

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 25, 2023

The Standing Senate Committee on National Finance met with video conference this day at 6:45 p.m. [ET] to study the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 2024.

Senator Éric Forest (*Deputy Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Deputy Chair: Good evening, honourable senators.

[*English*]

I wish to welcome all honourable senators as well as viewers across the country who are watching us on sencanada.ca.

[*Translation*]

My name is Éric Forest, senator for the Gulf senatorial division, Quebec, and deputy chair of the Standing Senate Committee on National Finance. Now, I would like to ask my colleagues to introduce themselves, starting on my left please.

Senator Gignac: Welcome to the witnesses. I am Clément Gignac, from Quebec.

Senator Galvez: Rosa Galvez, from Quebec.

Senator Loffreda: Good evening. Tony Loffreda, from Quebec.

[*English*]

Senator Pate: Kim Pate, and I live here on the unceded, unsurrendered territory of the Algonquin Anishinaabe.

Senator Smith: Larry Smith, Montreal.

Senator Marshall: Elizabeth Marshall, Newfoundland and Labrador.

[*Translation*]

Senator Dagenais: Jean-Guy Dagenais, from Quebec.

The Deputy Chair: Honourable senators, dear witnesses and all those listening, it is with deep regret that I inform you that the Honourable Senator Ian Shugart passed away earlier today. We will have the opportunity to pay tribute to him at a later date, but I would now like to offer my most sincere condolences on behalf of all senators — Senator Shugart sat on the Finance Committee with us — to his wife, Linda, son, James, daughters Robin and Heather, and to his entire family.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 25 octobre 2023

Le Comité sénatorial permanent des finances nationales se réunit aujourd'hui, à 18 h 45 (HE) pour se pencher sur le Budget principal des dépenses pour l'exercice se terminant le 31 mars 2024.

Le sénateur Éric Forest (*vice-président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le vice-président : Bonsoir, honorables sénateurs et sénatrices.

[*Traduction*]

Je souhaite la bienvenue à tous les sénateurs ainsi qu'aux téléspectateurs de tout le pays qui nous regardent sur sencanada.ca.

[*Français*]

Je m'appelle Éric Forest, je suis un sénateur de la région du Golfe, au Québec, et je suis vice-président du Comité sénatorial permanent des finances nationales. J'aimerais maintenant demander à mes collègues de se présenter en commençant par ma gauche.

Le sénateur Gignac : Bienvenue aux témoins; Clément Gignac, du Québec

La sénatrice Galvez : Rosa Galvez, du Québec.

Le sénateur Loffreda : Bonsoir; Tony Loffreda, du Québec.

[*Traduction*]

La sénatrice Pate : Je suis Kim Pate, et j'habite ici, sur le territoire non cédé du peuple algonquin anishinaabe.

Le sénateur Smith : Je m'appelle Larry Smith, de Montréal.

La sénatrice Marshall : Je suis Elizabeth Marshall, et je viens de Terre-Neuve-et-Labrador.

[*Français*]

Le sénateur Dagenais : Jean-Guy Dagenais, du Québec.

Le vice-président : Honorables sénateurs, chers témoins et tous ceux et celles qui nous écoutent, c'est avec un profond regret que je vous informe que l'honorable sénateur Ian Shugart est décédé plus tôt aujourd'hui. Nous aurons l'occasion de lui rendre hommage ultérieurement, mais j'aimerais maintenant offrir mes plus sincères condoléances au nom de tous les sénateurs et sénatrices — le sénateur Shugart siégeait au comité

Honourable senators, I would ask you to rise and join me in a moment of silence.

(A minute of silence is observed.)

[*English*]

Honourable senators, today we will continue our study on the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 2024, which was referred to this committee on March 7, 2023, by the Senate of Canada.

[*Translation*]

Today, we have the pleasure of welcoming senior officials of Health Canada, namely, Serena Francis, Chief Financial Officer; Jocelyne Voisin, Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch; Jennifer Saxe, Associate Assistant Deputy Minister, Cannabis and Controlled Substances Branch; Brigitte Lucke, Director General, Policy, Planning and Integration Directorate, Healthy Environments and Consumer Safety Branch; Ed Morgan, Director General, Policy, Planning and International Affairs Directorate; Daniel MacDonald, Director General, Drugs for Rare Diseases, Strategic Policy Branch; and Lindy Van Amburg, Director General, Policy and Programs, Oral Health Branch.

Welcome and thank you for accepting our invitation to appear in front of the Standing Senate Committee on National Finance.

I understand that Serena Francis, Chief Financial Officer, will make a short statement. Ms. Francis, the floor is yours.

[*English*]

Serena Francis, Chief Financial Officer, Health Canada: Good evening, Mr. Chair and all members of the Standing Senate Committee on National Finance. As mentioned, my name is Serena Francis, and I am the Chief Financial Officer at Health Canada.

I have with me today several colleagues. They were jumping to come and talk to you all today, so if you have any detailed program questions, we should be able to provide responses to most of those.

Thank you for inviting us today to discuss Health Canada's 2023-24 Main Estimates. I welcome this opportunity to highlight some of the department's priorities and to share with you the work the department is doing to support the health of Canadians.

des finances avec nous — à sa femme, Linda, son fils, James, ses filles, Robin et Heather, et à l'ensemble de sa famille.

Honorables sénateurs, je vous demanderais de vous lever et de vous joindre à moi pour observer un moment de silence.

(Une minute de silence est observée.)

[*Traduction*]

Honorables sénateurs, nous poursuivons aujourd'hui notre étude du Budget principal des dépenses pour l'exercice se terminant le 31 mars 2024, qui a été renvoyé à notre comité le 7 mars 2023 par le Sénat du Canada.

[*Français*]

Aujourd'hui, nous avons le plaisir d'accueillir de hauts fonctionnaires de Santé Canada, soit Serena Francis, dirigeante principale des finances; Jocelyne Voisin, sous-ministre adjointe, Direction générale des politiques stratégiques; Jennifer Saxe, sous-ministre adjointe déléguée, Direction générale des substances contrôlées et du cannabis; Brigitte Lucke, directrice générale, Direction des politiques, de la planification et de l'intégration, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs; Ed Morgan, directeur général, Direction des politiques, de la planification et des affaires internationales; Daniel MacDonald, directeur général, Médicaments pour les maladies rares, Direction générale des politiques stratégiques; Lindy Van Amburg, directrice générale, Politiques et programmes, Direction générale de la santé buccodentaire.

Bienvenue à toutes et à tous. Merci d'avoir accepté notre invitation à témoigner devant le Comité sénatorial permanent des finances nationales.

Je comprends que Mme Serena Francis, dirigeante principale des finances, fera une courte déclaration. Madame Francis, la parole est à vous.

[*Traduction*]

Serena Francis, dirigeante principale des finances, Santé Canada : Bonsoir, monsieur le président et tous les membres du Comité sénatorial permanent des finances nationales. Comme je l'ai dit, je m'appelle Serena Francis, et je suis la dirigeante principale des finances de Santé Canada.

Je suis accompagnée aujourd'hui de plusieurs collègues. Ils étaient ravis de venir vous parler. Si vous avez des questions pointues sur les programmes, nous devrions être en mesure de répondre à la plupart d'entre elles.

Je vous remercie de nous avoir invités aujourd'hui à discuter du Budget principal des dépenses de 2023-2024 de Santé Canada. Je suis heureuse d'avoir l'occasion de souligner

In these Main Estimates, there is \$4.1 billion in proposed spending, which consists of \$1 billion in operating funding, \$28 million in capital funding, \$2.9 billion in grants and contributions and \$181.2 million in statutory funding. Overall, this represents an increase of about \$222 million over the Main Estimates from the 2022-23 fiscal year.

[*Translation*]

In addition to the information in the 2023-24 Main Estimates, significant investments have been announced in the 2023 budget. It is important to note that these investments are not reflected in the figures we're discussing today, but will be determined in future supplementary and main estimates.

[*English*]

I will begin by providing a summary of the \$4.1 billion in proposed spending followed by an overview of those budget items from 2023 that I mentioned.

Through these estimates, Health Canada will continue to provide national leadership to support the health care system. The department will remain focused on helping Canadians lead healthier lives by working to protect them from unsafe health, consumer and commercial products and substances and by continuing to take action to modernize regulations for food and health products.

Some significant areas of investment are as follows: In Budget 2017, the Government of Canada committed \$11 billion over 10 years to support improved access to home and community care as well as mental health and addiction services for Canadians. In this fiscal year, Health Canada will spend approximately \$1.2 billion by working with its provincial and territorial partners to fulfill this commitment. These funds will support a broad range of programs and services that will improve access to home and community care and mental health services for Canadians — from palliative care in rural communities, to integrated youth mental health services, to programs that will allow seniors to stay in their homes longer.

certaines des priorités du ministère et de vous parler du travail qu'il accomplit pour soutenir la santé des Canadiens.

Dans ce budget, le total des dépenses proposées s'élève à 4,1 milliards de dollars, ce qui comprend 1 milliard en dépenses de fonctionnement, 28 millions de dollars en dépenses en capital, 2,9 milliards en subventions et contributions et 181,2 millions en financement total des postes législatifs. Dans l'ensemble, cela représente une augmentation d'environ 222 millions de dollars par rapport au Budget principal des dépenses de l'exercice 2022-2023.

[*Français*]

En plus de l'information contenue dans le Budget principal des dépenses de 2023-2024, des investissements importants ont été annoncés dans le budget de 2023. Il est important de noter que ces investissements ne sont pas pris en compte dans les chiffres dont il est question aujourd'hui, mais qu'ils seront déterminés dans le cadre de prochains exercices du Budget supplémentaire des dépenses et du Budget principal des dépenses des années à venir.

[*Traduction*]

Je commencerai par résumer les 4,1 milliards de dollars de dépenses proposées, après quoi je donnerai un aperçu des postes budgétaires de 2023 dont j'ai parlé.

Dans le cadre du présent budget des dépenses, Santé Canada continuera d'assurer un leadership national pour soutenir le système de soins de santé. Le ministère demeurera déterminé à aider les Canadiens à mener une vie plus saine en s'efforçant de les protéger contre les substances et les produits commerciaux et de consommation dangereux pour la santé, et à continuer de prendre des mesures pour moderniser la réglementation des aliments et des produits de santé.

Je vais parler de certains des secteurs d'investissement importants du Budget principal des dépenses. Dans le budget de 2017, le gouvernement du Canada s'est engagé à verser 11 milliards de dollars sur 10 ans pour appuyer l'accès amélioré aux soins communautaires et à domicile, ainsi que les services en matière de santé mentale et de toxicomanie pour les Canadiens. Au cours du présent exercice, Santé Canada dépensera environ 1,2 milliard de dollars en collaborant avec ses partenaires provinciaux et territoriaux pour respecter cet engagement. Ces fonds soutiendront un large éventail de programmes et de services qui amélioreront l'accès aux soins à domicile et en milieu communautaire et aux services de santé mentale pour les Canadiens — des soins palliatifs en milieu rural aux services intégrés de santé mentale pour les jeunes, en passant par les programmes qui permettront aux personnes âgées de rester chez elles plus longtemps.

Budget 2021 announced funding of \$3 billion over six years — from 2021-22 to 2026-27 — to support provinces and territories in ensuring standards for long-term care are applied and permanent changes are made. For this, Health Canada plans to provide \$600 million to provinces and territories in 2023-24.

[*Translation*]

In March 2023, the department launched the first-ever National Strategy for Drugs for Rare Diseases. With an investment of up to \$1.5 billion over three years, the strategy will help patients with rare diseases gain early access to treatments that improve their quality of life.

[*English*]

These Main Estimates also include \$112 million for the implementation of the interim Canada Dental Benefit. This benefit is the first step towards fulfilling the government's Budget 2022 commitment on dental care.

In parallel, the department is taking important steps to develop and launch the Canadian Dental Care Plan, which will help remove barriers to accessing needed dental care and support Canadians in improving their oral health.

[*Translation*]

Budget 2021 provided Health Canada with \$198 million over three years in new funding starting in 2021-22, to continue Canada's Chemical Management Plan for assessing and managing the risks chemicals pose to human health and the environment, and to support domestic and international engagement with stakeholders and partners. For 2023-24, this amounts to \$85 million.

[*English*]

The opioid overdose crisis is a top priority of the government. Budget 2022 provided an additional \$99.7 million over three years to support the Substance Use and Addictions Program by providing funding to support a range of innovative approaches to harm reduction, treatment and prevention at the community level to reduce substance use-related harms and increase evidence for action. In total, for 2023-24, Health Canada plans to provide almost \$137 million through this program to address critical gaps and support initiatives that address existing system barriers.

Dans le budget de 2021, on a annoncé un financement de 3 milliards de dollars sur six ans — de l'exercice 2021-2022 à l'exercice 2026-2027 — pour aider les provinces et les territoires à appliquer les normes relatives aux soins de longue durée et à apporter des changements permanents. À cet effet, Santé Canada prévoit verser 600 millions de dollars aux provinces et aux territoires en 2023-2024.

[*Français*]

En mars 2023, le ministère a lancé la toute première Stratégie nationale visant les médicaments pour le traitement des maladies rares. Grâce à un investissement pouvant atteindre 1,5 milliard de dollars sur trois ans, la stratégie aidera les patients atteints de maladies rares à avoir accès le plus tôt possible à des traitements qui améliorent leur qualité de vie.

[*Traduction*]

Le présent Budget principal des dépenses comprend également 112 millions de dollars pour la mise en œuvre de la Prestation dentaire canadienne provisoire. Cette prestation est la première étape vers la réalisation de l'engagement pris par le gouvernement dans le budget de 2022 en matière de soins dentaires.

Parallèlement, le ministère prend des mesures importantes pour élaborer et lancer le Régime canadien de soins dentaires, qui contribuera à éliminer les obstacles à l'accès aux soins dentaires nécessaires et à aider les Canadiens à améliorer leur santé bucco-dentaire.

[*Français*]

Le budget de 2021 a fourni à Santé Canada 198 millions de dollars sur trois ans en nouveau financement à compter de 2021-2022, afin de poursuivre le Plan de gestion des produits chimiques du Canada pour l'évaluation et la gestion des risques que présentent les produits chimiques pour la santé humaine et l'environnement, ainsi que pour soutenir l'engagement national et international avec les intervenants et partenaires. Pour 2023-2024, ce montant s'élève à 85 millions de dollars.

[*Traduction*]

La crise des surdoses d'opioïdes est une priorité absolue du gouvernement. Le budget de 2022 prévoyait 99,7 millions de dollars supplémentaires sur trois ans pour soutenir le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances en fournissant des fonds pour appuyer un éventail d'approches novatrices en matière de réduction des méfaits, de traitements et de prévention à l'échelle communautaire afin de réduire les torts liés aux toxicomanies et d'accroître les données probantes pour passer à l'action. Au total, pour l'exercice 2023-2024, Santé Canada prévoit verser près de 137 millions de dollars à ce programme afin de combler les lacunes graves et de soutenir les initiatives qui s'attaquent aux obstacles systémiques existants.

In addition, Health Canada is continuing to work with other federal partners to implement and administer the federal Framework for the Legalization and Regulation of Cannabis in Canada and follow through on the objectives set out in the Cannabis Act to protect public health and public safety. The estimated cost to Health Canada is \$131 million in 2023-24.

[*Translation*]

Budget 2023 was tabled in Parliament on March 21, 2023, and announced additional investments in key priority areas for Health Canada. As mentioned, these are not included in the Main Estimates, but have been or will be identified in future supplementary and main estimates.

[*English*]

This includes \$195.8 billion over 10 years for health system priorities, with the following relating to Health Canada — \$25 billion over 10 years to support bilateral agreements for patient-centred integrated care addressing family health services, health workers and backlogs, mental health and substance use and a modernized health system; \$1.7 billion over 5 years to support personal support workers; \$505 million over 5 years to the Canadian Institute for Health Information, Canada Health Infoway and other federal data partners to build a world-class data system, including the creation of a Centre of Excellence on Health Workforce Data and Planning; and \$350 million over 10 years to the Territorial Health Investment Fund.

[*Translation*]

In addition, Budget 2023 announced \$13 billion over five years, starting in 2023-24, and \$4.4 billion thereafter to Health Canada to implement the Canada Dental Care Plan, and \$359.2 million over five years, starting in 2023-24, \$5.7 million thereafter to support a renewed Canadian Drugs and Substances Strategy.

[*English*]

In conclusion, this proposed spending will ensure the government can continue to focus on important health priorities that are designed to result in better health outcomes for all Canadians.

Thank you, once again, for inviting us before the committee today. We are pleased to answer any questions that you may have.

En outre, Santé Canada continue de collaborer avec d'autres partenaires fédéraux afin de mettre en œuvre et d'administrer le cadre fédéral pour la légalisation et la réglementation du cannabis au Canada et de donner suite aux objectifs énoncés dans la Loi sur le cannabis, qui consistent à protéger la santé et la sécurité publiques. Il devrait en coûter 131 millions de dollars à Santé Canada en 2023-2024.

[*Français*]

Le budget de 2023 a été déposé au Parlement le 21 mars 2023 et il annonçait des investissements supplémentaires dans des domaines prioritaires clés pour Santé Canada. Comme nous l'avons mentionné, ceux-ci ne sont pas inclus dans le Budget principal des dépenses, mais ils ont été ou seront précisés dans le cadre d'exercices futurs du Budget supplémentaire des dépenses et du Budget principal des dépenses.

[*Traduction*]

Cela comprend 195,8 milliards de dollars sur 10 ans pour répondre aux priorités du système de santé, et les suivantes relèvent de Santé Canada : 25 milliards de dollars sur 10 ans pour soutenir les accords bilatéraux afin d'offrir des soins intégrés et axés sur le patient, qui portent sur les services de santé familiale, les travailleurs de la santé, les arriérés, la santé mentale, la toxicomanie et la modernisation du système de santé; 1,7 milliard de dollars sur cinq ans pour soutenir les préposés aux bénéficiaires; 505 millions de dollars sur cinq ans pour aider l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Inforoute Santé du Canada et d'autres partenaires fédéraux en matière de données dans le but de mettre en place un système de données de classe mondiale, ce qui comprend la création d'un centre d'excellence sur les données et la planification relatives aux travailleurs de la santé; et 350 millions de dollars sur 10 ans pour le Fonds d'investissement-santé pour les territoires.

[*Français*]

De plus, le budget de 2023 a annoncé 13 milliards de dollars sur cinq ans, à compter de 2023-2024, et 4,4 milliards de dollars par la suite à Santé Canada pour mettre en œuvre le Régime canadien de soins dentaires et, enfin, 359,2 millions de dollars sur cinq ans, à compter de 2023-2024, dont 5,7 millions de dollars par la suite pour soutenir une Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances renouvelée.

[*Traduction*]

En conclusion, grâce aux dépenses proposées, le gouvernement pourra continuer à se concentrer sur les priorités essentielles en matière de santé, et ce, afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour l'ensemble des Canadiens.

Je vous remercie encore une fois de nous avoir invités à comparaître devant le comité aujourd'hui. Nous nous ferons un plaisir de répondre à vos questions.

The Deputy Chair: Thank you very much for your statement.

[*Translation*]

We'll now move on to the question period. I'd like to point out to honourable senators that you have up to seven minutes for the first round of questions and three minutes for the second round. I would request that you ask your questions directly and that the witnesses keep their answers succinct. The clerk will let me know when the time is up.

[*English*]

Senator Marshall: Thank you to all our witnesses for being here.

My question is very general in nature, because I notice all the money there, including the \$4 billion to the Department of Health, and I know that there is \$47 billion in the Department of Finance. The intent under the Public Health Act is that we have a universal health care system, and I think you referenced it in your opening remarks, but we no longer have a universal health care system. Because every time I read the news — just about every day — there is something there about private health care in Canada.

I know in Quebec I recently read an article about all the doctors opting out of the public system; they're going to the private system. I know that there are people mortgaging their houses, so they can go to the United States or another province for private surgery.

I saw an article about Marda Loop Medical Clinic in Calgary and that they were going to provide comprehensive health care to their clients for \$4,800 a year for their families. There are private health clinics now all over the country. In Newfoundland and Labrador, where I'm from, there are about 150,000 Newfoundlanders without a primary health care provider.

Where is the Department of Health going with regard to a universal health care system, because it's not really universal anymore. People keep referring to our universal health care system, which I now say no longer exists. It's great for the people who can afford private health care, but there are a lot of people that can't afford private health care, and they have no health care provider.

I see all this new money going into the health care system, and I feel we are too far down the road to go back to a universal health care system.

I'd really like it if somebody could just respond to that, because it is a big issue. Generally speaking, where are we going with our system?

Le vice-président : Je vous remercie infiniment de votre déclaration.

[*Français*]

Nous allons passer à la période des questions. J'aimerais souligner aux sénateurs que vous disposez d'un maximum de sept minutes pour le premier tour de questions et trois minutes pour le deuxième tour. Je vous demande de poser vos questions de façon directe et je demande aux témoins de répondre de façon succincte. La greffière m'avisera lorsque le temps sera écoulé.

[*Traduction*]

La sénatrice Marshall : Je remercie tous nos témoins d'être ici.

Ma question est très générale, car je remarque tout l'argent qui se trouve dans le budget, y compris les 4 milliards de dollars pour le ministère de la Santé, et je sais qu'il y a aussi 47 milliards de dollars pour le ministère des Finances. La législation en matière de santé publique a pour objectif de mettre en place un système de soins de santé universel, auquel je pense que vous avez fait référence dans vos remarques liminaires, mais nous n'avons plus un tel régime universel. En effet, chaque fois que je lis les nouvelles — à peu près tous les jours —, il est question de la privatisation des soins de santé au Canada.

J'ai lu récemment qu'au Québec, tous les médecins qui se retiraient du système public se tournent vers le privé. Je sais qu'il y a des gens qui prennent une hypothèque sur leur maison pour pouvoir aller aux États-Unis ou dans une autre province afin de subir une intervention chirurgicale au privé.

J'ai vu un article sur la clinique médicale Marda Loop à Calgary, qui fournit des soins de santé complets à ses clients moyennant la somme de 4 800 \$ par année pour la famille. Il existe aujourd'hui des cliniques privées dans tout le pays. À Terre-Neuve-et-Labrador, d'où je viens, environ 150 000 Terre-Neuviens n'ont pas de fournisseur de soins de santé primaires.

Que compte faire le ministère relativement à notre régime de santé qui n'est plus vraiment universel. Les gens continuent de parler d'un régime universel qui selon moi n'existe plus. C'est formidable pour ceux et celles qui ont les moyens de se payer des soins privés, mais il y a bien des gens qui n'ont pas cette chance et qui n'ont pas non plus accès à un professionnel de la santé.

Je vois tout cet argent supplémentaire que l'on injecte dans le système de santé, et je me dis que le processus est trop avancé pour que l'on puisse revenir à un régime véritablement universel.

J'aimerais vraiment que quelqu'un puisse réagir à ce constat, car il s'agit d'un enjeu primordial. D'une manière générale, comment peut-on entrevoir l'avenir de notre système de santé?

Jocelyne Voisin, Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch, Health Canada: Thank you very much for the question.

I would say, first of all, that the government is steadfast in protecting and strengthening a public health care system through the Canada Health Act. Indeed, with the funding that was announced as part of Budget 2023 and the agreements that we are negotiating with the provinces and territories, there is a commitment from all of them to respect the principles of the Canada Health Act and ensure that people have access to health care without having to pay for medically necessary services.

Senator Marshall: It's not happening.

Ms. Voisin: We are concerned about the reports that we're seeing, like you, about private clinics that are popping up across the country. The former Minister of Health actually sent a letter and issued a statement that confirmed that there was a concern about the issues, especially related to private clinics that offer virtual care services for a fee or for nurse practitioners that are charging fees for patient services that are medically necessary.

We are actively discussing that issue with the provinces and territories and plan to see how we can address that. We want to make sure that the health system evolves with Canadians, that they can get care, however that is delivered or by whom, if that's really the same care in that same basket of services.

Senator Marshall: The problem is if you now cut off all those private health care facilities or services. The reason people go to the private health care facilities is because they have no other choice. People try to scrape together the money to go to the private services. They can't access services. You can't go to a hospital and be assured that you're going to access the services within 24 hours. If you're in a waiting room and you're having a heart attack and you tell them, they say, "Go wait your turn." It is very concerning.

For the additional money that's provided to the provinces and territories, what kind of accountability mechanism is built into that money? Some of the provincial medical associations are saying that even with the additional money, it's not going to do the trick. It's not going to repair our universal health care system.

We call them performance indicators, but how will the Department of Health and Health Canada monitor, just for compliance, the spending as outlined in the agreement?

Jocelyne Voisin, sous-ministre adjointe, Direction générale des politiques stratégiques, Santé Canada : Merci beaucoup pour la question.

Je vous dirais, d'abord et avant tout, le gouvernement est fermement résolu à protéger et à renforcer notre système public de santé en assurant l'application de la Loi canadienne sur la santé. En témoignent le financement annoncé dans le budget de 2023 et les ententes négociées avec les provinces et les territoires qui s'engagent tous à respecter les principes établis dans la Loi canadienne sur la santé et à veiller à ce que leurs citoyens aient accès à des soins sans avoir à payer pour des services médicalement nécessaires.

La sénatrice Marshall : Ce n'est pourtant pas ce qui se passe.

Mme Voisin : Tout comme vous, nous sommes préoccupés par l'apparition de cliniques privées un peu partout au pays. L'ancien ministre de la Santé a d'ailleurs envoyé une lettre et émis une déclaration confirmant les préoccupations à cet égard, particulièrement dans le contexte des cliniques privées offrant des soins virtuels et des infirmières praticiennes imposant des frais à leurs patients pour des services médicalement nécessaires.

Nous discutons activement de ces questions avec les provinces et les territoires afin de dégager des pistes de solution. Nous voulons nous assurer que le régime de santé évolue en même temps que les Canadiens de telle sorte que tous aient accès à des soins équivalents et à la même gamme de services, sans égard aux professionnels qui les offrent ou à la façon dont on s'y prend.

La sénatrice Marshall : Il y aurait toutefois un problème si on décidait maintenant d'éliminer toutes ces cliniques ou ces services de santé privés. Les gens se tournent vers ces ressources parce qu'ils n'ont pas d'autre choix. Ils essaient de trouver l'argent nécessaire pour se faire soigner dans le privé, car ils n'ont pas accès aux services publics. Vous ne pouvez pas vous rendre à l'hôpital en étant assuré de recevoir des soins dans un délai de 24 heures. Si vous faites un infarctus dans la salle d'attente, on va vous dire d'attendre votre tour. C'est très préoccupant.

Quels mécanismes de reddition de comptes sont prévus pour les sommes additionnelles versées aux provinces et aux territoires? Certaines associations médicales provinciales font valoir qu'il ne sera pas possible de faire le nécessaire, même avec les fonds supplémentaires attribués. Cela ne suffira pas pour remettre notre système universel de santé sur ses rails.

Nous utilisons ici ce qu'on appelle des indicateurs de rendement, mais comment le ministère de la Santé compte-t-il s'y prendre pour s'assurer que ces sommes sont dépensées conformément aux modalités des différentes ententes?

Ms. Voisin: Thank you for that question. First, let me address the comment you made about access to care.

We would agree that access to care is a significant concern for Canadians and is actually one of the priorities that we're trying to address with this funding to the provinces and territories. That's essentially getting at if people have better access to care through their public health system, then there won't be as much pressure on them to use these other services and to spend, as you say, out of pocket for those services.

In terms of the accountability for the spending, we're doing that in several ways. First, there are common indicators. When the funding as announced, we also announced eight common indicators that the Canadian Institute for Health Information is working on with experts and the provinces and territories so that there is a reporting to Canadians on those common indicators. One of them, for instance, is the percentage of Canadians that can access a family health provider in their community.

We want to see these indicators move as we provide the funding to provinces and territories.

Senator Marshall: Just as an example, would there be a certain percentage? Right now, say 15% of Canadians don't have access to a primary care provider. Do you want to see that reduced to 10% in two years' time, numbers like that?

Ms. Voisin: Yes. In addition to those common indicators, which are reported on at the national level, we are negotiating action plans with each of the provinces and territories to access their share of the money. They need to provide us with a detailed action plan that says how they're using federal funds incremental to their own investments. In that action plan, we're asking them to set targets for the common indicators, what they are going to do in their province about that percentage and if they have specific initiatives that are tied to that, some specific targets tied to those initiatives.

The first action plans are three years. Those will be made public, and then we will be able to see if they're actually reaching those targets. Of course, we have annual reporting in terms of how they're using the funding as well.

[Translation]

Senator Gignac: Once again, welcome to the witnesses.

Mme Voisin : Merci pour cette question. Je vais d'abord traiter de votre commentaire concernant l'accès aux soins, une préoccupation importante pour les Canadiens, nous en convenons tout à fait.

C'est d'ailleurs l'un des objectifs prioritaires que nous cherchons à atteindre en versant ces fonds aux provinces et aux territoires. Il s'agit essentiellement d'offrir aux gens un meilleur accès aux soins par l'entremise du régime public de santé de telle sorte qu'ils soient moins nombreux à être obligés de s'en remettre à ces autres services pour lesquels ils doivent payer la note.

Par ailleurs, nous avons mis en place différents mécanismes nous permettant de demander des comptes à l'égard des sommes dépensées. Il y a d'abord ce qu'on appelle les indicateurs communs. En même temps que le financement, nous avons annoncé la mise en place de huit indicateurs communs élaborés par l'Institut canadien d'information sur la santé en collaboration avec les provinces et les territoires pour rendre compte des résultats obtenus dans les secteurs ainsi ciblés. À titre d'exemple, l'un de ces indicateurs est la proportion de Canadiens pouvant avoir accès à un médecin de famille dans leur localité.

Nous voulons donc pouvoir suivre l'évolution de ces indicateurs lorsque nous octroyons du financement aux provinces et aux territoires.

La sénatrice Marshall : Simplement à titre d'exemple, pourriez-vous nous donner un pourcentage? En supposant qu'il y ait actuellement 15 % des Canadiens qui n'ont pas accès à un médecin traitant, est-ce que votre objectif serait de réduire cette proportion à 10 % d'ici deux ans? S'agit-il de chiffres semblables?

Mme Voisin : Oui. En plus des indicateurs communs qui font l'objet de rapports à l'échelle nationale, nous négocions des plans d'action avec chacune des provinces et chacun des territoires. Pour avoir accès à leur part des fonds, ces gouvernements doivent nous présenter un plan d'action détaillé nous indiquant la façon dont ils comptent utiliser les fonds fédéraux qui vont s'ajouter à leurs propres investissements. Nous leur demandons d'établir dans ce plan d'action des cibles quant aux indicateurs communs, et de nous indiquer ce qu'ils entendent faire pour réduire le pourcentage en question en précisant quelles initiatives ils prévoient en ce sens et les cibles précises associées à ces initiatives.

Les premiers plans d'action vont porter sur une période de trois ans. Comme ils seront rendus publics, nous pourrions voir si les cibles établies sont atteintes. Il faut bien sûr ajouter à cela des rapports annuels sur l'utilisation des fonds octroyés.

[Français]

Le sénateur Gignac : Bienvenue aux témoins, encore une fois.

I have two topics: dental benefits and pharmacare. Let's start with dental benefits. We had the Parliamentary Budget Officer here, and according to his latest estimate, when we move from a dental benefit to a dental insurance plan, we're talking about \$10 billion over five years.

Is this within the order of magnitude that you think is reasonable? Are your calculations the same as the Parliamentary Budget Officer?

[English]

Lindy Van Amburg, Director General, Policy and Programs, Oral Health Branch, Health Canada: Thank you for the question. I am Lindy Van Amburg, Director General responsible for Policy and Programs for the new Oral Health Branch, so my job all day, every day, is implementing the dental care commitment. I'm happy to answer that question.

You're citing a \$10 billion over five years number. The amount that's included in Budget 2023 is \$13 billion over five years, actually, and \$4.4 billion ongoing. That's an estimate that we have worked on with the Department of Finance and are comfortable with at this stage. We think that will be sufficient for the plan as it's launched, which we think might serve up to 9 million Canadians.

[Translation]

Senator Gignac: We're talking about dental benefits now, before the dental insurance plan. Basically, parents don't need to have a dental appointment to qualify for this dental benefit, if I understand correctly.

[English]

Ms. Van Amburg: Sorry for my misunderstanding there. You're talking about the interim Canada Dental Benefit for children that is currently in place.

The estimate there — I have the number right in front of me — is significantly less than the amount that you're talking about from the Parliamentary Budget Officer. I have the number of the payments we've made under that so far.

There are two benefit years. The first one has completed as of July in the second benefit year. To date, we've paid out about \$315 million in benefits and that will run until the end of June. We're about on track for what we were hoping to see for uptake, but it's significantly less than the number that you used.

J'aurais deux sujets, soit les prestations et soins dentaires, et l'assurance médicaments. Commençons par les prestations dentaires. Nous avons reçu le directeur parlementaire du budget et selon sa dernière estimation, lorsqu'on passera d'une prestation dentaire à un régime d'assurance dentaire, on parlera de 10 milliards de dollars sur cinq ans.

Est-ce que c'est dans l'ordre de grandeur qui vous paraît raisonnable? Arrivez-vous aux mêmes calculs que le directeur parlementaire du budget?

[Traduction]

Lindy Van Amburg, directrice générale, Politiques et programmes, Direction générale de la santé buccodentaire, Santé Canada : Merci pour la question. Je m'appelle Lindy Van Amburg et je suis la directrice générale responsable des politiques et des programmes à la nouvelle Direction générale de la santé buccodentaire. Je m'emploie donc au quotidien à donner suite à notre engagement en matière de santé dentaire, et je me réjouis de pouvoir répondre à cette question.

Vous parlez de 10 milliards de dollars sur une période de cinq ans. Le montant prévu dans le budget de 2023 est en fait de 13 milliards de dollars sur cinq ans et 4,4 milliards de dollars par année par la suite. C'est une estimation des besoins que nous avons établie de concert avec le ministère des Finances et qui nous semble correcte à ce moment-ci. Nous pensons que ce montant sera suffisant pour permettre la mise en œuvre du régime, lequel devrait bénéficier selon nous à neuf millions de Canadiens.

[Français]

Le sénateur Gignac : On parle de prestations dentaires, actuellement, avant le régime d'assurance dentaire. Au fond, il n'est pas nécessaire que les parents aient un rendez-vous chez le dentiste pour avoir droit à cette prestation dentaire, si je comprends bien.

[Traduction]

Mme Van Amburg : Vous voudrez bien m'excuser d'avoir mal compris la question. Vous parlez en fait de la prestation dentaire canadienne provisoire qui est actuellement accessible pour les enfants.

Notre estimation à ce chapitre — et j'ai les chiffres sous les yeux — est nettement inférieure à celle du directeur parlementaire du budget que vous citez. Je pourrais vous indiquer les montants que nous avons payés jusqu'à maintenant.

Il y a deux années au cours desquelles des prestations seront versées. La première a pris fin en juin dernier. À la fin juin, nous avons payé des prestations totalisant 315 millions de dollars. Cela correspond à peu près à nos prévisions quant au recours à cette mesure, mais c'est nettement inférieur aux chiffres que vous citez.

[Translation]

Senator Gignac: The next topic will be pharmacare.

We know that the New Democratic Party, the NDP, is lobbying hard for a public pharmacare program. However, as a government representative, I certainly don't want to take you into the political arena. That's not my objective.

However, we know that the NDP wants a 100% public program. What options are you considering, and what can you tell us now about pharmacare? What are you considering?

Would it be a system similar to the one in Quebec, because in Quebec, we still have a hybrid system with a role for the private sector and a role for the public sector? Are those options being considered by Health Canada, and what can you tell us at this point?

[English]

Daniel MacDonald, Director General, Drugs for Rare Diseases, Strategic Policy Branch, Health Canada: Thank you for the question. The government remains fully committed to introducing a Canada Pharmacare bill and then tasking the Canadian Drug Agency to develop a national formulary of essential medicines and a bulk purchasing plan.

In terms of options, the minister has been speaking publicly about where we are at with respect to that commitment. He has spoken to a framework. He's making reference to a lot of the considerations that we're going to have to take into account as we move forward from that framework legislation. To list a few, there is, obviously, the Canadian current context; the health commitments and Pharmacare commitments that we've made; the current fiscal environment, which has been clear, and the PBO came forward with a report very recently which was adding to that information base that we're dealing with; and the perspective of stakeholders.

To get to your question, there is, obviously, a great deal of complexity in the environment here. A lot of Canadians are benefiting from private drug coverage and the complexity of the public drug plans.

You referenced the system in Quebec, and we're well aware of that. The systems in other provinces are different and complex in their own ways as well.

[Français]

Le sénateur Gignac : Le prochain sujet sera l'assurance médicaments.

On sait que le Nouveau Parti démocratique (NPD) fait beaucoup de pressions pour que ce soit un régime d'assurance médicaments public. Cependant, à titre de représentant du gouvernement, je ne veux surtout pas vous amener sur le terrain politique. Ce n'est pas mon objectif.

Toutefois, on sait que le NPD veut un régime 100 % public. Quelles sont les options que vous considérez, et que pouvez-vous nous dire actuellement sur l'assurance médicaments? Qu'est-ce que vous envisagez?

Est-ce que ce serait un système un peu comme celui qui existe au Québec, parce qu'au Québec, nous avons tout de même un système hybride avec un rôle pour le privé et un rôle pour le public? Est-ce que ces options sont envisagées par Santé Canada et que pouvez-vous nous dire à ce stade-ci?

[Traduction]

Daniel MacDonald, directeur général, Médicaments pour les maladies rares, Direction générale des politiques stratégiques, Santé Canada : Merci pour la question. Le gouvernement demeure fermement résolu à aller de l'avant avec le projet de loi sur l'assurance-médicaments pour ensuite confier à l'Agence canadienne des médicaments le mandat d'établir une liste nationale des médicaments essentiels et un plan d'achat en vrac.

Pour ce qui est des options, le ministre s'est exprimé publiquement quant aux suites données à cet engagement en parlant d'un cadre législatif et de différentes considérations qu'il faudra prendre en compte pour aller de l'avant avec cette démarche. Il a ainsi notamment bien sûr mentionné la conjoncture au Canada; les engagements pris en matière de santé et d'assurance-médicaments; le contexte financier actuel, qui est d'autant plus clair que le directeur parlementaire du budget a produit récemment un rapport nous informant davantage à ce sujet; et le point de vue des différentes parties prenantes.

Pour répondre à votre question, il s'agit bien idéalement d'un environnement très complexe. Un grand nombre de Canadiens bénéficient d'une assurance-médicaments privée et les régimes publics peuvent être fort complexes.

Vous avez fait allusion au régime en place au Québec, et nous le connaissons fort bien. Les systèmes instaurés par d'autres provinces sont différents et peuvent également être complexes à leur manière.

I think the minister is saying all of this has to be taken into account before we develop those options, and there are a lot of interests that have to be balanced before we get there.

Senator Gignac: You think the next amount will be enough to find a solution; this is what I understood too. Just kidding.

Back to Ms. Francis, and pardon me if I'm wrong but, according to the figure, the budget expenditure in 2021-22, it's a pass for Health Canada.

[Translation]

For Health Canada, it was \$6 billion. For 2022-23, the estimates are now \$6.3 billion. These are the main estimates: \$4.1 billion and last year it was \$3.8 billion. We understand that it will be even more than that.

Compared to the years before the pandemic and COVID-19, Health Canada's budgets were much lower. Will we go back to pre-pandemic budgets? What part is historical, and what part is recurring and will stay there?

[English]

It's 10,000 feet. It is a difficult spot.

Ms. Francis: It is a 10,000-foot question, yes.

Senator Gignac: There are some things, non-recurrent, that you have here. Could you provide some hope that we will be back closer to the pre-pandemic level?

Ms. Francis: You're already seeing it's starting to go back a bit. However, there's been a lot of announcements of investments in the health care piece, things such as we were talking about the \$2.5 billion this year that already came in Supplementary Estimates (A). So like your 4.1, you are right; add 2.5 to that because Supplementary Estimates (A) has already brought that in. That's good for 10 years.

The big-dollar programs are predominantly now in the grants and contribution space and moves to transfers to provinces and territories through negotiated bilateral agreements. In terms of the rest of the department, there's a decline coming with respect to the COVID spending. Obviously, that's now going away. You'll see less in that space. Then the rest of the programs are stabilizing.

I would add that in Budget 2023, there was a reduction exercise announced. All departments are now grappling with how to implement those cuts within their organizations, or those reductions, over the next three years, so that work is under way

Je pense que le ministre fait simplement valoir qu'il faut prendre en considération tous ces éléments avant d'élaborer les différentes options, et qu'il faudra composer avec une grande variété d'intérêts pour en arriver à une solution d'équilibre.

Le sénateur Gignac : Vous pensez que le prochain montant sera suffisant pour en arriver à une solution; c'est ce que j'avais cru comprendre également. Je plaisante bien sûr.

Je reviens à Mme Francis. Vous me corrigerez si j'ai tort, mais si on regarde les dépenses prévues dans le budget de 2021-2022, Santé Canada s'en tire plutôt bien.

[Français]

Pour Santé Canada, c'était 6 milliards. Pour 2022-2023, les estimations en sont maintenant à 6,3 milliards. Il s'agit du budget principal : 4,1 milliards et l'année passée, c'était 3,8 milliards. On comprend que ce sera encore plus que cela.

Si je compare aux années précédant la pandémie et la COVID-19, les budgets de Santé Canada étaient beaucoup plus bas. Est-ce qu'on retournera aux budgets d'avant la pandémie? Quelle portion est séculaire et quelle portion est récurrente et va rester là?

[Traduction]

C'est une question d'ordre plutôt général qui vous met peut-être sur la sellette.

Mme Francis : C'est en effet assez général comme question.

Le sénateur Gignac : On retrouve ici certains éléments qui ne sont pas renouvelables. Pouvez-vous nous permettre d'espérer que l'on puisse se rapprocher des niveaux préalables à la pandémie?

Mme Francis : On peut déjà constater un certain recul. En revanche, de nombreux investissements ont été annoncés dans le secteur de la santé si bien que le Budget supplémentaire des dépenses (A) de cette année prévoyait déjà 2,5 milliards de dollars. On ajoute ce montant aux 4,1 milliards de dollars que vous mentionniez à juste titre. C'est ce qui est établi pour une période de 10 ans.

Les sommes importantes actuellement consacrées aux programmes de subventions et contributions vont être transférées aux provinces et aux territoires en vertu d'ententes bilatérales négociées. Par ailleurs au ministère, on note une diminution des dépenses associées à la COVID. Il y aura donc bien sûr une baisse à ce niveau alors qu'il y aura stabilisation pour le reste des programmes.

J'ajouterais qu'un exercice de compression a été annoncé dans le cadre du budget de 2023. Tous les ministères s'emploient à déterminer comment ils vont procéder aux coupures nécessaires au sein de leur organisation au fil des trois prochaines années.

right now as well, with a focus on trying to streamline and ensure that the dollars are going to the highest priority items as well. That's under way.

There is stabilization to the core, regulatory programming pieces. Things like the transfers to the provinces and territories, obviously there's 10 years there. Then we'll see what happens from there.

Senator Smith: One of your department's top priorities as part of its mandate is to ensure Canadians have access to appropriate and effective health care services, a focus on retention and recruitment as well as integrating internationally trained health care professionals. How exactly is the department undertaking this initiative? Could you provide the committee with data on how many internationally trained health care professionals have been integrated into the Canadian system?

Ms. Voisin: Thank you for the question. Given that hiring health professionals is really the domain of the provinces and territories, we are working closely with them to advance this priority.

In fact, we just had a health ministers meeting in P.E.I. in October where all the health ministers — federal, provincial and territorial — agreed to a statement on how we're going to advance these priorities together, especially on the health workforce. One is in terms of retention. The federal government is supporting a nursing retention tool kit that has been developed with nurses across the country by our chief nursing officer.

In terms of recruitment of internationally educated health professionals, Immigration has taken some measures to support the immigration of international health professionals. The real issue is about those professionals, as you noted, getting credentials to work in Canada.

Senator Smith: That is the issue, is people coming over here who are doctors and nurses in other countries but can't have those jobs because they're not getting proper accreditation or recognition of their credentials.

Ms. Voisin: Yes.

Senator Smith: That's getting to the bottom line. I am trying to understand what are you going to be able to do other than say it's a provincial responsibility?

C'est donc une tâche qui nous occupe actuellement alors que nous nous efforçons de rationaliser nos activités tout en nous assurant que nos grands objectifs prioritaires continuent de bénéficier d'un financement suffisant.

Il y a stabilisation pour ce qui est des principaux programmes que nous sommes tenus d'offrir. La question des transferts aux provinces et aux territoires est bien sûr réglée pour une période de 10 ans. Nous verrons ensuite ce que l'avenir nous réservera.

Le sénateur Smith : En vertu de son mandat, votre ministère a notamment comme priorité de s'assurer que les Canadiens ont accès à des services de santé efficaces. Vous devez pour ce faire miser sur le maintien en poste de vos effectifs et l'efficacité de vos efforts de recrutement en veillant notamment à l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger. Comment le ministère s'y prend-il au juste pour atteindre ces objectifs? Pourriez-vous fournir au comité des chiffres sur le nombre de professionnels formés à l'étranger qui ont été intégrés au système canadien?

Mme Voisin : Merci pour la question. Comme l'embauche des professionnels de la santé relève en fait de la compétence des provinces et des territoires, nous travaillons en étroite collaboration avec ces gouvernements afin d'améliorer les choses à ce chapitre.

C'est ainsi qu'à l'issue d'une rencontre tenue en octobre à l'Île-du-Prince-Édouard, les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu d'une déclaration commune quant aux moyens à prendre collectivement pour progresser vers l'atteinte de ces objectifs prioritaires, surtout pour ce qui est de la main-d'œuvre en santé. Il y a notamment des mécanismes mis en place pour le maintien en poste du personnel. C'est ainsi que le gouvernement fédéral appuie la création d'une boîte à outils pour la rétention des effectifs infirmiers qui a été mise au point par notre infirmière en chef en consultation avec du personnel infirmier de tout le pays.

D'autre part, le ministère de l'Immigration a pris certaines mesures en vue de favoriser la venue au pays de professionnels de la santé formés à l'étranger. Comme vous l'avez souligné, il s'agit d'abord et avant tout de faire le nécessaire pour la reconnaissance des titres de compétence de ces professionnels afin qu'ils puissent travailler au Canada.

Le sénateur Smith : C'est le véritable problème. Des gens qui sont médecins ou infirmiers dans leur pays ne peuvent pas occuper les mêmes fonctions au Canada parce qu'ils ne parviennent pas à faire reconnaître leurs titres de compétence.

Mme Voisin : Tout à fait.

Le sénateur Smith : Cela nous ramène vraiment à l'essentiel. J'essaie de me faire une idée de ce que vous êtes en mesure de faire sans vous limiter à dire que c'est une responsabilité des provinces.

Ms. Voisin: We're working with the provinces and the national regulatory organizations that actually work with those health workers. It's a very challenging and complex issue.

For doctors, for instance, we are working with the Royal College, the Medical Council of Canada, the College of Family Physicians of Canada, for instance, in how they can streamline their processes to ensure that they're much quicker to allow doctors to work in Canada and to recognize doctors from other countries, so they can be streamlined to work in Canada more quickly so that they can do practise-ready assessments and work under another doctor. There are several measures being taken.

In the nursing area, it is much more complex. There are about 23 different nursing regulators across Canada in different provinces and territories; we need to work with them to look at how we can streamline that. There are many initiatives under way. The provinces and territories are taking initiative as well, but we want to see some consistency.

Senator Smith: Do you have any stats showing any results in terms of doctors and nurses?

What we hear all the time is that people come over and, if you're a doctor, then you can become an orderly. You work as an orderly. Then you have to go back to school and get your Canadian accreditation, because I guess we know more in Canada about how to be good doctors than some people in other countries.

I'm trying to understand. The system itself is flawed. If you throw money at it, it is like throwing money against a wall; how much of it sticks?

What has been achieved through the immigration system to this point? How many doctors have you been able to add through immigration, or how many people have qualified to be doctors and nurses in the last year so we can see some statistics? What's really happening?

Ms. Voisin: I'm afraid I don't have statistics from Immigration. They wouldn't have statistics about credentialing because, as we know, the issue is really about that credentialing.

We did recently work on a report with Statistics Canada about internationally educated health professionals who are in Canada, and how many are working in their field. We can send you the link to that statement.

Mme Voisin : Nous collaborons avec les provinces et les organismes nationaux de réglementation afin de régler le problème qui se pose avec ces travailleurs de la santé. Il s'agit là d'une question très complexe et particulièrement délicate.

Prenons l'exemple des médecins. Nous intervenons notamment auprès du Collège royal, du Conseil médical du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada afin de voir comment il leur est possible de rationaliser leurs processus pour que l'on puisse plus rapidement reconnaître les titres de compétences des médecins formés ailleurs dans le monde. Ceux-ci pourraient ainsi travailler plus rapidement au Canada en étant supervisés par un autre médecin après une évaluation de leur capacité à exercer. De nombreuses mesures sont prises en ce sens.

Le domaine des soins infirmiers est beaucoup plus complexe. On recense pas moins de 23 organismes de réglementation de la profession infirmière dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada. Nous devons travailler avec ces différentes instances en vue de simplifier le processus. Plusieurs initiatives sont en cours. Les provinces et les territoires réalisent leurs propres projets, mais nous souhaiterions voir une plus grande cohérence.

Le sénateur Smith : Avez-vous des statistiques sur les résultats obtenus pour les médecins et le personnel infirmier?

Nous entendons sans cesse ces histoires de médecins qui viennent et qui doivent travailler comme préposés aux bénéficiaires. Ils doivent alors reprendre leurs études pour obtenir un diplôme au Canada, comme si notre pays était meilleur que les autres pour former des médecins.

J'essaie simplement de comprendre. Le système en place ne fonctionne pas. Investir dans un tel système, c'est comme lancer de l'argent sur un mur en espérant qu'il va y demeurer collé.

Quels résultats a-t-on obtenus jusqu'à maintenant grâce au système d'immigration? Combien de médecins avez-vous pu ajouter grâce à l'immigration, ou combien de personnes ont obtenu le titre de médecin ou d'infirmier au cours de la dernière année? Avez-vous des chiffres à nous donner pour que nous puissions nous faire une meilleure idée de la situation?

Mme Voisin : J'ai bien peur de ne pas avoir de chiffres à vous fournir concernant l'immigration. Il n'y a sans doute pas de statistiques au sujet de la reconnaissance des titres de compétence, car c'est vraiment, comme vous le savez, ce qui est au cœur du problème.

Nous avons récemment produit, en collaboration avec Statistique Canada, un rapport sur les professionnels de la santé formés à l'étranger qui sont au Canada, en indiquant notamment combien d'entre eux travaillent dans leur domaine. Nous pouvons vous transmettre le lien pour consulter ce rapport.

Senator Smith: That would be great if you could send us a link or a one-page summary, key bullet points. Everything else is conjectured until you see the results. You talked about \$10 billion here, \$4 billion here or \$5 billion here. As a businessman, when I heard those types of numbers, I used to go crazy and say what are your results?

It's great to talk about throwing money out the door, but you have to have results that are tied to a specific plan. You've got some plans. We would love to hear more. If there was a one-pager you could give us with your top three priorities or plans that would be helpful.

Ms. Voisin: Certainly. We'll follow up with the statement issued at the health ministers meeting with concrete actions that they are taking, including a 90-day service standard from regulatory bodies for physicians, and that report I mentioned on internationally educated health professionals.

Senator Smith: What are some of the barriers to integration for international doctors, nurses and support staff to get into our hospitals and clinics? What are your biggest top two or three barriers?

Ms. Voisin: I would say the top barrier is getting that practical experience in the Canadian context, which is required by many of the colleges for physicians.

In some cases, language is a significant barrier. To operate in the health care system, especially in cases like Quebec, they want French-speaking physicians or doctors.

Essentially, making sure that their equivalency is the same in the education that they are coming from, from another country, and that it meets the standards in Canada.

I would say our biggest barrier is those standards are different in all the colleges across the country in terms of nursing.

Senator Smith: And in other countries.

Ms. Voisin: We need more consistency.

Senator Smith: Right. I'm not sure you really answered the question, but that is okay.

Le sénateur Smith : Il serait très utile que vous puissiez nous transmettre un lien ou un résumé d'une page avec les principaux points à considérer. Tant que nous n'avons pas pris connaissance des résultats, nous pouvons nous livrer uniquement à des spéculations. Vous parlez de 10 milliards de dollars ici, 4 milliards de dollars là-bas ou 5 milliards de dollars ailleurs. À titre d'homme d'affaires, quand j'entendais des chiffres semblables, j'avais tendance à perdre patience en réclamant qu'on me parle des résultats.

Il est bien de pouvoir investir ainsi à tout vent, mais il faut que cela produise des résultats qui vont dans le sens d'un plan bien précis. Vous avez établi des plans. Nous aimerions beaucoup en apprendre davantage. Il serait utile que vous nous fournissiez un document d'une page nous présentant vos trois grandes priorités ou vos trois principaux plans.

Mme Voisin : Certainement. Nous pouvons vous transmettre la déclaration commune des ministres de la Santé où l'on fait état des mesures concrètes qui sont prises, y compris l'établissement d'une norme de service de 90 jours pour les organismes de réglementation des médecins. Nous allons vous transmettre également ce rapport dont je vous ai parlé concernant les professionnels de la santé formés à l'étranger.

Le sénateur Smith : Quels seraient les deux ou trois principaux obstacles à l'intégration des médecins et du personnel infirmier et de soutien formés à l'étranger dans nos hôpitaux et nos cliniques?

Mme Voisin : Je dirais que le principal obstacle réside dans l'acquisition de l'expérience pratique dans le contexte canadien qu'exigent bon nombre des collèges de médecins.

Dans certains cas, la langue représente un obstacle de taille pour pouvoir travailler au sein de notre régime de santé. C'est particulièrement le cas au Québec où l'on recherche des médecins capables de s'exprimer en français.

Il s'agit en fait de s'assurer que la formation acquise à l'étranger est équivalente à celle offerte au Canada et qu'elle satisfait aux normes de notre pays.

Je dirais que le principal problème vient du fait que ces normes varient d'un organisme de réglementation à l'autre au Canada pour ce qui est du personnel infirmier.

Le sénateur Smith : Et d'un pays à l'autre.

Mme Voisin : Nous avons besoin d'une plus grande uniformité.

Le sénateur Smith : D'accord. Je ne suis pas certain que vous ayez vraiment répondu à la question, mais ce n'est pas grave.

[Translation]

The Deputy Chair: I would like to welcome Senator Woo, who is joining us.

[English]

Senator Pate: Thank you to all of our witnesses for being here.

My questions are along the same lines, although a bit different than Senator Marshall's. I know many of us are concerned about inequitable access to health care, but also inequitable access to other services.

In 2020, the Yukon issued the results of its review of the health care system in a report entitled *Putting People First*. It included a recommendation to pilot implementation of a guaranteed livable basic income, noting in particular the physical and mental health benefits reported during the Ontario pilot. Then, two years later in 2022, Newfoundland released the results of a similar review, and similarly recommended implementing a guaranteed livable basic income and securing federal funding to do so. In the absence of that funding, however — and I note Prince Edward Island has also requested to embark on such an initiative — Newfoundland in particular moved forward with the basic income in 2023, but only for one group. It's the priority group that you've also mentioned, and that's youth leaving care.

Health Canada's website includes a strong statement that the department is working in a number of ways to reduce health inequalities and address the social determinants of health. We also know that the government has committed to implementing the Sustainable Development Goals, number one of which is poverty, and which contributes to all the others.

We know that income and social status is number one on the list of the determinants of health. I'm curious to know what steps your department is taking to work with other departments to consider the benefits of a guaranteed livable basic income of the sort that has been highlighted and tried in this country as well as elsewhere. Also, I'd like to know what kind of analysis, if any, you have done of how that might result in improved health care as well as cost savings in the health care system, which is, of course, what they found in Manitoba and Ontario.

Ms. Voisin: Thank you for the question. I will try to answer that as best I can.

[Français]

Le vice-président : Je voudrais souhaiter la bienvenue au sénateur Woo qui se joint à nous.

[Traduction]

La sénatrice Pate : Je remercie tous les témoins de leur présence.

Mes questions vont dans le même sens que celles de la sénatrice Marshall, bien qu'elles soient un peu différentes. Je sais que l'accès inéquitable aux soins de santé, tout comme l'accès inéquitable à d'autres services, est une préoccupation pour beaucoup d'entre nous.

En 2020, le Yukon a publié les résultats de son examen du système de soins de santé dans un rapport intitulé *Putting People First*. On y recommandait de mettre en œuvre un projet pilote de revenu de base garanti, évoquant, en particulier, les avantages en matière de santé physique et mentale qu'on avait constatés avec le projet pilote en Ontario. Deux ans plus tard, en 2022, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a publié les résultats d'une étude semblable et a également recommandé la mise en œuvre d'un revenu de base garanti et l'octroi de fonds fédéraux à cet effet. En l'absence de ce financement — et je signale que l'Île-du-Prince-Édouard a aussi demandé à prendre part à une telle initiative —, la province de Terre-Neuve-et-Labrador est allée de l'avant avec le revenu de base en 2023, mais seulement pour un groupe. Il s'agit du groupe prioritaire dont vous avez parlé, à savoir les jeunes qui quittent le système de prise en charge.

Le site Web de Santé Canada indique clairement que le ministère travaille de diverses façons à réduire les inégalités en matière d'accès aux soins de santé et à intervenir sur les déterminants sociaux de la santé. Nous savons aussi que le gouvernement s'est engagé à mettre en œuvre les objectifs de développement durable, dont le premier est l'éradication de la pauvreté, qui a une incidence sur tous les autres.

Nous savons que le revenu et le statut social figurent au premier rang des déterminants de la santé. J'aimerais savoir comment votre ministère collabore avec d'autres ministères afin d'examiner les avantages d'un revenu de base garanti, comme celui dont nous avons parlé et qui a été mis à l'essai au pays et ailleurs. J'aimerais également savoir quel genre d'analyse, s'il y a lieu, vous avez effectuée pour voir comment ce revenu de base garanti pourrait entraîner une amélioration des soins de santé ainsi que des économies dans le système de soins de santé, ce que l'on a évidemment constaté au Manitoba et en Ontario.

Mme Voisin : Je vous remercie de la question. Je vais essayer d'y répondre le mieux possible.

I would say that we recognize that social determinants of health are a significant contributor to people's health. We do work closely with other departments, including Employment and Social Development Canada, or ESDC, which has responsibility for social services and funding issues. A lot of our work with them is really focused on seniors. As you know, the National Seniors Council is examining ways to provide an aging-at-home benefit — how people can age better. I think a lot of that discussion is really centred around financial sustainability for seniors and supports, so we're waiting to see the recommendations from that report.

In terms of the funding we're providing to the provinces and territories, you know about that announcement of the \$200 billion. There is also the Canada Health Transfer — a \$2 billion top up in addition to the 5% guarantee over five years. As well, of course, we've been discussing here the \$25 billion in bilateral health agreements.

One of the real priorities under those bilateral agreements is mental health and substance use. All the provinces and territories will need to tell us how they're using their funding to support mental health and substance use priorities, because part of that funding from 2017 that Serena talked about at the beginning is also being rolled into these agreements.

All the action plans will by default be talking about those priorities, with a focus on youth. I would say that provinces have really advanced integrated youth services for mental health, which is being shown by the evidence to be one of the best ways to serve that youth population.

Senator Pate: You mentioned that the health ministers met in P.E.I. recently, and you've also talked about the focus on health and mental health and addictions. I'm not certain whether you're aware of the research being done out of the University of British Columbia by Dr. Jiaying Zhao, who has led a team on cash transfers with the Vancouver homeless, including young homeless people. What they found was that substance use was reduced. They haven't been doing it long enough to show long-term savings in terms of social, economic and health systems, but certainly in terms of the use of substances, there were remarkable changes within a year with folks who previously had been using quite heavily.

Again, I'm curious — in the context of your ongoing collaboration with provincial and territorial governments and partners — whether you've looked at any of those measures. If not, how would you go about examining some of the work that is being done around income supports and the benefits those provide?

Nous reconnaissons que les déterminants sociaux de la santé influencent de façon importante à la santé des gens. Nous travaillons en étroite collaboration avec d'autres ministères, dont Emploi et développement social Canada, ou EDSC, qui est responsable des services sociaux et des questions de financement. Nous nous concentrons beaucoup sur les aînés. Comme vous le savez, le Conseil national des aînés étudie les moyens de fournir une prestation qui permettrait aux aînés de vieillir chez eux et ainsi les aider à mieux vieillir. Une grande partie des discussions se concentre sur l'autonomie financière des aînés et les mesures de soutien qui leur sont offertes. Nous attendons de voir les recommandations de ce rapport.

En ce qui concerne le financement offert aux provinces et aux territoires, vous savez que 200 milliards de dollars seront investis. Cela comprend l'augmentation garantie de 5 % pour les cinq prochaines années au Transfert canadien en matière de santé, ainsi qu'un complément de 2 milliards de dollars. Nous avons aussi déjà parlé de l'investissement de 25 milliards de dollars pour des accords bilatéraux en matière de santé.

Dans le cadre de ces accords bilatéraux, les services de soins en santé mentale et en toxicomanie sont de véritables priorités. Les provinces et les territoires devront nous dire comment ils utiliseront les fonds pour soutenir ces priorités en matière de santé mentale et de toxicomanie, car une partie du financement de l'année 2017, dont Mme Francis a parlé, est également intégrée à ces accords.

Tous les plans d'action devront évoquer ces priorités. Il faudra mettre l'accent sur les jeunes. Les provinces ont vraiment fait progresser les services intégrés en matière de santé mentale pour les jeunes. D'après les données probantes, c'est l'une des meilleures façons de servir ce groupe de la population.

La sénatrice Pate : Vous avez mentionné que les ministres de la Santé se sont réunis récemment à l'Île-du-Prince-Édouard. Vous avez également parlé de l'importance accordée à la santé, à la santé mentale et aux dépendances. Je ne sais pas si vous êtes au courant des recherches menées par le Dr Jiaying Zhao et son équipe à l'Université de la Colombie-Britannique sur les transferts en espèces aux sans-abri de Vancouver, y compris aux jeunes sans-abri. Les chercheurs ont constaté que ces transferts de fonds se sont traduits par une réduction de la consommation d'alcool et de drogues. Ce projet n'a pas duré assez longtemps pour démontrer les économies à long terme dans les systèmes sociaux, économiques et sanitaires. Nous savons toutefois que chez des personnes qui consommaient beaucoup, il y a eu des changements remarquables en l'espace d'un an.

Encore une fois, je suis curieuse — dans le contexte de votre collaboration continue avec les gouvernements et vos partenaires provinciaux et territoriaux — de savoir si vous vous êtes penchés sur quelques-uns de ces projets. Si ce n'est pas le cas, comment pourriez-vous tenir compte des travaux effectués sur les mesures de soutien au revenu et les avantages qu'ils procurent?

You mentioned seniors, and that's great because the guaranteed income supplement as well as the Canada child benefit are two of the early sort of limping toward that type of guaranteed livable income. Now some of the measures in provinces to focus on other groups will also do that.

I'm just curious how that intersects with the work and research you're doing.

Ms. Voisin: I might turn to my colleague Jennifer Saxe who works in our substance use area.

Jennifer Saxe, Associate Assistant Deputy Minister, Cannabis and Controlled Substances Branch, Health Canada: Thank you very much for that question. Certainly, we do work closely with a variety of different partners, provinces, municipalities and local organizations in the substance use area. One of our programs in particular, the Substance Use and Addictions Program, really looks at providing funding for innovative approaches in terms of harm reduction, treatment and prevention — really looking at that full continuum.

You've given us a good example of one kind of innovative approach. We certainly look at that research, and we do work with community partners to try and get other types and similar innovative approaches to look at what some of the best practices are and what kind of evidence can be built from that.

As well, we fund a variety of different things. These could be community-based supports, it could be actual guidance or it could be the research around some of that. Since 2017, there has been over \$500 million committed to over 380 projects, so it's a large financial contribution program. We have collaborated and exchanged information with partners as well, like our partners at Infrastructure Canada who work on the homelessness strategy. So we work with a variety of different partners to be able to address and build those innovative practices that are so important, and then share them.

[Translation]

The Deputy Chair: Thank you.

Senator Galvez: Many thanks to our guests this evening.

[English]

I want to shift the conversation to new stressors of mental health. The Canadian Mental Health Association has raised concerns that Budget 2023 doesn't go far enough in funding the mental health supports that are needed right now — today — by

Vous avez parlé des aînés, et c'est très bien parce que le Supplément de revenu garanti et l'Allocation canadienne pour enfants sont deux des premières mesures qui tendent vers ce type de revenu de base garanti, tout comme certaines mesures prises par les provinces, qui se concentrent sur d'autres groupes.

Je me demande simplement comment ces mesures se recoupent avec le travail et les recherches que vous accomplissez.

Mme Voisin : Je demanderais peut-être à ma collègue, Mme Jennifer Saxe, de répondre à la question, car elle travaille à la Direction des substances contrôlées.

Jennifer Saxe, sous-ministre adjointe déléguée, Direction générale des substances contrôlées et du cannabis, Santé Canada : Je vous remercie de cette question. Dans le domaine de la toxicomanie, nous travaillons évidemment en étroite collaboration avec différents partenaires, comme les provinces, les municipalités et des organismes locaux. L'un de nos programmes, le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances, vise à financer des approches novatrices en matière de réduction des risques, de traitement et de prévention, afin d'offrir une gamme complète de services.

Vous avez évoqué un bon exemple d'approche novatrice. Nous examinons certainement ce projet de recherche, et nous collaborons avec des partenaires communautaires pour découvrir d'autres types d'approches novatrices semblables, et étudier les pratiques exemplaires et les données probantes desquelles nous pouvons nous inspirer.

De plus, nous finançons une variété d'initiatives. Il peut s'agir de mesures de soutien communautaires, d'initiatives d'accompagnement ou de recherches dans ce domaine. Depuis 2017, plus de 500 millions de dollars ont été consacrés à plus de 380 projets. Il s'agit donc d'un important programme de contribution financière. Nous avons également collaboré et échangé des renseignements avec nos partenaires d'Infrastructure Canada, entre autres, qui travaillent sur la Stratégie de lutte contre l'itinérance. Nous travaillons donc avec divers partenaires pour être en mesure d'aborder, de mettre sur pied et de diffuser ces pratiques novatrices qui sont si importantes.

[Français]

Le vice-président : Merci.

La sénatrice Galvez : Merci beaucoup à nos invités de ce soir.

[Traduction]

J'aimerais maintenant parler des nouveaux facteurs de stress qui ont une incidence sur la santé mentale. L'Association canadienne pour la santé mentale s'inquiète du fait que le budget de 2023 n'en fait pas assez pour financer les services de soutien

Canadians because of new stressors. For example, they are saying that inflation is making people feel higher rates of anxiety and depression. There are higher rates of diagnoses of mood disorders and even higher suicidal ideation. The rates are 30% plus.

On top of that new stress, we also have the stress of extreme weather events that are causing psychiatric disorders and worries. For example, just this year, the smoke produced by Canadian wildfires impacted air quality and threatened the physical and mental health of Canadians.

Did this allocation for the budget take into consideration these new stressors for mental health?

Ms. Voisin: Thank you for the question. The budget measures were announced in February and then confirmed in Budget 2023 in terms of funding for improving access to health care services, including mental health services. I think a lot of these issues were ongoing at that time, so indeed, they did come into play in terms of considerations as we were looking at those policy decisions.

I just want to reiterate that mental health services and substance use services is one of the four priority areas for health funding that we agreed upon with provinces and territories. The agreements that we're negotiating right now with provinces and territories also bring in the funding that was announced from 2017 over 10 years for mental health and substance use. All the action plans that the provinces are developing include at least how they are spending that money in terms of those priorities.

Senator Galvez: Thank you.

The other stressor is with respect to the legalization of cannabis. When Canada legalized the use of cannabis in 2018, the goals were to improve safety and public health and reduce access by youth, crime and illegal markets. However, health experts are saying it hasn't created any health benefit — it's almost the opposite. It is now linked to very serious concerns. For example, 27% of Canadian adults say they have raised their consumption of cannabis. There has been hospitalization data published wherein nearly 7 million people aged 15 and up in Ontario, Quebec, Alberta and British Columbia were hospitalized.

By the way, talking about the cost of private versus public, detoxification in Ontario from any of the substances, whether it is cannabis, opioids or cocaine, is \$3,000 for 28 days. In Quebec, it's \$10,000. There is a difference if you go for these treatments.

en santé mentale dont les Canadiens ont besoin à l'heure actuelle en raison des nouveaux facteurs de stress. Par exemple, l'Association affirme que les gens souffrent de plus en plus d'anxiété et de dépression en raison de l'inflation. Il y a davantage de diagnostics de troubles de l'humeur et plus de gens qui ont des idées suicidaires. Les taux sont supérieurs à 30 %.

À ces nouveaux facteurs de stress s'ajoutent les phénomènes météorologiques extrêmes, qui provoquent des troubles psychiatriques et suscitent des inquiétudes. Par exemple, cette année, la fumée produite par les feux de forêt au Canada a eu une incidence sur la qualité de l'air, menaçant ainsi la santé physique et mentale des Canadiens.

Le budget alloué a-t-il pris en compte ces nouveaux facteurs de stress qui ont des répercussions sur la santé mentale?

Mme Voisin : Je vous remercie de la question. Les mesures budgétaires qui visent à améliorer l'accès aux soins de santé, y compris les services de soins en santé mentale, ont été annoncées en février, puis confirmées dans le budget de 2023. Bon nombre de ces problèmes avaient cours à ce moment-là, donc en effet, ils ont été pris en compte lorsque nous avons envisagé ces décisions stratégiques.

Je veux juste répéter que les services de soins en santé mentale et en toxicomanie sont l'un des quatre domaines prioritaires en matière de financement des soins de santé sur lesquels nous nous sommes entendus avec les provinces et les territoires. Les accords que nous négocions en ce moment avec les provinces et les territoires incluent également le financement sur 10 ans, annoncé en 2017, pour les services de soins en santé mentale et en toxicomanie. Tous les plans d'action que les provinces sont en train d'élaborer devront au moins décrire comment elles utiliseront ces fonds en fonction de ces priorités.

La sénatrice Galvez : Je vous remercie.

L'autre facteur de stress concerne la légalisation du cannabis. En 2018, le gouvernement du Canada a légalisé la consommation de cannabis pour améliorer la sécurité et la santé publiques, réduire l'accès des jeunes au cannabis, et démanteler les activités criminelles et le marché illicite. Cependant, les experts en santé affirment que la légalisation du cannabis n'a pas entraîné de bienfaits pour la santé ; c'est presque le contraire. La légalisation est désormais associée à de très graves préoccupations. Par exemple, 27 % des adultes canadiens déclarent avoir augmenté leur consommation de cannabis. Des données sur les hospitalisations ont été publiées et nous y apprenons que près de 7 millions de Canadiens âgés de 15 ans et plus en Ontario, au Québec, en Alberta et en Colombie-Britannique ont été hospitalisés.

Soit dit en passant, pour ce qui est des coûts dans le régime privé par rapport aux coûts dans le régime public, les traitements de désintoxication en Ontario, pour n'importe quelle substance, qu'il s'agisse de cannabis, d'opioïdes ou de cocaïne, coûtent

With respect to private doctors, in Quebec it's \$3,500 per year to access a private doctor. If you talk to a private doctor who came from France — because he must know how to speak French — and you ask him how long it took him to do all the paperwork, he will say seven years.

How many programs or projects related to cannabis health risks, physical or mental, abuse or intervention, have been funded?

Ms. Saxe: Thank you. I may get you to repeat your final question, but I'll start by responding to the first two parts, if that works. I appreciate your questions. Excellent points.

Certainly, it's been five years since cannabis legalization has come into play, and the intent and objective is for a robust public health and public safety approach. Last year, back in 2022, the government launched an independent legislative review. An expert panel of five people was convened, and they have been doing extensive consultation and looking into quite a number of pieces in terms of that cannabis frame. That includes looking at things like impacts on public health, young people, First Nations, Inuit and Métis and progress on adult access. Many of these key points —

Senator Galvez: What have they found?

Ms. Saxe: What they've published so far is a what-we-heard report. They've undertaken over 500 consultations. Just last week, they published a what-we-heard report, and they will be tabling a final report with advice and recommendations in March. I can mention some of the key things that they've highlighted and maybe on some of the points that you've noted.

In terms of impacts on public health, public health stakeholders support a precautionary approach, arguing that it's premature to loosen key restrictions. Conversely, industries have seen more flexibility to increase competitiveness with the illicit market, which is also a key consideration in these pieces.

For young people, which is another area where you've noted particular interest, there has been no apparent change in the rates of use among youth, and there are some signs that adolescents are initiating cannabis at older ages. There is also recognition that fewer youth are interacting with the justice system, and that

3 000 \$ pour 28 jours. Au Québec, le coût est de 10 000 \$. Il y a une différence si vous choisissez ces traitements.

Au Québec, il faut déboursier 3 500 \$ par année pour avoir accès à un médecin dans une clinique privée. Si vous parlez à un médecin non affilié au régime public qui vient de France — parce qu'il doit parler français — et que vous lui demandez combien de temps il lui a fallu pour remplir toutes les formalités administratives, il vous dira qu'il a mis sept ans.

Combien de programmes ou de projets liés aux risques de la consommation de cannabis pour la santé physique ou mentale, à la toxicomanie ou aux interventions, ont été financés?

Mme Saxe : Je vous remercie. Je vais peut-être vous demander de répéter votre dernière question, mais je commencerai par répondre aux deux premières, si cela vous convient. Je vous remercie de vos questions. Vous avez soulevé d'excellents points.

La consommation de cannabis a été légalisée il y a cinq ans. L'intention et l'objectif sont d'avoir une approche robuste en matière de santé et de sécurité publiques. L'année dernière, en 2022, le gouvernement a lancé un examen législatif indépendant. Un groupe d'experts composé de cinq personnes a été constitué. Il a mené de larges consultations et a examiné un certain nombre d'éléments relatifs à la légalisation du cannabis. Il s'agissait notamment d'examiner les répercussions de la consommation de cannabis sur la santé publique, les jeunes, les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que les progrès réalisés vers l'accès des adultes à des produits légaux. Bon nombre de ces éléments essentiels...

La sénatrice Galvez : Qu'ont-ils constaté?

Mme Saxe : Jusqu'à présent, ce groupe d'experts n'a publié qu'un rapport « Ce que nous avons entendu ». Il a mené des consultations auprès de plus de 500 intervenants. La semaine dernière, le groupe d'experts a donc publié un rapport « Ce que nous avons entendu », et en mars, il présentera un rapport final qui comprendra des conseils et des recommandations. Je peux mentionner certains des éléments clés du rapport qui ont trait à quelques points que vous avez soulevés.

En ce qui concerne les répercussions de la légalisation du cannabis sur la santé publique, les intervenants de la santé publique ont soutenu une approche de précaution et défendu qu'il était trop tôt pour assouplir les principales restrictions. À l'inverse, les industries ont bénéficié d'une plus grande souplesse pour accroître leur compétitivité avec le marché illicite, ce qui est également un élément clé dans ce rapport.

Pour ce qui est des jeunes, un sujet qui vous tient à cœur, il n'y a pas eu de changement apparent en matière de consommation. Certains signes indiquent que les adolescents commencent à consommer du cannabis plus tard. On reconnaît aussi que moins de jeunes ont des démêlés avec la justice, ce qui signifie qu'ils

means that they're avoiding those negative consequences with respect to their futures.

Certainly, it's a comprehensive what-we-heard report. I'm happy to touch on other pieces, but we're reading through, looking at that report and the key pieces from it and what's been observed to date. Then we will be looking for advice and recommendations from the expert panel that will be tabled in March.

Senator Loffreda: Thank you to Health Canada for being here this evening.

Health care is a major concern in Canada. I'm concerned with the backlogs and resources to health care, such as a lack of doctors and nurses and wait times. Although health care is predominantly held by provincial governments, the federal government does play an important role in the health of Canadians, and provincial governments do rely on federal funding to provide essential health care services. I would like to address the \$2.6 billion in Supplementary Estimates (A) that will be used for new bilateral agreements with the provinces and territories to address health system needs.

Regarding the use of these funds, can you provide our committee with an update on these agreements, such as the allocation formula used and consistency across the country? Does the federal government have any say on how and where these funds will be spent by the provinces and territories? Considering the extent of these funds, I think Canadians would appreciate knowing how they will be used and how they may benefit from this large injection of federal money.

I'm particularly interested, like I said from the start, on the backlogs, the lack of resources and how we're addressing those concerns and those issues.

Ms. Voisin: Thank you for the questions. In terms of the bilateral agreements, I'll try to get at the different elements of your question. Let's start with backlogs and access to health professionals.

Let me say first that with the \$25 billion and the bilateral agreements, there are four priorities: Access to family health services in your community, backlogs and health workers, mental health and substance use, and modernizing the health system. Those are the four priorities that we developed in collaboration with the provinces and territories and they have agreed to as the parameters for those bilateral agreements.

évitent les conséquences négatives que de tels démêlés peuvent avoir sur leur avenir.

Ce rapport « Ce que nous avons entendu » est complet. C'est avec plaisir que j'aborderai d'autres éléments. Nous sommes en train de lire ce rapport et d'examiner ses éléments fondamentaux pour connaître les résultats observés à ce jour. Nous consulterons ensuite les conseils et les recommandations que le groupe d'experts présentera en mars.

Le sénateur Loffreda : Je remercie les représentants de Santé Canada de leur présence ce soir.

Les soins de santé sont une préoccupation de premier plan au Canada. Les arriérés et les ressources insuffisantes en matière de soins de santé, tels que le nombre insuffisant de médecins et d'infirmières et les temps d'attente, me préoccupent. Bien que les soins de santé relèvent principalement des provinces, le gouvernement fédéral joue un rôle important dans la santé des Canadiens, et les gouvernements provinciaux dépendent du financement fédéral pour fournir des services de soins de santé essentiels. J'aimerais parler des 2,6 milliards de dollars prévus dans le Budget supplémentaire des dépenses (A) pour financer de nouveaux accords bilatéraux avec les provinces et les territoires afin de répondre aux besoins en matière de santé.

Pouvez-vous nous donner une mise à jour sur ces accords, et nous parler, notamment, de l'utilisation de ces fonds, de la formule d'allocation utilisée et de l'uniformité dans l'ensemble du pays? Le gouvernement fédéral a-t-il son mot à dire quant à la manière dont les provinces et les territoires utiliseront ces fonds et ce à quoi ils seront consacrés? Ces sommes sont importantes et je pense donc que les Canadiens aimeraient savoir comment elles seront utilisées et comment ils pourront bénéficier de cet important investissement du gouvernement fédéral.

Je m'intéresse plus particulièrement, comme je l'ai dit au début, aux arriérés, aux ressources insuffisantes et à la façon dont nous répondons à ces préoccupations et à ces problèmes.

Mme Voisin : Je vous remercie de vos questions. Je vais essayer d'aborder les différents éléments de votre question qui ont trait aux accords bilatéraux. Commençons par les arriérés et l'accès aux professionnels de la santé.

Le financement de 25 milliards de dollars alloué dans le cadre des accords bilatéraux est axé sur quatre priorités : l'accès aux services de santé familiale dans la collectivité, le soutien aux travailleurs et la réduction des arriérés, l'accès aux services en matière de santé mentale et de toxicomanie, et la modernisation des systèmes de santé. Ce sont les quatre priorités que nous avons déterminées en collaboration avec les provinces et les territoires. Ils ont accepté ces paramètres dans le cadre de ces accords bilatéraux.

Then, as I said, in negotiating those agreements, we are asking all the provinces and territories to develop a detailed action plan on how they will use the federal funds incrementally to the funds that they're already investing in these areas. They need to tell us how they are going to use that money in addition to things they're doing already in family health services or in the health workforce, for instance.

Also in those action plans, we're asking them to set targets against the common indicators where they're investing federal funds. For instance, if they're investing some of their federal funds to support better access to family health services in the community and their action plan, they need to tell us in British Columbia, for instance, or in Newfoundland, we're increasing access to family health services by X%. That's our target in three years. They have a special initiative. They will tell us how many extra physicians or professionals they will hire in those three years with the federal money.

We are getting really granular in terms of how much we're asking provinces to tell us about how they're using those federal funds. Then as well, the Canadian Institute for Health Information is gathering all the data from the provinces and territories on those common indicators to report to Canadians from a pan-Canadian perspective what that looks like.

Those action plans are transparent and online. We recently announced the agreement with British Columbia, so that agreement is now available publicly and there's also a press release. We can send that link, if you'd like.

Senator Loffreda: Thank you. Just looking at the overall picture on a best-case/worst-case scenario and looking at the sustainability of our universal health care system going forward, what percentage of our overall budget will be health care once the dental program is fully implemented? And if we go a step further, what percentage of our total budget will health care be if Pharmacare, which is being contemplated, comes into the picture? Maybe you can answer one question or the other.

Ms. Francis: When you say what percentage of the total budget, do you mean the total budget of the Government of Canada?

Senator Loffreda: I sponsored the last Budget Implementation Act. I just wanted to know, based on the new dental care numbers and the projections you do have, is it sustainable going forward? What percentage would it entail going forward?

Ensuite, comme je l'ai dit, lors des négociations de ces accords, nous demandons aux provinces et aux territoires de rédiger un plan d'action détaillé pour décrire comment ils utiliseront les fonds fédéraux qui s'ajouteront aux fonds qu'ils investissent déjà dans ces domaines. Ils doivent nous dire comment cet argent appuiera ce qu'ils font déjà pour améliorer l'accès aux soins de santé familiale et soutenir les travailleurs de la santé, par exemple.

Dans ces plans d'action, les provinces et les territoires doivent aussi établir des cibles par rapport aux indicateurs communs où les fonds fédéraux seront investis. Par exemple, s'ils investissent une partie des fonds fédéraux pour soutenir un meilleur accès aux services de santé familiale dans la collectivité, ils doivent nous dire — en Colombie-Britannique, par exemple, ou à Terre-Neuve-et-Labrador — qu'ils augmenteront l'accès aux services de santé familiale d'un certain pourcentage. Ils doivent nous dire quelle cible ils veulent atteindre d'ici trois ans par l'entremise d'une initiative précise. Ils devront nous dire, par exemple, combien de médecins ou de professionnels supplémentaires ils embaucheront au cours des trois prochaines années grâce au financement fédéral.

Nous voulons obtenir des renseignements très détaillés de la part des provinces quant à l'utilisation de ces fonds fédéraux. Par ailleurs, l'Institut canadien d'information sur la santé recueille toutes les données des provinces et des territoires à propos de ces indicateurs communs afin d'en rendre compte aux Canadiens pour qu'ils aient une idée de la situation à l'échelle du pays.

Ces plans d'action sont transparents et sont disponibles en ligne. Nous avons récemment annoncé la signature de l'accord avec la Colombie-Britannique. Cet accord est désormais public et un communiqué de presse à cet effet a été publié. Nous pouvons vous envoyer ce lien, si vous le souhaitez.

Le sénateur Loffreda : Merci. J'essaie d'imaginer à quoi pourraient ressembler le meilleur et le pire des scénarios. Je pense aussi à la viabilité de notre système universel de soins de santé. Quel pourcentage du budget total sera consacré aux soins de santé une fois que le programme de soins dentaires sera entièrement mis en œuvre? Si nous poussons le questionnement un peu plus loin, nous pouvons également nous demander quel pourcentage du budget total sera consacré aux soins de santé si le régime d'assurance médicaments envisagé se concrétise. Vous pouvez répondre à l'une ou à l'autre des questions.

Mme Francis : Lorsque vous parlez du pourcentage du budget, voulez-vous dire le budget total du gouvernement du Canada?

Le sénateur Loffreda : J'ai parrainé la dernière loi d'exécution du budget. Pourriez-vous nous dire, selon les nouvelles données sur les soins dentaires et les projections que vous avez, s'il serait viable d'aller de l'avant? Quel pourcentage du budget serait consacré à ces programmes?

Ms. Francis: I don't know that I have the answer to that. That's probably a question for officials from the Department of Finance in terms of the overall government spending in this space.

Senator Loffreda: Or globally?

Ms. Francis: A percentage annually?

Senator Loffreda: Over 50%?

Ms. Francis: I honestly couldn't guess.

Ms. Voisin: It's difficult for us to answer that question right now, especially because we don't know yet. You mentioned Pharmacare. We don't know yet what that will look like.

Senator Loffreda: Or the incremental cost on dental care, for example?

Ms. Van Amburg: We know the annual ongoing cost is \$4.4 billion on dental care. What I'm not sure is what number I'm adding that to to then provide a percentage of overall spending. I think that's what I'm struggling with in terms of how to add that and do the math for you.

Do you mean Health Canada spending on health care related things? There's a whole bunch we would have to add up into that number to come back with a percentage.

Senator Loffreda: As Health Canada, don't you look at those figures and projections going forward and determine you're taking up a certain percentage of the total budget and have those discussions at different government levels and determine that it will be sustainable or not going forward based on projections and based on what is being used up currently?

Ms. Francis: The Canada Health Transfer part is all managed by the Department of Finance. When we do our financial resources, it's very much focused on what does our department spend — Health Canada — within our reference levels. That's where our focus is versus the bigger health care system.

Senator Loffreda: The Department of Finance takes care of that?

Ms. Francis: Yes, the Department of Finance does that direct transfer to the provinces and territories, and that percentage is clearly growing and growing.

Senator Loffreda: Growing and growing.

Mme Francis : Je ne peux pas fournir de réponse à cette question. Par contre, le ministère des Finances pourrait probablement vous renseigner sur les dépenses totales du gouvernement dans ce domaine.

Le sénateur Loffreda : Savez-vous quel serait le pourcentage du budget total?

Mme Francis : Voulez-vous connaître le pourcentage annuel?

Le sénateur Loffreda : Le pourcentage serait-il supérieur à 50 %?

Mme Francis : Honnêtement, je ne peux vraiment pas extrapoler.

Mme Voisin : Nous ne pouvons pas répondre à cette question en ce moment parce que nous ne le savons pas encore. Nous ne savons pas encore à quoi ressemblera le régime d'assurance médicaments dont vous avez parlé.

Le sénateur Loffreda : Pourriez-vous nous dire quels seront les coûts supplémentaires des soins dentaires, par exemple?

Mme Van Amburg : Nous savons que le coût annuel permanent des soins dentaires se chiffre à 4,4 milliards de dollars. Par contre, je ne sais pas quel montant il faut y ajouter pour obtenir le pourcentage des dépenses totales. Je ne sais pas comment faire l'addition qui me permettrait de vous fournir le pourcentage que vous demandez.

Voulez-vous obtenir le montant des dépenses de Santé Canada liées aux soins de santé? Il y aurait une myriade d'éléments à ajouter à ces chiffres pour obtenir un pourcentage.

Le sénateur Loffreda : À Santé Canada, je suppose que vous regardez les chiffres et les projections pour déterminer le pourcentage du budget total consacré à la santé. J'ose croire que vous tenez des discussions avec les autres paliers de gouvernement au terme desquelles vous décidez d'aller de l'avant ou non en fonction des projections et des fonds utilisés à ce moment-là. Est-ce exact?

Mme Francis : Le Transfert canadien en matière de santé est géré par le ministère des Finances. Notre gestion des ressources financières est surtout axée sur les dépenses du ministère — Santé Canada — à l'intérieur de ses niveaux de référence. Nous nous concentrons là-dessus, et non pas sur le système de soins de santé en général.

Le sénateur Loffreda : C'est donc le ministère des Finances qui s'occupe du transfert.

Mme Francis : Oui. Le ministère des Finances effectue le transfert direct aux provinces et aux territoires, et ce pourcentage va en s'accroissant.

Le sénateur Loffreda : Le pourcentage augmente.

Ms. Francis: But I couldn't tell you what it is. It really is a question for the Department of Finance.

Senator Loffreda: I was just curious on that.

Ms. Van Amburg: This is not a direct financial answer, but it is something we take into account. As we're designing the long-term Canadian dental care plan, for example, we are looking at performance measures and indicators and how we will know that it's making a difference. We're keenly aware that we should be looking at things that aren't just the change in people's mouths, but also are we seeing fewer visits to the emergency department for dental care needs? There is a high percentage of emergency department use right now for dental needs. We would expect that would come down as people are getting their dental care needs met in a dentist office through preventive care and other things.

It's not a financial measurement that we'll be able to look at there, but we do take into account how the various pieces of the system interact with each other in hopes that each area of improvement has an impact on the sustainability of other areas of improvement, in the same way you would hope with more access to family physicians you would see fewer visits to an emergency department for something that could have been dealt with in a family physician's office if you had access to it when you wanted it.

I know you're asking a financial question but we do, from a policy perspective, look at all the pieces and how they interrelate.

Senator Loffreda: I'm asking because I always did my budgets bottom up and say what do you need and tell me, rather than top down and here is what you get. You have to know the overall picture to know on a micro level if it is sustainable over the long term or whether we are shooting blanks here.

[Translation]

The Deputy Chair: I presume that you can probably check and send us a written response.

Ms. Voisin: Yes, we can provide you with an answer.

The Deputy Chair: You have our full confidence. We look forward to receiving your written answer.

Senator Dagenais: My first questions are for Mr. MacDonald. Can you give us an overview of the decision-making process that gives critically ill Canadians access

Mme Francis : Mais je ne pourrais pas vous dire quel est le pourcentage. Cette question devrait être posée au ministère des Finances.

Le sénateur Loffreda : Je voulais seulement en savoir un peu plus.

Mme Van Amburg : Ce n'est pas un aspect financier à proprement parler, mais c'est quelque chose dont nous tenons compte. Dans le régime de soins dentaires canadien à long terme que nous sommes en train de bâtir, nous voulons ajouter des indicateurs de rendement et des outils qui nous permettront de savoir si le programme donne les résultats escomptés. Il faut regarder au-delà des soins buccodentaires prodigués aux patients. Nous sommes parfaitement conscients de cela. Nous devons aussi vérifier si le nombre de visites aux urgences liées à des problèmes dentaires diminuera. Le taux d'utilisation des services d'urgence pour ce type de problèmes est très élevé en ce moment. Nous nous attendons à une baisse si les gens ont accès entre autres à des soins préventifs dans les bureaux de dentistes.

Nous n'avons pas ce qu'il faut pour mesurer les aspects financiers, mais nous tenons compte de l'interaction entre les différents éléments du système dans l'espoir que les améliorations apportées à un secteur se répercutent sur la viabilité d'un autre, tout comme un accès élargi aux médecins de famille peut entraîner une diminution des visites aux urgences liées à des problèmes qui auraient pu être réglés dans une clinique de médecine familiale.

Je sais que vous vouliez parler de la dimension financière. En revanche, d'un point de vue stratégique, je peux dire que nous examinons toutes les composantes et leurs interactions.

Le sénateur Loffreda : Je pose la question parce que j'ai toujours fait mes budgets selon une logique ascendante en tenant compte des besoins sur le terrain, et non pas selon la logique inverse, qui consiste plutôt à imposer des solutions. Il faut connaître le tableau d'ensemble pour savoir à très petite échelle si les choses seront pérennes, ou au contraire, si elles feront long feu.

[Français]

Le vice-président : Je présume que vous pouvez probablement faire les vérifications et nous envoyer une réponse par écrit.

Mme Voisin : Oui, on peut vous fournir une réponse.

Le vice-président : Vous avez toute notre confiance. Nous allons attendre votre réponse par écrit.

Le sénateur Dagenais : Mes premières questions s'adressent à M. MacDonald. Pouvez-vous nous donner un aperçu du processus décisionnel qui accorde à des Canadiens gravement malades un accès aux médicaments pour les maladies rares?

to drugs for rare diseases? Will your budget expand that access for Canadians in the short term?

By the way, I have a little joke: Don't follow Canada Life's example when it comes to drug reimbursement. The service is dismal. I'd like to hear your response.

[English]

Mr. MacDonald: Thank you for that question. I would be happy to walk through the process that has been under way for the National Strategy for Drugs for Rare Diseases since then Minister Duclos announced the program in March 2023.

We initiated discussions with provincial and territorial officials the same day as Minister Duclos made the announcement, and that was to initiate the discussion of bilateral agreements that he identified in his announcement as the critical next step. These discussions are taking place in three areas.

The first is to identify a common set of new and emerging drugs that will be identified and covered in common across all provinces and territories in Canada who come forward and sign a bilateral agreement with the Government of Canada, and those will be cost shared using the funds provided through the bilateral agreement.

The second piece is allowing provinces and territories the flexibility to address unique circumstances within their own province with a part of their funding, recognizing it is their jurisdiction and founder effects and different things like that.

Then the third is to achieve an element of national consistency in the area of screening and diagnosis.

I go through that and just identify that the first step that we took with the Government of Canada was to pull together that conversation with provinces and territories. Now the deputy ministers of the federal government, the federal health department and the provinces and territories have assigned an officials group to look at this question of what will go into the bilateral agreements in terms of the common list of drugs.

That conversation is not bounded by any specific definition of what a rare disease is. It's very much the public plans coming together with the federal government with this opportunity on the table to discuss what it is that we wish to achieve in common. That discussion has been ongoing. It was a continuation of a discussion that was under way during the consultation phase that we did for the national strategy for the two years prior to the announcement, so that group of people was already in place and that conversation had essentially already begun, so it was a continuation.

Votre budget permettra-t-il d'élargir cet accès à court terme pour les Canadiens?

En passant, j'ai un petit commentaire à la blague : surtout, ne suivez pas l'exemple de la Canada Vie pour le remboursement des médicaments. Le service est lamentable. J'aimerais avoir votre réponse.

[Traduction]

M. MacDonald : Merci pour la question. Je serais heureux de vous expliquer le processus de la Stratégie nationale visant les médicaments pour le traitement des maladies rares, qui est en place depuis que le programme a été annoncé en mars 2023 par le ministre de la Santé à l'époque, M. Duclos.

Nous avons entamé des discussions avec des représentants des provinces et des territoires le jour même de l'annonce. Ces discussions portaient sur les accords bilatéraux qui devaient constituer, selon M. Duclos, la prochaine étape cruciale. Elles devaient régler trois questions.

Premièrement, il fallait déterminer un ensemble de médicaments nouveaux et émergents qui feraient partie des garanties des régimes de toutes les provinces et de tous les territoires qui allaient signer un accord bilatéral avec le gouvernement fédéral. Ces régimes à coûts partagés seraient financés au titre des accords bilatéraux.

Deuxièmement, il fallait établir des clauses permettant aux provinces et aux territoires d'utiliser une partie des fonds octroyés en fonction de leur situation particulière en tenant compte de facteurs tels que le respect des compétences et les effets fondateurs.

Troisièmement, il fallait uniformiser au niveau national les processus liés aux examens et aux diagnostics.

La première chose que nous avons faite avec le gouvernement du Canada a été de tenir cette conversation avec les provinces et les territoires. Les sous-ministres fédéraux, le ministère de la Santé du Canada et les provinces et territoires ont mis sur pied un groupe de fonctionnaires chargé de déterminer une liste commune de médicaments qui seraient intégrés à tous les accords bilatéraux.

Cette conversation ne se limite pas à une définition précise du concept de maladie rare. Nous profitons de la tenue de discussions sur des projets communs pour mettre au point des régimes publics en collaboration avec le gouvernement fédéral. Les discussions se poursuivent. Elles avaient en fait commencé lors de la phase des consultations sur la stratégie nationale deux ans avant l'annonce du ministre Duclos. Ce groupe existait donc déjà et la conversation était déjà entamée. Nous avons simplement poursuivi dans la même veine.

In terms of what this is going to mean for Canadians, it's linked to the rest of the strategy. There were three other elements of the strategy which had to do with how we collect evidence so that we can support decision making on reimbursement and listing. We have provided money to the health technology agency, CADTH, to do a series of work about how we support that decision-making process. We face a common challenge with rare diseases; the challenge is that there are many rare diseases in Canada, and for each rare disease, very few people have it.

It's a very large problem, but when you try to use the standard methods for more common diseases to assess what evidence there is that this drug will actually be effective, that it can be cost-effective and that it can be listed and we know what the results are going to be, we have a great deal of difficulty in common across all of those.

So the conversation is not just, "Okay, the money will go to this disease treatment or that one." It's about how can we, in concert with the rest of the investments in the strategy, improve the manner of decision making so that we have consistency across the country so that a patient in one area of the country is receiving more closely the same care as in another part of the country, and that we're sharing information so that with the limited information that we do have, we're making consistent decisions across the country and we're making the best use of the information. We're looking at what information can be made available to make decisions.

We're looking beyond the common set that is identified in those bilateral agreements. It's how can the system be improved continuously, keeping pace with ongoing innovation and so many diseases we don't have treatment for. Research is under way. We know the pipeline of treatments for diseases are coming. It is growing in terms of specialty treatments that are coming and will need to be evaluated. How do we structure the system such that it is better able to produce the best decisions for those?

I hope that has addressed the element as to what Canadians can expect from the national strategy.

[*Translation*]

Senator Dagenais: My next question is for Ms. Saxe. I'd like to follow up on Senator Galvez's questions about cannabis.

I'm a little surprised when you say that we have to wait for the findings of a government-created expert panel to address the health problems caused by cannabis. Are the costs associated with this politically created expert panel borne by your department? If so, how much will it cost?

Quant aux résultats pour les Canadiens, il faut se référer au reste de la stratégie. En effet, trois autres éléments de la stratégie se rapportent à la collecte des données probantes qui serviront à étayer les décisions sur les remboursements et les garanties. Nous avons versé des fonds à l'Agence des médicaments et des technologies de la santé au Canada pour que celle-ci réalise une série d'études sur l'encadrement des processus décisionnels. Nous sommes tous confrontés à un même obstacle dans le cas des maladies rares. Ces dernières sont très nombreuses au Canada, mais très peu de personnes en sont atteintes.

C'est un problème de taille, mais toutes les méthodes préconisées pour les maladies à forte prévalence, qui consistent à examiner les données probantes pour évaluer l'efficacité et la rentabilité des médicaments, la possibilité de les inscrire sur la liste et les résultats qu'ils pourraient produire, toutes ces méthodes posent de grandes difficultés.

La conversation ne se réduit pas à déterminer que les fonds iront au traitement de telle ou telle maladie. Nous devons trouver comment améliorer le processus décisionnel grâce aux autres investissements prévus dans la stratégie afin d'instaurer une approche uniforme à l'échelle du pays qui permettrait de réduire les écarts d'une région à l'autre au chapitre des soins. Le processus décisionnel devrait également favoriser l'échange d'informations pour que le peu d'informations que nous avons soit utilisé à bon escient et qu'il nous permette de prendre des décisions cohérentes partout au pays. Nous recensons toutes les informations accessibles à cet effet.

Nous regardons au-delà des composantes communes figurant dans les accords bilatéraux. Nous voulons trouver comment améliorer continuellement le système en tenant compte de la vague d'innovations et de la multitude de maladies pour lesquelles nous n'avons pas de traitement. Des recherches sont menées actuellement. Nous savons que des tonnes de traitements feront leur apparition, dont un nombre croissant de traitements spécialisés qui devront être évalués. Comment structurer le système pour que ce dernier permette de prendre des décisions avisées concernant les traitements?

J'espère que j'ai bien expliqué l'incidence que pourrait avoir la stratégie nationale sur les Canadiens.

[*Français*]

Le sénateur Dagenais : Ma prochaine question s'adresse à Mme Saxe. J'aimerais donner suite aux questions de la sénatrice Galvez sur le cannabis.

Je suis un peu surpris quand vous dites qu'il faut attendre les conclusions d'un groupe d'experts créé par le gouvernement pour s'attaquer aux problèmes de santé causés par le cannabis. Les coûts liés à ce groupe d'experts, créé par l'appareil politique, sont-ils assumés par votre ministère? Si oui, combien cela va-t-il coûter?

After five years of cannabis legalization, have there been any significant changes in your responsibilities to ensure the health of Canadians who use cannabis?

Ms. Saxe: Could you repeat the second question?

Senator Dagenais: I would like to know whether, after five years of legalization, there have been significant changes in your responsibilities to ensure the health of Canadians who use cannabis. It's been said that there are a few more Canadians using cannabis now.

Ms. Saxe: Thank you very much for the questions.

I just want to clarify something. It's not that we need to wait to take action. We're still taking action on public health and public safety. It's important to review our framework and have a panel of experts to give us advice. We're continuing our work, and we plan to direct our actions to move forward with the panel.

As for the costs of the panel and whether those costs are borne by the department, the answer is yes. I don't have that data with me, and I'll have to follow up on that.

Senator Dagenais: Of course.

Ms. Saxe: As for the second question, I'll continue in English.

[*English*]

Five years after legalization, whether there are changes in our roles and responsibilities in terms of the actions that we are taking, this is exactly why we are looking at a legislative review. And the expert panel is looking quite broadly at a number of things, as I mentioned, from public health — young people, the impact on the economic side of things, public safety, medical access, criminal activity. It is looking at quite a number of different things. That advice and the recommendations that they put forward will be important in terms of informing our way forward.

We continue to take action in terms of public education and awareness. There continues to be action in terms of the public safety piece. There has been a big displacement in terms of the illegal market. I don't have the number right now, but I think it's 72% that is now purchased through the legal market. We have seen some important shifts, but it's important that we take stock of that, and that is why there is a legislative review happening that will inform the way forward.

Senator Woo: Thank you, witnesses. Can you tell us a bit more about the mechanisms by which provinces and territories are kept to their promises in the action plans that they provide to the federal government? Is there a mechanism for external

Après cinq ans de légalisation du cannabis, y a-t-il eu des changements importants dans vos responsabilités pour assurer la santé des Canadiens qui consomment du cannabis?

Mme Saxe : Pouvez-vous répéter la deuxième question?

Le sénateur Dagenais : Je voudrais savoir si, après cinq ans de légalisation, il y a eu des changements importants dans vos responsabilités pour assurer la santé des Canadiens qui consomment du cannabis. On dit qu'il y a un peu plus de Canadiens qui consomment du cannabis maintenant.

Mme Saxe : Merci beaucoup pour les questions.

Je veux juste éclaircir un point. Ce n'est pas qu'on a besoin d'attendre pour mener des actions. On continue toujours de mener des actions du côté de la santé publique et de la sécurité publique. C'est important de revoir notre cadre et d'avoir un groupe d'experts pour nous donner des avis. Nous poursuivons notre travail et nous prévoyons orienter nos actions pour aller de l'avant avec le groupe d'experts.

En ce qui concerne les coûts du groupe d'experts et à savoir si ces coûts sont assumés par le ministère, la réponse est oui. Je n'ai pas ces données avec moi, et je devrai faire un suivi à ce sujet.

Le sénateur Dagenais : Bien sûr.

Mme Saxe : En ce qui concerne la deuxième question, je vais poursuivre en anglais.

[*Traduction*]

Cinq ans après la légalisation du cannabis, nous nous attendons à ce qu'un examen législatif nous aide à déterminer si nos rôles et nos responsabilités concernant les mesures à prendre doivent changer. Le groupe d'experts réalise une vaste étude sur un grand nombre de facteurs dans une perspective de santé publique tels que les jeunes, les conséquences économiques, la sécurité publique, l'accès aux soins médicaux et les activités criminelles. Il se penche sur différentes choses. Les conseils et les recommandations qu'il formulera contribueront grandement à établir nos orientations futures.

Nous poursuivons nos efforts d'éducation et de sensibilisation du public. Il en est de même pour la composante de sécurité publique. De grands bouleversements ont touché le marché illicite. Je n'ai pas les statistiques sous les yeux, mais je pense que 72 % des achats de cannabis se font aujourd'hui dans le marché licite. Des changements considérables se sont produits, mais le moment est venu de faire le point. L'examen législatif à venir nous aidera à orienter nos efforts dans ce domaine.

Le sénateur Woo : Je remercie les témoins. Pourriez-vous nous en dire plus sur les mécanismes qui obligeront les provinces et les territoires à suivre les plans d'action qu'ils remettront au gouvernement fédéral? Y aura-t-il des audits externes pour

auditing of the deliverables that have been promised, or is the evaluation and monitoring process based solely on self-reporting on the part of the provincial ministries? If, in fact, some of these deliverables have not materialized over a certain period of time, what recourse or what kind of penalties will the federal government impose?

Ms. Voisin: Thank you for the question. A large part of the accountability that we're placing on the provinces and territories is tied to transparency, making them report to their own residents on the targets that are in their action plans, so it is holding them to account to their own residents and then holding them to account to Canadians through the common indicators that I spoke about.

In addition to that, we've embedded in the bilateral agreements the other commitments that were made as part of that Working Together to Improve Health Care for Canadians Plan. That includes commitments on improving how health data is shared and used in the health system so that Canadians have access to their own health data. It also includes commitments related to the health workforce — we talked about that a little earlier in the committee — to support labour mobility and accelerate foreign credential recognition.

We have embedded those clauses in the bilateral agreements along with the action plan, which is amended to the agreement, and they are required to report to us on an annual basis on how they're using the federal funding. Should we find that they are not using the federal funding appropriately, if they are not meeting the targets that they set out in their action plan, we do have the means to withhold funding for the next payment on an annual basis.

Obviously, that's a big stick. We would like to ensure that provinces and territories are held to account by their own residents and the transparency that is inherent in posting those action plans on their own websites.

Senator Woo: On the transparency mechanisms that are data-based, is there a possibility of them being audited in some way and verified by third parties, or is this already built into the system that there is a trusted partner that can be relied on to provide data that the government will accept?

Ms. Voisin: The Canadian Institute for Health Information, or CIHI, is the arm's-length pan-Canadian organization that is responsible for health data in this country. It is a very integral approach to collecting data from the provinces and territories, securing that data and protecting the privacy of Canadians. We rely on CIHI to play that role in terms of collecting data and then, of course, the provinces are reporting on their own targets.

vérifier que les résultats promis ont été livrés? Les évaluations et les suivis reposent-ils plutôt sur les autodéclarations des ministères des provinces? Si les livrables ne se concrétisent pas après un certain temps, quelles conséquences ou sanctions le gouvernement fédéral imposera-t-il?

Mme Voisin : Merci pour la question. Une grande part de la responsabilité des provinces et des territoires est liée à la transparence et à l'obligation de rendre des comptes à leur population sur l'atteinte des cibles figurant dans leur plan d'action. Ils doivent donc aussi rendre des comptes à l'ensemble de la population canadienne au sujet des indicateurs de rendement communs dont j'ai parlé tout à l'heure.

En outre, nous avons inclus dans les accords bilatéraux les autres engagements pris dans le cadre du plan Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens, dont les engagements à améliorer la communication et l'utilisation des données sur la santé dans le système de santé pour que les Canadiens aient accès à leurs propres données. Le plan renferme également des engagements relatifs au personnel de la santé — nous en avons parlé un peu plus tôt — pour soutenir la mobilité de la main-d'œuvre et accélérer la reconnaissance des titres de compétence étrangers.

Nous avons intégré ces clauses dans les accords bilatéraux et dans les plans d'action des provinces, qui sont modifiés en fonction des accords. Les provinces sont donc tenues de nous présenter un rapport annuel sur leur utilisation des fonds du gouvernement fédéral. Si nous découvrons que les fonds ne sont pas utilisés de façon appropriée et que les cibles établies dans le plan d'action ne sont pas atteintes, nous pouvons retenir les fonds qui allaient être versés l'année suivante.

C'est en effet une conséquence assez lourde. Nous voulons nous assurer que les provinces et les territoires rendent des comptes aux résidents et qu'ils font preuve de transparence en publiant leur plan d'action sur leur site Web.

Le sénateur Woo : Les mécanismes de transparence fondés sur des données feront-ils l'objet d'un audit? Seront-ils vérifiés par des tiers? Y a-t-il un partenaire fiable dans le système en mesure de fournir des données considérées comme acceptables par le gouvernement?

Mme Voisin : L'Institut canadien d'information sur la santé, ou ICIS, est un organisme pancanadien indépendant responsable des données sur la santé au pays. Au moyen d'une approche très intégrée, il recueille les données issues des provinces et des territoires et protège ces données et les renseignements personnels des Canadiens. Nous demandons à l'ICIS de recueillir les données auprès des provinces, mais nous laissons évidemment les provinces déclarer les résultats qu'elles ont obtenus à l'égard des cibles qu'elles ont établies.

Also built into the plan is a review that federal, provincial and territorial governments have committed to, in terms of health funding, to work together on a review of how this health funding is working and what the path forward should be.

Senator Woo: The hard data on numbers of waitlists and the number of families doctors, in particular, can be measured quite easily. CIHI is a very reputable organization and it would be appropriate and adequate for them to provide that basis for assessment, but are there some more qualitative targets and goals in the action plans that are a little harder to measure? It's not about the number of bodies or heads or beds; that requires some sense of judgment. How will those kinds of promises be assessed?

Ms. Voisin: Yes, that's a very good question.

You're right that the indicators that we've launched — those eight headline indicators — are focused on percentages and numbers, but provinces and territories have also committed to working with CIHI on a broader set of common indicators for each of those priority areas.

Some of those are more nebulous and challenging in terms of what the definitions are, what that looks like, what more efficient care means and what quality care is. Those are the really difficult questions. They're working with the experts, the provinces and territories, and notably with Indigenous partners as well to get some disaggregated data about Indigenous health outcomes related to those priorities, as well as for other racialized priorities. They're working to come up with a broader list of indicators.

[Translation]

The Deputy Chair: Thank you. That concludes our first round of questions. For the second round, I remind you that you have three minutes. I ask you to try to be concise, honourable senators, and I'd ask the witnesses to summarize their answers as much as possible.

[English]

Senator Marshall: I have two questions, and I'm going to start with Ms. Voisin. When you were responding to Senator Woo, were those measurement criteria? Does that also apply to the base funding or do those measurements just apply to these new programs that got approved in the budget?

Ms. Voisin: As part of the Working Together to Improve Health Care for Canadians Plan — which is a mouthful — provinces and territories agreed to work with CIHI on the headline indicators and the broader list of indicators. That is to access the entire pot of money.

Le plan renferme également un examen que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont engagés à mener concernant le fonctionnement du financement en santé et les futures orientations.

Le sénateur Woo : Les données sur les listes d'attente et le nombre de médecins de famille sont assez faciles à obtenir. L'ICIS est un organisme très réputé qui est certainement en mesure de fournir ces données, mais les plans d'action renferment aussi des cibles qualitatives et des objectifs difficiles à mesurer. Comment faire pour évaluer les objectifs qui ne sont pas établis en fonction du nombre de patients ou de lits, mais qui nécessitent plutôt une forme de jugement?

Mme Voisin : C'est en effet une très bonne question.

Vous avez raison de dire que les indicateurs que nous avons mis sur pied — les huit indicateurs phares — sont exprimés en pourcentages et en chiffres. Par contre, les provinces et les territoires se sont également engagés à établir en collaboration avec l'ICIS un ensemble plus vaste d'indicateurs communs pour chacun des domaines prioritaires.

Certains de ces indicateurs sont plus nébuleux et difficiles à définir. Il est assez laborieux de décrire en quoi consistent des soins efficaces et des soins de qualité. Ces questions sont complexes. Des travaux sont menés avec des experts, les provinces, les territoires, et surtout les partenaires autochtones, pour arriver à produire des données désagrégées sur l'atteinte de ces priorités dans les populations autochtones et dans d'autres populations racisées. Une liste plus étoffée d'indicateurs sera également établie.

[Français]

Le vice-président : Merci. Cela termine notre première ronde de questions. Pour la deuxième ronde, je vous rappelle que vous avez trois minutes. Je vous demande un effort de concision, honorables sénateurs, et je demande aux témoins de résumer leurs réponses le plus possible.

[Traduction]

La sénatrice Marshall : J'ai deux questions, et je vais commencer avec Mme Voisin. Lorsque vous avez répondu au sénateur Woo, s'agissait-il de critères de mesure? Cela s'applique-t-il également au financement de base ou ces mesures s'appliquent-elles uniquement aux nouveaux programmes approuvés dans le budget?

Mme Voisin : Dans le cadre du plan Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens — qui est un très long titre —, les provinces et les territoires ont convenu de travailler avec l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, sur les principaux indicateurs et sur une liste plus vaste

Senator Marshall: It applies to the whole \$47 million.

Ms. Voisin: Yes, that is the HT increment. In order to access all of that, they had to agree in principle to the parameters of the plan. We did that through an exchange of letters with the Minister of Health and the provincial ministers of health.

Senator Marshall: Ms. Francis, this is a question I have asked other departments, and I can't seem to get an answer, so I'm going to ask you and maybe you can help me.

I understand the distinction between the funding for your department and the funding that is for the Department of Finance, but when the budget came down last year, there was a graph provided with regard to the federal government funding. The graph actually shows the funding for this year to be \$56 billion, but the verbiage talks about \$49.4 billion. That \$49.4 billion is in the Department of Finance. I'm wondering what the difference is.

I don't expect you to have an answer, because I saw the look on your face.

Ms. Francis: Are you suggesting that \$49.4 billion is in the Department of Finance, and \$56 billion —

Senator Marshall: Yes, but the graph on page 55 of the budget actually shows \$56 billion. I was looking at all the components because the incremental funding is different packages. There's so much for this and so much for that. I was trying to add it up. I'm trying to make sense of the money.

Can I leave that with you? Could you get back —

Ms. Francis: It's in the budget? Do you have a page?

Senator Marshall: On page 55 of the budget there's a graph, and it shows \$56 billion in 2023-24.

Ms. Francis: Okay.

Senator Marshall: That's for federal health transfers to provinces and territories. However, when you look at page 53, two pages back, it talks about \$49.4 billion.

Ms. Francis: In the health transfer?

d'indicateurs. Il s'agit d'accéder à l'ensemble des fonds disponibles.

La sénatrice Marshall : Il s'applique à la totalité des 47 millions de dollars.

Mme Voisin : Oui, ce sont des fonds supplémentaires pour les transferts en santé. Pour y accéder, ils doivent accepter en principe les paramètres du plan. Nous l'avons fait par l'entremise d'un échange de lettres avec le ministre de la Santé et les ministères provinciaux de la Santé.

La sénatrice Marshall : Madame Francis, c'est une question que j'ai posée à d'autres ministères, et je n'arrive pas à obtenir une réponse, alors je vais vous la poser et vous pourrez peut-être m'aider.

Je comprends la distinction entre le financement de votre ministère et le financement qui est consacré au ministère des Finances, mais quand le budget a été présenté l'an dernier, il y avait un graphique concernant le financement du gouvernement fédéral. Le graphique montre en fait le financement pour cette année de 56 milliards de dollars, mais d'après ce que l'on a entendu, ce sera 49,4 milliards de dollars. Ces 49,4 milliards de dollars sont au ministère des Finances. Je me demande quelle est la différence.

Je ne m'attends pas à ce que vous ayez une réponse, mais j'ai vu l'expression sur votre visage.

Mme Francis : Êtes-vous en train de dire que le ministère des Finances a 49,4 milliards de dollars et que les 56 milliards...

La sénatrice Marshall : Oui, mais le graphique à la page 55 du budget indique 56 milliards de dollars. J'examinais tous les aspects, car ces fonds supplémentaires sont dans des trains de mesures différents. Il y a tant d'argent pour telle chose et tant d'argent pour telle autre chose. J'essayais de faire le calcul. J'essaie de comprendre la logique derrière ces fonds.

Puis-je vous demander de répondre à cela? Pourriez-vous revenir...

Mme Francis : C'est dans le budget? Avez-vous une page?

La sénatrice Marshall : À la page 55 du budget, il y a un graphique qui montre la somme de 56 milliards de dollars en 2023-2024.

Mme Francis : D'accord.

La sénatrice Marshall : C'est pour les transferts fédéraux en santé aux provinces et aux territoires. Toutefois, quand on regarde à la page 53, on constate qu'il est question de 49,4 milliards de dollars.

Mme Francis : Dans les transferts en santé?

Senator Marshall: Yes. What is the difference? That's my question and I'll leave it there. Hopefully, you'll be able to get back to the clerk. If you can come back with an answer, that would be marvellous, because nobody has been able to give me an answer and I've been going around with this for five months.

Ms. Francis: It's like a \$6- or \$7-billion difference.

Senator Marshall: The chair will indicate a date by which we need the answer.

[Translation]

The Deputy Chair: You can't say that the question isn't specific. So we're waiting for an equally specific answer.

Senator Gignac: I would like to continue with Ms. Voisin. I thank my colleague Senator Woo for his questions. I have a better understanding of the discussions and negotiations that took place with the provinces.

I'd like some clarification to make sure I've understood correctly. It varies from province to province, depending on the objectives and negotiations. We're not talking about copying and pasting province by province; there are differences. Is that what you said?

Ms. Voisin: Yes.

Senator Gignac: Can you confirm that all the provinces, including Quebec, have agreed to a penalty clause if they don't achieve the expected results in terms of negotiations? Do penalty clauses apply to all provinces, including Quebec?

Ms. Voisin: All provinces and territories, except Quebec, have indicated that we have an agreement in principle within the parameters of the overall plan. We're still in discussions with Quebec to reach an agreement in principle.

Senator Gignac: Quebec hasn't yet signed an agreement, but to date, how many provinces have accepted the parameters of the plan?

Ms. Voisin: To date, 12 provinces and territories have agreed to the parameters of the plan, and we've signed and announced a more specific agreement with British Columbia.

Senator Gignac: How much of a budget envelope are we talking about? We've seen this in other files such as housing — we were talking about \$900 million at the time — but what's the size of the envelope currently being discussed with Quebec?

La sénatrice Marshall : Oui. Quelle est la différence? C'est ma question et je vais m'en tenir là. J'espère que vous serez en mesure de fournir une réponse à la greffière. Si vous pouvez nous fournir une réponse, ce serait merveilleux, car personne n'a été capable de me donner une réponse, et ça fait cinq mois que j'essaie d'obtenir cette réponse.

Mme Francis : Il s'agit d'une différence de 6 ou de 7 milliards de dollars.

La sénatrice Marshall : Le président indiquera une date à laquelle la réponse doit être fournie.

[Français]

Le vice-président : On ne peut pas dire que la question n'est pas précise. Donc on attend une réponse tout aussi précise.

Le sénateur Gignac : J'aimerais continuer avec Mme Voisin. Je remercie mon collègue le sénateur Woo pour ses questions. Je comprends un peu mieux les discussions et les négociations qui ont eu lieu avec les provinces.

J'aimerais avoir une précision pour être certain que j'ai bien compris. C'est quand même différent d'une province à l'autre, en fonction des objectifs et des négociations. On ne parle pas d'un copier-coller province par province, il y a des différences. Est-ce bien ce que vous avez dit?

Mme Voisin : Oui.

Le sénateur Gignac : Pouvez-vous confirmer que toutes les provinces, incluant le Québec, ont accepté qu'il y ait une clause de pénalité si jamais elles n'atteignent pas les résultats attendus sur le plan des négociations? Est-ce que des clauses de pénalités s'appliquent à toutes les provinces, y compris le Québec?

Mme Voisin : Toutes les provinces et les territoires, sauf le Québec, ont signalé que nous avons une entente de principe selon les paramètres du plan global. Nous sommes encore en discussion avec le Québec pour en arriver à une entente de principe.

Le sénateur Gignac : Le Québec n'a pas encore signé d'entente, mais à ce jour, combien de provinces ont accepté les paramètres du plan?

Mme Voisin : À ce jour, 12 provinces et territoires ont accepté les paramètres du plan et nous avons signé et annoncé une entente plus précise avec la Colombie-Britannique.

Le sénateur Gignac : On parle d'une enveloppe budgétaire de combien? On l'a vu dans d'autres dossiers comme l'habitation — on parlait de 900 millions à ce moment-là —, mais quelle est l'ampleur de l'enveloppe qui fait actuellement l'objet d'une discussion avec le Québec?

Ms. Voisin: I'll have to get back to you with an exact figure for the Quebec portion.

Senator Gignac: Thank you very much.

[English]

Senator Smith: I want to talk a bit about virtual care, if we could. I'm not sure to whom I should address the question but the organization is looking to expand the use of virtual health care as a result of over \$150 million that has been allocated for this program over the past two years. There are, however, risks associated with virtual care. The level of adequacy and effectiveness of virtual care compared to seeing a health care provider in person is called into question.

Is your department tracking the effectiveness of virtual care across the country? How are you measuring whether or not the needs of Canadians are being properly addressed through virtual care?

Ms. Voisin: Thank you for the question. The funding that you're referring to was provided to provinces and territories during the pandemic years. As you probably know, there has been a huge growth in virtual care over the course of the pandemic. I think that was of great benefit to Canadians in terms of allowing them to continue to access health services they would not otherwise have been able to access. There are many benefits to virtual care for people in rural and remote communities, or to those who have issues relocating, et cetera, but there are issues that you also point out in terms of quality of care.

This is a very live issue of discussion with the provinces and territories and with organizations like the CMA and the OMA, for instance, who are also very much seized with the issue. Provinces and territories are considering what policies they need to put in place in terms of billing for virtual care. Do they need to put policies in place where they favour in-person care? Do they leave that decision to the professionals? These are all the questions they're grappling with right now to ensure that Canadians can continue to get the care that they need. They also know there are many benefits to virtual care, especially in the mental health sphere, for instance.

We know that there are many ways to provide mental health supports to Canadians in care where they don't need to necessarily be in person, but there are other cases where you need a physical exam for something like a skin issue, for example, and you need to see a doctor in person. Those are live questions that are in discussion with provinces and territories. We're discussing it with them and with other professional associations.

Mme Voisin : Il faudrait que je vous revienne avec un chiffre exact pour ce qui est de la portion qui concerne le Québec.

Le sénateur Gignac : Merci beaucoup.

[Traduction]

Le sénateur Smith : Je veux parler des soins virtuels, si c'est possible. Je ne sais pas exactement à qui je dois adresser la question, mais l'organisation cherche à élargir l'utilisation des soins virtuels grâce aux 150 millions de dollars qui ont été alloués à ce programme au cours des deux dernières années. Les soins virtuels comportent toutefois des risques. Le niveau de pertinence et d'efficacité des soins virtuels par rapport à la consultation en personne avec un prestataire de soins de santé est remis en question.

Votre ministère surveille-t-il l'efficacité des soins virtuels dans l'ensemble du pays? Comment mesurez-vous si les besoins des Canadiens sont correctement pris en compte dans le cadre des soins virtuels?

Mme Voisin : Je vous remercie de la question. Le financement auquel vous faites référence a été fourni aux provinces et aux territoires pendant les années de pandémie. Comme vous le savez probablement, les soins virtuels ont connu une croissance considérable durant la pandémie. Je pense que cela a été bénéfique pour les Canadiens en leur permettant de continuer à accéder à des services de santé auxquels ils n'auraient pas pu accéder autrement. Les soins virtuels présentent de nombreux avantages pour les personnes qui vivent dans des communautés rurales ou éloignées, ou pour celles qui ont des difficultés à déménager, etc., mais il y a des problèmes que vous avez signalés concernant la qualité des soins.

Il s'agit d'un sujet d'actualité avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec des organisations comme l'Association médicale canadienne et l'Association médicale de l'Ontario, par exemple, qui sont saisies de la question. Les provinces et les territoires s'interrogent sur les politiques à mettre en place en matière de facturation des soins virtuels. Doivent-ils mettre en place des politiques qui favorisent les soins en personne? Doivent-ils laisser cette décision aux professionnels? Ce sont toutes des questions qu'ils se posent actuellement pour s'assurer que les Canadiens peuvent continuer à recevoir les soins dont ils ont besoin. Ils savent également que les soins virtuels présentent de nombreux avantages, en particulier dans le domaine de la santé mentale, par exemple.

Nous savons qu'il existe de nombreuses façons de fournir un soutien en matière de santé mentale aux Canadiens dans le cadre de soins qui n'ont pas nécessairement besoin d'être offerts en personne, mais il y a d'autres cas où vous avez besoin d'un examen physique, notamment pour un problème de peau, et vous devez consulter un médecin en personne. Ces questions sont en cours de discussion avec les provinces et les territoires. Nous en discutons avec eux et avec d'autres associations professionnelles.

Senator Smith: Are there specific measurements within the provinces in terms of the relationship with the centre versus the provinces? If so, what would be two or three key examples of key measurements that you would be able to discuss so that you're on the same wavelength with the provinces who become your particular clients?

Ms. Voisin: That's a challenge in terms of how you track the benefits. Say we wanted to track how many virtual care visits there are compared to how many in-person visits. That's not really getting at the question that you want in terms of is that visit appropriate.

The provinces are coming up with different frameworks in terms of how they want to measure that quality, so we don't have common measures yet.

Senator Smith: Have they shared any of these measurements with you so that you can create something basic that could be used possibly throughout Canada?

Ms. Voisin: This is part of the work that the Canadian Institute for Health Information is doing with the provinces and territories, namely, coming up with different indicators and talking to the experts about how we define and develop an indicator that will get at the issue that we want to capture here, which is what modality is providing appropriate care to that Canadian.

[Translation]

Senator Dagenais: My first question is for Ms. Francis. Ms. Francis, I'd like to come back to the dental care program. As you know, it's essential to have an idea of the number of beneficiaries in order to draw up a budget.

Have you budgeted for 100% of Canada's children, or do your figures also take into account the number of people who won't qualify? Since we know that some parents don't file income tax returns, how many children are excluded from the dental care program?

[English]

Ms. Van Amburg: Are you talking about the interim Canada Dental Benefit for children, which is in place, or the longer term plan, because my answer will differ.

[Translation]

Senator Dagenais: I'm obviously talking about the long-term plan up to age 12, if I'm not mistaken. Obviously, people who don't file taxes can have two or three children. Are they eligible for dental care? How do you keep track of them?

Le sénateur Smith : Existe-t-il des mesures précises dans les provinces pour ce qui est des relations avec le centre par rapport aux provinces? Le cas échéant, quels seraient deux ou trois exemples clés de mesures dont vous pourriez discuter afin d'être sur la même longueur d'onde avec les provinces qui deviennent vos clients particuliers?

Mme Voisin : C'est un défi pour ce qui est de suivre les avantages. Supposons que nous voulions suivre le nombre de visites virtuelles par rapport au nombre de visites en personne. Cela ne permet pas vraiment de répondre à la question de savoir si cette visite est appropriée.

Les provinces élaborent des cadres différents sur la façon dont ils veulent mesurer la qualité, alors nous n'avons pas encore de mesures communes.

Le sénateur Smith : Vous ont-elles communiqué ces mesures afin que vous puissiez créer un document de base qui pourrait être utilisé dans tout le Canada?

Mme Voisin : Cela fait partie du travail que l'Institut canadien d'information sur la santé fait avec les provinces et les territoires, notamment d'élaborer différents indicateurs et de discuter avec les experts sur la façon de définir et de concevoir un indicateur qui permettra d'aborder la question que nous voulons saisir ici, à savoir quelle modalité fournit des soins appropriés à ce Canadien.

[Français]

Le sénateur Dagenais : Ma première question s'adresse à Mme Francis. Madame Francis, je voudrais revenir sur le programme de soins dentaires. Vous savez que pour établir un budget, il est primordial d'avoir une idée du nombre de bénéficiaires.

Avez-vous prévu un budget pour 100 % des enfants du Canada ou est-ce que vos chiffres tiennent également compte du nombre de personnes qui n'y auront pas droit? Dans la mesure où on sait que certains parents ne font pas de déclaration de revenus, par conséquent, combien d'enfants sont ainsi exclus du programme de soins dentaires?

[Traduction]

Mme Van Amburg : Faites-vous référence à la Prestation dentaire canadienne pour les enfants, qui est en place, ou le plan à plus long terme, car ma réponse sera différente?

[Français]

Le sénateur Dagenais : Je parle évidemment du plan à long terme jusqu'à l'âge de 12 ans, si je ne me trompe pas. Évidemment, ceux qui ne font pas de déclaration de revenus peuvent avoir deux ou trois enfants. Ont-ils droit au régime de soins dentaires? Comment faites-vous pour les répertorier?

[English]

Ms. Van Amburg: The plan currently in place, the interim Canada Dental Benefit, is for children up to the age of 12; you are correct. Our estimates for that included the best data that we have in place. We have good data on the income of the family and on how many children are in those families.

In order to get that benefit, you need to also get the Canada Child Benefit. We have solid information on that. That reduced the number of children. If you're in a family earning under \$90,000 a year, if you're a child under 12 years of age, we took that estimate. On top of that, we layered on the data we have from Statistics Canada about how many report that they have access to dental benefits. We know that if you have access to dental benefits, you're not eligible for the interim Canada Dental Benefit, so we built our estimates off that. It was not estimated that it would be all children in Canada. We know many of them have good access through their parents' coverage.

There are two answers to that. We would be very pleased if 500,000 children in each of the benefit years took advantage of the benefit. We're tracking very well towards that this year.

On the financial side, we wanted to make sure we had sufficient funding if we're pleased and more children apply, so the upper limit of the children, we think, who don't have access to dental coverage, who are in the right income range and are in the right age range is pretty close to 700,000 children a year. We also know that not everybody will hear about the benefit and not every child will have a dental issue in that year that their parent needs to treat, so we think it's realistic to estimate 500,000 children could benefit.

[Translation]

Senator Dagenais: Ms. Voisin, I'd like to hear what you have to say about two points that Senator Marshall mentioned earlier. Is the failure of universal access due to the federal government's underfunding of the provinces, which must provide health services, or is it mismanagement of these funds, or both? Have you ever looked at whether private services are less expensive than what's currently offered by the government?

Ms. Voisin: This service issue has been exacerbated by the pandemic. It's really an issue around health care workers; there aren't enough of them, and then the pandemic has also greatly affected health care services, as well as surgery and diagnosis

[Traduction]

Mme Van Amburg : Le plan actuellement en place, la Prestation dentaire canadienne provisoire, est pour les enfants de 12 ans et moins; vous avez raison. Nos estimations à cet égard ont tenu compte des meilleures données à notre disposition. Nous disposons de bonnes données sur le revenu des familles et sur le nombre d'enfants qu'elles comptent.

Pour obtenir cette prestation, vous devez également bénéficier de l'Allocation canadienne pour enfants. Nous avons des renseignements fiables à ce sujet. Cela a permis de réduire le nombre d'enfants. Si vous faites partie d'une famille dont le revenu annuel est inférieur à 90 000 \$, si vous êtes un enfant de moins de 12 ans, nous avons pris cette estimation. Par ailleurs, nous avons ajouté les données de Statistique Canada sur le nombre de personnes qui déclarent avoir accès à des soins dentaires. Nous savons que si vous avez accès à des soins dentaires, vous n'êtes pas admissible à la Prestation dentaire canadienne provisoire, et nous avons donc établi nos estimations à partir de ces données. Nous n'avons pas estimé que tous les enfants du Canada y auraient droit. Nous savons que beaucoup d'entre eux y ont accès grâce à la couverture de leurs parents.

Il y a deux réponses à cette question. Nous serions très heureux si 500 000 enfants pour chacune des années de prestations en bénéficiaient. Nous nous dirigeons vers l'atteinte de cet objectif cette année.

En ce qui concerne les finances, nous voulions être certains de disposer d'un financement suffisant si nous sommes satisfaits et que d'autres enfants en font la demande. Nous pensons donc que la limite supérieure des enfants qui n'ont pas accès à une couverture dentaire, qui se situent dans la bonne tranche de revenus et dans la bonne tranche d'âge, se rapproche de 700 000 enfants par année. Nous savons également que tout le monde n'entendra pas parler de la prestation et que tous les enfants n'auront pas, cette année, un problème dentaire que leurs parents devront traiter. Nous pensons donc qu'il est réaliste d'estimer à 500 000 le nombre d'enfants qui pourraient en bénéficier.

[Français]

Le sénateur Dagenais : Madame Voisin, j'aimerais vous entendre sur deux points que la sénatrice Marshall a mentionnés plus tôt. Est-ce que l'échec de l'accès à un service universel est attribuable à un sous-financement du gouvernement fédéral des provinces, qui doivent offrir les services de santé, ou est-ce une mauvaise gestion de ces fonds, ou l'un ou l'autre? Avez-vous déjà vérifié si le recours aux services privés est moins coûteux que ce qui est actuellement offert par l'État?

Mme Voisin : Cette question entourant les services a été exacerbée par la pandémie. C'est vraiment une question relative aux travailleurs de la santé : on n'en a pas assez, puis la pandémie a aussi beaucoup affecté les services de santé et les

backlogs. I think that's what we're seeing in the health care system.

As for your other question, we haven't done a comparison between the private costs and the public services costs at the present time.

Senator Dagenais: Thank you very much.

[English]

Senator Loffreda: Substance abuse is becoming an increasingly pressing issue. Just like homelessness, municipalities are struggling to find solutions, and I noticed in Health Canada's Departmental Plan for 2023-24 that Health Canada has committed, through its Substance Use and Addictions Program, to provide approximately \$10 million per year to the Canadian Centre on Substance Use and Addiction "to address substance use at a coordinated, national level." This is on page 35.

How does Health Canada monitor the effectiveness of that \$10 million, and can you elaborate on how this money is being used specifically by the Canadian Centre on Substance Use and Addiction? Most research does show that around one third of people who are homeless have problems with substance abuse, and approximately two thirds have a lifetime history of such.

And substance abuse doesn't necessarily lead to homelessness, but with the homelessness, the research shows that those are the numbers.

Ms. Saxe: Thank you very much for that question, senator. Certainly, through the Substance Use and Addictions Program, there are, as I mentioned, a number of different contributions that are made. One of them is to a pan-Canadian organization called the Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

We have a long-standing collaboration with the Canadian Centre on Substance Use and Addiction where we transfer funds. They develop a work plan annually that itemizes and is very clear in terms of the work that they are doing. Then they provide a report in terms of how they are doing or what they have delivered on, according to that work plan each year. There is an actual contribution agreement, which is very clear in terms of what is going to be the work that they do.

There is a broad range of work, obviously, over that \$10 million, and certainly I can follow up. There are a number of different actions that they take, particularly in this field, as you were mentioning, and so that includes work in terms of —

Senator Loffreda: Targets that have to be reached, or how is it monitored?

arriérés en matière de chirurgie et de diagnostic. Je pense que c'est ce qu'on voit dans le système de santé.

Pour ce qui est de votre autre question, nous n'avons pas fait de comparaison entre les coûts au privé et les services publics, à l'heure actuelle.

Le sénateur Dagenais : Merci beaucoup.

[Traduction]

Le sénateur Loffreda : La toxicomanie devient de plus en plus un problème urgent. Comme l'itinérance, les municipalités ont du mal à trouver des solutions, et j'ai remarqué dans le Plan ministériel de Santé Canada pour 2023-2024 que le ministère s'engage, par l'entremise de son Programme sur l'usage et les dépendances aux substances, de verser environ 10 millions de dollars par année au Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances à un niveau national coordonné. C'est indiqué à la page 35.

Comment Santé Canada surveille-t-il l'efficacité de ces 10 millions de dollars, et pouvez-vous expliquer comment cet argent est utilisé précisément par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances? La plupart des recherches montrent qu'environ un tiers des sans-abri ont des problèmes de toxicomanie et qu'environ deux tiers d'entre eux ont eu des problèmes de toxicomanie au cours de leur vie.

La toxicomanie ne mène pas forcément à l'itinérance, mais les recherches montrent que ce sont les données en ce qui concerne l'itinérance.

Mme Saxe : Je vous remercie de cette question, sénateur. Comme je l'ai mentionné, le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances apporte un certain nombre de contributions différentes. L'une d'entre elles est une organisation pancanadienne appelée le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

Nous avons une collaboration de longue date avec le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances où nous transférons des fonds. Il élabore un plan de travail chaque année qui détaille très clairement le travail qu'il accomplit. Il fournit ensuite un rapport sur ses activités ou sur les résultats obtenus, conformément à ce plan de travail, chaque année. Il existe un véritable accord de contribution, qui définit très clairement le travail à accomplir.

Il y a un vaste éventail de travaux qui sont évidemment faits avec ces 10 millions de dollars, et je peux certainement assurer un suivi. Il y a un certain nombre de mesures différentes qui sont prises, comme vous l'avez mentionné, et cela inclut des travaux...

Le sénateur Loffreda : Des cibles doivent être atteintes, et comment assure-t-on une surveillance?

Ms. Saxe: There's a variety of work. They undertake a lot of knowledge translation work for Canadians. They've undertaken work in terms of alcohol, cannabis, public awareness in terms of substance use, so there's a broad range of different work that they undertake.

Ms. Voisin: If I can add on the issue of targets and indicators, in terms of the agreements, again, some of those headline indicators are for mental health and substance use, so they're measuring things such as how many Canadians are coming to the emergency room for substance use issues. Those kinds of indicators are being developed as part of the overall indicator process that is tied in with the health funding, because one of those priorities, again, is mental health and substance use.

So the Canadian Centre on Substance Use and Addiction, or CCSA, is a partner that really galvanizes stakeholders on the ground but also works with provinces and territories to advance those issues.

Senator Loffreda: Thank you.

Senator Galvez: In the years 2021-22 and 2022-23, there were no funds allocated to the Environmental Health Research Contribution Program. There was not. I'm happy to see that in 2023-24, the Main Estimates include a contribution of half a million dollars — a little bit higher — but that's a very low amount. I would like to know how this amount was set and to what it is directed. What are the objectives, and how is it going to be allocated?

Brigitte Lucke, Director General, Policy, Planning and Integration Directorate, Healthy Environments and Consumer Safety Branch, Health Canada: Thank you for the question. I just wanted to confirm, the Environmental Health Research Contribution Program?

Senator Galvez: Yes.

Ms. Lucke: This program is a new contribution program that's been put in place, so that's why we are only seeing new funds come through in 2023-24. It's a brand new contribution program.

The purpose of this program is really to support our overarching initiative on the circular economy in dealing with plastics, so it's very specific to increase and communicate knowledge on plastics to Canadians and review and conduct internal and external research.

The main issue from an environmental health perspective is the microplastics. We breathe them. They're in our food. They're in our water. We anticipate that there are health effects, and we

Mme Saxe : Il y a un large éventail de travaux. De nombreux travaux d'application des connaissances sont effectués pour les Canadiens. Le centre a entrepris des travaux sur l'alcool, le cannabis, la sensibilisation du public à la consommation de substances, si bien qu'il mène un vaste éventail de travaux.

Mme Voisin : Si je peux ajouter quelque chose sur la question des objectifs et des indicateurs, en ce qui concerne les accords, encore une fois, certains de ces principaux indicateurs concernent la santé mentale et la toxicomanie, si bien qu'ils mesurent certaines choses comme le nombre de Canadiens qui se rendent aux urgences pour des problèmes de toxicomanie. Ces types d'indicateurs sont élaborés dans le cadre du processus global d'indicateurs lié au financement de la santé, car l'une de ces priorités est la santé mentale et la toxicomanie.

Donc, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, le CCDUS, est un partenaire qui mobilise vraiment les intervenants sur le terrain, mais qui travaille aussi avec les provinces et les territoires pour faire avancer ces dossiers.

Le sénateur Loffreda : Merci.

La sénatrice Galvez : Dans les années 2021-2022 et 2022-2023, aucun fonds n'a été alloué au Programme de contribution à la recherche en santé environnementale. Il n'y en a pas eu. Je suis heureux de constater qu'en 2023-2024, le Budget principal des dépenses prévoit une contribution d'un demi-million de dollars — un peu plus —, mais c'est peu élevé. J'aimerais savoir comment ce montant a été fixé et à quoi il est destiné. Quels sont les objectifs et comment sera-t-il réparti?

Brigitte Lucke, directrice générale, Direction des politiques, de la planification et de l'intégration, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada : Je vous remercie de la question. Je voulais seulement confirmer qu'il s'agit du Programme de contribution à la recherche en santé environnementale.

La sénatrice Galvez : Oui.

Mme Lucke : Ce programme est un nouveau programme de contribution qui a été mis en place, alors c'est la raison pour laquelle nous ne voyons de nouveaux fonds qu'en 2023-2024. C'est un tout nouveau programme de contribution.

L'objectif de ce programme est vraiment de soutenir notre initiative globale sur l'économie circulaire en ce qui concerne les matières plastiques. Il vise précisément à accroître et à communiquer les connaissances sur les plastiques aux Canadiens, ainsi qu'à examiner et à mener des recherches internes et externes.

Le principal problème du point de vue de la santé environnementale, ce sont les microplastiques. Nous les respirons. Ils sont dans notre nourriture. Ils sont dans notre eau.

need to do a lot more research. It's an emerging issue, so the contribution funds are really targeted to be able to advance —

Senator Galvez: Who is going to conduct this research?

Ms. Lucke: Proponents can apply, and they can come from non-governmental organizations, not-for-profits, professional associations, different government agencies, and regional health authorities can also contribute.

Senator Galvez: Thank you.

Ms. Lucke: You're welcome.

Senator Pate: In the Main Estimates, \$1.8 billion is included in terms of payments to provinces and territories for the purpose of home care and mental health. Budget 2023 indicates that since 2015, the government has provided \$10 billion to provinces and territories for home care, community care and long-term care for seniors, as well as \$5 billion to increase community-based mental health care.

The Prime Minister's website, in February of this year, indicated that Budget 2023 amounts were building on \$7.8 billion over five years that had yet to flow to provinces and territories for mental health and substance use, home and community care and long-term care.

I'm hoping that you can clarify how much in total, including the Main Estimates, the government has committed to provinces and territories that is earmarked for each of the categories — home care, community care and long-term care for seniors, and community-based mental health care — since 2015. How much of this has and, conversely, how much has not yet flowed to provinces and territories?

If it takes too long during my time, if you can provide it in writing, that would be great.

Ms. Voisin: I'll try to be concise. I think what is happening here is they're bundling different parts of announcement funding.

Let me just start with the basics. In 2017 there was \$11 billion over ten years provided for home and community care and mental health and addictions, and \$6 billion of that was for home and community care, and \$5 billion of that was for mental health and addictions. That goes until 2027.

Nous estimons qu'ils ont des effets sur la santé et nous devons faire beaucoup plus de recherches. C'est une question émergente, et les fonds de contribution sont donc vraiment ciblés pour pouvoir faire avancer...

La sénatrice Galvez : Qui mène ces recherches?

Mme Lucke : Les promoteurs peuvent présenter une demande, et ils peuvent venir d'organisations non gouvernementales, d'organisations à but non lucratif, d'associations professionnelles, de différentes agences gouvernementales, et les autorités sanitaires régionales peuvent également apporter leur contribution.

La sénatrice Galvez : Merci.

Mme Lucke : Je vous en prie.

La sénatrice Pate : Dans le Budget principal des dépenses, la somme de 1,8 milliard de dollars est incluse dans les paiements aux provinces et aux territoires pour les soins à domicile et la santé mentale. Le budget de 2023 fait état que depuis 2015, le gouvernement a versé 10 milliards de dollars aux provinces et aux territoires pour les soins à domicile, les soins communautaires et les soins de longue durée pour les personnes âgées, ainsi que 5 milliards de dollars pour augmenter les soins de santé mentale communautaires.

En février de cette année, le site Web du premier ministre indiquait que les montants prévus dans le budget de 2023 s'appuyaient sur 7,8 milliards de dollars sur cinq ans qui n'avaient pas encore été versés aux provinces et aux territoires, pour la santé mentale et la toxicomanie, les soins à domicile et communautaires et les soins de longue durée.

J'espère que vous pourrez préciser le montant total, y compris le Budget principal des dépenses, que le gouvernement s'est engagé à verser aux provinces et aux territoires pour chacune des catégories — soins à domicile, soins communautaires, soins de longue durée pour les aînés et soins de santé mentale communautaires — depuis 2015. Quelle est la part de ce montant qui a été versée aux provinces et aux territoires et, inversement, quelle est la part qui ne leur a pas encore été versée?

Si la réponse est trop longue pour le temps qui m'est imparti, ce serait merveilleux que vous puissiez la fournir par écrit.

Mme Voisin : Je vais essayer d'être concise. Je pense que ce qui se passe ici, c'est qu'ils regroupent différentes parties du financement des annonces.

Permettez-moi de commencer par l'essentiel. En 2017, 11 milliards de dollars sur 10 ans ont été alloués aux soins à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'à la santé mentale et à la toxicomanie, dont 6 milliards pour les soins à domicile et les soins communautaires, et 5 milliards pour la santé mentale et la toxicomanie. Cette somme sera valable jusqu'en 2027.

In addition to that, in Budget 2021 there was \$3 billion over five years for long-term care, and so that is bundled in one of those descriptions that you had, as well.

The \$3 billion for long-term care is starting this year, so those are agreements that we're also going to negotiate with the provinces and territories on aging with dignity. And in terms of the money that was announced from 2017, the remaining four years of that funding is being rolled into two sets of agreements. The mental health money is being rolled into what we're calling the "Working Together Agreements," which are the four priorities I've been talking about all night with this mental health money. Then the home care and community care money, and the long-term care money, so the \$3 billion, that's being rolled into what we're calling Aging with Dignity agreements so that they're thematic and really focused. In many provinces and territories, there's a different minister for seniors, so we negotiate with that ministry instead. Was that helpful?

Senator Pate: It was very helpful. Is it possible to get that in writing so we can see? I am madly trying to scribble.

Ms. Voisin: Yes.

Senator Pate: I'd like to go back now and look at the figures again. Great. Thank you very much.

[Translation]

The Deputy Chair: I'd like to ask a question about artificial intelligence, which has enormous potential in the health care field.

I met with representatives of the Canadian Association of Radiologists, who told us that one of the reasons for the current bottleneck was the waiting lists for imaging exams, and that it could be reduced by around 12% if we had adequate equipment and good management of our fleet, which is very aging.

When it comes to monitoring and assessing artificial intelligence technologies in the health care field, can Health Canada enforce rules, or does it have a role to play?

I'll ask you a second question, as well: Are there any funds earmarked for deploying these new technologies and upgrading our equipment?

Ms. Voisin: I'll try to answer your questions. I, too, met with the Canadian Association of Radiologists this week. I think they were on tour. We had a very interesting discussion.

De plus, le budget de 2021 prévoit 3 milliards de dollars sur cinq ans pour les soins de longue durée, qui sont donc regroupés dans l'une des descriptions que vous avez eues.

Les 3 milliards de dollars pour les soins de longue durée commencent à être versés cette année. Il s'agit donc d'accords que nous allons également négocier avec les provinces et les territoires pour vieillir dans la dignité. En ce qui concerne l'argent annoncé depuis 2017, les quatre années restantes de ce financement sont intégrées dans deux séries d'accords. L'argent destiné à la santé mentale est intégré dans ce que nous appelons les accords de collaboration, qui correspondent aux quatre priorités dont j'ai parlé tout au long de la soirée à propos de cet argent destiné à la santé mentale. Ensuite, l'argent pour les soins à domicile et les soins communautaires est intégré dans ce que nous appelons les accords pour vieillir dans la dignité, de manière à ce qu'ils soient thématiques et vraiment ciblés. Dans de nombreuses provinces et territoires, il y a un ministre responsable des aînés différent, et nous négocions donc avec ce ministère. Cela a-t-il été utile?

La sénatrice Pate : Cela a été très utile. Est-il possible d'obtenir ces renseignements par écrit pour que nous puissions les voir? J'essaie désespérément de prendre rapidement des notes.

Mme Voisin : Oui.

La sénatrice Pate : J'aimerais réexaminer les chiffres. Merveilleux. Je vous remercie.

[Français]

Le vice-président : J'aimerais poser une question qui concerne l'intelligence artificielle, qui offre d'énormes possibilités dans le domaine de la santé.

J'ai rencontré les représentants de l'Association canadienne des radiologistes; ces derniers nous ont indiqué que le goulot d'étranglement actuel était attribuable, entre autres, aux listes d'attente pour les examens d'imagerie, et qu'il pourrait être réduit de l'ordre de 12 % si on avait des équipements adéquats et une bonne gestion de notre parc, qui est très vieillissant.

Quant au contrôle et à l'évaluation des technologies de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé, Santé Canada peut-il appliquer des règles ou a-t-il un rôle à jouer?

Je vous pose également une deuxième question : y a-t-il des fonds consacrés au déploiement de ces nouvelles technologies et à la mise à niveau de notre parc d'équipements?

Mme Voisin : Je vais essayer de répondre à vos questions. J'ai moi aussi rencontré l'Association canadienne des radiologistes cette semaine. Je pense qu'ils faisaient une tournée. Notre discussion a été très intéressante.

The use of artificial intelligence in the health care system is a very important issue for the provinces and territories. We recently spoke with the various provincial and territorial deputy ministers of health and saw examples of how technologies are being used to improve patient outcomes and system operations in hospitals.

Health Canada plays a role in regulating technologies to ensure they're safe for the health care system.

Health Canada's role is also to work with the provinces and territories. For example, if the Association of Radiologists wants to examine standards or norms for the application of technologies in health care systems, Health Canada will work with them and with the provinces and territories to promote a consistent approach across the country.

The Deputy Chair: Thank you very much.

We're going to conclude the meeting. Thank you for all your answers and for the answers we'll be waiting for. It's been very enlightening and much appreciated by all our colleagues.

I'd like to remind you to submit your written answers to the clerk before — and we're giving you plenty of time — the end of the day on Wednesday, November 8, 2023.

[*English*]

Before adjourning, I would like to remind senators that our next meeting will be next Tuesday, October 31 at 9 a.m. to continue our study on the Main Estimates 2023-24.

[*Translation*]

Before we adjourn, I'd like to thank this committee's entire support team, those in the room as much as those working behind the scenes. Thank you to our interpreters, who contribute enormously to the success of our work as senators.

On that note, good evening.

(The committee adjourned.)

L'utilisation de l'intelligence artificielle dans le système de santé est un enjeu très important pour les provinces et les territoires. Nous avons récemment discuté avec les différents sous-ministres de la santé des provinces et des territoires; nous avons vu des exemples à savoir comment les technologies sont utilisées pour améliorer les résultats pour les patients et pour le fonctionnement du système dans les hôpitaux.

Santé Canada joue un rôle quant à la réglementation des technologies afin d'assurer qu'elles sont sécuritaires pour le système de santé.

Santé Canada a aussi pour rôle de travailler avec les provinces et les territoires. Par exemple, si l'Association des radiologistes veut examiner des normes ou des standards pour l'application des technologies dans les systèmes de santé, Santé Canada va collaborer avec elle et avec les provinces et les territoires afin de favoriser une approche constante partout au pays.

Le vice-président : Merci beaucoup.

Nous allons conclure la réunion. Je vous remercie pour l'ensemble de vos réponses et pour les réponses que nous allons attendre. Cela a été très éclairant et c'est vraiment apprécié de la part de l'ensemble des collègues.

J'aimerais vous rappeler de bien vouloir remettre vos réponses écrites à la greffière avant — et on vous laisse beaucoup de temps — la fin de la journée du mercredi 8 novembre 2023.

[*Traduction*]

Avant de lever la séance, j'aimerais rappeler aux sénateurs que notre prochaine réunion aura lieu mardi prochain, le 31 octobre, à 9 heures, pour poursuivre notre étude sur le Budget principal des dépenses de 2023-2024.

[*Français*]

Avant de lever la séance, j'aimerais remercier toute l'équipe de soutien de ce comité : ceux et celles qui sont en évidence dans la pièce comme ceux et celles qui sont à l'arrière-scène. Merci à nos interprètes qui contribuent énormément au succès de notre travail comme sénateurs et sénatrices.

Sur ce, bonne soirée!

(La séance est levée.)