

dépense une somme pareille en si peu de temps. D'après le bill, cette somme devrait être dépensée en 14 ans.

Le programme prévoyait que les frais seraient partagés presque également entre le fédéral et les provinces. Si on s'interroge sur les raisons pour lesquelles ces crédits ont été votés, sur l'étendue du montant et sur la façon dont cette décision a été prise, on constate tout de suite que le Parlement n'a pas pris sa décision à la légère. J'ai pris le temps de relire les débats de 1966. Ils étaient longs et tous les partis ont présenté d'excellents arguments. Maintenant, on tente d'abroger le bill en toute hâte, presque trois ans avant la date prévue et nous avons déjà dépassé de 69 millions de dollars la somme prévue par le Parlement en 1966. Le plus gros reproche que nous puissions faire au gouvernement, c'est sans doute d'avoir décidé de mettre fin au programme sans en avoir d'abord discuté avec les provinces.

Hier, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a participé au débat, a répondu aux arguments de certains députés et s'est livrée à un duel verbal avec le député d'Athabasca. M^{me} le ministre a dit que des discussions avaient eu lieu. Elle n'a pas dit s'il y avait eu le même degré de consultation avec toutes les provinces concernées, notamment si le bill donnait à une province en particulier le droit de recevoir une certaine aide comme c'est le cas pour le Nouveau-Brunswick.

En appliquant le programme prévu dans le bill original on a installé toutes les facilités nécessaires au traitement des malades et à la formation du personnel médical. On se demande dans quelle mesure le comité consultatif de la Caisse d'aide à la santé, comité créé par le bill original en 1966, a été consulté. J'aimerais me reporter à l'article II du chapitre 42 des Statuts révisés du Canada, qui stipule:

Le Comité consultatif doit

a) conseiller le Ministre au sujet de tout programme d'expansion des écoles de formation du personnel sanitaire soumis au Ministre par le gouvernement d'une province;

b) conseiller le Ministre, à sa demande ou de sa propre initiative, sur des questions relatives à une école de formation du personnel sanitaire au sujet duquel une province a sollicité une contribution en vertu de la présente loi et, en particulier, sur les frais raisonnables de cette école; et

c) étudier toute question relative à l'application de la présente loi que lui soumet le Ministre, et conseiller le Ministre à ce propos.

A mon avis, l'article 11(c) est des plus intéressants. Je voudrais parler du rapport annuel de l'année financière se terminant le 31 mars 1977. Il est signé de la main du ministre et a finalement été présenté le vendredi 10 mars 1978, soit environ un an plus tard. Ce document ne fait nullement mention du comité consultatif. On se demande bien quel rôle

ledit comité a joué au cours des toutes dernières années que couvre ce bill.

Si l'on examine le rôle joué par le gouvernement dans le domaine des programmes de soins médicaux, dans celui de la santé et du bien-être et quand on pense au bill C-68 présenté par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de l'époque, l'actuel ministre de la Justice, M. Lalonde, on voit que les arguments présentés hier par le député de St. Catherines (M. Parent) étaient des plus fondés. Certes, le système de prestation des soins de santé au Canada a fait des progrès. Si cela n'avait pas été le cas, les responsables devraient se justifier devant le comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales et le Parlement se montrerait certainement très inquiet si les importantes dépenses faites dans ce domaine n'avaient pas un résultat satisfaisant. Je suis membre de ce comité permanent depuis 1974. Je me rappelle les déclarations élogieuses et l'appui du ministre de la Santé nationale et du bien-être social, d'après lesquels tout allait bien.

J'aimerais signaler à la Chambre un document intitulé, «Symposium sur les priorités canadiennes en matière de recherche sur la santé». Il résume une série de mémoires et de discussions présentés le 25 mai 1973 sur ce que cela représente pour le système de soins de santé. Dans le sommaire, on cite certains passages des observations du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de l'époque. En voici un:

D'aucuns recommanderaient peut-être un nouveau partage des ressources entre la recherche sur les soins de santé et la recherche bio-médicale, par un transfert de fonds. Je ne suis pas de ceux-là... On devrait parvenir à un équilibre convenable en prévoyant un taux d'augmentation des fonds accordés à la recherche sur les soins de santé, y compris leur développement et la prévention, plus élevé que celui de l'aide accordée à la recherche plus fondamentale.

Voilà ce que déclarait le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'alors, il y a quatre ou cinq ans. Et il poursuivait:

Bien que ce manque d'intérêt dans le domaine de la recherche en matière de soins de santé s'explique sans doute par des raisons nombreuses et complexes... l'une des plus importantes tient assurément à l'idée fautive très répandue, même dans les milieux universitaires et bien renseignés de chercheurs eux-mêmes, soit que la recherche appliquée est forcément à court terme, plutôt superficielle et rattachée à des problèmes immédiats... Si nous n'entamons la recherche sur un problème prévisible qu'au moment où il se pose, nous sommes par trop souvent obligés d'agir dans les plus brefs délais si nous voulons pouvoir utiliser les résultats utilisables avant qu'il ne soit trop tard...

● (1542)

Les recherches sur la grippe asiatique qui ont été faites il y a environ deux ans constituent un exemple classique.

Voici la suite de la déclaration du ministre:

Il convient de déterminer la durée d'un projet de recherche appliquée et l'intensité de la recherche d'après la nature du problème et le genre d'étude analytique nécessaire.