



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 128 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 6 décembre 2018

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le jeudi 6 décembre 2018

• (0845)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue à tous à la 128^e séance du Comité permanent de la santé. Bienvenue à nos invités.

Nous avons beaucoup de témoins aujourd'hui et beaucoup de questions, et je suis sûr que nous aurons beaucoup de réponses.

Tout d'abord, je souhaite la bienvenue à l'honorable Ginette Petitpas Taylor, ministre de la Santé, et ma voisine au Nouveau-Brunswick.

Bienvenue à notre comité.

Je souhaite la bienvenue aux fonctionnaires.

Du ministère de la Santé, nous accueillons Simon Kennedy, sous-ministre. De l'Agence canadienne d'inspection des aliments, nous accueillons Paul Glover, président. Des Instituts de recherche en santé du Canada, nous accueillons Michel Perron, vice-président directeur. Du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, nous accueillons Douglas Clark, directeur exécutif. De l'Agence de la santé publique du Canada, nous accueillons Siddika Mithani, présidente, et Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique.

Je crois comprendre que la ministre doit partir vers 9 h 45. Est-ce exact?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor (ministre de la Santé): Je dois ouvrir la séance, à ce qu'on m'a dit.

Le président: J'invite tout le monde à poser des questions brèves et à donner des réponses succinctes. Nous allons procéder et tenter d'obtenir le plus d'information possible. Nous allons avoir un tour de sept minutes et un tour de cinq minutes, et d'ici là, je crois que la ministre devra partir et les autres représentants resteront et répondront aux questions si nous en avons besoin.

Madame Petitpas Taylor, voulez-vous commencer par une déclaration de 10 minutes?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Merci beaucoup, monsieur le président.

Bonjour à tous et je vous remercie de m'avoir invitée au Comité permanent sur la santé.

Il est vraiment important pour moi d'être ici aujourd'hui pour discuter avec vous du Budget supplémentaire des dépenses (A) pour l'année 2018-2019. Je suis toujours heureuse d'avoir l'occasion de souligner certaines des priorités et de discuter des efforts que nous déployons pour assurer la santé et la sécurité des Canadiens. Comme toujours, je remercie les membres du Comité de leur contribution

aux discussions, et je me ferai un plaisir de répondre à leurs questions.

Avant de commencer, j'aimerais également remercier les fonctionnaires qui m'accompagnent aujourd'hui.

Il s'agit de M. Simon Kennedy, sous-ministre de la Santé; Mme Siddika Mithani, présidente de l'Agence de la santé publique du Canada; Mme Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique, de l'Agence de la santé publique du Canada; M. Michel Perron, vice-président, Affaires extérieures et développement des affaires, Instituts de recherche en santé du Canada; et le dernier, mais non le moindre, M. Paul Glover, président de l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

Ils sont des experts dans leur domaine et je suis toujours heureuse quand ils m'accompagnent devant les comités. De plus, je vais peut-être m'adresser à eux pour obtenir des détails au sujet de certaines des questions.

[Français]

J'aimerais tout d'abord dire quelques mots sur les crédits accordés à Santé Canada. Par l'intermédiaire du Budget supplémentaire des dépenses (A), nous avons demandé l'injection d'une somme supplémentaire de 33,5 millions de dollars, ce qui porterait les crédits totaux de Santé Canada à tout près de 2,4 milliards de dollars. Cette augmentation du financement permettrait de donner suite à de grandes priorités du gouvernement du Canada, que je m'appête à vous décrire en commençant par les opioïdes.

[Traduction]

À titre de ministre de la Santé du Canada, le premier dossier dont j'ai été informée à mon entrée en fonction a été la crise des opioïdes.

Depuis 2016, cette crise a coûté la vie à plus de 8 000 Canadiens. C'est une tragédie nationale à laquelle il faut mettre un terme, et c'est pourquoi notre gouvernement a pris des mesures pour sauver des vies et renverser la vapeur dans cette crise nationale de santé publique.

Jusqu'à maintenant, nous avons ramené la réduction des méfaits au coeur de notre approche et ouvert plus de 25 centres de consommation supervisée. Nous avons créé le Fonds pour le traitement d'urgence dans le cadre du budget de 2018, et nous nous employons à réduire la stigmatisation par la sensibilisation du public, puisqu'elle constitue un obstacle aux services sociaux et de santé pour les consommateurs de drogues.

Néanmoins, les opioïdes continuent de tuer des gens et de porter un coup terrible aux communautés. Nous devons pousser les choses plus loin. Cela comprend le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada, qui investit plus de 28 millions de dollars par année dans des initiatives visant à prévenir, à traiter et à réduire toutes les formes de méfaits liés à la consommation problématique de substances.

Ce budget supplémentaire des dépenses prévoit une réaffectation de 7,3 millions de dollars de la part du programme pour nous aider à mettre fin à la crise des opioïdes.

Passons maintenant au cannabis.

Pour appuyer la légalisation et la réglementation du cannabis, Santé Canada a reçu 500 000 \$ supplémentaires du fonds central pour la publicité dans le cadre de ce budget pour couvrir les dépenses de fonctionnement liées à la campagne de publicité préalable à la légalisation du cannabis.

Ce financement fait partie de l'investissement substantiel de 108,5 millions de dollars sur six ans de notre gouvernement pour les activités publiques d'éducation, de sensibilisation et de veille au sujet du cannabis. Nous savons qu'il est essentiel d'investir dans les efforts de sensibilisation du public concernant les faits relatifs à la santé et à la sécurité du cannabis, en ciblant particulièrement les jeunes, avant l'entrée en vigueur de la Loi sur le cannabis.

Ces campagnes ont commencé bien avant la légalisation. Elles ont présenté aux Canadiens, surtout les jeunes et les jeunes adultes, les faits véritables sur cette substance afin de leur permettre de faire des choix éclairés et responsables. Bien que les choix sains soient l'élément le plus important du maintien d'une bonne santé, les facteurs environnementaux ont aussi une incidence.

Passons maintenant aux nouveaux processus d'évaluation des répercussions et processus réglementaire.

Comme vous le savez, notre gouvernement renouvelle le régime d'évaluation des répercussions et de réglementation. Le système amélioré permettra de mieux protéger la santé des Canadiens, ainsi que notre environnement, les poissons et les cours d'eau. Il permettra également de rétablir la confiance du public dans la façon dont les décisions relatives à l'exploitation des ressources sont prises.

• (0850)

[Français]

Ce système s'appliquera à tous les projets soumis à une évaluation fédérale, comme ceux touchant les mines, les barrages, les pipelines et les terminaux portuaires.

Santé Canada est le ministère fédéral le mieux placé pour mettre à profit son expertise à propos des effets des projets de ce genre en santé humaine.

Par conséquent, nous demandons que la somme de 5 millions de dollars soit investie afin de faciliter la transition vers les nouveaux processus liés à la réglementation et à l'évaluation des répercussions.

[Traduction]

Passons maintenant à l'administration de la paie. J'aimerais maintenant aborder une question administrative importante.

Comme vous le savez, le système de paie Phoenix continue de causer des difficultés dans la fonction publique, y compris pour des employés de Santé Canada et des organismes qui forment son portefeuille. Pour cette raison, nous demandons 1,3 million de dollars supplémentaires pour régler les problèmes d'administration de la paie et pour faire en sorte que nos employés reçoivent leur salaire respectif à temps.

[Français]

Maintenant, je parlerai plus en détail des organismes dont se compose notre portefeuille, de leurs priorités et de leurs demandes de financement respectives.

L'Agence de la santé publique du Canada, ou ASPC, demande une augmentation nette de 6,7 millions de dollars de ces crédits. Ainsi, les crédits pour l'exercice 2018-2019 totaliseraient 687,2 millions de dollars.

Cette augmentation comprend les quelque 5,5 millions de dollars nécessaires pour soutenir le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques.

• (0855)

[Traduction]

Ce programme finance des organismes autochtones de proximité dans les régions urbaines et nordiques afin qu'ils élaborent des programmes qui favorisent le développement sain des enfants autochtones d'âge préscolaire autochtones.

L'augmentation que nous demandons comprend également 1 million de dollars pour la campagne de vaccination des enfants de l'ASPC. Cette campagne de publicité fera connaître l'importance, la sécurité et l'efficacité de la vaccination.

Dans le portefeuille de la santé, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, aussi appelée ACIA, s'efforce de maintenir un système de salubrité des aliments solide et fiable.

[Français]

Le Budget supplémentaire des dépenses que nous présentons aujourd'hui inclut une augmentation de 9,4 millions de dollars pour l'ACIA afin d'appuyer les activités de durée limitée précises, ce qui porte le total des crédits pour l'exercice 2018-2019 à 762 millions de dollars.

Les activités de durée limitée en question comprennent du financement pour le Réseau canadien d'information sur la salubrité des aliments. Ce réseau permettra au Canada d'être mieux en mesure de détecter les risques liés à la salubrité des aliments et d'y répondre, en reliant et en coordonnant les autorités chargées de la salubrité des aliments et de la santé publique.

Les Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC, sont les organismes responsables du financement de la recherche en santé du gouvernement du Canada. Ils accordent chaque année 1 million de dollars à des scientifiques canadiens du domaine de la santé.

Dans ce budget supplémentaire des dépenses, les IRSC demandent une augmentation de 0,4 million de dollars, pour un total d'environ 1,1 milliard de dollars en crédits disponibles. Cette augmentation permettra de générer de nouvelles connaissances scientifiques, lesquelles mèneront à une meilleure santé, à des produits et services de santé plus efficaces, et à un système de santé canadien beaucoup plus solide.

[Traduction]

En conclusion, Santé Canada et les cinq organismes du portefeuille de la Santé s'engagent à dépenser les fonds de façon responsable, efficiente et efficace. Le travail que j'ai décrit aujourd'hui sera essentiel pour que nous remplissions notre mandat qui est de protéger la santé et la sécurité de tous les Canadiens.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de parler de notre travail et d'expliquer nos priorités budgétaires.

Je suis ravie de répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup.

Notre première intervenante sera Mme Sidhu, qui aura sept minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci, madame la ministre, et merci à tous les fonctionnaires qui sont ici aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à la ministre.

Madame la ministre, comme vous le savez, j'ai présenté une motion au Comité pour une étude sur le diabète et ses répercussions sur la santé des Canadiens. Une partie de l'étude portait sur ce que le gouvernement peut faire pour aider les personnes atteintes de diabète, ainsi que sur les mesures de prévention.

Je sais que la saine alimentation fait partie de la prévention du diabète, et je vous remercie d'avoir pris une excellente initiative à cet égard.

J'aimerais savoir ce que fait le gouvernement pour aider les Canadiens à comprendre les facteurs de risque et les motiver à modifier leur mode de vie afin de prévenir les maladies chroniques comme le diabète. De plus, connaissez-vous la stratégie 360° de Diabète Canada? Qu'en pensez-vous?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Merci beaucoup, madame Sidhu, de votre question. Je tiens à profiter de l'occasion pour vous remercier du leadership dont vous avez fait preuve dans le domaine du diabète et du travail que vous avez fait au sein du caucus multipartite sur le diabète, et je vous remercie d'avoir présenté cette motion pour que le Comité sur la santé puisse étudier cette question très importante.

Nous reconnaissons certainement que de nombreux Canadiens vivent avec le diabète, que ce soit le diabète de type 1 ou de type 2, et nous reconnaissons certainement qu'il y a de nombreux facteurs de risque qui expliquent pourquoi les gens vivent avec le diabète. Notre gouvernement est très préoccupé par cette question, et c'est pourquoi nous avons fait des investissements importants dans ce domaine.

J'ai été très heureuse de constater que le budget de 2016-2017 prévoyait un investissement de 47 millions de dollars dans la recherche sur le diabète. Nous avons également été en mesure de travailler en partenariat avec la FRDJ et d'investir conjointement 30 millions de dollars dans le volet recherche du diabète de type 1. Nous avons encore du travail à faire en ce qui concerne cet investissement, mais l'argent continue d'être versé.

De plus, je dois dire que j'ai été très heureuse de rencontrer, au cours des derniers mois, des représentants de Diabète Canada, qui m'ont donné un aperçu du bon travail qui se fait.

J'ai été très heureuse d'entendre parler du programme Diabetes 360° qu'ils ont mis sur pied. Il y a quelques semaines seulement — et je pense que j'ai vu beaucoup d'entre vous ce jour-là —, ils avaient installé leur unité mobile ici sur la Colline, et beaucoup d'entre nous ont pu s'y arrêter. Je pense que plusieurs membres du Comité sur la santé y étaient, j'en vois beaucoup autour de la table. Bon nombre d'entre vous ont fait leur bilan de santé et ont reçu un bulletin des facteurs de risque associés au diabète. Encore une fois, il ne fait aucun doute que nous sommes heureux du travail que fait Diabète Canada.

Enfin, je pense qu'en tant que gouvernement, nous avons fait beaucoup de travail pour nous attaquer aux facteurs de risque du diabète. Nous reconnaissons que le diabète est une maladie chronique grave et, comme je l'ai dit au début, nous reconnaissons qu'il touche des millions de personnes et que les investissements faits en amont peuvent certainement empêcher les gens de vivre avec le diabète et d'en souffrir.

Il reste du travail à faire dans le domaine de la recherche pour le traitement et la prévention. Je sais qu'en qualité de ministre de la Santé, je suis extrêmement heureuse des investissements que nous

avons faits et des stratégies que nous avons proposées, comme la stratégie sur la saine alimentation et la stratégie sur le tabac. Nous reconnaissons certainement qu'il faut aussi sensibiliser les Canadiens aux facteurs de risque associés au diabète.

● (0900)

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Le système de soins de santé du Canada est une source de fierté pour les Canadiens et une valeur caractéristique de notre pays, et notre gouvernement collabore avec les provinces et les territoires pour améliorer l'accès des Canadiens aux soins à domicile et aux services de santé mentale. Comme vous l'avez dit, le budget de 2017 prévoyait 11 milliards de dollars additionnels sur 10 ans pour les provinces et les territoires.

En août 2017, les provinces et les territoires ont approuvé un énoncé commun de principes sur les priorités communes en santé qui établit des objectifs pancanadiens pour le financement des soins à domicile et de la santé mentale. Pourriez-vous faire le point sur le travail en cours avec les provinces et les territoires pour que ce financement réponde aux besoins des Canadiens?

Je suis également une ardente défenseuse d'un régime national d'assurance-médicaments. Pouvez-vous faire le point sur les travaux en cours à ce sujet? Lorsque les Canadiens atteints de maladies n'ont pas les moyens d'acheter les fournitures et les équipements médicaux dont ils ont besoin, il faut que les choses changent. Je vous prierais de faire le point sur les travaux en cours à ce sujet.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: En ce qui concerne les investissements additionnels dans les soins de santé mentale et les soins à domicile, pour vous donner un aperçu de la situation, dans le budget de 2017, comme vous l'avez indiqué, nous avons été heureux de constater un investissement de 11 milliards de dollars dans ces deux domaines. Les Canadiens nous ont dit que les soins à domicile et la santé mentale étaient deux questions prioritaires, et j'ai été extrêmement heureuse de constater que le budget de 2017 prévoyait des investissements ciblés à cet égard.

Par conséquent, depuis un an et demi, nous négocions avec les provinces et les territoires pour mettre la dernière main aux ententes bilatérales. À ce stade-ci, je suis heureuse d'annoncer que neuf provinces et territoires ont finalisé et signé leurs ententes et que, pour ce qui est des quatre provinces qui restent, nous sommes presque à la fin des négociations. C'est donc dire que d'ici la fin de cette année ou au début de 2019, ces négociations bilatérales seront terminées et les fonds seront versés.

Je dois également dire qu'avant même la signature des ententes bilatérales, des fonds ont été versés aux provinces et aux territoires. Nous voulons certainement nous assurer que les gens ont accès au financement nécessaire, mais ces ententes bilatérales sont vraiment essentielles, parce que nous voulons faire en sorte que l'argent aille là où il est censé aller.

Pour répondre à votre question sur l'assurance-médicaments — je pense qu'il y avait aussi cet élément —, comme vous le savez tous, dans le budget de 2018, nous avons annoncé la création d'un conseil consultatif sur la mise en oeuvre d'un régime national d'assurance-médicaments. Le travail se poursuit à cet égard. Nous sommes très heureux que le Dr Eric Hoskins et un groupe de Canadiens de confiance aient accepté de siéger à ce conseil et entreprendre ce débat national avec les Canadiens concernant ce à quoi pourrait ressembler un régime national d'assurance-médicaments. J'ai hâte de recevoir le rapport, au printemps 2019, qui contiendra des recommandations sur les options possibles. Nous reconnaissons que le travail qui a été fait dans ce domaine par le conseil consultatif est essentiel, et j'ai vraiment hâte de recevoir le rapport dans lequel figureront les options recommandées et la voie à suivre pour aller de l'avant.

Le président: D'accord, votre temps est écoulé.

C'est au tour de Mme Gladu.

Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie la ministre d'être présente ici aujourd'hui, de même que tous les représentants du ministère.

Je tiens d'abord à remercier personnellement la ministre. Je vois qu'elle a déposé à la Chambre des communes le cadre sur les soins palliatifs, auquel je crois profondément. Je constate que tous les aspects dont nous avons entendu parler au cours des consultations menées partout au pays ont été pris en compte, et j'ai hâte de travailler avec elle pour accélérer l'offre de soins palliatifs pour tous les Canadiens. Je vous en remercie.

Ma première question porte sur la thalidomide. Dans le budget de 2018, il était prévu de régler les demandes d'indemnisation restantes concernant la thalidomide. Pouvez-vous nous dire si ces demandes sont réglées?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Merci beaucoup, madame Gladu, de votre question.

Encore une fois, félicitations pour votre projet de loi d'initiative parlementaire. Nous avons été extrêmement heureux de pouvoir déposer ce projet de loi. J'ai hâte de voir la progression du travail qui doit être fait et qui sera fait dans le cadre d'un plan d'action. Je suis impatiente de continuer à travailler avec vous sur ce dossier.

En ce qui concerne votre question sur les survivants de la thalidomide, peu après ma nomination comme ministre de la Santé, j'ai eu le privilège de rencontrer de nombreux survivants de la thalidomide à Ottawa, dont Fiona Sampson. J'ai également eu le privilège de rencontrer des représentants de l'ACVT, l'Association canadienne des victimes de la thalidomide.

Ces personnes, qui vivent avec la thalidomide, m'ont fait part des défis auxquels elles font face, jour après jour, au fur et à mesure qu'elles avancent en âge. Nous avons également entendu certaines personnes qui étaient inquiètes parce qu'elles n'avaient pas été identifiées comme faisant partie du programme d'indemnisation.

J'ai été extrêmement heureuse de constater que le budget de 2018 comportait un engagement de donner suite aux préoccupations concernant les survivants de la thalidomide. Dans un avenir très rapproché — au cours des prochains mois —, nous annoncerons des mesures pour aller de l'avant avec ce programme.

Je tiens à m'assurer — et j'insiste sur ce point auprès du Comité — que les victimes de la thalidomide ou celles qui estiment être des victimes éventuelles auront une autre occasion de présenter une demande dans le cadre de ce programme. Comme je l'ai indiqué,

nous pourrions faire une annonce officielle au cours des prochains mois. J'ai hâte de pouvoir mettre en commun cette information avec vous tous.

● (0905)

Mme Marilyn Gladu: C'est très bien.

Je vois que nous attendons le rapport Hoskins au printemps 2019. Le rapport sera-t-il rendu public avant les élections?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: D'abord et avant tout, en ce qui concerne le rapport, nous devons reconnaître que le Dr Hoskins et son groupe ont fait preuve de diligence dans leurs consultations auprès de tous les Canadiens d'un océan à l'autre. Je n'ai pas eu de mise à jour concernant le travail qui a été fait jusqu'à maintenant, mais j'ai fait un suivi auprès du secrétariat, et on me dit que les choses vont bon train.

En ce qui concerne les conclusions du rapport, je suis absolument convaincue qu'elles seront rendues publiques. Je ne suis pas certaine de la date exacte du dépôt du rapport, ni de la date à laquelle nous le rendrons public, mais comme beaucoup d'entre vous, j'ai hâte de prendre connaissance des conclusions qu'il contient, car nous reconnaissons certainement qu'il s'agira d'un élément clé dans notre décision sur la forme que pourrait prendre un éventuel régime d'assurance-médicaments pour les Canadiens.

Mme Marilyn Gladu: C'est très bien.

Ma prochaine question porte sur la compétitivité des Canadiens et sur certaines des mesures prises par Santé Canada. J'aimerais donner quelques exemples.

Il y a d'abord les pesticides que les producteurs canadiens ne pourront plus utiliser et qui ne sont pas nécessairement remplacés. Lorsque nous importons des aliments d'autres pays qui utilisent ces mêmes pesticides, cela nous désavantage. De plus, ce seront les entreprises et les industries canadiennes qui auront à payer pour mettre en place l'étiquetage sur le devant des emballages, alors que de nombreuses exemptions s'appliquent aux produits en provenance d'autres pays, qui n'ont pas à se conformer à cette exigence.

Pourriez-vous nous dire pourquoi, lorsque nous mettons ces programmes en place, nous punissons les entreprises canadiennes au lieu d'imposer ces exigences à tous?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: D'abord et avant tout, la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens est ma priorité absolue en tant que ministre de la Santé du Canada.

Votre question comporte deux volets. Je commencerai peut-être par le deuxième concernant l'étiquetage sur le devant des emballages.

Nous constatons, comme je l'ai dit plus tôt, que le problème des maladies chroniques est en hausse au Canada. Nous reconnaissons que nous dépensons entre 28 et 30 milliards de dollars pour lutter contre les maladies chroniques, auxquelles contribuent certainement nos habitudes alimentaires, saines ou malsaines, ainsi que notre mode de vie sédentaire.

En ce qui concerne l'étiquetage sur le devant des emballages, nous voulons faciliter les choix santé pour les Canadiens. C'est pourquoi nous allons de l'avant avec cette initiative. Comme vous le savez probablement, il s'agit de veiller à ce que les Canadiens sachent que les aliments qu'ils achètent peuvent être riches en sucre, en gras ou en sel.

Mme Marilyn Gladu: Bien sûr. Je connais le programme, mais est-ce que tous les autres pays devront se conformer à l'exigence canadienne d'étiquetage sur le devant des emballages pour vendre des produits au Canada?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Ils seront eux aussi tenus de veiller à ce que ce genre d'étiquetage figure sur les produits qui entrent au Canada. Il ne fait aucun doute que cela fait partie du processus.

Nous ne pénalisons aucunement les entreprises canadiennes. Nous voulons nous assurer d'offrir aux Canadiens un accès facile à l'information sur les choix alimentaires qu'ils font.

Nous reconnaissons que les Canadiens sont extrêmement occupés. Je sais que lorsque je suis à l'épicerie — et je suis certaine que c'est la même chose pour vous, Marilyn —, je mets les articles dans mon panier très rapidement. Nous voulons simplement nous assurer que les Canadiens disposent d'un guide de référence rapide qui facilitera leurs choix santé.

Mme Marilyn Gladu: Bien sûr.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: En ce qui concerne les pesticides également, encore une fois, il s'agit d'un processus réglementaire — les examens que nous effectuons régulièrement — et nous voulons nous assurer que l'innocuité des pesticides est prise en considération.

Je vais peut-être vous céder la parole, Simon, si vous voulez bien nous en dire un peu plus sur ce processus.

M. Simon Kennedy (sous-ministre, ministère de la Santé): Bien sûr.

Comme la députée le sait peut-être, en vertu de la Loi sur les produits antiparasitaires, il est obligatoire, tous les 15 ans, de réévaluer les produits chimiques qui ont été approuvés, afin de s'assurer qu'il n'y a pas eu de mise à jour concernant les données scientifiques ou l'utilisation qui pourrait laisser entrevoir un problème.

Il y a maintenant 15 ans que cette loi a été adoptée, et l'une des choses que nous constatons au ministère, c'est qu'un grand nombre des produits chimiques qui avaient été approuvés il y a 15 ans sont maintenant soumis à une réévaluation. Je sais que certains députés se demandent pourquoi ces produits chimiques sont réévalués et pourquoi c'est l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire qui s'en occupe. C'est une des exigences prévues dans la loi, et nous faisons de notre mieux pour les respecter.

Lorsque nous procédons à la réévaluation, nous essayons de mobiliser le plus possible les divers intervenants, y compris le secteur agricole. Il est très important que l'ARLA, l'Agence de lutte antiparasitaire, comprenne les tendances d'utilisation. Il faut vraiment parler à l'industrie et aux fabricants pour comprendre comment ces produits sont utilisés et s'assurer que, si des restrictions sont imposées, elles le sont en tenant compte le plus possible de la façon dont le produit est utilisé sur le marché.

Souvent, une proposition initiale, qui pourrait prévoir des restrictions plus importantes, sera modifiée dans le cadre du processus de consultation parce que nous obtenons des données plus précises du secteur agricole concernant l'utilisation qui est faite. Je voulais simplement le préciser.

La deuxième chose que je dirais, c'est que nous sommes très conscients du fait qu'il y a souvent un manque de solutions de rechange. Par conséquent, lorsqu'il y a des restrictions à mettre en place, il y a du travail à faire pour déterminer un calendrier approprié, afin qu'une période de transition soit disponible pour

l'élimination progressive des produits visés. La loi met vraiment l'accent sur la protection de la santé et de l'environnement. C'est évidemment notre rôle en tant qu'organisme de réglementation.

• (0910)

Mme Marilyn Gladu: Très bien. Merci.

Le président: Merci beaucoup.

C'est au tour de M. Davies.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci, monsieur le président.

Madame la ministre, à l'heure actuelle, 32 % des Canadiens n'ont aucune assurance dentaire et environ 6 millions de Canadiens ne voient pas un dentiste chaque année en raison des coûts. Les personnes les plus vulnérables au Canada ont les taux les plus élevés de caries et de maladies dentaires, mais les personnes à faible revenu ont le pire accès à ce service de santé dont elles ont tant besoin.

Compte tenu de ces disparités flagrantes, quelles mesures votre gouvernement prend-il pour veiller à ce que tous les Canadiens aient accès aux soins dentaires médicalement nécessaires?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Il est question de la Loi canadienne sur la santé, monsieur Davies. Nous constatons qu'elle couvre les services médicalement nécessaires. En ce qui concerne les soins dentaires, nous reconnaissons qu'ils ne sont pas couverts par la loi. Tout récemment, j'ai comparu devant le comité du caucus des aînés — notre caucus des aînés — et c'est une question qui a été soulevée, une question que les gens voulaient que l'on examine.

J'inciterais même le Comité à mener des travaux dans ce domaine. Pour le moment, en ce qui concerne cette question, aucun investissement fédéral n'est prévu.

M. Don Davies: Merci.

En ce qui concerne les opioïdes, il y a un consensus énorme parmi les experts de la toxicomanie, les organismes communautaires et les familles qui ont vécu une expérience pour dire que la principale cause de décès liés aux opioïdes au Canada est l'approvisionnement en drogues de rue contaminées.

Il est tout à fait évident qu'un approvisionnement sûr sauverait des vies. Même quelqu'un d'aussi réputé que le président de l'Association médicale canadienne demande aux politiciens canadiens de tenir un débat « ouvert et courageux » sur la décriminalisation. Pourtant, vous et le premier ministre avez explicitement écarté toute possibilité de décriminalisation et de réglementation.

Ma question est la suivante: êtes-vous en désaccord avec le consensus auquel sont arrivés les intervenants ou s'agit-il simplement d'un manque de courage politique?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Monsieur Davies, je pense que vous m'avez entendu dire, probablement à plusieurs reprises, que je reconnais sans l'ombre d'un doute que la crise des opioïdes est une situation qui a actuellement un effet dévastateur dans notre pays, et nous devons certainement utiliser tous les outils à notre disposition pour en inverser le cours.

En ce qui concerne la décriminalisation, nous croyons — je crois — qu'elle ne suffira pas à elle seule à assurer un approvisionnement sûr dans les rues, et de nombreux autres experts du domaine ont dit la même chose. J'ai également rencontré des gens au Portugal qui m'ont dit que la décriminalisation, prise isolément, n'est pas la solution miracle pour renverser cette tendance. Toutefois, j'estime qu'un approvisionnement sûr représente une option et un pas dans la bonne direction.

C'est la raison pour laquelle des modifications ont été apportées à la réglementation, afin de s'assurer que des traitements de substitution sont disponibles. Nous avons fait en sorte d'éliminer une partie des formalités administratives, dans le cas de la diacétylmorphine, par exemple. Il fallait que cela se fasse pour que les médecins puissent en prescrire, ainsi que de la méthadone.

Nous continuons de travailler avec nos partenaires sur le terrain. Nous continuons d'utiliser tous les leviers à notre disposition pour faire face efficacement à la situation.

Encore une fois, je reconnais certainement qu'il reste du travail à faire dans ce domaine, et nous continuerons, au gouvernement fédéral, à procéder aux investissements nécessaires, à fournir du soutien et à assurer le leadership.

M. Don Davies: Madame la ministre, vous avez affirmé à maintes reprises que votre gouvernement fait tout ce qu'il peut. Vous venez de répéter que vous utilisez tous les moyens pour faire face à la crise des opioïdes. Bien sûr, ce n'est pas vrai. En plus d'exclure la décriminalisation, un levier qui, de toute évidence, permettrait aux Canadiens d'avoir accès à un approvisionnement beaucoup plus sûr, vous avez refusé de déclarer qu'il s'agit d'une urgence de santé publique en vertu de la Loi sur les mesures d'urgence. Mardi dernier, nous avons entendu Sarah Blyth, qui exploite un centre de prévention des surdoses dans le quartier Downtown Eastside, à Vancouver, l'épicentre de la crise des opioïdes, nous dire qu'elle ne reçoit pas d'argent du fédéral et ne profite pas d'une exemption fédérale pour fonctionner légalement, et votre gouvernement ne s'est pas joint à la poursuite civile intentée par la Colombie-Britannique contre les fabricants d'opioïdes, et ce ne sont là que quelques exemples.

Nous savons que le gouvernement des États-Unis a obtenu des condamnations au criminel pour des fabricants d'opioïdes qui avaient enfreint la loi fédérale américaine, de même que des dommages-intérêts civils. Ma question est simple: votre ministère a-t-il enquêté sur des infractions criminelles et civiles aux lois fédérales canadiennes, et s'il ne l'a pas fait, pourquoi?

• (0915)

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Votre question comporte trois ou quatre éléments.

M. Don Davies: Je me contenterai d'une réponse à la dernière partie.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Pour ce qui est de votre question, cependant, concernant la déclaration d'une situation d'urgence de santé publique, j'estime que je dois répondre.

Si nous avons l'impression que le fait de déclarer qu'il s'agit d'une urgence de santé publique mettrait d'autres outils à notre disposition, nous le ferions certainement. J'ai vérifié auprès de mes fonctionnaires. J'ai vérifié auprès du ministre de la Sécurité publique. Le fait de déclarer qu'il s'agit d'une urgence de santé publique ne me fournirait aucun autre levier avec lequel travailler. C'est pourquoi nous ne l'avons pas fait.

Encore une fois, monsieur Davies, la décriminalisation ne permettra pas d'offrir des drogues sûres dans les rues. Elle ne suffira pas à régler tous les problèmes.

En ce qui concerne la poursuite en Colombie-Britannique que vous avez mentionnée, notre ministère examine le recours collectif, ou la poursuite, qui a été intentée par la Colombie-Britannique, et aucune décision n'a encore été prise.

M. Don Davies: D'accord. Merci.

Soit dit en passant, il ne s'agit pas seulement de décriminalisation, madame la ministre, mais plutôt de la décriminalisation et de la réglementation des drogues pour s'assurer que les Canadiens ont un accès sécuritaire.

J'aimerais passer, si vous me le permettez, à la question de la stérilisation forcée.

En 1986, la Cour suprême du Canada a rendu illégale la pratique de la stérilisation forcée ou obligatoire au Canada, à juste titre, mais plus de trois décennies plus tard, nous sommes toujours confrontés à la dure réalité des cas de stérilisation forcée qui se produisent de nos jours dans des hôpitaux financés et administrés par l'État au Canada. Soixante femmes autochtones ont entrepris un recours collectif, alléguant qu'elles ont été soumises à une stérilisation forcée dans notre système de soins de santé, pas plus tard que l'an dernier, en 2017.

Nous savons qu'Amnistie internationale a confirmé qu'il s'agit d'une forme de torture selon la définition de l'ONU, et nous avons l'obligation morale de veiller à ce que le système de soins de santé du Canada respecte les droits fondamentaux de la personne.

Quelles mesures prenez-vous en tant que ministre fédérale de la Santé pour remédier à cette situation profondément troublante?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Merci beaucoup de votre question. Je suis d'accord avec tout ce que vous avez dit, monsieur Davies. C'est une situation épouvantable. Il est tout à fait inacceptable de penser que cela se produit dans notre pays. Il s'agit certainement d'une violation flagrante des droits de la personne et aussi de violence fondée sur le sexe. Et nous en parlons aujourd'hui, en cette journée du 6 décembre, entre toutes les autres — , la journée toute désignée pour le faire. C'est tout simplement inacceptable.

La ministre Philpott et moi-même travaillons en étroite collaboration. Nous tendons la main aux provinces et aux territoires pour faire avancer cette discussion, et pas seulement aux provinces et aux territoires, mais aussi aux associations médicales qui réglementent ces professions. Nous voulons faire tout ce que nous pouvons pour mettre fin à cette situation.

J'ai dit que je ne pouvais toujours pas croire que nous ayons cette conversation en 2018, et que cela se produit ici, dans notre pays. Soyons clairs: c'est absolument inacceptable, et nous ferons tout notre possible pour que cela ne se produise plus.

Le président: Votre temps est écoulé.

Nous passons maintenant à M. Ayoub, pour sept minutes.

[Français]

M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.): Merci, monsieur le président.

Bienvenue, madame la ministre, et merci d'être parmi nous.

Madame la ministre, dans votre lettre de mandat, il y a la mention suivante: « favoriser la collaboration en ce qui concerne un système de don et de greffe d'organes et de tissus qui donne aux Canadiens un accès rapide et efficace aux soins dont ils ont besoin ».

Je vous félicite et vous remercie, vous et votre équipe, d'avoir accepté de travailler avec moi et d'avoir parrainé, si je puis dire, la motion M-189, qui a été déposée il y a quelques semaines à la Chambre des communes. Elle a été acceptée à l'unanimité par mes confrères, que je remercie d'ailleurs.

Je voudrais savoir où en est la situation. Encore aujourd'hui, sur une liste de 4 500 personnes, 250 décèdent chaque année alors qu'elles sont en attente d'un don d'organe, que ce soit pour sauver leur vie ou pour améliorer leur qualité de vie.

Dans un proche avenir, comment les provinces et territoires et les parties intéressées travailleront-elles en collaboration en ce qui concerne le don d'organes et de tissus au Canada?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Premièrement, merci beaucoup de votre question, monsieur Ayoub. Je vous félicite d'avoir déposé cette motion. C'est toujours bien, quand une motion est acceptée par tous les partis politiques. Les Canadiens et les Canadiennes sont empathiques à l'égard des gens qui attendent une transplantation d'organe. Tous les gens autour de cette table connaissent probablement quelqu'un qui a eu une transplantation d'organe ou qui est sur une liste d'attente pour un don d'organe.

Il s'agit certainement d'une priorité absolue pour notre gouvernement. Nous reconnaissons qu'il y a trop de gens qui attendent un don d'organe et qu'il n'y en a pas assez qui en bénéficient. Quand des projets de loi ou des motions sont déposés pour améliorer la situation, c'est toujours une bonne chose.

Le gouvernement fédéral a fait des investissements, de même que les provinces et les territoires, pour soutenir l'initiative de la Société canadienne du sang et le travail qu'elle fait dans ce dossier. Nous continuerons à travailler en étroite collaboration avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec la Société canadienne du sang pour améliorer le système de transplantation d'organes et de tissus.

Nous avons aussi fait un investissement de 100 millions de dollars dans la recherche sur les greffes. Nous reconnaissons qu'il reste encore beaucoup de travail à faire dans ce domaine, et nous continuons à suivre la situation de près et à faire les investissements nécessaires pour faire progresser le dossier.

• (0920)

M. Ramez Ayoub: Allez-vous rencontrer vos collègues provinciaux et des gens de la Société canadienne du sang dans les prochains mois? Quelles mesures permettront de cerner les problèmes et de trouver des solutions à court et à moyen terme afin de faire progresser ce dossier? Depuis les 10 dernières années, il y a une certaine stagnation. Les choses se sont un peu améliorées, mais il y a encore beaucoup de travail à faire. Il n'en demeure pas moins que seulement 250 personnes par année reçoivent un don d'organe.

Quelqu'un m'a déjà demandé quel serait le nombre idéal de personnes sur la liste. Évidemment, c'est zéro. Il ne devrait y avoir personne sur une liste d'attente, personne qui risque de se faire dire qu'il n'y aura pas de don d'organe.

Quelles rencontres votre ministère prévoit-il avoir pour exercer son leadership dans ce domaine?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Comme vous l'avez dit, nous souhaiterions qu'il n'y ait aucune liste d'attente, qu'aucune personne ne doive attendre un don d'organe.

Lorsque je rencontre mes homologues des provinces et des territoires, honnêtement, la question du don d'organes figure toujours à l'ordre du jour. C'est une question qui nous préoccupe tous, tant au gouvernement fédéral que dans les provinces et territoires.

Nous allons continuer à faire les investissements nécessaires pour faire la promotion du don d'organes, de même que pour informer les Canadiens et les Canadiennes qu'ils peuvent faire inscrire leur nom sur la liste des donneurs d'organes.

Nous continuons à faire beaucoup de travail dans ce domaine. Le gouvernement fédéral va continuer à faire preuve de leadership, en collaboration avec ses homologues des provinces et des territoires.

M. Ramez Ayoub: Je vous remercie.

Mon collègue M. Webber a présenté le projet de loi C-316, lequel a été appuyé de façon unanime. Nous suivons tous ce dossier de près. Plusieurs de mes collègues et moi-même aimerions que ce soit mis en oeuvre le plus rapidement possible.

Vous avez abordé un autre sujet important. Il y a eu une augmentation des fonds de 500 000 \$, somme servant à faire de l'éducation et de la sensibilisation sur les effets du cannabis à la suite de sa légalisation, en octobre dernier.

Comment allez-vous aborder l'éducation du public au sujet du cannabis? Il ne s'agit pas de faire de la publicité, mais de bien informer les jeunes et les parents à l'échelle pancanadienne. Les jeunes deviendront des adultes et ils pourront consommer du cannabis, ou non. Or, avant de consommer du cannabis, il faut qu'ils sachent ce que c'est.

Comment entendez-vous informer encore mieux la population sur les effets nocifs du cannabis, particulièrement chez les jeunes de moins de 25 ans? Il a été démontré très clairement que le cannabis a des effets nocifs chez les jeunes. Quelles sont les prochaines étapes?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Merci beaucoup de votre question.

Comme vous le savez, même avant la légalisation du cannabis, il existait plusieurs programmes de prévention et d'éducation pour informer surtout les jeunes, mais aussi le reste de la population, à propos des risques associés à la consommation du cannabis.

À titre de ministre de la Santé, j'ai toujours dit que je ne voulais pas encourager les jeunes ni le reste de la population à consommer du cannabis. Cependant, nous reconnaissons aussi que les jeunes y avaient accès avant la légalisation. Nous voulions donc protéger nos jeunes et mettre fin au marché noir. C'était effectivement l'objectif du projet de loi.

Cela dit, nous allons quand même investir plus de 108 millions de dollars en éducation et en prévention, puisque nous voulons nous assurer d'informer les jeunes au sujet des risques associés à la consommation de cannabis. Cela fait déjà environ un an et demi que nous mettons sur pied des partenariats avec plusieurs groupes communautaires afin que ceux-ci nous aident à le faire. Je peux citer, par exemple, l'organisme Jeunesse sans drogue Canada, avec lequel nous avons une bonne collaboration. Cet organisme a mis au point un outil de travail qui aide les professionnels et d'autres personnes qui travaillent avec les jeunes à aborder le sujet. Ce genre de discussion est parfois un peu difficile ou délicate et l'on ne sait pas toujours comment s'y prendre. Cet outil, qui a été distribué à des milliers de Canadiens, permet donc d'entamer la conversation avec nos jeunes au sujet des drogues.

Notre ministère va continuer d'établir des relations de travail avec différentes organisations communautaires. Nous avons également élaboré des campagnes de sensibilisation, à l'instar de nos collègues du ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile.

À l'heure actuelle, nous voulons nous assurer de faire passer nos messages. Il y aura donc des messages de sensibilisation à la télévision et à la radio. Toutefois, si nous voulons rejoindre nos jeunes, nous devons nous rappeler qu'ils sont souvent différents des adultes. Personnellement, je regarde encore beaucoup la télévision, mais nos jeunes utilisent davantage les médias sociaux. Nos campagnes de sensibilisation à l'intention des jeunes doivent donc passer par les médias sociaux.

Les résultats obtenus confirment que nos messages rejoignent des millions de jeunes et que nos campagnes fonctionnent, parce que nous allons chercher les jeunes là où ils sont. Nous voulons nous assurer que les jeunes connaissent les risques associés à l'utilisation du cannabis et à la conduite avec les facultés affaiblies.

● (0925)

M. Ramez Ayoub: Merci.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Je tiens à souligner que le député ministériel a fait la promotion de la motion du député de l'opposition. Ce n'est pas très fréquent, mais c'est de cette façon que notre comité fonctionne maintenant.

Nous allons commencer notre deuxième tour avec M. Webber.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci, madame la ministre, d'être ici aujourd'hui.

Non seulement le député d'en face fait-il la promotion de mon projet de loi, mais le gouvernement a aussi prévu 4 millions de dollars pour sa mise en oeuvre, afin que des consentements aux dons d'organes puissent être inclus dans les déclarations de revenus. Je vous en remercie beaucoup, madame la ministre. Je suis sûr que vous avez joué un grand rôle à cet égard également.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Félicitations pour cet excellent travail. Comme je l'ai dit, cette question touche de nombreux Canadiens. Je pense que nous connaissons tous quelqu'un qui attend une greffe ou qui en a déjà reçu une. Je pense que toutes les initiatives que tous les partis peuvent prendre pour promouvoir ce dossier sont très bien accueillies, alors merci beaucoup.

M. Len Webber: Merci.

Bien sûr, c'est aussi un enjeu important autour de cette table. Tout le monde a un intérêt marqué pour le projet de loi et pour l'adoption de la motion de M. Ayoub. Je vous félicite à mon tour, monsieur Ayoub. Votre motion était excellente. Nous l'avons appuyée sans réserve.

Pour poursuivre sur ce projet de loi, madame la ministre, il y a un petit problème en ce moment. Je vais avoir beaucoup de mal à le faire adopter à la Chambre avant Noël. Je voulais qu'il y ait un vote avant Noël pour que le projet de loi puisse être renvoyé au Sénat, puis à l'ARC avant la date limite, afin que le consentement puisse figurer sur le formulaire de 2019.

Dans l'état actuel des choses, il semble que ce ne sera peut-être pas le cas avant 2020, ce qui, à mon avis, représente une année supplémentaire de décès inutiles.

J'ai essayé de faire adopter le projet de loi hier. Cela ne s'est pas produit parce que votre parti, je suis désolé de le dire, voulait

poursuivre le débat, alors il a été renvoyé à la deuxième heure de la troisième lecture. J'ai essayé d'obtenir le consentement unanime. J'ai parlé aux leaders du gouvernement à la Chambre; votre gouvernement n'est pas disposé à obtenir le consentement unanime.

Si vous pouviez parler à votre leader à la Chambre, à votre parti, pour essayer d'obtenir le consentement unanime sur ce projet de loi, afin qu'il y ait un vote la semaine prochaine, je vous en serais très reconnaissant.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Eh bien, je m'engage certainement à parler à notre leader à la Chambre de cette question, et nous ferons certainement un suivi.

M. Len Webber: Excellent. Merci.

Je vais poursuivre un peu dans la même veine que M. Davies. J'ai simplement besoin d'autres précisions au sujet de la crise des opioïdes. Vous avez dit que vous avez établi des sites de consommation et que vous voulez réduire la stigmatisation des personnes concernées.

M. Davies a parlé du modèle portugais de décriminalisation. J'aimerais avoir des précisions, madame la ministre. Pourriez-vous préciser à l'intention de tous les Canadiens si le modèle portugais de décriminalisation fait partie des options envisagées ou non?

● (0930)

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Merci de votre question, monsieur Webber.

Je pense que nous avons été très clairs au sujet de la décriminalisation: ce n'est pas une voie que nous envisageons pour le moment. Nous avons indiqué que de nombreux changements réglementaires et législatifs ont été apportés au cours des trois années que nous avons passées au gouvernement. Nous avons certainement rétabli la réduction des préjudices comme pilier clé de notre stratégie antidrogue; nous reconnaissons que les mesures en ce sens fonctionnent. Nous reconnaissons également qu'en ce qui concerne le traitement des problèmes de toxicomanie, nous devons rencontrer les clients ou les utilisateurs là où ils se trouvent. Nous ne pouvons pas adopter une approche unique pour régler ce problème. Par conséquent, nous avons fait des investissements importants dans différents domaines. En ce qui concerne le pilier de la réduction des préjudices, nous avons certainement fait tout ce que nous pouvions pour nous assurer que les clients ont accès aux traitements.

M. Len Webber: Madame la ministre, vous avez parlé de l'argent que vous avez investi. Combien d'argent a été dépensé au titre du traitement et de la guérison dans le contexte de la crise des opioïdes? Quel est le montant qui a été dépensé jusqu'à maintenant?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: En 2018 seulement, dans le budget de 2018, un investissement de 230 millions de dollars était prévu. De cet investissement de 230 millions de dollars, 150 millions de dollars sont destinés au Fonds d'urgence pour le traitement. Ce financement sera versé aux provinces et aux territoires — nous sommes en train de négocier des ententes bilatérales avec eux —, afin qu'ils disposent de ressources supplémentaires pour fournir plus de services sur le terrain. On parle de 150 millions de dollars.

Cela mis à part, nous reconnaissons certainement que la stigmatisation constitue un obstacle important qui empêche les gens de recevoir les traitements dont ils ont besoin, et une partie de ce financement servira également à mettre sur pied une campagne de lutte contre la stigmatisation. La première partie de cette campagne a déjà été lancée. Nous allons lancer la deuxième après Noël.

M. Len Webber: Fantastique.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Nous devons certainement nous assurer de régler ce problème si nous voulons que les gens obtiennent l'aide dont ils ont besoin.

M. Len Webber: Merci, madame la ministre.

Le président: Nous passons maintenant à M. Eyolfson.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci, monsieur le président, merci, madame la ministre, et merci à tous les autres d'être venus aujourd'hui.

Nous parlions des différents aspects de la consommation de drogues illicites et des différents problèmes. Un gros problème dans les Prairies, qui retient beaucoup l'attention, c'est la méthamphétamine. Nous avons constaté des augmentations spectaculaires au Manitoba, de même qu'en Saskatchewan et en Alberta, et nous entendons dire que cela s'est produit également en Ontario et dans les Maritimes. Plus tôt cette année, j'ai présenté une motion au Comité pour étudier la méthamphétamine. En fait, nous avons tenu notre première réunion le 29 octobre.

Je vous ai posé une question à la Chambre, le 1^{er} novembre dernier, au sujet des mesures prises par le gouvernement pour aider les collectivités touchées par la méthamphétamine. Vous avez parlé de 150 millions de dollars consacrés au Fonds d'urgence pour le traitement et de la participation du gouvernement fédéral au groupe de travail sur la méthamphétamine à Winnipeg, qui fera intervenir les trois ordres de gouvernement.

Pourriez-vous nous dire comment ce fonds aidera les collectivités touchées par la méthamphétamine et nous parler des derniers développements concernant le groupe de travail sur la méthamphétamine?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Bien sûr. Je vous remercie encore une fois de votre question et de votre travail. Je sais que cette question vous intéresse et vous préoccupe beaucoup, Doug, et je vous en remercie.

Lorsque nous examinons les tendances de la consommation problématique de substances, nous reconnaissons certainement qu'elles diffèrent d'une région à l'autre au pays. Elle est peut-être concentrée dans certaines régions, mais quand j'ai parcouru le Canada, je sais qu'à certains endroits... En Colombie-Britannique, les opioïdes sont vraiment le sujet à l'ordre du jour. Lorsque je suis allée dans les Prairies ou dans votre province, on m'a dit très clairement que la principale préoccupation était la méthamphétamine.

En ce qui concerne les investissements que nous faisons et les 150 millions de dollars prévus dans le budget de 2018 pour le Fonds d'urgence pour le traitement, de nombreuses personnes croyaient qu'ils étaient destinés précisément à la crise actuelle des opioïdes. Cependant, les 150 millions de dollars sont en fait un fonds d'urgence pour le traitement de tous les problèmes de toxicomanie. Si la province ou le territoire choisit de faire des investissements pour contrer spécifiquement une crise liée à la méthamphétamine sur le terrain, c'est à elle ou à lui de fournir des services supplémentaires aux clients qui en ont le plus besoin.

En fait, nous sommes en train de mettre la dernière main aux négociations avec le Manitoba. Nous espérons signer très bientôt une entente bilatérale concernant le Fonds d'urgence pour le traitement.

Je tiens vraiment à féliciter la ville de Winnipeg d'avoir mis sur pied ce groupe de travail, car la crise est bien réelle. Je suis heureuse de dire que nous aurons un haut fonctionnaire de la santé publique qui siègera également à ce comité pour offrir tout le soutien possible. Je crois également savoir qu'un député y siègera aussi. Nous avons

hâte de voir s'il y a quelque chose que nous pouvons faire pour aider. Nous serons très heureux de le faire.

● (0935)

M. Doug Eyolfson: Très bien. Merci.

Pour changer de sujet, nous avons parlé de notre engagement à l'égard de l'assurance-médicaments. Comme vous le savez très bien, c'est un dossier auquel j'ai beaucoup travaillé. Je crois que c'est une question importante. J'attends avec impatience le rapport du Dr Hoskins.

Comme vous pouvez l'imaginer, certains intervenants ayant des intérêts financiers liés au statu quo s'opposent à notre régime d'assurance-médicaments, et notamment à nos initiatives visant à contrôler le prix des médicaments. L'industrie prétend que si nous réduisons le prix que le Canada paie pour ses médicaments, cela réduira les investissements dans la recherche, diminuera la mise au point de nouveaux médicaments et mettra la sécurité des Canadiens en danger.

Pourriez-vous vous prononcer sur la véracité de cette affirmation?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: D'abord et avant tout, comme je l'ai dit plus tôt, je pense que nous reconnaissons tous que nous devons veiller à ce que les Canadiens aient accès aux médicaments d'ordonnance. Il est tout simplement inconcevable que, dans un pays aussi riche que le Canada, certains Canadiens doivent choisir entre payer l'épicerie ou payer leurs médicaments. C'est pourquoi je suis heureuse de faire partie d'un gouvernement qui va de l'avant concernant le travail qui doit être fait.

Le Dr Eric Hoskins a rencontré plusieurs personnes d'un océan à l'autre à ce sujet. Il a rencontré différentes entreprises, des sociétés pharmaceutiques et divers experts du domaine. Nous voulons nous assurer de proposer la meilleure voie à suivre pour les Canadiens. Nous voulons veiller à ce que les Canadiens aient les moyens de se payer des médicaments d'ordonnance. C'est pourquoi nous voulons aller de l'avant avec ce genre de régime.

En ce qui concerne les industries, nous avons certainement entendu leurs points de vue divergents. Ces renseignements sont recueillis par M. Hoskins, et je suis certaine qu'ils feront partie du rapport qu'il nous présentera au printemps 2019. J'ai hâte de recevoir le rapport du conseil et j'ai hâte de pouvoir donner suite à l'option qui sera proposée.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Le président: Votre temps est écoulé.

Nous passons maintenant à M. Lobb.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci, madame la ministre, d'être venue aujourd'hui.

J'ai une question sur les opioïdes. Est-il temps de se débarrasser des opioïdes génériques?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Je pense que nous devons reconnaître que les opioïdes sont utilisés dans certaines situations pour traiter les problèmes des patients. Il faut le reconnaître.

M. Ben Lobb: Oui, mais qu'en est-il des abus? Ce sont les pilules les plus utilisées, n'est-ce pas?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Je ne sais pas si ce sont les pilules les plus utilisées.

M. Ben Lobb: On peut les broyer, les injecter, etc. Ne serait-il pas préférable d'avoir des opioïdes avec lesquels on ne pourrait pas faire ce genre de choses?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Que voulez-vous dire exactement?

M. Ben Lobb: Je veux dire des opioïdes qu'il est impossible d'écraser, de faire fondre ou d'injecter. Il y a une interdiction à ce sujet aux États-Unis. Je me demande simplement pourquoi nous ne le faisons pas ici.

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, Santé Canada a examiné cette possibilité il y a plusieurs années. En arrivant au pouvoir, le gouvernement a décidé de ne pas fixer de règlements exigeant des formulations résistant à l'altération.

Soulignons que Santé Canada encourage les sociétés pharmaceutiques qui souhaitent commercialiser des formulations résistant à l'altération. Cependant, certains résultats de recherche signalent ce qu'on appelle un « effet de déplacement ». Autrement dit, si nous rendons la formulation résistant à l'altération obligatoire, les gens se précipiteront sur des médicaments qui ne résistent pas à l'altération. Il faudra mener une bonne recherche pour déterminer si cette stratégie contribuerait efficacement à la lutte contre la crise des opioïdes.

M. Ben Lobb: D'accord, je comprends.

M. Simon Kennedy: En outre, cette technologie hausse le prix des médicaments. Ils coûtent beaucoup plus cher aux patients que les formulations qui ne résistent pas à l'altération. Nous encourageons les fabricants à les commercialiser, mais il faut déterminer si politiquement, il est sage d'exiger la production de toute une catégorie de médicaments avec cette technologie.

M. Ben Lobb: Je suis sûr que si nous en débattons, nous entendrons des points de vue différents.

Si nous capitulons devant ce problème, alors qu'en est-il des pratiques d'ordonnance? Je ne crois pas que les médecins aient modifié leurs pratiques d'ordonnance. Je ne crois pas que les dentistes aient modifié leurs pratiques d'ordonnance. Les dentistes et les médecins devraient-ils prescrire les montants et les doses?

À titre de ministre, comment aborderiez-vous ce problème? Nous y faisons face depuis très longtemps.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Vous soulevez une excellente question. Nous l'avons abordée nous aussi. Nous avons établi des lignes directrices sur la prescription pour les médecins.

En fait, cette année même, nous avons pris des mesures pour que les patients soient aussi informés des risques que pose la consommation d'opioïdes. Auparavant, l'ordonnance qu'on leur remettait n'indiquait aucunement les méfaits et les risques de dépendance ainsi que...

• (0940)

M. Ben Lobb: Vérifie-t-on ces lignes directrices? Vous indiquez aux médecins comment et quand ils doivent prescrire quelque chose. Qui vérifie la conformité des ordonnances à ces lignes directrices? Les médecins les respectent-ils? Les gens viennent encore à mon bureau pour signaler la prescription extrêmement courante d'opioïdes, de Tylenol 3 et de tous ces autres médicaments.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Nous reconnaissons que ces lignes directrices demeurent sous la surveillance de la profession médicale, et...

M. Ben Lobb: Je le sais bien.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Pardon?

M. Ben Lobb: Pardon; je disais que je sais cela. Nous le savons tous. Je vous demandais simplement ce que vos fonctions de ministre vous permettraient de faire pour changer cela.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Je le répète, la profession médicale surveille ces choses; cela fait partie de son mandat.

Toutefois, depuis la publication de ces lignes directrices, nous avons constaté beaucoup d'amélioration dans ce domaine.

Je vais vous parler d'un incident qui m'est arrivé. Cette année, j'ai donné une entrevue pour une chaîne de télévision de cette région, et la dame qui me préparait m'a demandé qui j'étais. Je lui ai expliqué que j'étais la ministre de la Santé. Elle m'a alors raconté qu'elle prenait des opioïdes, mais qu'à cause des lignes directrices sur la prescription, son médecin l'avait obligée à délaisser complètement son médicament. Depuis, elle souffre de nouveau beaucoup de ses douleurs chroniques.

N'oublions donc pas que ces lignes directrices ne servent qu'à assurer l'efficacité de la pratique médicale. Toutefois, nous en confions la surveillance aux organismes chargés de la supervision.

M. Ben Lobb: Oui, je comprends.

Je m'en voudrais de ne pas vous poser une question au sujet du guide alimentaire. Les agriculteurs sont très fâchés au sujet de certaines modifications que vous comptez apporter à ce guide.

Auriez-vous des observations à ce sujet, dans le domaine des produits laitiers, du boeuf ou autre?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Eh bien, tout d'abord, je suis vraiment heureuse du nouveau guide alimentaire que nous allons publier au début de l'année prochaine...

M. Ben Lobb: Je sais qu'il vous passionne, mais je ne crois pas que le secteur agricole en soit aussi heureux que vous.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Je vous dirai que la mise à jour du Guide alimentaire canadien faisait partie de nos priorités. Nous savons que la version actuelle ne répond pas aux besoins de tous les Canadiens. Notre population est multiculturelle, et la version actuelle de ce guide ne répond pas aux besoins de tous. Voilà pourquoi nous le mettons à jour.

Dans le Guide alimentaire canadien, nous ne décrétons pas du tout ce que les gens devraient manger ou pas, mais...

M. Ben Lobb: Mais en un sens, madame la ministre, vous le décrétez, non?

Je suis désolé de vous interrompre, mais en un sens, est-ce que vous n'imposez pas...

Le président: Monsieur Lobb, votre temps est écoulé.

M. Ben Lobb: Merci.

Le président: Je passe la parole maintenant à M. Davies, parce que son temps de parole a été écourté la dernière fois que la ministre a comparu devant nous. Je vais donc accorder ce tour à M. Davies.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Madame la ministre, nous savons que le taux des décès dus à la consommation d'opioïdes a augmenté chaque année depuis que votre gouvernement est au pouvoir. Espérons que ce n'est pas le cas cette année, mais c'est une réalité.

Vous avez indiqué qu'une raison importante pour laquelle les gens ne se font pas traiter est qu'ils se sentent stigmatisés. Je ne doute pas qu'il faille lutter contre la stigmatisation. Toutefois, notre comité a appris, au cours de ses études sur les opioïdes et sur l'assurance-médicaments et autres, que dans notre pays, les gens n'ont que très peu d'accès à un traitement rapide, abordable et adéquat.

Le témoin représentant un centre ontarien de traitement des adolescents de 13 à 18 ans nous a dit cette semaine que la liste d'attente du centre s'étend sur plus de 12 mois. D'autres témoins ont insisté sur le fait que quand une personne est prête à recevoir un traitement, il faut le lui donner absolument sans tarder. On ne peut pas attendre même une journée, parce que cette personne risque de mourir.

Vous avez annoncé un investissement de 150 millions de dollars. Je félicite le gouvernement pour cette décision, mais lorsqu'on divise cette somme par 13 provinces et territoires, chaque administration ne recevra qu'environ 12 millions si les fonds sont répartis de façon égale.

Les intervenants du domaine de la toxicomanie semblent s'entendre sur le fait qu'il faudra augmenter très bientôt et considérablement les fonds destinés au traitement si nous voulons vraiment surmonter cette crise.

Êtes-vous d'accord avec eux?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Je suis tout à fait d'accord qu'il faut un traitement. Quand les gens demandent de l'aide, il est certain qu'il faut la leur apporter rapidement.

Quant à l'investissement initial de 150 millions de dollars que nous avons effectué cette année, il visait à soutenir des services supplémentaires qu'apporteront les provinces et les territoires.

N'oublions pas les 6 milliards de dollars que nous avons injectés dans les services de santé mentale. L'accord bilatéral est signé, et ces fonds soutiendront aussi les problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

Notre gouvernement continuera à collaborer avec les provinces et les territoires, car il reconnaît la nécessité de mieux soutenir le domaine du traitement. Il est crucial que les gens reçoivent le traitement dont ils ont besoin quand ils en ont besoin.

Nous devons aussi aider les clients là où ils se trouvent. Parfois nous pensons devoir les aider à...

• (0945)

M. Don Davies: Bien sûr.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Parfois ils ont besoin d'un certain modèle de traitement, mais d'autres ont besoin de se faire traiter dans un centre de prévention des surdoses.

M. Don Davies: Il fait bon entendre cela, et je vous exhorte à injecter autant de fonds que possible dans le domaine du traitement.

Pendant sa campagne électorale, le Parti libéral a promis d'éliminer la politique discriminatoire qui n'a aucun fond scientifique et qui interdit aux hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes à donner du sang. Cependant, votre gouvernement s'est contenté de réduire la période d'abstinence de cinq à un an. À mon avis, vous perpétuez cette discrimination en réduisant le nombre d'années.

Pourquoi votre gouvernement refuse-t-il de mettre fin à ce que la communauté des LGBTQ2 et les scientifiques de tout le pays considèrent comme une politique ouvertement discriminatoire? Pourquoi n'établit-il pas une politique fondée sur des faits scientifiques et sur le comportement et non sur une hypothèse discriminatoire?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Je suis sûre que vous savez que Santé Canada est un organisme de réglementation. Il ne peut pas dicter une façon d'agir à la Société canadienne du sang. La Société a réduit...

M. Don Davies: Ce n'est pas vous qui l'avez réduite de cinq ans à un an?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: La Société canadienne du sang a demandé l'autorisation de réduire la période d'attente de cinq à un an. Elle a présenté cette demande à Santé Canada. Nous l'avons examinée, puis nous l'avons approuvée.

La Société nous a indiqué qu'elle se prépare à revenir nous présenter une demande pour réduire la période d'attente d'un an à trois mois. Dès que nous la recevrons, nous évaluerons la situation, puis nous déterminerons s'il faut approuver la demande.

En fin de compte, n'oublions pas que la Société canadienne du sang nous présente ses demandes. Nous ne lui dictons pas ce qu'elle doit faire.

M. Don Davies: Je veux bien, mais avec tout le respect que je vous dois, madame la ministre, il me semble que le gouvernement aurait le pouvoir d'intervenir s'il le désirait.

Ma dernière question sera brève.

Le président: Vous avez le temps de poser rapidement une dernière question.

M. Don Davies: Au sujet de la promotion des produits de vapotage, nous avons dernièrement entendu dire que la société Imperial Tobacco Canada enfreint ouvertement les règles du gouvernement fédéral en diffusant des annonces publicitaires sur le Vype ePen 3 à la télévision et dans les médias sociaux, et ailleurs encore. Malgré les plaintes de votre ministère, cette société n'a pas retiré ses annonces.

Madame la ministre, pourquoi votre ministère permet-il à la société Imperial Tobacco Canada d'enfreindre la loi et de diffuser de la publicité sociétale sur les stylos de vapotage alors que la loi l'interdit très clairement?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Monsieur Davies, je dois dire que je suis très fière de la stratégie antitabac que nous avons lancée cette année. Nous avons beaucoup investi sur l'emballage neutre des produits du tabac. Nous tenions à apporter de grands changements dans le domaine du tabagisme. J'en viens au vapotage.

La Société canadienne du cancer nous a dit que les règlements et l'emballage neutre que nous avons créés sont les meilleurs au monde. Nous attaquons donc ce problème de plein front.

Dans le cas des produits de vapotage, nous avons présenté plusieurs recommandations et apporté des changements. Nous limitons la commercialisation de ces produits. Nous continuerons à surveiller la situation. Nous sommes très fiers de ce que nous avons accompli pour bien réglementer cette industrie et nous faisons tout ce que nous pouvons pour ne permettre aucune commercialisation.

Le président: Madame la ministre, vous devriez peut-être regarder l'horloge. Je crois qu'il est temps de vous mettre en route.

Je vous remercie tous de vos bonnes questions et de vos bonnes réponses aussi.

● (0950)

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Monsieur le président, permettez-moi de souhaiter de belles fêtes de Noël à tous les membres du Comité.

Le président: Merci, à vous aussi.

Nous allons suspendre pendant que le prochain groupe de témoins s'installe à la table.

● _____ (Pause) _____
●

Le président: Nous reprenons la séance. Nous allons entamer une nouvelle ronde. M. McKinnon a la parole, car nous l'avons interrompu pendant la dernière ronde.

M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.): Je vais reprendre l'une des questions de M. Davies. En fait, je vais reprendre toutes ses questions.

Tout le monde sait bien que certains troubles de santé affectent plus les membres de la communauté LGBTQ2 que le reste de la population. Vous savez peut-être que j'ai déposé à ce comité une motion demandant l'étude de la santé des LGBTQ2. Nous nous préparons à entamer cette étude au début de la nouvelle année. Je voudrais savoir ce que le gouvernement fait pour soutenir la santé physique et mentale de la communauté LGBTQ2.

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, je crois que plusieurs d'entre nous pourront répondre à cette question. Je vais rapidement le faire au nom de Santé Canada.

Je vous assure, monsieur le député, que quand notre ministère appuie la conception et la mise en oeuvre d'un programme gouvernemental, nous examinons systématiquement les répercussions qu'il pourrait avoir sur divers groupes, dont ceux qui sont vulnérables pour différentes raisons. Je vais vous en donner juste un exemple, mais cela s'applique à des domaines très divers.

En renouvelant la stratégie canadienne de lutte contre le tabagisme, par exemple, nous savons que certains groupes souffrent de façon disproportionnée des maladies liées au tabac et au tabagisme. La communauté LGBTQ en est un exemple manifeste. Nous tenons compte de cela en élaborant nos nouveaux programmes et nos mesures de lutte contre le tabagisme.

Mes collègues des domaines de la recherche, de la santé publique et autres auront probablement des observations à ajouter. Je vous dirai simplement que, quel que soit le domaine des programmes que nous élaborons, nous nous efforçons systématiquement de tenir compte de ce genre de problèmes. Je suis sûr que nous pourrions faire mieux, mais c'est une façon de nous efforcer de répondre aux besoins des gens.

Je ne sais pas si mes collègues voudraient ajouter quelque chose à cela.

Dre Siddika Mithani (présidente, Agence de la santé publique du Canada): L'Agence de la santé publique du Canada soutient la communauté LGBTQ2 de différentes façons. La première consiste à publier son rapport sur les inégalités en matière de santé au Canada, qui présente des données sur différentes populations. Cette information nous permet de nous concentrer sur les problèmes particuliers de la communauté LGBTQ2 afin de créer des programmes et des politiques qui les aideront.

Du point de vue du VIH-sida, nous avons célébré la Journée mondiale du sida la semaine dernière, comme vous le savez. Le gouvernement a annoncé qu'il investira 7 millions de dollars pour soutenir un groupe qui se nomme Advance Pan-Canadian Community Health Alliance et qui se vouera à améliorer l'accès des hommes (cis et trans) gais, bisexuels, queers et des personnes bispirituelles aux services de santé équitables et efficaces dont ils ont besoin, par l'intermédiaire du programme sur le VIH-sida.

Nous menons aussi plusieurs programmes de lutte contre la stigmatisation. La ministre a également annoncé le lancement d'une campagne visant à soutenir les communautés LGBTQ2.

Nous menons aussi des programmes de lutte contre la violence familiale et contre la violence fondée sur le genre, auxquels participent aussi des communautés dont certains membres sont LGBTQ2. Ces programmes appuient également la prévention et la promotion de la santé.

M. Ron McKinnon: Merci.

Y a-t-il d'autres commentaires?

M. Michel Perron (vice-président directeur, Instituts de recherche en santé du Canada): Oui. M. le député sera peut-être intéressé de savoir qu'aux Instituts de recherche en santé du Canada, en analysant les politiques fondées sur le sexe et sur le genre, nous ne nous contentons pas d'évaluer le rôle que jouent le sexe et le genre dans les questions de nos études, mais dans la recherche même que nous entreprenons.

Nous étudions en profondeur l'influence qu'ont le genre et le sexe sur la santé des femmes, des hommes et des personnes de diverses identités de genre. Nous veillons à ce que les résultats de nos études reflètent réellement ces besoins en invitant des femmes et des groupes sous-représentés à y participer. Nous vérifions également les préjudices que les chercheurs pourraient nourrir inconsciemment en formulant leurs questions de recherche et leur application. Nous surveillons de très près non seulement la manière de mener la recherche, mais la nature même de cette recherche.

M. Ron McKinnon: Merci.

J'ai une question rapide à vous poser. Mes autres questions portent sur la crise des opioïdes, que nous avons déjà examinée très en profondeur avec la ministre.

Je voudrais discuter de la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose. J'avais moi-même proposé ce projet de loi d'initiative parlementaire, et il est en vigueur depuis environ un an et demi. Pourriez-vous me dire — et j'espère que vous pourrez me le dire — si cette loi a eu des effets positifs et, dans l'affirmative, en quoi ils consistent.

● (0955)

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, je vous dirai que Santé Canada considère la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose comme un élément important de la stratégie gouvernementale de lutte contre la crise des opioïdes. Cette loi contribue très efficacement à réduire la stigmatisation.

Nous avons entendu dire que cette loi a contribué aux progrès de cette lutte. Cependant, il faudrait que nous agissions encore plus activement pour la faire connaître et adopter partout au pays.

Je ne peux pas vous citer de données empiriques exactes de mémoire, et je m'en excuse. Je me ferai un plaisir de vous trouver des chiffres solides. Je peux cependant vous assurer que mes fonctionnaires qui traitent avec les travailleurs de première ligne m'ont dit que nous devrions faire connaître cette loi dans les rues des villes de tout le pays. Nous examinons cela très attentivement afin de renforcer la présentation de la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose dans le cadre de nos initiatives d'éducation du public et de réduction de la stigmatisation.

Je ne sais pas si M. le député le sait, mais nous avons aussi fait imprimer des cartes pour portefeuille et mené beaucoup d'autres activités pour sensibiliser le public. Nous tenons à ce que les jeunes gens des collectivités et les gens des villes et des villages de tout le pays soient au courant de l'existence de cette loi et sachent qu'ils peuvent s'en prévaloir.

Nous menons énormément d'activités, mais je crois que nous savons tous qu'il faut absolument que nous en menions plus encore.

M. Ron McKinnon: Excellent. Merci.

Le président: C'est au tour de Mme Gladu.

Mme Marilyn Gladu: Merci, monsieur le président. Ma première question s'adresse au sous-ministre.

Elle concerne la réglementation du cannabis. Je ne sais pas si vous avez entendu la question que j'ai posée hier au premier ministre en chambre au sujet d'un couple de Montréal qui a été reconnu coupable de possession de 997 plants de cannabis et de plus de 15 000 \$ et qui fait l'objet d'une enquête pour trafic de drogues illégales. Santé Canada leur a accordé un permis de culture de 600 plants de marijuana à des fins médicales. C'est l'un de ces cas où l'on a du mal à faire appliquer la loi.

J'ai également reçu des plaintes concernant certaines installations de production de marijuana à Lindsay, en Ontario, d'autres de Leamington, en Ontario. Dans ma propre circonscription, le canton d'Enniskillen, à Langley, en Colombie-Britannique, on se plaint des odeurs qui émanent de ces sites. Ceci n'est pas conforme à la réglementation et, dans certains cas, comme à Lindsay, aucune clôture de sécurité ou quoi que ce soit n'a été installé, ce qui est pourtant exigé par la réglementation.

Lorsque des gens ont appelé Santé Canada, on leur a dit d'appeler plutôt la police. La police a dit: « Nous pouvons faire respecter la loi en ce qui concerne la conduite avec facultés affaiblies et le trafic de drogues, mais nous ne sommes pas responsables de l'application des règlements de Santé Canada. Il faut appeler Santé Canada. »

Pouvez-vous me dire qui, à Santé Canada, est responsable de l'application de la loi, et êtes-vous au courant de ces situations où la réglementation n'est pas respectée?

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, juste une clarification — peut-être pas à l'intention de Mme Gladu, car elle a de toute évidence une bonne connaissance de la situation, mais peut-être à l'intention du Comité —, nous administrons un certain nombre de réglementations. Parfois, dans la presse et parfois publiquement, on confond les activités relevant de chaque réglementation, alors je voudrais juste offrir une explication, très brièvement.

Lorsqu'il s'agit de la production de cannabis à des fins médicales par un producteur autorisé ou pour le marché légal par un producteur autorisé, celui-ci doit se soumettre à toute une série de règlements très stricts pour que son permis soit maintenu et qu'il ait le droit de vendre à des patients ou de vendre sur le marché récréatif.

Il est tout à fait vrai qu'il y a eu des cas où la collectivité a exprimé des préoccupations au sujet de l'odeur et de ce genre de choses, et je

tiens à assurer à Mme Gladu et au Comité que nous faisons un suivi assez rigoureux à cet égard. Il y a des règlements très clairs sur le contrôle des odeurs et les systèmes de filtration, etc. Il y a eu des cas dans le passé où l'on a jugé que les entreprises devaient peut-être en faire plus pour se conformer aux règlements et nous faisons un suivi très énergique, en fait.

Nous avons des pouvoirs étendus pour nous rendre dans les installations, inspecter les propriétés et examiner les dossiers — et un tas de choses — et je pense que nous pouvons dire que nous le faisons de façon très énergique. En fait, nos critères d'inspection pour ces installations sont plus rigoureux que ceux qui prévalent dans un certain nombre de nos autres cadres réglementaires.

Il y a aussi le cas des personnes qui ont un problème de santé et qui ont la permission de leur médecin. Ils sont allés voir leur médecin...

Mme Marilyn Gladu: Ça va. Ce n'est pas le cas. Je vais m'assurer d'indiquer les endroits exacts...

M. Simon Kennedy: En fait, s'il y a un problème, il serait utile d'obtenir la documentation.

Mme Marilyn Gladu: Oui, absolument. Je vais passer à une autre question.

C'est une simple légende urbaine. J'ai entendu dire qu'il y avait eu une réduction du nombre d'inspecteurs à l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Cela m'inquiète à la lumière des problèmes liés à la E. coli dans la laitue romaine, qui durent depuis longtemps. De plus, on m'a signalé que l'inspection des porcs au Canada était devenue moins stricte.

Pouvez-vous me dire si c'est vrai ou non? Si c'est le cas, quelles mesures prenons-nous?

● (1000)

M. Paul Glover (président, Agence canadienne d'inspection des aliments): Merci, monsieur le président, pour la question de Mme Gladu.

À la demande du Comité et d'autres personnes, l'ACIA rend public le nombre d'inspecteurs qui travaillent pour elle. Ce rapport est à la disposition des membres du Comité. Dans l'ensemble, le nombre d'inspecteurs est stable et augmente souvent d'une année à l'autre, du moins globalement. Ce nombre comprend le personnel de laboratoire, qui effectue les tests, aussi bien que les inspecteurs... C'est un chiffre global. Il y a beaucoup de travail et ces chiffres ne diminuent pas. Nous sommes heureux de les rendre publics, à la demande du Comité.

En ce qui concerne l'inspection des porcs, nous cherchons actuellement des moyens de moderniser la façon dont nous inspectons ces installations. La science évolue, la cadence augmente, et nous voulons nous assurer de pouvoir travailler avec l'industrie de la façon la plus efficace possible en ciblant les interventions les plus pertinentes pour la salubrité de ce produit. Ce travail est en cours.

Encore une fois, s'il y avait des façons de faire plus efficaces qui exigeaient moins d'inspecteurs, nous ne réduirions pas le nombre d'inspecteurs. Ils seraient alors réaffectés à d'autres fonctions ayant trait avec la salubrité des aliments.

Mme Marilyn Gladu: J'ai une dernière question, alors. Elle porte sur les pénuries de médicaments. Je suis vraiment inquiète.

Il y a eu une pénurie d'injecteurs EpiPen en août et il y en a maintenant une autre. C'est la quatrième en un an. Il y a quatre fournisseurs approuvés au Canada. Il ne semble pas y avoir de pénurie dans d'autres pays. De plus, nous avons connu une pénurie de Wellbutrin, un antidépresseur.

Je ne comprends pas pourquoi nous connaissons toutes ces pénuries. Je me demande ce que nous pouvons faire pour y remédier, mais je tiens à m'assurer que ce n'est pas le prix qui est en cause.

Je ne sais pas lequel d'entre vous peut le mieux répondre à cette question.

M. Simon Kennedy: Je tiens à assurer au Comité que Santé Canada prend très au sérieux les pénuries de médicaments. C'est un phénomène qui ne touche pas seulement le Canada, je peux en assurer le Comité.

Il est en partie lié à la structure de l'industrie pharmaceutique mondiale. Dans certains cas, il n'y a qu'une poignée de fournisseurs d'ingrédients pharmaceutiques actifs pour une catégorie particulière de médicaments, et il peut arriver qu'un principe actif nécessaire à la fabrication d'un médicament soit indisponible mondialement. Les pénuries sont à la base du problème. En fait, lorsque nous parlons à nos collègues d'autres pays, nous constatons qu'ils sont aux prises avec les mêmes problèmes. Je veux en assurer les députés.

Deuxièmement, en ce qui concerne l'EpiPen en particulier, un certain nombre de fabricants ont reçu l'approbation pour commercialiser leurs produits au Canada.

Quant à la décision sur le moment où ils entreraient sur le marché et tout le reste — il est évident qu'ils doivent établir des chaînes d'approvisionnement pour que leurs produits arrivent sur les tablettes —, nous nous attendons à ce que certains des produits que nous avons approuvés soient disponibles sur le marché au cours de la prochaine année, ce qui donnera aux Canadiens plus de choix.

Particulièrement dans le cas de l'EpiPen, compte tenu des préoccupations qui l'entourent, nous avons autorisé l'importation d'un produit équivalent des États-Unis. Nous avons reçu des cargaisons d'une grande quantité de ce produit destiné au marché canadien, de façon à donner aux Canadiens une option de rechange pendant la pénurie de produits canadiens.

Nous avons constitué un comité fédéral-provincial-territorial où les gens travaillent en étroite collaboration et lorsqu'il y a une grave pénurie de médicaments, nous appelons nos collègues des provinces et des territoires pour évaluer l'approvisionnement au Canada et voir comment nous pouvons tous travailler ensemble pour nous assurer que les patients soient soignés.

Par ailleurs, je dirais que nous sommes également en contact avec nos collègues à l'échelle internationale. Dans le cas de l'EpiPen, je peux assurer aux députés que nous discutons avec des collègues d'autres grands pays industrialisés dont les systèmes de réglementation sont semblables aux nôtres pour voir s'ils en ont des provisions suffisantes, et si tel est le cas, s'ils peuvent approvisionner le Canada. Lorsqu'il y a une grave pénurie de médicaments, les provinces nous en font part très rapidement et nous faisons tout ce qui est en notre pouvoir pour régler le problème.

Cependant, nous sommes parfois limités dans notre capacité à mettre la main sur un produit, et je comprends que c'est une préoccupation réelle pour les Canadiens.

Mme Marilyn Gladu: Merci.

Le président: C'est au tour de M. Davies.

M. Don Davies: Monsieur le président, je vais revenir sur une question que j'ai posée au ministre et à laquelle je n'ai malheureusement pas obtenu réponse. Il s'agit de la publicité sur le vapotage. Le printemps dernier, la Loi sur le tabac et les produits de vapotage a reçu la sanction royale. Elle interdit clairement la publicité de style de vie pour les produits de vapotage, il n'y a aucun doute là-dessus. C'est ce que dit la loi, pourtant nous savons qu'Imperial Tobacco Canada fait ouvertement fi des règles. J'ai vu les publicités de style de vie pour le Vype ePen 3. Je me demande si vous les avez vues aussi. Elles ont été diffusées à la télévision, dans les médias sociaux et ailleurs. Je sais que des plaintes ont été acheminées au ministère, mais rien n'a encore été fait.

Voici une question claire: Santé Canada enquête-t-il sur les publicités sur le vapotage axées sur le style de vie diffusées par des fabricants de tabac et, dans l'affirmative, pouvons-nous nous attendre à ce que des accusations soient portées?

• (1005)

M. Simon Kennedy: Je peux dire au Comité en toute franchise que nous sommes au courant de certains des cas qui ont été rapportés dans la presse et que nous faisons un suivi. Je ne suis pas en mesure de parler en détail de cas précis ni de ce qui peut être fait ou non, mais nous avons certainement une équipe responsable de l'application de la loi, nous avons des règles en place et, lorsqu'elles sont enfreintes, nous engageons des poursuites.

M. Don Davies: D'accord.

J'aimerais passer à l'ACIA. Au cours des six derniers mois, une étude a mené à la publication de données très troublantes et alarmantes sur l'étiquetage erroné de produits de la mer et de produits du poisson. Je vous dis cela de mémoire, elle révélait que jusqu'à 50 % de produits dans les restaurants et les points de vente au détail ne seraient pas étiquetés correctement et contiendraient des produits qui ne seraient pas indiqués sur l'étiquette.

L'ACIA a-t-elle pris des mesures pour réagir à cette préoccupation particulière?

M. Paul Glover: Merci beaucoup, monsieur le président, pour la question de monsieur le député.

Nous sommes au courant de cette étude. Nous sommes très préoccupés non seulement par les fruits de mer, mais aussi par la question de la fraude alimentaire en général et, en particulier, par la fraude alimentaire motivée par des considérations économiques. Ce n'est pas seulement vrai pour le poisson: on entend souvent la même chose au sujet du miel, qui pourrait n'être que du sucre modifié.

Le consommateur peut-il faire la différence? Dans le cas des fruits de mer, la plupart du temps, le problème se pose dans les commerces de détail et ils ne voient pas la différence, car les produits ne sont pas emballés.

Nous continuons de travailler très énergiquement, tant au pays qu'à l'étranger, à faire des tests pour détecter la fraude alimentaire en général grâce à nos programmes d'échantillonnage. Le poisson est également soumis à ces tests.

M. Don Davies: Monsieur Glover, estimez-vous avoir les ressources nécessaires? Compte tenu de ces chiffres, de 40 à 50 % — vous pensez commander du bar de mer chilien et c'est du tilapia ou quelque chose d'autre — estimez-vous que vos ressources sont suffisantes ou êtes-vous en train d'intensifier vos enquêtes en réponse à ces rapports?

M. Paul Glover: Nous sommes certainement préoccupés par l'augmentation des cas de fraude alimentaire motivée par des considérations économiques et nous nous efforçons d'investir davantage dans ce domaine, mais c'est un sujet de préoccupation grandissant.

M. Don Davies: Merci.

J'aimerais revenir sur une question qui a été posée au sujet de la thalidomide. Nous savons que, dans le budget de 2018, le gouvernement a accepté la recommandation du Comité d'élargir les critères d'admissibilité au Programme de contribution pour les survivants de la thalidomide. En mai dernier, on a demandé au premier ministre quand les fonds seraient versés aux survivants, et il a répondu:

Nous aurons d'autres bonnes nouvelles à vous communiquer sous peu à ce sujet.

Puis, en juin dernier, le ministre a dit au Comité qu'une annonce serait faite « dans les semaines et les mois à venir ».

Six mois se sont écoulés depuis cette rencontre, presque jour pour jour, et ces survivants de la thalidomide n'ont toujours pas reçu d'argent. J'ai entendu le ministre dire, encore une fois, que cela prendrait des mois. C'est ce que j'ai entendu il y a six mois. Ces gens vieillissent. Les personnes qui ont subi les effets de ce médicament forment un groupe très limité. Les mères étaient enceintes au début des années 1960.

Pouvez-vous nous donner une idée du moment où ces survivants oubliés de la thalidomide recevront leur financement ou de l'information?

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, je ne suis pas sûr de pouvoir ajouter grand-chose à ce que le ministre a dit, mais je peux assurer le député que nous avons fait beaucoup de travail pour nous préparer à la mise en oeuvre du nouveau programme. Pour ce qui est du calendrier, je ne suis pas vraiment en mesure d'ajouter grand-chose à ce que le ministre a dit.

M. Don Davies: Est-ce plutôt une décision politique?

M. Simon Kennedy: Je pense que c'est davantage une question à poser au gouvernement.

M. Don Davies: Il y a quelques semaines, nous avons entendu le témoignage du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et il m'a semblé très troublant. Nous savons que les Canadiens paient le deuxième, le troisième ou peut-être le quatrième prix le plus élevé au monde et nous ne semblons pas pouvoir trouver une bonne raison à cela. Une chose que nous avons découverte, c'est que les pays de référence que nous utilisons pour la comparaison, les sept pays qui comprennent les États-Unis et la Suisse — les deux au monde où les prix sont les plus élevés — mènent à une moyenne artificiellement élevée. Je sais qu'il a été question d'élargir cela à un échantillon plus représentatif de 12 pays, et je pense que les prix seraient alors plus modérés.

Nous avons aussi entendu dire qu'il y avait un manque de transparence. Les sociétés pharmaceutiques ne sont pas tenues de révéler les programmes de remises qu'elles consentent aux provinces. Franchement, les entreprises, même dans les pays de comparaison, ont le droit de facturer ce qu'elles veulent. Il semble qu'il y ait tout un fouillis ici, et cela ressort clairement du témoignage du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

Êtes-vous en mesure de faire le point? Quand ce nouveau groupe de pays de référence sera-t-il constitué? Que fait-on maintenant, au lieu d'avoir un régime public universel d'assurance-médicaments, pour faire baisser le prix des médicaments au Canada?

●(1010)

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, j'aimerais faire une mise à jour et rappeler au Comité que nous discutons de propositions de modernisation du Règlement sur les médicaments brevetés depuis environ deux ans. Il y a quelques mois, le gouvernement a déposé un projet de règlement qui a été publié dans la partie 1 de la *Gazette du Canada*.

Il y a deux volets à cette question, soit la mise à jour du Règlement sur les médicaments brevetés et les lignes directrices qui donnent effet au Règlement. Des discussions sont en cours, non seulement avec l'industrie, mais aussi avec les groupes de patients, les provinces, les territoires et d'autres intervenants du système de santé au sujet de ces deux volets.

Pour ce qui est de la réglementation, nous avons eu un certain nombre de réunions avec l'industrie pharmaceutique et d'autres, comme nous l'avons fait pour l'élaboration des lignes directrices détaillées. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés est lui-même en train d'élaborer les lignes directrices détaillées, car cette conversation est plutôt technique. C'est le gouvernement qui décidera du moment où il ira de l'avant et des prochaines étapes, mais nous continuons de discuter avec les intervenants des prochaines étapes de cette proposition. Il y a sur la table un projet de règlement détaillé dont nous discutons activement avec tous les intervenants.

En ce qui concerne les lignes directrices, même lorsque le règlement entrera en vigueur, les lignes directrices seront publiées quelques mois plus tard. C'est une conversation qui aura probablement lieu au cours de la prochaine année, dans un cas comme dans l'autre.

Je tiens à informer les membres du Comité que c'est un processus qui est en cours et qui comporte son lot de détails. Je peux certainement remettre au Comité un exemplaire du document de travail que le gouvernement a publié il y a environ un an ainsi que le projet de règlement.

Le président: D'accord.

Votre temps est écoulé.

Nous passons maintenant à M. Ouellette, pour sept minutes.

[Français]

M. Robert-Falcon Ouellette (Winnipeg-Centre, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Ma question s'adresse à M. Glover. Concernant le poisson et la sécurité de nos aliments au Canada, combien de poursuites ont été menées relativement à l'étiquetage non conforme de nos produits alimentaires?

M. Paul Glover: Merci de votre question.

Je ne connais pas les chiffres exacts, mais je pourrai les réunir à l'intention du Comité.

[Traduction]

Nous pouvons certainement vous fournir ces chiffres.

Je dirais toutefois, en ce qui concerne les poursuites, que nous renvoyons régulièrement des dossiers au Service des poursuites pénales pour qu'il les examine. Ce n'est pas quelque chose que nos inspecteurs font, nous renvoyons la question aux procureurs pour qu'ils les examinent, puis ce sont eux qui prennent la décision d'aller de l'avant ou pas. Nous prenons des mesures correctives, nous imposons des sanctions administratives pécuniaires et nous pouvons fournir au greffier du Comité toute la gamme des mesures réglementaires que nous avons imposées.

M. Robert-Falcon Ouellette: Y a-t-il eu des poursuites? La salubrité des aliments est extrêmement importante et les gens devraient aller en prison, je crois, s'ils étiquettent mal leurs aliments. Si je mets quelque chose sur la table dans ma famille, je veux savoir ce qu'elle mange et je ne veux pas avoir à me demander si l'étiquette a été falsifiée. Si quelque chose vient d'autres pays comme la Chine, l'Inde, la Russie ou de tout autre pays...

M. Paul Glover: Ou d'ici.

M. Robert-Falcon Ouellette: ... je veux m'assurer que nos règles sont respectées.

M. Paul Glover: Nous prélevons régulièrement des échantillons d'aliments, qu'ils proviennent de l'étranger ou du Canada, pour nous assurer qu'ils sont conformes à tous les règlements. Il arrive que nous renvoyions des dossiers à la poursuite publique. De plus, si vous regardez, vous verrez que nous rappelons régulièrement des aliments, que nous bloquons des ventes et que nous imposons des sanctions administratives pécuniaires à l'entreprise concernée pour l'inciter à corriger son comportement.

M. Robert-Falcon Ouellette: Merci beaucoup.

Ma question s'adresse à M. Perron, je crois. Elle concerne les produits médicaux et les médicaments. Lorsqu'on découvre qu'ils sont jugés non conformes ou dangereux aux États-Unis, pourquoi faut-il tant de temps pour les retirer du marché? C'est interminable et en tant que Canadien, quand je vois cela aux nouvelles, je me demande pourquoi nous prenons autant de temps. Nous sommes censés être meilleurs. Nous sommes censés avoir des fonctionnaires supérieurs, plus instruits, de meilleurs chercheurs, et pourtant, cela prend un temps fou. Pourquoi?

M. Simon Kennedy: En fait, il faut vraiment y aller au cas par cas. Il y a certainement des cas où le produit a été retiré du marché canadien avant d'être retiré du marché américain, par exemple.

Lorsqu'il y a un problème grave — disons, avec un instrument médical —, par exemple lorsqu'il faut procéder à un rappel ou établir une certaine forme de communication en matière de sécurité, comme nous le faisons pour les produits pharmaceutiques, nous évaluons les répercussions de l'intervention sur la population de patients. Qu'il s'agisse de produits pharmaceutiques ou d'instruments médicaux, il se peut fort bien qu'ils procurent un avantage important à de nombreuses personnes, même s'ils constituent un risque ou un problème grave pour un petit nombre d'individus. Nous évaluons l'impact d'un rappel éventuel sur la population de patients.

Ce n'est pas vrai que la décision concernant les mesures à prendre au Canada sera systématiquement la même qu'aux États-Unis, et il y a diverses raisons à cela. L'une d'entre elles est que notre système de soins de santé est très différent. Au Canada, on pourrait utiliser ces appareils de façon très différente de ce qu'on ferait aux États-Unis ou en Europe, par exemple, et par conséquent, lorsqu'il s'agit de décider de procéder à un rappel ou d'intervenir d'une façon ou d'une autre, la conclusion pourrait en fait être différente. Il y a des exemples vraiment frappants indiquant que la décision au Canada était très

différente de celle prise aux États-Unis, parce que l'appareil est utilisé d'une façon très différente, dans un différent...

● (1015)

M. Robert-Falcon Ouellette: J'ai aussi entendu parler d'autres cas où cela a pris deux ans pour que le produit soit retiré du marché. La production de rapports n'était pas au point et les gens en ont souffert. Personnellement, j'ai trouvé cela inacceptable, et je trouve que c'est inacceptable pour les Canadiens.

Existe-t-il un processus accéléré qui vous permettrait de faire ces évaluations quand la FDA aux États-Unis vous fait savoir que, selon son évaluation à elle, ça ne va pas, que ça ne fonctionne pas? Je serais porté à croire que le système américain a tendance à laisser plus longtemps les produits sur le marché au nom du profit.

M. Simon Kennedy: Soyons clairs, dans certaines circonstances, des instruments médicaux restent sur le marché plus longtemps aux États-Unis qu'au Canada. Je pense que la ministre a été très claire dans ses déclarations publiques. Le gouvernement estime qu'il est possible d'en faire plus dans le domaine des instruments médicaux. Le ministère est en train d'élaborer un plan d'action; nous allons le présenter dans le nouveau...

M. Robert-Falcon Ouellette: Avez-vous un processus accéléré?

M. Simon Kennedy: Un processus accéléré à quel égard?

M. Robert-Falcon Ouellette: Je ne sais pas. Y a-t-il un comité spécial qui est automatiquement saisi de la question et des experts qui se réunissent et demandent si on devrait faire quelque chose à ce sujet dans la semaine ou dans les deux semaines qui suivent?

M. Simon Kennedy: Cela dépend vraiment des signaux provenant du marché. S'il s'agit d'un médicament...

M. Robert-Falcon Ouellette: Ça ne devrait pas être une question de marché; ça devrait être une question de sécurité.

M. Simon Kennedy: Quand je parle du marché, je parle de la façon dont le produit est utilisé par les patients. Qu'il s'agisse d'un médicament ou d'un instrument médical, nous recevons une vaste gamme de renseignements une fois que le produit est sur le marché. Cela peut venir de déclarations volontaires des patients ou de rapports obligatoires émis par les fabricants.

Nous allons très bientôt présenter un projet de règlement en vertu de la Loi de Vanessa qui obligera les hôpitaux à déclarer les incidents de ce genre, de sorte que des rapports obligatoires nous seront envoyés. De plus, les signaux peuvent provenir d'organismes de réglementation étrangers, comme de l'Agence européenne des médicaments lorsqu'elle découvre un problème, ou de la FDA.

Il y a toute une gamme de signaux qui peuvent être transmis, et la réaction quant aux mesures à prendre dépend beaucoup de la situation. Si les signaux reçus indiquent qu'il y a un problème très grave, nous pourrions agir immédiatement et procéder à un rappel.

M. Robert-Falcon Ouellette: Monsieur Kennedy, j'ai une autre question. Il ne me reste qu'environ une minute.

M. Simon Kennedy: Oui.

M. Robert-Falcon Ouellette: Il s'agit des femmes autochtones et de la stérilisation forcée. Allez-vous transmettre de l'information à la GRC? Il est absolument inacceptable que cela se soit produit dans notre pays. J'espère que la GRC et le procureur du Canada poursuivront ceux qui violent les droits des personnes nées dans notre pays, qui violent notre Charte et nos lois fondamentales.

M. Simon Kennedy: Nous avons déjà eu une conversation entre hauts fonctionnaires avec nos collègues des provinces et des territoires à ce sujet. La ministre a parlé un peu du point de vue du gouvernement à ce sujet. Je crois comprendre qu'il y aura d'autres suivis au niveau des gouvernements FPT.

De toute évidence, la prestation d'un grand nombre de ces services de santé dans tout le pays est entre les mains de nos collègues des gouvernements provinciaux et territoriaux, alors ce sera quelque chose que nous...

M. Robert-Falcon Ouellette: Mais je pense qu'une grande partie du problème, c'est que les femmes autochtones passent constamment à travers les mailles du filet. On dirait que les gens se renvoient la balle ici pour transférer la responsabilité à quelqu'un d'autre. Ce que les gens veulent, à mon avis, c'est un minimum de justice. Quelqu'un devrait être saisi du problème pour que des poursuites soient intentées, pour veiller à ce que les droits des personnes soient respectés et que les gens soient tenus responsables afin que cela ne se reproduise plus jamais, pour que les gens regardent les femmes autochtones et disent: « Nous devrions prendre soin d'elles et les protéger au lieu de penser qu'elles ont moins de valeur parce que personne ne se souciera d'elles. » C'est ce qui est arrivé aux femmes autochtones assassinées et disparues. Pendant longtemps, la GRC... Personne ne s'en souciait. Il a fallu énormément de protestations.

Je porte une pièce carrée en peau d'original pour une raison. C'est parce que je veux m'assurer que nous soyons tous d'accord, et j'espère que le ministère de la Santé transmettra effectivement cette information.

Le temps est écoulé, et ...

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, pour rassurer le député et tous les membres du Comité, en tant que haut fonctionnaire, je me fais l'écho de l'opinion de la ministre. C'est une pratique absolument odieuse. Si nous étions au courant de ce

genre de cas, je peux vous assurer que nous transmettrions immédiatement cette information aux autorités compétentes.

Comme il s'agit de la prestation des soins de santé sur le terrain, c'est un enjeu intergouvernemental sur lequel nous devons travailler avec nos collègues des provinces et des territoires pour essayer d'améliorer les choses. Nous nous engageons à appuyer le gouvernement par tous les moyens possibles pour réaliser des progrès.

Nous sommes aussi d'avis que cette pratique problématique est tout à fait inacceptable. Nous ferons tout en notre pouvoir pour apporter notre appui.

• (1020)

Le président: D'accord.

C'est tout le temps que nous avons — 8 minutes et 22 secondes.

Il nous reste encore un peu de temps. Le Comité souhaite-t-il poursuivre pendant quelques minutes encore, ou devrions-nous...

Mme Marilyn Gladu: Étant donné que nous n'avons pas rédigé nos instructions de rédaction la dernière fois...

Le président: Oh, oui, je suis désolé...

Mme Marilyn Gladu: Nous devons rédiger des instructions de rédaction pour le diabète et les maladies rares, alors je propose que nous suspendions la séance, que nous quittions la salle et que nous nous y mettions.

Le président: Merci beaucoup d'être venus. Je vous remercie de vos réponses et de nous avoir aidés à comprendre certaines de ces questions.

Nous allons suspendre la séance pendant quelques minutes.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>