je pense que nous avons beaucoup entendu parler du milieu de travail ces dernières années.

Pourriez-vous commencer? Et vous voudrez peut-être répondre aussi par après.

**Mme Linda Silas:** Il existe de nombreuses initiatives sur un milieu de travail sain. Les gens — les employeurs et les syndicats — se rendent compte que nous devons créer un milieu de travail sain pour garder nos employés. Elles sont menées à l'heure actuelle. Nous devons y consacrer plus de financement. Il faut une meilleure évaluation. Les partenaires y travaillent, mais à très petite échelle. Il faut en élargir la portée.

Pour revenir au plan décennal, nous devons le relire. Tout commence par la reddition de comptes. Il décrit la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques comme étant la première étape. Nous parlons d'un programme national d'assurance-médicaments. Nous parlons de RHS. Le plan est précis. Le gouvernement fédéral devrait aider nos étudiants. Rien n'a été fait.

Pour les soins à domicile, le plan est très précis. On est resté muet à cet égard depuis.

En matière de santé des Autochtones, il y a du financement ciblé.

Relisons le plan et nous atteindrons notre but dans dix ans.

**M. Kurt Davis:** Je crois que l'initiative sur la qualité de vie au travail est fondamentale, car il reste des vestiges des années 1990, les années de la réforme de la santé. Dans notre profession, le gouvernement a réduit l'effectif de 27 p. 100 du jour au lendemain pratiquement, et il ne l'a pas rétabli depuis. Le personnel travaille sous pression et est soumis à du stress que la plupart d'entre vous ne peuvent imaginer. Les poursuites qui sont intentées à l'heure actuelle à Terre-Neuve ne sont que la pointe de l'iceberg des problèmes qui peuvent survenir lorsque des erreurs sont commises dans des laboratoires médicaux.

Nous devons nous en tenir au plan des ressources humaines en santé. La stratégie du CCPSSRH est excellente, mais nous devons avoir l'assurance que les provinces suivront. La province la plus riche au pays ne joue pas le jeu. Elle fait ce qu'elle veut et fait du maraudage ailleurs au Canada. Il reste qu'il y a une pénurie mondiale de professionnels de la santé; ce n'est pas juste au Canada. Si vous croyez que l'heure est grave, vous devriez regarder au sud de la frontière. Il y a un bruit de succion qui m'effraie.

**Mme Patricia Davidson:** Puis-je vous poser juste une autre question?

Est-ce que le fait que deux provinces n'adhèrent ni ne participent à cet accord pose d'autres difficultés ou défis?

**M. Kurt Davis:** Je pense que c'est un facteur clé, car il y a déjà, pour le meilleur ou pour le pire, un maraudage provincial. Avec leurs certifications et leurs agréments, la plupart de nos professions dans le domaine de la santé permettent aux gens de travailler n'importe où au pays et, comme on l'a mentionné plus tôt, des promotions entières ont quitté une province pour aller travailler dans une autre. Comment une province peut-elle planifier ses ressources humaines en santé si tous ses diplômés disparaissent? C'est irréalisable.

**M. Jeff Poston:** J'ajouterais qu'à mon avis, c'est un symptôme du sous-investissement global au pays en matière d'éducation et de formation des professionnels de la santé. Cette pénurie généralisée aussi endémique donne lieu à ce genre de mouvement qui engendre des problèmes majeurs dans une province. C'est juste un symptôme général du fait que nous avons besoin de beaucoup plus d'investissements pour assurer notre autonomie en matière de ressources humaines en santé dans l'avenir. C'est clairement une priorité.

J'ajouterais que nous devons réaliser de réels progrès concernant une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, et nous ne devons pas perdre de vue la nécessité d'une réforme des soins de santé primaires. Nous entendons beaucoup parler du financement des hôpitaux et, si vous voulez, du financement du statu quo, mais je pense que si nous voulons aller de l'avant et rendre notre système viable, nous devons examiner attentivement la réforme des soins de santé.

● (1250)

**La présidente:** Monsieur Moist.

**M. Paul Moist:** J'ai quelques observations à formuler sur les temps d'attente.

J'ai lu vos transcriptions du 17 avril. Vous avez reçu des représentants du ministère de la Santé et de l'Agence de la santé publique du Canada, et il y avait des pages et des pages de témoignages sur les temps d'attente et pas un mot sur une personne que vous avez nommée dans le cadre de l'accord de 2004 sur les soins de santé, le D<sup>r</sup> Postl. Le 30 juin 2006, le gouvernement a rendu public son rapport de 40 pages, la veille d'un long week-end. Le rapport de votre comité devra être en partie, à tout le moins, une vérification des recommandations du D<sup>r</sup> Postl concernant les temps d'attente.

**La présidente:** Bien. Merci, monsieur Moist.

Je veux remercier tous les témoins d'être venus aujourd'hui. Vos commentaires ont été très utiles et très pertinents.

Puisque le comité va maintenant poursuivre l'étude de ses travaux à huis clos, je vous demanderais de sortir de la salle assez rapidement. Je vais vous donner une minute.

[La séance se poursuit à huis clos.]





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

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

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

---

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

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