



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 005



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 11 avril 2016

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le lundi 11 avril 2016

•(1535)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):
La séance est ouverte.

Il s'agit de la cinquième séance du Comité permanent sur la santé. Nous avons aujourd'hui des témoins très distingués: l'honorable Jane Philpott, ministre de la Santé, et Simon Kennedy, fonctionnaire de carrière qui a occupé d'importants postes au Conseil privé et au ministère du Commerce international. M. Kennedy a également travaillé au service des relations publiques de la Mount Saint Vincent University.

Nous avons également Mme Siddika Mithani. Comme c'est sa première journée d'entrée en fonction, nous allons être particulièrement impitoyables avec elle. Mme Mithani est présidente de l'Agence de la santé publique du Canada.

Félicitations pour votre nouveau poste.

Autres invités, M. Gregory Taylor, administrateur en chef de l'Agence de la santé publique du Canada; Alain Beaudet, président des Instituts de recherche en santé du Canada; et Bruce Archibald, président de l'Agence canadienne d'inspection des aliments. J'espère que je n'oublie personne.

Vous êtes plus nombreux que nous et je vous souhaite à tous la bienvenue.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous étudions le mandat de la ministre de la Santé. Conformément au paragraphe 81(4) du Règlement, nous nous occupons du Budget principal des dépenses de 2016-2017. Je n'entrerai pas pour le moment dans les détails et commencerai par le crédit 1 sous la rubrique « Agence canadienne d'inspection des aliments ».

Bienvenue à vous, madame la ministre, ainsi qu'à vos collaborateurs. Vous avez la parole.

L'hon. Jane Philpott (ministre de la Santé): Merci beaucoup, monsieur le président, de l'excellente occasion que vous m'offrez d'être parmi vous. Je salue tous les membres du Comité. C'est pour moi un vrai plaisir de témoigner devant le Comité permanent de la santé, dans mes nouvelles fonctions de ministre fédéral de la Santé.

Je tiens tout d'abord à vous féliciter, monsieur le président, de votre nomination à la tête du Comité.

Le président: Merci.

L'hon. Jane Philpott: Comme vous le savez, le Comité permanent de la santé est fier de ses réalisations passées et actuelles. Il a une vaste expérience des sujets difficiles et importants pour les Canadiens. Il ne fait aucun doute que le travail que vous accomplissez au sein de ce groupe et dans d'autres groupes similaires sera utile au cours des prochaines années. En effet, nous nous intéressons désormais à des questions qui pourraient redéfinir

les politiques publiques dans le domaine de la santé, pour des générations à venir.

À bien des égards, l'expérience que j'ai acquise pendant 30 ans comme médecin m'a préparé au rôle qui est le mien aujourd'hui et c'est pour moi un privilège de pouvoir occuper ces fonctions. J'ai pratiqué la médecine en Ontario pendant de nombreuses années, mais j'ai également eu le privilège de travailler dans divers pays d'Afrique subsaharienne, dont près de 10 ans en Afrique de l'Ouest. Ces années ont été parmi les plus gratifiantes de ma vie.

Les dures réalités des conditions sanitaires et de vie dans certains des pays les plus pauvres de la planète m'ont beaucoup appris sur les déterminants sociaux de la santé. Elles ont forgé la vision que j'ai des moyens que l'on peut prendre pour améliorer les résultats sur le plan de la santé, tant ici qu'à l'étranger.

[Français]

Aider des personnes à bénéficier et à jouir d'une vie saine et enrichissante nécessite plus que de bons médicaments. Cela exige également une bonne gouvernance et un système qui soutient ces objectifs.

[Traduction]

Avant de poursuivre, je tiens à remercier les collègues qui m'accompagnent et que l'on vous a présentés. Je remercie donc Simon Kennedy, sous-ministre de la Santé, et Siddika, qui vient de se joindre à nous. Nous sommes ravis d'avoir une nouvelle présidente de l'Agence de la santé publique du Canada. Je tiens également à remercier MM. Greg Taylor, Alain Beaudet et Bruce Archibald. Je crois également que nous avons avec nous Barbara Jordan, n'est-ce pas? Oui, elle est derrière nous et elle est vice-présidente associée aux Politiques et programmes de l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

Dans les quelques prochaines minutes, j'ai l'intention de vous faire un bilan des activités de ce portefeuille et vous parler des questions clés que le comité abordera au cours des prochains mois. Je me ferai ensuite un plaisir de répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir.

Le système public de soins de santé canadien est une source de fierté et témoigne d'une valeur fondamentale des Canadiens qui y ont universellement accès pour obtenir, en temps opportun, des services de grande qualité. Ces services sont offerts en fonction des besoins et non pas de la capacité à payer. Si ce système a bien servi les Canadiens, nous convenons tous cependant qu'il doit être renforcé pour tenir compte des changements démographiques et des nouvelles tendances dans le domaine des maladies. De plus, de nouvelles technologies apparaissent qui influent sur la prestation des soins et nous essayons de plus en plus d'offrir les soins dans les foyers et les collectivités.

Les Canadiens seront heureux d'apprendre que le budget prévoit des investissements immédiats qui permettront de faire avancer, au niveau national, diverses priorités, grâce aux innovations apportées dans le système. Comme vous le savez peut-être, le budget de 2016 prévoit en outre des initiatives qui aideront les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé, notamment grâce à l'élargissement de l'accès à des aliments nutritifs dans le Nord, à l'amélioration de la salubrité des aliments, à l'octroi de fonds pour la mise en œuvre d'initiatives ciblées en matière de santé à l'intention des hommes et des femmes, à l'amélioration du taux de vaccination et de la couverture des vaccins, et à des investissements dans les protocoles pour les commotions cérébrales.

[Français]

Comme les députés le savent, notre gouvernement s'est engagé à aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur santé.

Notre système de soins de santé est une source de fierté nationale, mais des écarts se creusent de plus en plus, et l'une de mes principales priorités est de contribuer à transformer la façon dont les soins de santé sont offerts au Canada.

• (1540)

[Traduction]

Vous savez peut-être qu'en janvier, j'ai rencontré mes homologues provinciaux et territoriaux en vue de définir une nouvelle vision des soins de santé. Nous avons ainsi discuté et convenu d'un certain nombre de priorités qui reflètent les attentes des Canadiens. Ces priorités seront le fondement d'un nouvel accord sur la santé qui permettra aux provinces et aux territoires d'accélérer la transformation des soins. J'en parlerai plus en détail dans quelques instants.

J'aimerais faire quelques commentaires à propos du Budget principal des dépenses et du Budget supplémentaire des dépenses (C) et vous dire en quoi ils concernent le portefeuille. Comme vous le voyez, le budget principal prévoit 3,75 milliards de dollars au titre des autorisations de dépenses pour 2016-2017. Cela représente une augmentation nette de 97,8 millions de dollars par rapport au budget de 2015-2016.

Les augmentations de financement de 249 millions de dollars pour 2016-2017 concernent essentiellement les programmes liés à la santé des Premières Nations et des Inuits, ainsi que la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Vous remarquerez dans le programme une diminution de 151 millions de dollars due surtout à l'élimination graduelle de certains financements. Je serais heureuse de répondre à vos questions à ce sujet.

Le budget principal des Instituts de recherche en santé du Canada prévoit un peu plus d'un milliard de dollars au titre des autorisations de dépenses pour 2016-2017, soit une augmentation nette de 17 millions de dollars par rapport à 2015-2016. Cette augmentation

nette concerne essentiellement des contributions à des projets financés au terme du Fonds d'excellence en recherche Apogée Canada et aux Centres d'excellence en commercialisation et en recherche.

Le budget principal de l'Agence de la santé publique du Canada prévoit 589,7 millions de dollars, soit une augmentation de 22,5 millions de dollars par rapport au budget de 2015-2016. L'augmentation servira principalement à financer les contre-mesures médicales pour la variole et l'anthrax, et l'initiative de préparation et d'intervention en cas de crise d'Ebola pour 2016-2017. L'accroissement du financement de l'agence de 13,7 millions de dollars dans le Budget supplémentaire des dépenses (C) pour 2015-2016 sert principalement à financer le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques. Il sert également à financer les mesures prises face à la crise des réfugiés syriens et la mise sur pied du Centre canadien d'innovation sur la santé du cerveau et le vieillissement.

Les dépenses autorisées aux termes du Budget principal des dépenses de 2016-2017 pour l'Agence canadienne d'inspection des aliments s'élèvent à 739,7 millions de dollars, soit une augmentation nette de 41,5 millions de dollars par rapport à 2015-2016.

[Français]

Les principaux éléments qui contribuent à ce financement incluent l'Initiative visant les infrastructures fédérales qui renouvellera et mettra à niveau les biens et les infrastructures de l'ACIA. Ils incluent également la poursuite du travail dans le cadre de la Plateforme de prestation électronique de services qui offrira des technologies et des outils pour l'industrie, pour des partenaires commerciaux et internationaux et pour les inspecteurs et le personnel de l'ACIA. Cela inclura un financement qui servira à renforcer le système de surveillance et de salubrité des aliments du Canada.

[Traduction]

Les dépenses proposées permettront au gouvernement de s'attacher aux priorités importantes en vue d'améliorer les résultats en matière de santé pour tous les Canadiens.

Comme il s'agit de ma première comparution devant le Comité, j'aimerais prendre quelques minutes pour vous parler d'autres priorités du portefeuille de la santé.

S'agissant de la réforme du système de santé, vous savez tous autant que moi qu'un système public universel de soins de haute qualité est un fondement essentiel d'un Canada fort et prospère. Or, cela fait plus d'une décennie que les ministères de la santé du pays ne se sont pas rencontrés pour élaborer un plan destiné à améliorer les soins offerts aux Canadiens. Il est vital de rétablir le rôle que joue le gouvernement fédéral en tant que partenaire essentiel pour appuyer un système de santé plus souple, innovant et à prix abordable.

• (1545)

[Français]

Je crois qu'en travaillant ensemble, nous pouvons apporter un réel changement au système de soins de santé, afin que les Canadiens et les Canadiennes puissent continuer à avoir accès à des soins durables et de grande qualité.

Dans cette optique, j'ai rencontré les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux en janvier à Vancouver afin de lancer la discussion concernant un nouvel accord à long terme sur la santé.

[Traduction]

Nous avons discuté d'un plan visant à oeuvrer collectivement et à appuyer une réforme du système de santé qui le rendrait plus accessible et plus adapté aux soins dont ont besoin les Canadiens. Comme première étape importante, nous nous sommes entendus sur les principaux secteurs dans lesquels les mesures de réforme apporteront de vrais changements. Nous allons nous pencher sur des moyens de faciliter l'accès à des médicaments moins chers. Nous allons explorer des approches afin que davantage de services offerts par les institutions, comme les soins à domicile et les soins palliatifs, soient désormais offerts dans la collectivité. Nous allons chercher à améliorer l'accès à des soins de santé mentale de haute qualité dans tout le pays. Nous allons également voir s'il est possible d'adopter et de généraliser dans tout le pays des innovations prometteuses dans l'organisation et la prestation des services de soins de santé.

Le ministère redoublera d'efforts — et il le fait déjà d'ailleurs — pour appuyer le travail mené à cette fin. Parallèlement, nous collaborons avec les provinces et les territoires afin d'élaborer les meilleures approches face à ces problèmes. Même si, comme vous le savez, la prestation des soins de santé relève essentiellement des provinces et des territoires, le gouvernement fédéral peut accomplir certaines tâches pour appuyer les provinces et les territoires dans les efforts qu'ils déploient pour réformer le système de soins de santé. Nous allons d'ailleurs étudier soigneusement de quelle façon l'action et l'influence du gouvernement fédéral peuvent accélérer les progrès dans ces domaines de priorités partagées.

Je pense par exemple au rôle que nous pouvons jouer pour réglementer les médicaments et à l'appui que nous pouvons offrir pour que les organismes de santé pancanadiens puissent accélérer les progrès. Nous allons voir de quelle façon les investissements de 3 milliards de dollars qu'a promis le gouvernement au cours des prochaines années dans les services de soins à domicile peuvent être mis en oeuvre le plus efficacement possible. Je suis emballée par les possibilités que cette action présente et je me réjouis à la perspective de collaborer avec mes homologues provinciaux et territoriaux pour établir nos priorités en matière de santé.

[Français]

Au début de l'été, je les rencontrerai de nouveau pour dresser le bilan des progrès accomplis. Au final, j'espère trouver un terrain d'entente en vue d'élaborer un plan qui transformera et renforcera notre système de soins de santé financé par l'État.

[Traduction]

Nous savons déjà, en matière de recherche, ce qu'il faut faire pour améliorer le système de santé. La recherche est essentielle pour améliorer la qualité des soins et faire en sorte que les Canadiens en aient pour leur argent.

[Français]

Le gouvernement du Canada a fait d'importants investissements en recherche en santé pour permettre l'acquisition de nouvelles connaissances sur la santé. Ces connaissances influencent les pratiques exemplaires et donnent lieu à des améliorations du système de soins de santé.

[Traduction]

À cet égard, nous nous appuyons sur la collaboration qui existe déjà avec nos partenaires provinciaux et territoriaux dans des initiatives telles que la Stratégie de recherche axée sur le patient du Canada, que l'on connaît sous son acronyme la SRAP. Comme vous le savez peut-être, il s'agit d'une coalition nationale qui se consacre à l'innovation dans l'ensemble du Canada. Elle vise à favoriser des

soins de santé fondés sur des données probantes en instaurant dans les points de service des méthodes de diagnostic et de thérapie innovatrices.

S'agissant de la santé autochtone, ceux d'entre nous qui sommes parents savons que nous voulons que nos enfants aient les meilleures possibilités dans la vie. Je veux parler notamment de l'accès à une bonne éducation, à des aliments nutritifs et à l'eau potable, à un toit et à des soins de santé de qualité. Ce sont des conditions de vie essentielles auxquelles est en droit de s'attendre chaque enfant canadien.

Il ne fait aucun doute que dans de nombreuses communautés des Premières Nations et d'Inuits, les conditions sanitaires sont déplorablement et qu'il faut s'en occuper. Mais comme ces problèmes se sont développés sur plusieurs générations, on ne va pas pouvoir les régler du jour au lendemain. Mais en tant que médecin, mère et canadienne, je trouve profondément troublant que de telles situations existent dans une nation aussi riche que la nôtre.

[Français]

L'histoire nous a démontré qu'une approche descendante ne nous mène nulle part lorsqu'il s'agit de combler ces écarts. Cela exigera l'établissement de partenariats avec les dirigeants des Premières Nations et des Inuits. Cela nécessitera du respect et de l'écoute.

Dans le discours du Trône, notre gouvernement a réaffirmé son engagement quant à la mise en place d'une relation de nation à nation avec les Autochtones. J'ai été touchée par cet esprit de partenariat et je m'engage à travailler avec les Premières Nations, les provinces et les territoires, et avec les fournisseurs de services de soins de santé de première ligne.

● (1550)

[Traduction]

Comme vous le savez peut-être, le ministère investit déjà plus de 2,5 milliards de dollars par an dans la santé des Premières Nations et des Inuits. Toutefois, pour modifier les résultats en matière de santé, il faut considérer un bien-être vraiment global qui couvre tous les aspects physiques, mentaux, émotionnels et spirituels de la santé. Un volet important du processus de guérison sera la mise en œuvre des appels à l'action faits par la Commission de vérité et de réconciliation. Je crois qu'en travaillant ensemble, nous pouvons combler ces lacunes. En tant que ministre de la Santé, je me suis personnellement engagée à amorcer immédiatement ces changements et à faire en sorte que les actions menées soient pérennes.

Autre sujet, les habitudes de vie et d'alimentation saines.

[Français]

L'inactivité physique, les mauvaises habitudes alimentaires et les blessures demeurent importantes. Chaque année, elles amènent de plus en plus de Canadiens et Canadiennes à rendre visite à leur médecin ou à se rendre à l'hôpital.

Faire la promotion d'une vie active et saine ainsi que prévenir les blessures et les maladies reste au coeur des efforts du gouvernement fédéral pour aider les Canadiens et Canadiennes à...

[Traduction]

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Je suis désolé, monsieur le président, mais avec tout le respect que je dois à la ministre, le Règlement du Comité donne à chaque témoin 10 minutes pour faire l'exposé liminaire. Cela s'applique à tous, qu'on soit ministre ou pas. Par respect pour la ministre, nous lui avons déjà accordé 15 minutes, mais lorsque je vois les pages qui restent, je crois que cela va prendre beaucoup plus de temps et qu'il en restera d'autant moins pour les questions, qui sont le sujet de la séance. Je demande donc respectueusement à la ministre de conclure.

Le président: Oui, si c'est possible. Ce que vous nous dites est très intéressant, mais nous voudrions aussi poser des questions. Si vous pouviez conclure, nous vous en saurions gré.

L'hon. Jane Philpott: Merci beaucoup. Je vais le faire et je serais heureuse de vous donner d'autres détails.

Il y a deux autres thèmes que je voulais aborder, la politique raisonnable sur les médicaments — n'hésitez pas à me poser des questions à ce sujet — et l'aide médicale à mourir et les réformes juridiques correspondantes.

Je voulais terminer par quelques commentaires d'ordre personnel. Est-ce que vous nous permettez de les faire? À part ce que je dis dans mes notes, je voulais vous parler de mes intentions au plan des rapports que je souhaite avoir avec le Comité et ce que j'attends de lui en échange.

J'aimerais prendre trois engagements. Premièrement, être honnête dans mes rapports avec le Comité de la santé. Il y aura des moments, y compris aujourd'hui, où je n'aurai pas de réponses à vos questions. Je chercherai ces réponses. Je vous informerai de l'orientation que nous prenons, mais je m'engage à être ouverte et transparente.

Deuxièmement, faire preuve de responsabilité. Le premier ministre m'a indiqué très clairement qu'en tant que ministre, je dois vous rendre des comptes. Il y a une hiérarchie des responsabilités à respecter et j'observerai la consigne que m'a donnée le premier ministre, de vous rendre des comptes.

Troisièmement, je m'engage à être juste en répondant aux besoins des Canadiens et aux besoins du Comité de la santé, et à être juste envers vous, qui êtes mes collègues à la Chambre des communes. J'ai l'intention de rester toujours juste.

Voici maintenant les trois demandes que je vous fais. Je vous demande d'abord d'être pragmatiques dans votre action, de rechercher ce qui peut être fait. Je compterai sur vous pour mener des travaux très importants au cours des années à venir.

Deuxièmement, je vous demanderai de faire preuve de collaboration. Je suis ravie que tous les partis soient représentés au Comité et je vous encourage à collaborer les uns avec les autres aux fins d'efficacité et en pensant à ce que vous laisserez derrière vous.

L'avenir est extrêmement prometteur. Les travaux que vous envisagez déjà sont d'une importance capitale. L'important n'est pas nécessairement que l'on se souvienne de vous comme membres de ce comité, mais de l'héritage que vous allez laisser. En quoi le travail que vous aurez accompli changera pour le mieux le Canada et les Canadiens dans le domaine de la santé? Je vous encourage à y réfléchir et je serais heureuse de répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup.

J'aimerais également ajouter une petite note personnelle. J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article paru dans le *Globe and Mail* sur vous et sur certaines de vos initiatives. Sachez que j'ai encore plus de respect et d'admiration pour vous, et je suis convaincu que vous ferez de l'excellent travail.

Vous avez parlé de pragmatisme, et je peux vous assurer que nous sommes un groupe pragmatique. Nous collaborons. Naturellement, nous ne pouvons pas toujours nous entendre sur tout, mais nous éprouvons du respect les uns pour les autres, et j'ignore si nous laisserons un héritage ou non. Cela reste à voir. Cela dit, je vous remercie infiniment pour vos observations et votre travail.

Nous allons maintenant amorcer la période de questions. Monsieur Kang, c'est vous qui ouvrez le bal. Vous disposez de sept minutes.

● (1555)

M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.): Merci, monsieur le président. Merci, madame la ministre.

Dans votre déclaration, vous avez parlé des soins palliatifs. Ces soins sont très importants pour les Canadiens qui en ont besoin. Quelles sont les mesures prises pour assurer un meilleur accès aux soins palliatifs, et comment entendez-vous améliorer les options en matière de soins palliatifs qui sont actuellement à la disposition des patients? Comment vous y prendrez-vous pour collaborer avec les provinces afin de faciliter l'accès aux soins palliatifs et d'améliorer les options offertes aux patients qui en ont besoin?

L'hon. Jane Philpott: Je vous remercie d'aborder cette question de la plus haute importance.

À mon avis, la question des soins palliatifs intéresse énormément les Canadiens. J'ai justement hâte d'entendre vos réflexions et vos recommandations à ce sujet.

Cette question a été soulevée lors de la réunion avec les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux que nous avons tenue en janvier dernier. Les soins palliatifs suscitent beaucoup d'intérêt, et je pense qu'on peut dire que cet intérêt découle en partie du projet de loi sur l'aide médicale à mourir que nous nous apprêtons à déposer. Cela montre aux Canadiens que notre pays aurait pu faire mieux. En fait, dans bien des cas, les Canadiens n'ont pas accès aux soins palliatifs qu'ils méritent et dont ils ont besoin.

À l'instar de mes collègues des provinces et des territoires, j'ai l'intention d'accorder une grande importance aux soins palliatifs dans le cadre des discussions entourant l'accord sur la santé. Je crois qu'il s'agit d'une excellente occasion de changer les choses. Vous savez sans doute que nous nous sommes engagés à investir 3 milliards de dollars supplémentaires dans les soins à domicile, et une bonne partie de cette somme pourrait, en fait, être consacrée aux soins palliatifs. J'aimerais d'ailleurs avoir vos commentaires là-dessus.

Comme vous le savez, à l'avenir, la prestation des soins de santé continuera de relever des provinces et des territoires, mais le gouvernement fédéral s'est engagé à donner suite aux idées novatrices proposées partout au pays. Je sais qu'il y a de nombreux endroits au pays où on s'occupe adéquatement des soins palliatifs. Nous effectuerons donc des investissements pour nous assurer que ces bonnes idées se répandent à l'échelle du pays.

M. Darshan Singh Kang: Y a-t-il des études qui ont été réalisées? Vous avez évoqué les soins à domicile. A-t-on effectué des études à ce sujet? Je suis certain que cela pourrait permettre de réduire les délais d'attente dans les hôpitaux. Sait-on dans quelle mesure des soins à domicile efficaces permettraient de réduire les délais d'attente?

L'hon. Jane Philpott: C'est une excellente question.

D'ailleurs, j'encouragerais tous les membres du Comité, si ce n'est pas déjà fait, à lire un livre remarquable écrit par le Dr Atul Gawande, qui s'intitule *Being Mortal*. C'est l'une des façons les plus accessibles d'aborder la question des soins palliatifs. Ce livre relate des faits.

Il existe beaucoup d'autres données scientifiques, et peut-être que le Dr Beaudet pourrait en parler. Toutefois, il a été démontré à plusieurs reprises que les soins palliatifs étaient moins dispendieux, rendaient les patients plus heureux et plus confortables, et devinez quoi? Dans bien des cas, ils prolongent la durée de vie des patients. Lorsque les gens cessent de vouloir se battre contre la maladie, qu'ils reconnaissent qu'ils se sentiraient mieux et qu'ils prennent des mesures pour mettre fin à leur traitement, ils vivent en fait plus longtemps, ce qui est très intéressant.

Je ne sais pas si vous aviez quelque chose à ajouter là-dessus, Alain.

Dr Alain Beaudet (président, Instituts de recherche en santé du Canada): Seulement aux IRSC, nous investissons dans la recherche sur les soins palliatifs et nous examinons une série de questions associées aux soins palliatifs. De concert avec plusieurs partenaires, nous avons récemment investi 16,5 millions de dollars dans une initiative intitulée « L'Initiative sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie » afin d'examiner ces questions.

Les retombées de ces investissements contribuent réellement à améliorer les choses au sein du système de santé. Par exemple, les travaux de recherche menés par les Drs Kirk et Lau sur l'échelle de performance pour soins palliatifs ont permis d'établir les nouveaux critères d'admissibilité au Programme de prestations pour soins palliatifs de la Colombie-Britannique.

M. Darshan Singh Kang: Merci, monsieur.

Ma prochaine question porte sur les Premières Nations. Pourriez-vous nous parler du programme Nutrition Nord qui est actuellement en place au sein des collectivités du Nord? Comment entendez-vous élargir ce programme?

L'hon. Jane Philpott: Comme vous le savez, cela faisait partie de nos engagements électoraux. Je compte collaborer avec Mme Bennett, la ministre des Affaires autochtones et du Nord.

L'idée ici est de couvrir les coûts des aliments sains qui sont expédiés aux collectivités nordiques isolées. Nous avons déjà effectué des investissements à ce chapitre, et nous continuerons de le faire.

Siddika, seriez-vous à l'aise de nous parler du programme Nutrition Nord?

• (1600)

Dre Siddika Mithani (présidente, Agence de la santé publique du Canada): Pas pour l'instant, madame la ministre, mais nous pourrions certainement fournir plus de détails là-dessus en temps utile.

Greg, voudriez-vous...

L'hon. Jane Philpott: Auriez-vous quelque chose à ajouter, Greg?

Dr Gregory Taylor (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Du point de vue de la santé publique, évidemment, il s'agit d'une question de la plus haute importance, en raison de la distance, et l'Agence est disposée à jouer un rôle de soutien.

M. Darshan Singh Kang: Pourriez-vous nous dire de quelle façon vous comptez élargir ce programme?

M. Simon Kennedy (sous-ministre, ministère de la Santé): Je tiens à préciser, monsieur le président, que la prestation du programme relève en grande partie d'AANC, et que Santé Canada n'a qu'un petit rôle à jouer là-dedans. Nous offrons des conseils stratégiques sur les aliments qui devraient être admissibles et sur ce qui constitue une alimentation saine, et ainsi de suite.

Dans le budget, nous avons reçu une petite partie du financement, parce que nous prenons part à cette initiative. Toutefois, le programme est en grande partie la responsabilité du ministère des Affaires autochtones et du Nord.

M. Darshan Singh Kang: Avez-vous tenu des consultations auprès de nos collectivités septentrionales à ce sujet?

L'hon. Jane Philpott: Nous avons eu des discussions préliminaires avec des chefs autochtones de partout au pays sur divers sujets. La question de la nutrition a été soulevée dans une certaine mesure. Comme vous le savez, les collectivités autochtones sont aux prises avec de nombreux problèmes de santé. Lorsqu'on parle du programme de nutrition, par exemple, comme le sous-ministre l'a dit, il relève en grande partie de la ministre Bennet, mais il est évident que l'accès à des aliments sains joue un rôle extrêmement important dans le maintien d'une bonne santé.

M. Darshan Singh Kang: Ma prochaine question porte sur la santé mentale. Le programme de nutrition pourrait-il être lié à la santé mentale également? Selon vous, les services de santé mentale offerts dans les régions éloignées sont-ils adéquats? Quelles améliorations, s'il y a lieu, pourrait-on apporter aux services de santé mentale des régions éloignées?

L'hon. Jane Philpott: C'est une question très importante et évidemment très opportune, compte tenu de ce qui a été rapporté récemment dans les médias. Pour répondre à votre question, je dirais que de nombreuses régions n'ont pas accès à des services de santé mentale efficaces et de qualité. En fait, le manque de ressources en santé mentale est l'une de nos plus grandes lacunes au chapitre des soins de santé. Il est essentiel d'améliorer cet aspect, ne serait-ce que pour notre propre bonheur et bien-être, sans compter qu'on estime à près de 10 milliards de dollars la perte de productivité au travail attribuable aux maladies mentales. Par conséquent, pour toutes ces raisons, nous devons agir.

Cette situation se reflète en particulier chez les collectivités autochtones, et vous avez parlé du fait que l'alimentation des gens pouvait avoir une incidence sur leur santé mentale. On entend toutes sortes de choses au sujet des collectivités éloignées, notamment le fait que les enfants n'ont pas accès à des installations de loisirs. Bon nombre de ces collectivités, selon le moment de l'année, n'ont pas de patinoire ni de piscine ni aucun autre lieu récréatif, et cela a des répercussions énormes sur la santé mentale. La santé mentale des collectivités éloignées est probablement l'un des besoins les plus pressants dans le domaine de la santé au pays. Qu'on le veuille ou non, il s'agit d'un dossier urgent qu'on nous exhorte à régler rapidement.

Évidemment, nous voulons amener l'ensemble du gouvernement à s'intéresser à cet enjeu, mais comme je l'ai dit plus tôt, la santé mentale occupera une grande place dans notre accord sur la santé. Nous avons de très bonnes idées sur la façon d'améliorer l'accès aux services de santé mentale. Nous allons former un comité consultatif sur la question. La santé mentale est une question de la plus haute importance, et vous êtes des personnes intelligentes avec d'excellentes idées. Si vous avez de bonnes idées à nous proposer sur la santé mentale en particulier, ou si vous comptez vous pencher là-dessus, n'hésitez pas à nous en faire part. C'est un dossier qui nous tient particulièrement à coeur, et nous voulons bien faire les choses.

Le président: Monsieur Carrie, vous avez la parole.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci, monsieur le président.

Tout d'abord, je tiens à remercier la ministre d'être des nôtres aujourd'hui. D'ailleurs, est-ce que vous restez avec nous pendant toute la durée des deux heures?

L'hon. Jane Philpott: Je devrai me sauver à un moment donné. Malheureusement, je ne peux pas rester pendant toute la séance, en partie à cause de la crise qui sévit dans le Nord de l'Ontario. Je dois accorder une entrevue à des journalistes, mais mon équipe restera avec vous, et je serais heureuse de comparaître de nouveau devant le Comité.

M. Colin Carrie: Nous aimerions que vous demeuriez avec nous le plus longtemps possible pour que nous puissions amorcer une série de questions.

L'hon. Jane Philpott: Je vais rester tant et aussi longtemps qu'on ne viendra pas me tirer d'ici.

M. Colin Carrie: Nous allons donc tout de suite commencer.

•(1605)

L'hon. Jane Philpott: Félicitations, soit dit en passant. Si je ne me trompe pas, vous êtes le nouveau porte-parole en matière de santé de votre équipe?

M. Colin Carrie: C'est exact. Merci beaucoup.

Lorsque nous étions au pouvoir, madame la ministre, nous accordions la priorité à la santé et à la sécurité des Canadiens. J'ai parcouru votre lettre de mandat, et on n'en faisait pas mention. Je voudrais seulement mettre les choses au clair; s'agit-il toujours de votre priorité numéro un?

L'hon. Jane Philpott: La santé et la sécurité des Canadiens...?

M. Colin Carrie: Oui.

Hon. Jane Philpott: Absolument.

M. Colin Carrie: Nous avons constaté qu'en janvier dernier, vous avez autorisé l'ouverture d'un deuxième centre d'injection supervisée. Je me demandais si vous pouviez nous en dire davantage à ce sujet. À votre avis, y a-t-il réellement une manière sécuritaire de s'injecter dans le bras l'héroïne qu'on trouve dans la rue, à laquelle on a pu ajouter n'importe quoi, comme du kérosène, par exemple?

L'hon. Jane Philpott: Je suis très heureuse que vous souleviez la question. Comme vous le savez, j'appuie fortement les centres de consommation supervisée. Je suis non seulement un médecin, mais j'ai aussi un diplôme en santé publique. Je considère que les gens qui sont aux prises avec une dépendance aux substances illicites telle que l'héroïne doivent être traités du point de vue de la santé publique, parce que c'est un problème de santé. C'est une dépendance.

J'étais ravie qu'on accorde une exemption pour ce centre. La raison pour laquelle j'estime qu'il est important... Vous avez demandé s'il y avait une façon sécuritaire de s'injecter de l'héroïne. Laissez-

moi vous dire qu'il y a assurément des façons non sécuritaires de le faire. Il y a un grave problème de dépendance partout au pays, en particulier aux opioïdes. Il a été démontré à maintes reprises que les sites de consommation supervisée peuvent sauver des vies. Je pourrais demander à mes collègues de la santé publique de vous le confirmer.

Il n'y a rien de plus épouvantable que de parler à des parents dont l'enfant était dépendant et est mort d'une surdose accidentelle. Si nous pouvons trouver des solutions qui peuvent sauver des vies, alors je vais tout faire pour qu'elles se concrétisent. Un centre d'injection supervisée peut assurément contribuer à prévenir les infections, car il est très risqué d'utiliser une seringue souillée dont l'aiguille pourrait être infectée par l'hépatite C ou le sida. Et c'est aussi une bonne façon pour les gens qui sont aux prises avec une dépendance d'accéder à des services de santé.

Lorsque je travaillais à Insite, j'étais émue aux larmes de voir la façon dont on s'occupait des gens qui vivaient dans la rue et qui venaient chercher des soins. On ne les jugeait pas et on leur disait: « Si vous avez besoin de quoi que ce soit, nous sommes ici pour vous aider. Si vous voulez parler à l'un de nos conseillers, c'est possible. Si vous souhaitez avoir accès à un logement plus sûr, nous pouvons vous aider. »

M. Colin Carrie: Je suis d'accord avec vous, madame la ministre, mais la question est de savoir s'il y a une façon sécuritaire de s'injecter l'héroïne qui est vendue dans la rue. Vous êtes médecin et vous venez de Markham—Stouffville, et je suis certain que vous avez déjà travaillé à l'urgence. Si quelqu'un venait vous voir avec une substance inconnue dans une fiole en vous demandant de superviser son injection, le feriez-vous?

L'hon. Jane Philpott: C'est peut-être un peu provocateur...

M. Colin Carrie: Non, c'est correct. J'étais simplement curieux d'entendre ce que vous aviez à dire.

L'hon. Jane Philpott: Mon mandat est de veiller à ce que les Canadiens puissent mener une vie plus saine et plus sécuritaire. Je pense que nous devons être conscients du fait que des gens s'injectent de l'héroïne. Effectivement, il y a des façons plus sécuritaires de le faire et des façons moins sécuritaires. Est-ce que je préférerais que les gens n'en consomment pas du tout? Évidemment, mais ce n'est pas la réalité. Alors, s'ils sont pour le faire, je préférerais qu'ils le fassent de façon sécuritaire, d'une manière qui ne les infectera pas d'une maladie ou qui ne causera pas leur mort, et idéalement, d'une manière qui pourrait les amener à réduire leur consommation petit à petit et à gérer leur dépendance.

Ce n'est peut-être pas facile à comprendre pour tous les Canadiens qu'il s'agit de la voie à suivre, mais j'appuie entièrement cette méthode. J'estime qu'il est très important pour nous, au Canada, de s'attaquer à cette crise liée à la dépendance aux opioïdes partout au pays.

M. Colin Carrie: Je pense que la majorité des gens serait d'accord avec vous là-dessus. Vous avez dit très clairement qu'il fallait endiguer la crise des opioïdes, ce que nous avons trouvé curieux, car je crois que c'est la semaine dernière qu'il y a eu un processus réglementaire au sujet des opioïdes résistants à l'altération. Vous devez savoir, madame la ministre, que les Canadiens sont les plus grands consommateurs de ces drogues au monde. Disons qu'il y avait une façon d'aller de l'avant dans ce dossier, et vous avez reculé. À mon avis, il faudrait rendre tous les opioïdes résistants à l'altération, peu importe la sorte, par exemple le fentanyl.

Je crois que vous savez que quand les consommateurs d'OxyContin ne peuvent pas obtenir cette drogue, ils se tournent vers l'héroïne. Nous parlons de la santé et de la sécurité des Canadiens. Pensez-vous vraiment que votre façon de procéder aidera à améliorer la santé et la sécurité des Canadiens?

•(1610)

L'hon. Jane Philpott: Je présume que vous voulez surtout que je réponde à la question des médicaments résistants à l'altération. Je le répète, ces dossiers vont parfois à l'encontre de l'intuition. Votre réaction instinctive peut être que s'il est possible de fournir un médicament résistant à l'altération, c'est la règle qu'on devrait appliquer. Cela dit, il faut parfois examiner les faits d'un peu plus près. Je suis heureuse que nous puissions adopter une approche globale quant à la politique en matière de drogues. Cette approche globale comporte de nombreux volets, comme la sensibilisation des prescripteurs, de la population et des professionnels de la santé. Elle comprend aussi la réduction des méfaits chez les personnes.

Cependant, par rapport à la résistance à l'altération, il s'est produit quelque chose de très intéressant. En 2012, les premiers produits d'OxyContin résistants à l'altération ont été lancés sur le marché. En conséquence, la plupart des provinces — pas toutes, mais la plupart — ont inclus seulement la version résistante à l'altération dans leur politique en matière de drogues. À peu près en même temps — et c'est bien documenté —, il y a eu une augmentation de la consommation illicite d'autres substances, en particulier du fentanyl, qui est maintenant le plus grand problème au Canada.

M. Colin Carrie: C'est ce que je disais. Si nous ne voulons pas que les Canadiens utilisent ces drogues — nous sommes les plus grands consommateurs au monde —, n'est-il pas plus logique de les rendre toutes résistantes à l'altération parce que...

L'hon. Jane Philpott: J'aimerais que ce soit possible que la résistance à l'altération soit impossible à contourner, mais en réalité...

M. Colin Carrie: Mais compte tenu du détournement et puisque les éléments criminels ont accès à ces prescriptions de tous les côtés, ne croyez-vous pas que ce serait plus sage que cette offre n'existe pas?

L'hon. Jane Philpott: Ce serait sage si cela fonctionnait, mais l'introduction de produits résistants à l'altération cause simplement l'augmentation de la consommation d'autres produits offerts sur le marché. On ne peut pas adopter une approche singulière pour une drogue. Comme vous le savez peut-être, le fentanyl doit être administré de manière transdermique, mais dans de nombreux cas — et mes collègues médecins ici aujourd'hui peuvent le confirmer —, le produit est altéré et injecté ou obtenu autrement.

Je le répète, je suis très satisfaite des conseils que j'ai reçus des gens de mon ministère à ce sujet. Je suis tout à fait convaincue que nous sommes sur la bonne voie.

Je ne sais pas si quelqu'un... Voulez-vous répondre? Mon sous-ministre est un grand expert dans ce domaine...

M. Simon Kennedy: Je n'irais peut-être pas jusque-là.

L'hon. Jane Philpott: ... je vais donc lui céder la parole.

M. Colin Carrie: Monsieur Kennedy, sans vouloir vous insulter, vous serez ici encore pendant une heure. La ministre doit partir, et j'ai une autre question au sujet de la Loi sur le respect des collectivités.

Le président: Disiez-vous quelque chose, monsieur...

Une voix: Je croyais que vous aviez dit que le temps était écoulé.

Le président: Oui, le temps est écoulé.

Monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci.

Je vous souhaite la bienvenue, madame la ministre, et je remercie vos collaborateurs de leur présence. J'aimerais parler d'abord des grandes questions qui touchent les soins de santé au Canada, en commençant par l'accord sur la santé.

Comme vous le savez, les conservateurs ont imposé unilatéralement un accord sur la santé de 10 ans en 2014, avec une formule qui comprenait un facteur d'indexation de 6 % pour les trois premières années, jusqu'en 2017, après quoi le taux était réduit à 3 % pour les sept années suivantes. Votre lettre de mandat, bien sûr, vous appelle à négocier un nouvel accord. J'ai demandé au Bureau du directeur parlementaire du budget d'examiner votre budget et votre cadre financier, et on m'a confirmé qu'aucune somme n'était affectée, ni dans le budget ni dans le cadre financier, à une augmentation du facteur d'indexation après 2017.

Durant la campagne électorale, c'est très connu que votre chef a dit aux Canadiens qu'on ne pouvait pas avoir le système de soins de santé de Tommy Douglas avec le budget de Stephen Harper.

Votre gouvernement va-t-il augmenter le facteur d'indexation après 2017 ou allez-vous adopter le facteur pour le transfert en matière de santé proposé par les conservateurs?

L'hon. Jane Philpott: Merci de la question.

Premièrement, comme vous le savez, je ne prends pas les décisions toute seule en ce qui touche le Transfert canadien en matière de santé. Je participerai à la discussion, évidemment, tout comme d'autres ministres de la Santé, mais ce sont vraiment les ministres des Finances et les premiers ministres de tout le pays qui décideront la taille du transfert. J'ai certainement discuté avec mes homologues, qui s'intéressent, bien sûr, notamment au facteur d'indexation et au transfert complémentaire démographique.

Nous avons déclaré qu'il y aurait une entente de financement à long terme, mais nous n'avons pas encore précisé la nature de cet engagement.

Deuxièmement, nous tenons à la transformation du système, et bien que je reconnaisse que l'argent n'est pas la seule façon d'arriver à cette fin, idéalement — et dans les meilleurs des cas —, l'argent peut aider à acheter le changement et à inciter les gens à changer. Les questions de ce genre occuperont beaucoup de place dans mes discussions avec mes homologues.

Troisièmement, sur la question de savoir si cela se trouve dans le budget ou non, je peux vous dire que nous nous sommes engagés à investir 3 milliards de dollars dans les soins à domicile. Ces fonds seront là. Qu'ils apparaissent ou non en ce moment dans le cadre financier au Bureau du directeur parlementaire du budget, c'est un engagement que nous comptons respecter.

•(1615)

M. Don Davies: Puis-je aborder ce sujet?

Merci, vous avez anticipé ma prochaine question. Durant les élections fédérales, le Parti libéral a promis aux Canadiens qu'un gouvernement libéral investirait 3 milliards de dollars sur quatre ans dans les soins à domicile. Nous sommes maintenant dans la première année d'un mandat de quatre ans, et votre budget de cette année ne compte pas un seul sou pour les soins à domicile.

Ma question comporte deux volets. D'abord, où sont les fonds pour la première année de financement des soins à domicile?

Tout le monde a aussi entendu votre chef parler des promesses reportées, et il semblait s'y opposer. Je n'arrive pas à trouver une seule mention des 3 milliards de dollars, non seulement dans la première année, mais dans toutes les années de votre cadre financier. Pouvez-vous me montrer, dans le budget ou dans le cadre financier, où se trouvent les 3 milliards de dollars que vous avez promis?

L'hon. Jane Philpott: Quand je parle aux Canadiens de l'argent que le gouvernement fédéral transfère aux provinces, une des choses qui les intéresse beaucoup, c'est que nous sachions ce que cet argent va accomplir. Beaucoup se demandent: s'il y a de nouveaux investissements, comment saurons-nous où les fonds seront utilisés et quel sera leur apport dans le système?

Je pense que nous avons la possibilité d'inclure les 3 milliards de dollars dans le budget et de déclarer que nous allons trouver plus tard comment dépenser cet argent. Je ne crois pas qu'il aurait été responsable de notre part d'agir ainsi. Je suis très heureuse que nous ne l'ayons pas encore inscrit au budget. Il y aura un autre budget l'an prochain. D'ici là, je dois avoir des conversations importantes avec les ministres de la Santé des provinces et des territoires. Soyez assuré que je vais faire appel au ministre des Finances pour m'aider dans ce dossier.

M. Don Davies: Très bien, d'accord.

J'aimerais parler de l'assurance-médicaments. Presque un quart des ménages canadiens déclare avoir de la difficulté à payer le prix des médicaments sur ordonnance. Plus d'un Canadien sur dix dit qu'il ne remplit pas ses ordonnances parce qu'il n'a pas l'argent nécessaire.

Le Canada est le seul pays au monde doté d'un système de santé universel — le seul de nombreux pays — qui ne fournit pas une assurance-médicaments universelle. Vous avez dit dans votre exposé, et je suis d'accord avec vous, qu'au Canada, les gens doivent obtenir les soins et les médicaments dont ils ont besoin, peu importe leur capacité de payer. Ce n'est pas ce qui se produit au Canada à l'heure actuelle en ce qui touche les médicaments sur ordonnance.

Votre gouvernement s'est engagé à participer à l'initiative pancanadienne pharmaceutique, qui vise l'achat en vrac et une liste nationale, et je vous en félicite. Vous aurez notre appui. Or, ces initiatives n'ont pas pour résultat que tous les Canadiens obtiennent les médicaments dont ils ont besoin. Seriez-vous prêts à instaurer un régime national d'assurance-médicaments universel durant le mandat actuel afin que tous les Canadiens obtiennent les médicaments dont ils ont besoin?

L'hon. Jane Philpott: Je vous remercie de défendre cette cause, car je m'y intéresse beaucoup. J'en ai parlé à d'autres et je suis très heureuse que vous poursuiviez le travail dans ce dossier. Je crois comprendre que le Comité examinera la question. C'est excellent.

J'ai sincèrement hâte de prendre connaissance de votre rapport et de découvrir vos idées sur la forme que pourrait prendre l'assurance-médicaments au Canada. Cela dit, vous savez que cette question ne fait pas partie de mon mandat actuel. Ce que le premier ministre m'a demandé de faire pour le moment, c'est de travailler à réduire le coût des produits pharmaceutiques et de les rendre accessibles et abordables pour la population canadienne.

Je trouve cela responsable de commencer par cette première étape importante. Si nous fixions les prix aux niveaux actuels, si nous instaurions un programme d'assurance-médicaments universel tout de suite, nous nous engagerions à payer des médicaments extrêmement chers.

En réalité, il y a de nombreux leviers très intéressants. Vous voudrez peut-être poser des questions à ce sujet après mon départ aussi parce que je crois que certaines possibilités pourraient vous intéresser. Vous avez parlé de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, à laquelle nous sommes ravis de nous être affiliés comme contributeur fédéral. Or, beaucoup de travail peut être fait, par exemple, avec le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés par rapport aux règlements connexes et à la réduction des coûts. Il y a du travail à faire pour créer une liste nationale, qui n'existe pas en ce moment et qui prendra un certain temps.

Toutes ces mesures mènent... Si le Comité peut aider à démontrer le bien-fondé de la cause, je crois que j'aimerais en discuter.

M. Don Davies: Nous ferons de notre mieux. J'aimerais poser quelques questions brèves sur le projet de loi C-2. Je sais que je n'ai plus beaucoup de temps. J'approuve votre décision fondée sur des faits au sujet des sites de consommation supervisée. Je viens de Vancouver, et il est indéniable que ces sites sauvent des vies, qu'ils aident à freiner la propagation de maladies, qu'ils encouragent les gens à demander de l'aide et, de fait, qu'ils aident les gens à cesser de consommer.

Or, je ne comprends pas pourquoi, malgré vos commentaires positifs, vous avez dit très clairement que vous ne comptiez pas abroger le projet de loi C-2; toutes les parties intéressées au pays qui appuient les sites de consommation supervisée disent que le projet de loi pose des barrières inutiles à l'ouverture de tels sites. Le projet de loi compte 27 critères qui rendent l'ouverture de ces sites très difficile, ce qui était exactement, à mon avis, l'objectif du gouvernement précédent.

Pouvez-vous nous dire pourquoi votre gouvernement n'abrogerait pas cette loi si vous croyez vraiment que ces sites sauvent des vies et que nous devrions faire en sorte que ce soit plus facile, et non pas plus difficile, pour les collectivités d'en ouvrir?

• (1620)

L'hon. Jane Philpott: C'est une très bonne question. Nous suivons ce dossier de très près. Je suis d'accord avec vous qu'à première vue, on dirait... Nombreux étaient ceux qui voulaient faire abroger cette loi, et des gens continuent à me dire qu'ils voudraient qu'elle soit abrogée.

En réalité, que la loi ait été adoptée ou non, Santé Canada aurait exigé que les sites de consommation supervisée franchissent de nombreuses étapes avant de leur accorder une exemption. Ces étapes comprennent des consultations avec le chef de police et d'autres intervenants; la mise en place de mécanismes de sécurité pour surveiller, par exemple, comment les produits entrent et sortent de l'édifice et comment les aiguilles sont détruites; ainsi que l'adoption de toutes sortes de règlements.

Le fait est que les étapes supplémentaires que la loi ajoute ne sont pas considérablement plus importantes que celles qui auraient été fixées de toute façon.

Cela dit, nous sommes ravis que non seulement le Dr. Peter AIDS Centre, mais aussi Insite aient obtenu leur exemption en vertu de la loi actuelle. D'autres collectivités y travaillent aussi en ce moment.

Nous suivrons le dossier de très près. Nous sommes d'avis que les obstacles sont raisonnables. Nous avons annoncé très clairement que Santé Canada appuiera les collectivités qui voudront entreprendre ces démarches. Je vais garder l'esprit ouvert, mais à l'heure actuelle, nous ne croyons pas que la modification de cette loi devrait être une priorité puisqu'elle ne semble pas dresser des barrières infranchissables pour les municipalités.

Le président: Votre temps est écoulé.

Docteur Eyolfson, vous avez sept minutes.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci, monsieur le président.

Encore une fois, merci beaucoup à tous d'être ici. J'ai pratiqué la médecine d'urgence pendant 20 ans, et une grande partie de ma formation de sous-spécialités touchait la toxicologie et la dépendance. Comme M. Davies, je vous félicite de votre approche fondée sur des faits à la dépendance et à la réduction des méfaits.

Cela nous amène à un autre dossier très important lié à la dépendance au Canada. Votre lettre de mandat parle d'adopter des prescriptions en matière de banalisation des emballages des produits du tabac et de la réglementation semblables à celle de l'Australie et du Royaume-Uni. Quels progrès ont été accomplis sur ce plan jusqu'à maintenant?

L'hon. Jane Philpott: C'est une excellente question et, encore une fois, cela témoigne du rôle très important de la santé publique, et je suis vraiment ravie de pouvoir appuyer une approche de la santé publique fondée sur les données probantes pour des questions comme la lutte contre le tabagisme. Vous savez, le Canada était considéré comme un chef de file mondial en matière de lutte contre le tabagisme auparavant. Malheureusement, bien des pays nous ont devancés à ce chapitre ces dernières années et le Canada n'est plus nécessairement considéré comme un chef de file. Il est temps que nous reprenions la place que nous occupions sur la scène internationale.

Vous avez fait allusion au fait que la lettre de mandat comprend un certain nombre de mesures, dont l'adoption des prescriptions en matière de banalisation des emballages. Je crois être autorisée à vous dire que nous suivrons un peu plus le modèle australien à cet égard. Je suis très heureuse de dire qu'il se passe toutes sortes de choses en coulisse, mais beaucoup d'efforts sont déployés pour que nous arrivions au point où, très bientôt, nous serons capables de présenter les mesures, les modifications et les règles concernant les emballages neutres. Santé Canada travaille beaucoup à ce dossier, et nous présenterons les prochaines étapes très bientôt.

M. Doug Eyolfson: D'accord, merci.

À ce sujet, êtes-vous en mesure d'en dire davantage sur les dispositions que nous adopterons et qui sont basées sur celles de l'Australie?

L'hon. Jane Philpott: Il faudrait presque que je vous montre mes emballages. Cela a à voir en grande partie avec, par exemple, la couleur des emballages, ce qui y est inscrit et les messages de santé qui y figurent. Les compagnies ont des moyens astucieux de contourner notre réglementation actuelle. Par exemple, elles peuvent mettre de la publicité dans l'emballage. La démarche australienne répond à tous les différents moyens que les compagnies utilisaient pour passer outre aux mécanismes. Le fait est que les choses diffèrent énormément d'un endroit à l'autre au pays, de sorte qu'un

certain nombre de provinces ont agi de manière préventive et ont apporté des modifications qui contribuent mieux à la lutte contre le tabagisme. Nous espérons être en mesure d'adopter une approche uniforme, et comme je l'ai dit, nous serons probablement un chef de file mondial à cet égard.

Encore une fois, je vous incite à demander à Simon de vous donner de plus amples enseignements sur ce plan. Je ne sais pas si vous voulez le faire maintenant ou plus tard.

• (1625)

M. Doug Eyolfson: Cela importe peu. Je crois que nous allons profiter du temps durant lequel vous êtes parmi nous.

L'hon. Jane Philpott: C'est que ces gens commencent à s'ennuyer.

M. Doug Eyolfson: D'accord.

Y a-t-il des éléments concernant le Canada, dans notre marché et notre culture, qui le différencient d'autres pays comme l'Australie et le Royaume-Uni et qui pourraient faire en sorte que notre réglementation soit différente de la leur?

L'hon. Jane Philpott: Je ne suis pas certaine. Évidemment, notre culture est unique et nous tirerons des leçons des problèmes auxquels l'Australie a fait face lorsqu'elle a adopté sa réglementation. Je crois que son adoption a entraîné des contestations judiciaires, et nous tirerons des leçons de l'expérience de l'Australie à cet égard pour nous assurer que nous gérons ces problèmes et pour essayer d'éviter le plus possible qu'il y ait des contestations judiciaires. Or, de façon générale, l'Australie est considérée comme un chef de file mondial, et je pense que nous suivrons grandement son exemple.

M. Doug Eyolfson: Très bien.

Le gouvernement ou le ministère ont-ils abordé la question avec des compagnies de tabac?

L'hon. Jane Philpott: Je n'ai pas eu de conversation avec des compagnies de tabac sur la question, mais je sais que c'est le cas du ministère.

M. Doug Eyolfson: D'accord.

Il y a aussi un groupe de pression lié aux propriétaires de dépanneur, qui croient avoir perdu des revenus en raison des dispositions sur les murs neutres. Ces groupes ont-ils communiqué avec le gouvernement concernant cette question?

M. Simon Kennedy: Je l'ignore. C'est possible. À mon niveau, nous n'avons pas rencontré cette organisation.

Lorsque nous en serons au processus de réglementation et que nous aurons des ébauches de règlement, bon nombre de ces groupes ayant des intérêts voudront sans doute présenter des mémoires et des observations, mais à ce moment-ci, je ne crois pas que nous ayons reçu de l'information détaillée de la part des groupes dont vous parlez.

M. Doug Eyolfson: D'accord, merci.

Il me reste un peu de temps. Je crois avoir posé toutes les questions sur le sujet.

Par ailleurs, un élément du mandat consiste à encourager l'adoption de technologies numériques et d'un système électronique de consignation. Il y a une certaine disparité, non seulement entre les provinces, mais au sein des provinces, soit entre les différentes régions.

Est-on en train d'élaborer une stratégie pour uniformiser les règles et élaborer une démarche cohérente pour les dossiers médicaux électroniques?

L'hon. Jane Philpott: Cela m'intéresse vraiment. Je suis moi-même fournisseuse de soins de santé, et je suis consciente, pour le dire poliment, du chaos qui règne au pays concernant les dossiers de santé électroniques. Je crois que nous avons fait des progrès en ce sens que les fournisseurs de soins de santé, les hôpitaux et d'autres acteurs utilisent de plus en plus les dossiers électroniques, quoique nous sommes restés à la traîne pendant un certain temps. Le Canada commence à améliorer son bilan sur le plan de l'accessibilité, mais l'énorme défi, c'est l'intégration des systèmes.

Par exemple, nous avons constaté que le Québec a pris des mesures récemment pour assurer une plus grande uniformisation dans les différentes plateformes, et je crois que de telles mesures doivent être prises ailleurs au Canada.

L'un des volets dans lequel nous avons investi dans le cadre du dernier budget, c'est l'Inforoute Santé du Canada, de sorte que nous avons pu ajouter des fonds.

J'aimerais que cela fasse partie de nos discussions sur l'accord sur la santé, car en tant que fournisseur de soins de santé, vous savez tout comme moi qu'il est tout à fait inacceptable qu'un médecin de famille qui travaille dans un quartier d'une ville ne puisse pas communiquer avec un collègue qui travaille dans un autre quartier, qu'il ne soit pas en mesure d'accéder à des résultats d'examen de laboratoire, par exemple. De plus, un patient ne devrait pas avoir à raconter à nouveau toute son histoire, à refaire des analyses de sang, car il y a un énorme gaspillage dans le système. Je vous donnerai mon appui inconditionnel pour ce qui est de l'amélioration de la situation au chapitre de la technologie numérique.

Le président: Merci.

Madame Harder, je vous souhaite la bienvenue au Comité.

Il s'agit de la plus récente membre permanente du Comité, et nous serons heureux d'écouter ses interventions.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Merci beaucoup.

Je vous remercie de votre présence. J'ai examiné votre parcours et vous avez beaucoup d'expérience.

En ce qui concerne l'aide médicale à mourir, par simple curiosité, je me demande si vous vous sentiriez à l'aise d'aider un patient à mourir si vous retourniez dans le domaine.

• (1630)

L'hon. Jane Philpott: Je veux tout d'abord dire que ce sont probablement les dernières questions auxquelles je pourrai répondre. Je n'essaie pas d'éviter de répondre à la question. Je vais le faire dans un instant. Je veux seulement que vous sachiez que vous serez probablement la dernière personne qui pourra me poser des questions. Je devrai partir par la suite, mais je serai à votre disposition plus tard.

Je crois qu'à la fin de leur vie, les patients doivent avoir accès à une série d'options, et j'appuie l'idée qu'ils ont besoin d'accéder à cette série d'options.

Mme Rachael Harder: Vous sentiriez-vous à l'aise d'administrer l'aide médicale à mourir à un patient?

L'hon. Jane Philpott: Concernant les choix que je ferais en tant que médecin — et je comparais devant vous à titre de ministre de la Santé et non de médecin —, je m'assurerais qu'à la fin de leur vie, mes patients peuvent avoir accès à diverses options. C'est un besoin pour nous et, en fait, c'est exigé de notre part.

L'autre chose que je veux vous faire remarquer, c'est que le projet de loi qui sera présenté très bientôt tient compte du fait que la Cour suprême du Canada a très clairement précisé que nous devons nous

assurer que les Canadiens ont accès à l'aide médicale à mourir à la fin de leur vie. En tant que parlementaires, nous avons la responsabilité de veiller à ce que nous adoptions des mesures législatives. C'est incontestable: tous les Canadiens doivent avoir accès à l'aide médicale à mourir. La Cour l'a déjà indiqué clairement.

Mme Rachael Harder: Je trouve intéressant que dans votre vie personnelle, en tant que médecin, vous vous assuriez que vos patients ont accès à toute forme de soins qu'ils choisissent à la fin de leur vie, mais qu'en tant que ministre, vous n'accordez pas de place importante aux soins palliatifs. Puisqu'on n'en fait mention nulle part dans le budget, je trouve cela dangereux.

D'autre part, je me demande également si vous avez mis l'accent sur la Charte canadienne des droits et des libertés et si vous croyez qu'elle doit être respectée, quoi qu'il arrive.

L'hon. Jane Philpott: Je reconnais entièrement la valeur de la Charte.

Mme Rachael Harder: Concernant les mesures sur l'aide médicale à mourir qui seront adoptées, diriez-vous que le droit à la liberté de conscience des médecins et des établissements sera protégé dans le projet de loi qui devrait être présenté bientôt?

L'hon. Jane Philpott: Différents collègues, des médecins et d'autres professionnels, sont très préoccupés par la question du droit à la liberté de conscience des fournisseurs de soins de santé. Qu'il s'agisse du comité mixte spécial, du comité fédéral, ou des provinces et des territoires, aucun des rapports présentés ne s'opposait au fait que nous devrions protéger le droit à la liberté de conscience des fournisseurs de soins de santé. Je crois que cela vous donnera une idée de ce qu'indiqueront les mesures législatives.

Mme Rachael Harder: Merci.

Dans le rapport qui a été publié, on exigeait la recommandation de médecins, ce qui pourrait, dans une certaine mesure, ne pas respecter leur droit à la liberté de conscience. Je m'arrête ici pour que mon collègue puisse poser des questions.

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

Merci. Je suis ravi que vous puissiez rester un peu au moins, madame la ministre. Je trouve quelque peu regrettable que vous deviez quitter la réunion d'un comité permanent pour rencontrer les médias. Quoi qu'il en soit, je vais poser mes questions et j'espère obtenir quelques réponses.

Madame la ministre, en examinant vos frais d'accueil, je remarque que votre bureau a réclamé aux contribuables canadiens 3,94 \$ pour des dépenses à la cafétéria du vendredi 4 décembre. Vous auriez bien sûr approuvé cette dépense, et je suis sûr que les coûts de traitement de cette dépense mineure dépassent le montant de 3,94 \$ que vous réclamez. Lorsque nous étions là, le montant par jour était de 95 \$. Avez-vous fait une réclamation de frais d'accueil, également? Pourriez-vous nous dire quel si petit achat devait être réclamé aux contribuables canadiens? Croyez-vous que c'est une façon judicieuse d'utiliser les fonds publics?

L'hon. Jane Philpott: Je vous remercie de la question.

Je devrai vérifier les détails. Je ne me rappelle pas de mes dépenses du 4 décembre, mais je serai ravie de vous fournir l'information.

M. Len Webber: Bien. Je vous en remercie.

J'ai également une question sur l'assurance-médicaments, madame la ministre. Comme vous le savez, le Comité est en train d'étudier la question de l'assurance-médicaments au Canada, et je pense pouvoir dire sans me tromper que tous les gens ici présents aimeraient que les médicaments soient plus accessibles et abordables. Or, le fait est que quelqu'un doit payer la facture, et au bout du compte, il s'agit du contribuable. J'ai aussi constaté, madame la ministre, que votre lettre de mandat indique que vous devez collaborer avec les provinces et les territoires pour améliorer l'accès aux médicaments sur ordonnance essentiels. En ce qui concerne la question de l'assurance-médicaments, nous ne pouvons pas faire comme si le problème n'existait pas: les coûts énormes qui sont liés à l'augmentation de la couverture des médicaments au Canada.

Si votre Budget principal des dépenses, madame la ministre, ne comprend pas de fonds réservés à un nouveau régime d'assurance-médicaments, il me semble qu'il s'agirait ici de refiler les coûts aux provinces et aux territoires. Cela entraînerait-il des hausses de dépenses sur la couverture des médicaments pour nos provinces, et cette couverture accrue entraînerait-elle des dépenses supplémentaires pour le gouvernement fédéral? Si c'est le cas, combien d'argent nous pouvons nous permettre d'y consacrer, en tant que contribuables, quant à la participation fédérale?

Je vais vous laisser répondre à la question.

• (1635)

L'hon. Jane Philpott: Merci.

De toute évidence, le gouvernement fédéral devrait alors discuter longuement avec les provinces et les territoires au sujet des coûts des médicaments. Je ne cherche absolument pas à refiler des dépenses inappropriées aux provinces et aux territoires. Cela dit, comme je l'ai mentionné, nous avons déjà pris des mesures importantes. Je peux vous dire que les provinces étaient ravies lorsque nous avons décidé de nous joindre à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, ce qui se traduira par une diminution des coûts pour les provinces et les territoires participants.

Évidemment, nous ne sommes pas en mesure de mettre en place un régime d'assurance-médicaments à ce moment-ci. M. Davies a déjà dit qu'il appuyait l'assurance-médicaments. L'autre chose que je voudrais vous signaler, c'est que l'une des raisons pour lesquelles je souhaite m'assurer que les médicaments sont abordables et accessibles, c'est que de nombreuses indications montrent que, dans le cas de certains médicaments en particulier, nous économiserions de l'argent à long terme si nous garantissons l'accès aux médicaments pour les Canadiens. Je suis ravie de vous donner, et je sais que le Dr Eyolfson serait également heureux de vous en donner, des exemples de patients qui ne pouvaient pas avoir accès à de l'insuline ou à des médicaments antihypertenseurs et qui ont fini par souffrir d'insuffisance cardiaque ou rénale terminale, ce qui, au bout du compte, coûte des milliers de dollars au système de soins de santé. Si nous avions pu faire en sorte que ces gens aient accès aux médicaments dont ils avaient besoin au bon moment, nous aurions économisé beaucoup d'argent à long terme.

Il va sans dire que, bien que cela peut sembler cher et que c'est l'une des raisons pour lesquelles nous ne sommes pas en mesure de mettre en place un régime d'assurance-médicaments bientôt, il y a des régimes publics d'assurance-médicaments au pays pour les gens qui n'ont pas les moyens de se procurer des médicaments. C'est une bonne chose. Toutefois, nous devons toujours nous assurer que tous les Canadiens peuvent avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin, et c'est ce que nous voulons.

M. Len Webber: Cela inclut-il également les médicaments expérimentaux?

L'hon. Jane Philpott: Vous soulevez un point intéressant, car les avancées technologiques font augmenter les prix des médicaments. C'est une question que nous ne pouvons plus ignorer, et nous devons nous assurer qu'il existe des mécanismes permettant de contrôler l'escalade des coûts.

Le président: Merci.

Est-ce que vous partez maintenant?

L'hon. Jane Philpott: Je crois que oui. J'ai été ravie de discuter avec vous. Je vous remercie énormément des travaux que vous effectuez, et nous avons vraiment hâte de connaître les résultats de tous vos projets.

Le président: Nous serons heureux de vous revoir.

L'hon. Jane Philpott: Je serais heureuse de revenir.

Le président: Merci.

Nous allons faire une petite pause, et ce sera ensuite à votre tour, madame Sidhu, de poser des questions.

• (1635)

(Pause)

• (1640)

Le président: Je vous souhaite de nouveau la bienvenue à cette séance de notre comité.

Avez-vous l'intention de faire un exposé sur le Budget principal des dépenses ou voulez-vous passer aux questions? Que préférez-vous?

M. Simon Kennedy: Je pense, monsieur le président, que nous sommes seulement prêts pour les questions. Nous n'avons pas de déclaration à faire.

Le président: Vous êtes seulement prêts pour les questions, très bien.

Madame Sidhu, vous avez cinq minutes. Les interventions sont maintenant de cinq minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci au groupe de témoins de s'être joint à nous.

Le gouvernement s'est engagé à éliminer les politiques stigmatisantes d'évaluation préliminaire des donneurs qui empêchent des hommes en santé de donner du sang simplement parce qu'ils ont eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. Auriez-vous l'obligeance de dire au Comité où nous en sommes rendus avec cet engagement?

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, je suis certain que les membres du Comité savent que Santé Canada est l'organisme de réglementation du système d'approvisionnement en sang et qu'il lui incombe donc d'examiner les demandes des fournisseurs de sang lorsqu'ils souhaitent changer les choses. C'est le système qui a été établi à la suite de la Commission Krever. Il revient à Héma-Québec et à la Société canadienne du sang de proposer des changements.

C'est ce qu'ils ont fait la semaine dernière en proposant de raccourcir la période d'exclusion des HRSH en la faisant passer de cinq ans à un an. Nous étudions actuellement la demande. Il faut examiner beaucoup de statistiques détaillées, ce qui se fait ailleurs à l'échelle internationale et ainsi de suite. De toute évidence, nous voulons examiner attentivement la question. L'objectif sera d'assurer le même niveau de sécurité à la suite des changements apportés au système d'approvisionnement en sang. Nous nous attendons à achever cet examen au cours de l'été et à être en mesure de donner une autorisation réglementaire au plus tard en septembre.

Voilà où nous en sommes. Si cela fonctionne, la période d'exclusion, qui passerait à un an, serait considérablement réduite.

Mme Sonia Sidhu: Ma prochaine question porte sur l'étiquetage des aliments. Conformément au mandat de la ministre de la Santé, des améliorations doivent être apportées afin que l'étiquetage fournisse de plus amples renseignements sur le sucre et les colorants artificiels ajoutés aux aliments transformés. Quels objectifs le ministère de la Santé souhaite-t-il atteindre au moyen de ce genre de règles? Quels sont les progrès qui ont été réalisés dans ce dossier?

M. Simon Kennedy: Les membres du Comité savent peut-être que Santé Canada a présenté un projet de règlement — je ne me souviens plus de la date exacte, mais c'était il y a environ huit mois ou un an — et mené des consultations à ce sujet. Le projet de règlement propose un ensemble de modifications à l'étiquetage des aliments, notamment afin de donner de plus amples détails sur la teneur en sucre. À titre d'exemple, il serait exigé que les sucres soient regroupés sur la liste d'ingrédients étant donné qu'on ne sait pas nécessairement de quoi il s'agit en consultant l'étiquette de certains produits. Les sucres se trouvent un peu partout sur la liste d'ingrédients, et il a été proposé de les regrouper pour indiquer beaucoup plus clairement la teneur en sucre. On a également proposé d'exiger de plus amples renseignements sur les colorants et ainsi de suite.

Nous avons mené des consultations à ce sujet. Bien entendu, nous connaissons maintenant le point de vue de tous les intervenants. Le gouvernement a présenté un éventail de nouvelles promesses, de nouveaux engagements, qui portent entre autres sur les sucres ajoutés. Le ministère examine la proposition initiale ayant fait l'objet de consultations, les commentaires qu'il a reçus et les nouveaux engagements du gouvernement. Notre objectif serait de présenter de plus amples détails sur ce qui est proposé une fois que le gouvernement aura pris certaines décisions.

Ce que nous voulons accomplir — je suis certain que mes collègues pourraient également en parler... Il existe sans aucun doute de nombreuses données qui prouvent que les Canadiens consomment beaucoup trop de sucre. Nous sommes évidemment préoccupés par des questions comme l'obésité. De nombreux Canadiens sont préoccupés par l'ajout de colorants et la possibilité que des personnes sensibles y réagissent. Le projet de règlement vise à donner aux consommateurs de plus amples renseignements sur ces caractéristiques de leurs aliments afin qu'ils puissent prendre des décisions mieux éclairées.

• (1645)

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Quelles seront les mesures prises pour promouvoir la stratégie nationale en matière de commotions cérébrales?

Dr Gregory Taylor: Je peux peut-être parler un peu des commotions cérébrales. Une partie du travail accompli à cet égard se rapporte à la recherche, et je vais donc laisser Alain en parler dans une seconde. Le budget actuel nous donne certaines ressources, et

nous mettrons l'accent sur l'établissement de normes afin que les gens sachent comment traiter et reconnaître les commotions. Il s'agit essentiellement de pratiques exemplaires que nous distribuerons à divers groupes, comme Sport Canada. À l'avenir, je crois qu'il faudra entre autres s'assurer que les patients se reposent suffisamment longtemps pour pouvoir se rétablir. Nous travaillons là-dessus.

Alain, avez-vous des commentaires à formuler au sujet de la recherche?

Dr Alain Beudet: La recherche aidera à élaborer une stratégie nationale en matière de commotions cérébrales. Les IRSC investissent massivement dans des travaux qui visent à améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement des traumatismes cérébraux chez les Canadiens, y compris les commotions cérébrales. Nous appuyons actuellement un certain nombre d'équipes de recherche de haut niveau qui étudient les causes sous-jacentes et des stratégies de traitement, ce qui sera très utile selon moi pour élaborer des politiques, des programmes et des produits adéquats.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Le président: Votre temps de parole est écoulé.

Monsieur Webber, nous sommes heureux de vous revoir.

M. Len Webber: Merci, monsieur le président.

J'aimerais lire des passages de la lettre de mandat du premier ministre, dans laquelle il est écrit ceci: « Nous avons promis aux Canadiens un gouvernement qui amènera de réels changements [...] Nous nous sommes engagés à mettre de l'avant un plan financier responsable et transparent en cette période de difficultés économiques. Je m'attends à ce que les Canadiens et les Canadiennes exigent notre imputabilité [...] Nous nous sommes également engagés à relever la barre en matière d'ouverture et de transparence au sein du gouvernement. Il est temps de sortir le gouvernement de l'ombre [...] »

Ce sont des déclarations du premier ministre. Il semble avoir énoncé clairement ce qui est attendu de la ministre, de tous les ministres, et cela ne cadre tout simplement pas avec ce que nous avons vu jusqu'à maintenant. Le directeur parlementaire du budget a dit ceci: « Le gouvernement a apporté des modifications à la présentation de son plan financier, ce qui rend l'étude des finances publiques plus difficile pour les parlementaires. »

Je me demande si la ministre et vous allez fournir pour le ministère des plans des dépenses détaillés portant sur une période de cinq ans, comme l'a fait le gouvernement conservateur précédent, plutôt que sur une période de deux ans, comme ce qui a été fait. La ministre ne pense-t-elle pas que cela cadrerait davantage avec ce que le premier ministre vous a demandé de faire?

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, je pense qu'au moins une partie de la question devrait probablement être posée à la ministre. En tant que fonctionnaires, notre travail se fait en fonction du cadre financier établi par le gouvernement, et il va de soi que nous fournirons toute l'information nécessaire.

Je pense que la question plus vaste quant à savoir si le gouvernement pourrait changer son processus budgétaire ou présenter l'information différemment devrait probablement être posée au ministre des Finances ou à la ministre.

M. Len Webber: Je vous remercie de ces explications.

Compte tenu de ce qui a été dit, la ministre fournira-t-elle l'information de son ministère d'ici sept jours? Pouvons-nous obtenir un délai dans lequel la réponse à cette question et aux autres questions sera fournie?

Monsieur le président, elle doit fournir au Comité la réponse à de nombreuses questions qui ont été posées. J'espère que nous l'obtiendrons dans un certain délai — disons sept jours.

M. Simon Kennedy: Nous pouvons sans aucun doute nous efforcer de donner le plus rapidement possible au Comité l'information qu'elle s'est engagée à fournir.

M. Len Webber: Parfait. Merci.

J'aimerais également parler du projet de loi d'initiative parlementaire dont le Parlement sera saisi cette semaine et qui propose d'établir un registre des donneurs d'organes. Vous savez peut-être que cette question me tient à coeur, comme pour beaucoup de personnes se trouvant ici et beaucoup de mes collègues du caucus conservateur.

Bien entendu, je suis certain que le don d'organes bénéficie d'un appui général, mais, malheureusement, quand il est question d'améliorer les systèmes de don d'organes au Canada, il y a beaucoup de belles paroles, mais peu de mesures concrètes. Au chapitre des registres nationaux des donneurs d'organes, nous accusons un retard par rapport à tous les autres pays développés ainsi qu'à de nombreux pays pauvres. C'est vraiment déplorable.

Il y a environ un an, nous avons créé un registre des donneurs d'organes en Alberta. La Bibliothèque du Parlement vient tout juste de me fournir certains chiffres. Plus de 227 000 noms figurent maintenant dans le registre des donneurs, alors que 336 personnes en Alberta attendent une greffe d'organes. Le nombre de greffes a augmenté de 20 % grâce à ce registre, ce qui est formidable. Il est donc évident que le registre fonctionne.

Ma question est pour vous ou pour la ministre. La ministre et son ministère appuieront-ils la création d'un registre national des donneurs d'organes?

• (1650)

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, pour préciser le rôle de Santé Canada, ou du moins de l'institution au sein de laquelle j'ai des responsabilités administratives, le ministère doit garantir la sécurité des organes et des tissus destinés aux transplantations. Au cours des dernières années, nous avons versé à cette fin des fonds à la Société canadienne du sang.

Je souligne d'emblée que c'est une question très importante et que nous devons en faire davantage, mais les principaux travaux portant sur le don d'organes et de tissus sont effectués par l'entremise de la Société et dans le cadre de notre collaboration avec les provinces et les territoires. Le principal rôle de Santé Canada est de réglementer ces activités.

Pour ce qui est de la position du gouvernement sur le projet de loi et de sa démarche, je ne veux pas me prononcer sur ce que pourrait être sa décision relativement à une question dont le Parlement est saisi. Une fois de plus, je crois qu'il s'agit probablement d'une question à laquelle la ministre ou le gouvernement pourrait vouloir répondre.

M. Len Webber: Je vois. Merci.

J'aimerais partager mon temps de parole avec mon collègue, qui aimerait lui aussi poser une question.

Le président: Vous avez 13 secondes.

M. Len Webber: Ce sera alors pour une autre fois.

Une fois de plus, il serait bien de savoir quelle est la position de la ministre à ce sujet. J'espère qu'elle appuiera la création d'un registre des donneurs. Même si vous dites qu'il s'agit davantage d'une question de compétence — pour regrouper à l'échelle nationale les

registres des donneurs et échanger les données en décloisonnant le pays —, je suis d'avis que ce projet de loi doit être adopté.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Oliver, vous avez cinq minutes.

M. John Oliver (Oakville, Lib.): Dans le Budget principal des dépenses de 2016-2017, l'ASPC demande 14 millions de dollars « pour l'acquisition de contremesures médicales pour la variole et l'anthrax. »

Cette demande a piqué ma curiosité. Quels sont les taux de vaccination contre la variole? De quelle façon changent-ils au fil du temps? Où en sommes-nous en ce qui a trait à la vaccination antivariolique?

Dr Gregory Taylor: Je peux répondre à la question.

Aucun vaccin antivariolique n'est administré. Comme vous le savez peut-être, cette maladie a été éradiquée.

Il existe bien entendu des souches de variole stockées dans des laboratoires, notamment aux États-Unis, je crois. Il est possible que la variole soit utilisée comme arme biologique. Ce que nous utilisons et conservons dans nos réserves est un vaccin contre cette maladie. Espérons qu'il n'y aura plus jamais de cas de variole et que nous n'en aurons plus jamais besoin.

M. John Oliver: Qu'est-ce qui explique le financement supplémentaire que vous avez demandé dans le budget des dépenses pour l'acquisition de contremesures médicales?

Dr Gregory Taylor: C'est pour renouveler nos stocks.

La variole est une maladie intéressante. Il y a un vaccin antivariolique de première génération, qui fonctionne pour tout le monde, mais il ne peut pas être administré à environ 3 % de la population. Nous avons également une immunoglobuline antivariolique destinée aux personnes exposées, de même qu'un vaccin de troisième génération. Nous venons tout juste d'en parler. Ces produits ne durent pas *ad vitam aeternam*. Il faut donc les remplacer.

M. John Oliver: Ce financement vise donc à renouveler les stocks, n'est-ce pas?

Dr Gregory Taylor: En effet.

M. John Oliver: Est-ce la même chose pour ce qui est de l'anthrax? Cette infection est-elle considérée comme une menace à la sécurité publique? Dans quelle mesure sommes-nous prêts à y faire face?

Dr Gregory Taylor: L'anthrax est un peu différent. C'est une bactérie. Oui, l'anthrax pourrait encore constituer une menace bioterroriste, et nous conservons donc une certaine quantité d'antibiotique, et nous voulons également acheter un vaccin contre cette infection.

En cas d'exposition au charbon, des antibiotiques pourraient être administrés de façon sélective aux gens les plus touchés, et les personnes qui les entourent seraient vaccinées. C'est une bactérie à croissance très lente, et on a donc le temps de procéder ainsi. Nous voulons encore une fois avoir des antibiotiques et un vaccin en stock.

• (1655)

M. John Oliver: Je crois que la ministre a aussi parlé du virus Ebola. Est-ce nouveau? Il y a certes eu une crise mondiale il y a deux ans, mais elle semble avoir été réglée. Je crois que nous avons eu quelques cas évolutifs au Canada. Où en sommes-nous en ce qui a trait au virus Ebola?

Dr Gregory Taylor: Nous n'avons heureusement jamais eu de cas au Canada. En Afrique de l'Ouest, la Guinée est actuellement aux prises avec une épidémie, mais elle est très mineure. Je crois qu'il y a environ 9 ou 10 cas. Il y a 3 cas au Liberia. C'est un peu inquiétant parce que le virus n'a pas été éradiqué, mais je pense que de nombreux experts s'attendaient à ce genre de nouvelle réalité.

Pour financer notre lutte contre le virus Ebola, nous avons des fonds réaffectés. Nous avons reçu un certain financement à cette fin il y a quelques années, et nous envisageons deux choses. Nous appuyons les campagnes de vaccination au moyen de notre vaccin, qui donne de très bons résultats. C'est ce vaccin qui est actuellement utilisé au Liberia et en Guinée pour maîtriser la situation. Les Canadiens peuvent être très fiers du vaccin canadien contre le virus Ebola.

Nous examinons également une nouvelle technologie appelée « anticorps monoclonaux ». Ce sont des anticorps synthétiques. Les anticorps qui seraient produits par votre corps sont synthétisés et donnés à des personnes ayant contracté le virus Ebola. C'est ce qui est appelé le mélange ZMapp. Nous investissons de deux façons. Nous étudions des anticorps monoclonaux à base de plantes — le ZMapp; nous en avons au laboratoire de l'agence à des fins expérimentales. De plus, nous essayons de renforcer la capacité du Canada à produire ces anticorps au moyen d'un modèle animal. Un tel modèle est nécessaire pour produire de plus grandes quantités d'anticorps.

Ces fonds proviennent des exercices précédents et ont été réaffectés étant donné qu'il a fallu beaucoup plus de temps que prévu pour négocier et essayer de donner cette capacité au Canada, car elle était tout simplement inexistante. Nous utilisons ces fonds pour essayer de développer cette capacité et, encore une fois, d'avoir les stocks nécessaires dans notre laboratoire à Winnipeg.

M. John Oliver: Merci.

Ma prochaine question est pour le représentant des Instituts de recherche en santé du Canada. Dans le Budget principal des dépenses, il est fait mention du « premier concours du fonds d'excellence en recherche Apogée Canada ». En quoi ce nouveau programme diffère-t-il des autres programmes de recherche fédéraux?

Dr Alain Beaudet: Comme vous le savez, c'est une importante initiative visant à permettre aux institutions — les universités ou les centres universitaires de recherche en santé — de proposer la création d'un centre d'excellence dans un domaine prioritaire où un tel centre serait véritablement unique au monde.

C'est un processus très concurrentiel. Comme vous pouvez le voir, il s'agit de subventions importantes. Lors du concours précédent, deux subventions ont été accordées dans le secteur de la santé. L'une d'elles était dans le domaine de la médecine régénérative alors que l'autre mettait l'accent sur le Nord et sur l'optique, à l'Université Laval, à Québec. Il y a un volet santé, et l'argent est versé par l'entremise des IRSC.

M. John Oliver: En ce qui concerne le financement supplémentaire pour les IRSC, les représentants de nombreuses universités et d'autres établissements m'ont dit qu'ils avaient de la difficulté à maintenir leurs programmes de doctorat et que les compressions budgétaires dans le domaine de la recherche, ou dans la recherche en santé, avaient eu des répercussions partout au Canada. Tentez-vous de trouver une façon de rétablir, de rebâtir ou de conserver les programmes de recherche en santé actifs partout au Canada et de rebâtir les programmes pour les étudiants au doctorat tout en veillant à exercer une bonne gouvernance dans ce domaine?

Dr Alain Beaudet: Oui, absolument, et je dois dire que l'injection de 30 millions de dollars en financement récurrent supplémentaire dans les Instituts de recherche en santé du Canada a été extrêmement bien accueillie. Comme le recommande le libellé du budget, cet argent sera entièrement investi dans des projets entrepris par des chercheurs. Nous sommes extrêmement heureux de savoir que nous serons en mesure d'investir l'argent que nous recevons cette année dans les demandes en cours. Cela nous permettra de financer plus de chercheurs que prévu. Nous avons vraiment besoin de cet argent, et ce sont de bonnes nouvelles.

M. Don Davies: J'aimerais revenir à la question sur les opioïdes inviolables que vous a posée mon collègue. L'une des principales préoccupations à cet égard concerne le soi-disant effet ballon, c'est-à-dire que si l'on rend une molécule d'OxyContin impossible à modifier, les utilisateurs se tourneront vers d'autres types de médicaments, par exemple le fentanyl.

La solution à ce problème n'est-elle pas justement d'imiter la Food and Drug Administration des États-Unis, c'est-à-dire prendre des règlements sur l'inviolabilité qui visent tous les produits opioïdes? On dit que c'est impossible, mais les États-Unis l'ont fait et cela a contribué à réduire les décès causés par les opioïdes, et comme vous le savez, ces décès ont atteint des proportions épidémiques au Canada. Pourquoi ne pas appliquer cela à tous les produits opioïdes?

M. Simon Kennedy: Nous élaborons certainement des directives pour les sociétés pharmaceutiques qui souhaitent présenter des formules d'inviolabilité qui leur permettraient d'affirmer que leurs produits sont inviolables. Nous menons des consultations. Je ne me souviens pas de la date exacte, mais nous sommes certainement déjà sur le terrain pour proposer les critères à remplir avant de pouvoir affirmer qu'un produit est inviolable. En effet, il faut remplir certains critères pour démontrer, à l'aide de données probantes, qu'un produit est inviolable et que les gens ne seront pas en mesure de le modifier. Santé Canada a déployé de nombreux efforts pour permettre au secteur pharmaceutique de présenter ce type de propositions.

Nous nous efforçons grandement de lutter contre l'abus de médicaments d'ordonnance, surtout les opioïdes. Je dirais qu'une grande partie des mesures que nous avons prises sont très similaires à celles des États-Unis. Nous avons certainement discuté de nos travaux avec les Américains.

Je serai heureux d'approfondir le sujet si vous le souhaitez, mais je sais que votre temps est limité.

• (1700)

M. Don Davies: Peut-être plus tard.

Est-il juste de dire qu'il est possible qu'on prenne des règlements liés à l'inviolabilité des produits opioïdes à l'avenir? Vous ne rejetez pas entièrement cette idée.

M. Simon Kennedy: Au bout du compte, je crois qu'il s'agit d'une décision stratégique qui revient aux gouvernements. Nous devons également consulter les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Lorsque nous examinons le règlement qui a fait l'objet d'une discussion l'année dernière, l'une des préoccupations exprimées concernait justement l'effet ballon. L'autre problème, c'est que la plupart des formulaires provinciaux avaient éliminé l'oxycodone générique de leurs listes. Ils offrent la version inviolable, mais plusieurs Canadiens, pour des raisons financières ou autres, ne sont peut-être pas en mesure de se payer ce type de médicament. Il faut se rendre compte que la formule inviolable est de deux à quatre fois plus dispendieuse. Si on applique cette technologie à une catégorie complète d'analgésiques, on augmente substantiellement le coût de...

M. Don Davies: J'aimerais aborder un autre sujet. Je suis désolé de vous interrompre, mais mon temps est limité.

Dans le domaine de la santé des Autochtones, nous savons que les collectivités autochtones de partout au pays font face à une crise. Plusieurs bandes ont déclaré l'état d'urgence en ce qui concerne la santé publique. Un nombre inquiétant de membres des Premières Nations se sont suicidés ou ont fait une tentative de suicide, et malheureusement, ce sont surtout des jeunes. Pourtant, le Budget principal des dépenses confirme qu'en 2016-2017, le gouvernement réduira les dépenses en soins de santé primaires pour les Premières Nations et les Inuits de quelque 30 millions de dollars comparativement aux sommes dépensées en 2014, et de presque 90 millions de dollars comparativement à celles de 2013. Je ne vois aucun montant visant spécifiquement la santé mentale.

Dans ces circonstances, est-il approprié de réduire le financement des services de santé primaires pour les Premières Nations et les Inuits du Canada? J'ai en main la référence correspondant à cette partie du budget, si vous souhaitez la consulter.

M. Simon Kennedy: Je crois que l'un des points qui causent une grande frustration chez les parlementaires —et certainement chez les représentants ministériels —, c'est peut-être la façon dont les renseignements sont présentés dans le budget. Il s'agit d'un problème de longue date et je sais que de nombreuses personnes le connaissent bien.

En fait, le financement lié à la santé des Autochtones a augmenté...

M. Don Davies: Puis-je vous interrompre?

Je sais, mais je lis la ligne « Soins de santé primaires aux membres des Premières Nations et aux Inuits ». Cette ligne se trouve à la page II-244 du Budget principal des dépenses. On dit que le gouvernement dépensera 843 millions de dollars cette année, et je vais arrondir les montants. L'an dernier, c'était 809 millions de dollars, mais 870 millions de dollars en 2014-2015. Je me rends compte que dans l'ensemble, vous augmentez peut-être le financement des soins de santé, mais en ce qui concerne les services de santé primaires pour les Premières Nations et les Inuits, il est facile de voir une réduction de 30 millions de dollars comparativement aux montants prévus il y a deux ans.

M. Simon Kennedy: Les trois principales réductions de financement contenues dans le budget, lorsqu'on les divise, visent surtout les programmes temporaires. Ainsi, le financement pour appuyer la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens est en fait du financement pour les services de santé mentale. Des fonds sont également prévus pour les eaux et les eaux usées des Premières Nations. Nous collaborons avec les Premières Nations pour tester leurs systèmes d'approvisionnement en eau et leur fournir des conseils sur la façon de maintenir la qualité de l'eau. Des fonds sont également prévus pour la qualité de l'air, et ce n'est pas directement lié à cela, mais tous ces crédits sont renouvelés ou ont été renouvelés dans le budget.

C'est difficile de le voir dans le budget, mais la plus grande partie des réductions visent des programmes temporaires qui ont été renouvelés par la suite. Je peux vous assurer qu'en général, le financement des services de santé pour les Premières Nations — en reconnaissant que la ministre a déclaré qu'il y avait encore du travail à faire — n'a pas fait l'objet d'une réduction absolue. En fait, certains crédits ont été augmentés.

Le président: Merci.

Maintenant, conformément à nos règles, nous sommes censés revenir aux questions de sept minutes, mais j'aimerais proposer une série de questions de cinq minutes, afin que nous puissions poser davantage de questions. Cela convient-il à tout le monde? Êtes-vous tous d'accord? Très bien.

M. Don Davies: Nous suivrons donc l'ordre de la première série de questions, et nous ne faisons que réduire le temps imparti...?

Le président: Oui, l'ordre ne change pas.

M. Nick Whalen (St. John's-Est, Lib.): Dans ce cas, je présume que je n'ai pas besoin d'invoquer le Règlement pour avoir perdu mon tour.

Des voix: Oh, oh!

Le président: Non. C'est votre tour.

M. Nick Whalen: Dans le même ordre d'idées, en plus des programmes dont vous avez parlé et qui seront renouvelés, nous pouvons présumer que nous pourrions lire dans le Budget supplémentaire des dépenses (A), lorsqu'il sera publié, que ces programmes ont été renouvelés. Étant donné que ce budget est déposé un mois après le Budget principal des dépenses, devrions-nous être mis au courant d'autres crédits importants qui se retrouveront dans le Budget supplémentaire des dépenses (A) et dont on a déjà établi la politique et les coûts, afin de poursuivre notre discussion?

• (1705)

M. Simon Kennedy: En ce qui concerne le plus grand domaine, les membres du Comité connaissent les investissements importants prévus dans le budget pour les priorités liées aux Autochtones en général, mais dans le cas du portefeuille de la santé, l'investissement le plus important vise l'infrastructure pour les établissements de soins de santé dans les réserves. Par exemple, nous avons de nombreux postes de soins infirmiers dans des collectivités éloignées en Ontario et au Manitoba. Un grand nombre de ces postes ne sont pas en très bon état, et le budget prévoit donc 270 millions de dollars sur cinq ans pour rénover et agrandir ce type d'établissement de santé.

On prévoit également du financement pour rénover et réparer des établissements pour le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones vivant dans les réserves. Ce programme donne un avantage aux enfants autochtones et offre un volet culturel, mais il s'agit essentiellement d'appuyer l'éducation préscolaire chez les enfants autochtones. Nous avons également reçu des fonds pour rénover ces établissements. En ce moment, le ministère considère qu'il s'agit d'une priorité et tente de lancer ce projet le plus rapidement possible.

Nous devons lancer plusieurs projets — trois ou quatre douzaines — et le budget prévoit le financement nécessaire.

M. Nick Whalen: Merci.

Dans le même ordre d'idées, en ce qui concerne certains des autres crédits budgétaires pour les services de soins de santé mentale et les soins à domicile, et les échéanciers à cet égard, qu'a-t-on fait dans chacun de ces volets pour élaborer des politiques et des programmes visant à mettre en oeuvre des initiatives spécifiquement liées à la santé mentale et aux soins palliatifs et à domicile? Quand pourrions-nous voir des propositions budgétaires ou des budgets à cet égard?

M. Simon Kennedy: Je crois que la ministre a probablement bien couvert ce point. Je pourrais peut-être ajouter, afin de fournir un peu plus de détails, que la ministre a rencontré ses collègues à l'échelon provincial et territorial en janvier, à Vancouver, dans le cadre d'une réunion de deux jours. Les ministres se sont mis d'accord sur les domaines prioritaires sur lesquels ils souhaitent travailler au cours de l'année à venir. Ce travail est actuellement effectué par le personnel des ministères. Par exemple, les autres sous-ministres et moi-même rencontrons souvent les sous-ministres provinciaux et territoriaux pour étoffer des plans de travail et des priorités que nous pouvons ensuite présenter aux ministres.

La ministre s'est engagée à nous rencontrer au milieu de l'année pour évaluer les progrès accomplis, et nous nous attendons donc à ce qu'au milieu de l'année, et certainement avant la fin de l'été, il y ait une autre réunion des ministres pour évaluer les travaux effectués. Le travail que nous accomplissons maintenant est axé sur les priorités sur lesquelles on s'est mis d'accord à Vancouver; il s'agit notamment de la santé mentale, des soins à domicile et des produits pharmaceutiques, c'est-à-dire les différents volets décrits par la ministre et présentés dans le programme électoral du gouvernement. Ces travaux sont en cours.

M. Nick Whalen: D'accord.

J'aimerais aborder un sujet légèrement différent, c'est-à-dire les cigarettes électroniques. Voici un extrait du Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada pour 2016-2017 dans lequel on dit que le ministère continue « d'élaborer une approche en matière de politiques et de recherche à l'égard des produits de vapotage. »

Toutefois, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a recommandé, dans son rapport sur la question publié en 2015, « Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les acteurs concernés, crée un cadre législatif » — possiblement sous le régime de la Loi sur le tabac ou d'une nouvelle loi — « visant à réglementer les cigarettes électroniques et dispositifs connexes. »

Pouvez-vous nous dire où vous en êtes dans l'approche en matière de politiques et de recherche actuellement suivie par Santé Canada pour ces produits liés aux cigarettes électroniques?

M. Simon Kennedy: Je devrais ajouter que ces produits, lorsqu'ils contiennent de la nicotine, ne sont pas légaux en ce moment. Santé Canada tente de prendre des mesures pour faire appliquer la loi. Nous avons collaboré avec l'Agence des services frontaliers du Canada pour veiller à ce que les produits qui contiennent de la nicotine et qui ne respectent pas les règlements soient interceptés à la frontière, avant d'entrer au pays.

Lorsque nous prenons des mesures réglementaires à l'échelle nationale, nous sommes évidemment conscients qu'un grand nombre de provinces ont mis en oeuvre des cadres de travail, et nous nous sommes concentrés surtout sur un produit qui a été mal étiqueté. Il se peut que l'étiquette mentionne que le produit ne contient pas de nicotine, mais qu'il en contient en réalité. Nous avons donc concentré nos efforts d'application de la loi à cet égard.

Nous avons travaillé sur les politiques et nous avons étudié le rapport publié par le comité permanent lors de la dernière session et les recommandations qu'il y formule. Le ministère a accompli

beaucoup de travail à l'interne pour déterminer les options de réponses qui peuvent être présentées au gouvernement. Je vais laisser au gouvernement le soin de décrire les étapes suivantes, mais nous avons certainement examiné ce rapport attentivement.

En ce qui concerne la question sur la recherche, le représentant des IRSC pourrait vous fournir une meilleure réponse.

• (1710)

Dr Alain Beaudet: Nous appuyons plusieurs projets de recherche qui étudient les préjudices et les avantages potentiels liés aux cigarettes électroniques. Nous appuyons des travaux qui tentent de déterminer les substances chimiques libérées par les produits de vapotage. Nous appuyons également un essai clinique à grande échelle amorcé en septembre 2015 — il est toujours en cours — qui vise à déterminer si l'utilisation de la cigarette électronique est un moyen efficace et sécuritaire pour lutter contre le tabagisme.

M. Nick Whalen: Merci, monsieur le président.

Le président: Monsieur Carrie.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup, monsieur le président.

Ma question s'adresse au Dr Taylor. Connaissez-vous la Loi sur le respect des collectivités?

Dr Gregory Taylor: Oui.

M. Colin Carrie: Excellent.

À titre d'information pour les membres du Comité, en septembre 2011, la Cour suprême du Canada a rendu une décision concernant *Insite*. Le tribunal a précisé les facteurs qui doivent être examinés par un ministre lorsqu'il évalue une demande de lieu d'injection supervisé. Ces facteurs sont, entre autres, toute preuve liée à l'incidence d'un lieu d'injection sur le taux de criminalité, les conditions locales indiquant la nécessité d'avoir un tel lieu, la structure réglementaire en place pour appuyer cet établissement, les ressources disponibles pour assurer son entretien, et l'appui ou l'opposition exprimée par la collectivité. La Loi sur le respect des collectivités autorise le ministre à afficher publiquement une demande d'exemption liée à un lieu d'injection supervisé et à inviter la population à formuler des commentaires sur cette demande.

Je crois que c'est en janvier que la ministre a approuvé le deuxième lieu d'injection supervisé.

Je préfère utiliser le qualificatif « supervisé » plutôt que « sécuritaire » pour les lieux d'injection, car comme je crois avoir entendu la ministre le confirmer, il n'y a aucune façon sécuritaire de s'injecter de l'héroïne vendue dans la rue.

Avez-vous respecté la période de 90 jours prévue dans la Loi sur le respect des collectivités?

Dr Gregory Taylor: Il s'agit d'une question de réglementation et je préférerais laisser le témoin de Santé Canada y répondre.

M. Simon Kennedy: J'aimerais seulement souligner qu'il s'agit d'un pouvoir discrétionnaire, et qu'il n'a pas été exercé dans ce cas. Ce n'était donc pas...

M. Colin Carrie: Savez-vous pourquoi la ministre ne tiendrait pas à connaître l'avis de la collectivité lors de l'ouverture d'un lieu d'injection sécuritaire dans une collectivité?

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, j'aimerais laisser à la ministre le soin de répondre à cette question, mais je pourrais peut-être tenter de répondre de façon générale.

Lorsque vous parlez du second lieu, parlez-vous de la dernière autorisation accordée à *Insite* ou...?

M. Colin Carrie: N'était-ce pas le Centre du Dr Peter?

M. Simon Kennedy: En général, je peux au moins dire que dans le cas des deux derniers établissements, c'est-à-dire Insite et le Centre du Dr Peter, on a recueilli de nombreux commentaires, on a reçu des lettres, etc. Je veux dire que c'était...

M. Colin Carrie: Je crois que la ministre a été nommée en novembre, et je pense qu'elle a donné son approbation en janvier; cela fait moins de 90 jours. J'aimerais vraiment que le ministère présente les commentaires qui ont été recueillis pendant le processus de prise de décision. La ministre a été très claire, et je crois que le gouvernement libéral a été très clair...

Connaissez-vous une personne nommée Hilary Geller?

M. Simon Kennedy: Oui. Hilary Geller est sous-ministre adjointe dans mon ministère.

M. Colin Carrie: Elle a été très applaudie en déclarant devant une commission des Nations unies qu'un centre d'injection supervisée était déjà en opération depuis un bon moment au Canada, qu'un deuxième venait d'être approuvé et que nous prévoyons — c'est bien le terme qu'elle a utilisé — en ouvrir d'autres. Je crois que la ministre a exprimé très clairement sa volonté en ce sens.

Je trouve simplement qu'un délai de 90 jours, c'est trop court pour consulter la population avant l'ouverture de l'un de ces centres. Peut-être que la ministre n'est pas au courant, mais bon nombre de ces toxicomanes vivent dans la pauvreté et peuvent commettre de quatre à huit crimes pour se payer leur dose quotidienne. Il est donc un peu délicat de vouloir ouvrir un centre dans une collectivité sans avoir donné aux citoyens l'occasion de s'exprimer, en sachant notamment que le taux de criminalité risque d'augmenter dans leur voisinage.

Dans ma ville comme ailleurs, on s'inquiète du fait que le gouvernement semble vouloir ouvrir de tels centres d'injection sécuritaire ou supervisée un peu partout au Canada. La ministre nous a indiqué que vous étiez ses conseillers. Allez-vous passer en revue avec elle la Loi sur le respect des collectivités en insistant sur la nécessité de permettre aux citoyens et aux services de police locaux de s'exprimer? Si les toxicomanes doivent commettre des actes criminels pour se procurer leurs doses, il semble aller de soi qu'ils le feront dans les endroits où de tels centres s'installeront.

Êtes-vous prêts à prendre un tel engagement?

M. Simon Kennedy: Comme l'indiquait la ministre dans ses observations à ce sujet, les gens ne savent pas nécessairement que même avant l'adoption de la Loi sur le respect des collectivités, toute une série d'exigences devaient être remplies avant que Santé Canada puisse autoriser l'ouverture de l'un de ces centres. Il y a la Loi réglementant certaines drogues et autres substances...

• (1715)

M. Colin Carrie: Mais vous ne l'avez pas respectée, n'est-ce pas?

M. Simon Kennedy: La création d'un tel centre peut uniquement être autorisée par voie d'une exemption en vertu de l'article 56. Santé Canada a établi depuis longtemps un processus très élaboré qui doit être suivi avant que l'on puisse accorder une exemption à l'égard d'activités semblables. Cela ne se fait pas automatiquement.

Comme le soulignait la ministre, la Loi sur le respect des collectivités a permis en fait de codifier de façon plus détaillée certaines des mesures que Santé Canada aurait prises de toute manière avant d'accorder une exemption en vertu de l'article 56. On a procédé par exemple à un examen très approfondi avant d'approuver au départ le centre Insite il y a bien des années déjà. À ce titre, je peux assurer le Comité que les plus récentes décisions ont été prises à l'issue d'une analyse très poussée des propositions soumises par les

fournisseurs. À titre d'exemple, Insite a présenté une demande très complète et détaillée...

M. Colin Carrie: Ne craignez-vous pas que les renseignements communiqués ainsi par le fournisseur de services puissent manquer d'objectivité?

Un préavis de 90 jours doit être donné pour permettre aux citoyens de présenter leurs observations. La ministre a été très claire. Elle voit d'un bon oeil l'ouverture d'un plus grand nombre de ces centres. Si le gouvernement veut établir l'un de ces centres dans ma ville, et compte tenu des risques de criminalité qui s'ensuivent du fait que les toxicomanes ne sont pas très riches et doivent commettre des crimes pour se procurer... Nous ne parlons pas ici d'héroïne de qualité pharmaceutique; c'est plutôt de l'héroïne que l'on vend dans la rue. Quelqu'un peut tout aussi bien s'injecter du kérosène dans les veines en présence d'un professionnel de la santé.

La ministre a indiqué en termes très clairs qu'elle s'intéressait en priorité à la santé et à la sécurité des Canadiens. Elle a parlé de différents mécanismes comme l'accord sur la santé, mais il semble bien que ses premières actions vont dans le sens de la légalisation de l'injection d'héroïne de rue en plus grande quantité. C'est une situation qui me préoccupe vivement, monsieur Kennedy. J'ose espérer que le ministère va considérer... Les citoyens aimeraient vraiment avoir leur mot à dire.

M. Simon Kennedy: Pour ce qui est des plus récentes demandes, j'ai indiqué comme vous le saviez sans doute déjà qu'il est nécessaire d'obtenir des lettres d'appui de la part de différents intervenants dans la collectivité. Il est ressorti clairement que le soutien local pour les centres en question était bien senti.

Il va de soi que Santé Canada s'efforce de considérer toutes les données probantes pour remplir son rôle de régulateur. Il existe actuellement plus de 80 centres semblables sur la planète. En Europe, par exemple, on a compilé une documentation bien fournie...

M. Colin Carrie: Mais est-ce que l'on s'y injecte de l'héroïne vendue dans la rue, monsieur Kennedy?

M. Simon Kennedy: ... indiquant que ces centres contribuent notamment à réduire le taux de criminalité et le nombre de décès par surdose.

M. Colin Carrie: Est-ce que les gens s'y injectent de l'héroïne de rue, monsieur Kennedy? Ou est-elle de qualité pharmaceutique?

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, si cela peut être utile au Comité, nous pourrions vous transmettre une bibliographie des différentes études qui ont été réalisées.

En l'espèce, je peux seulement garantir au Comité que nous avons veillé, dans notre rôle d'organisme de réglementation, à ce que toutes les exigences de la loi soient respectées et à ce que tous les critères applicables soient remplis avant de décider d'accorder une exemption en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.

Le président: Vous n'avez plus de temps.

Monsieur Davies, vous avez 15 minutes.

M. Don Davies: Quinze minutes? La chance est de mon côté.

Des voix: Ah, ah!

Le président: C'est plutôt cinq minutes.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président. J'ai quelques brèves questions.

Lors de deux législatures différentes, j'ai présenté un projet de loi visant à ce que la teneur en sucre des aliments préemballés soit indiquée bien en évidence sur le devant de l'emballage. Nous savons qu'il y a une épidémie d'obésité. Le ministère a-t-il l'intention d'aller de l'avant avec une initiative aussi sage et nécessaire?

M. Simon Kennedy: Je peux vous dire que nous nous intéressons de près à la question de la teneur en sucre. Je sais que c'est la même chose pour les parlementaires. Le gouvernement a bien sûr pris certains engagements en la matière. Il est bien établi que la consommation de sucre... Je pense qu'un peu de chocolat de temps à autre peut être une bonne chose, mais la surconsommation de sucre est néfaste pour la santé et exige assurément notre attention.

Notre ministère s'est penché sur ce qui se fait ailleurs dans le monde de manière à dégager les différentes options possibles pour le gouvernement. Les approches retenues peuvent différer d'un endroit à l'autre. Il y a bien des façons de mesurer la teneur en sucre...

M. Don Davies: Désolé, monsieur Kennedy, mais je vais devoir vous interrompre.

M. Simon Kennedy: Je ne peux pas vous dire exactement quelles recommandations nous allons formuler à la ministre ou encore ce que le gouvernement entend faire, mais je peux certes vous assurer que nous avons envisagé différentes options, y compris l'étiquetage sur le devant de l'emballage.

M. Don Davies: Merci. Je ne veux pas vous bousculer, mais je dispose de très peu de temps.

Le vieillissement de la population est un phénomène qui ne date pas d'hier au Canada, et il devient de plus en plus nécessaire d'investir dans les soins palliatifs. Compte tenu de la présentation imminente d'un projet de loi sur l'aide médicale à mourir, les soins palliatifs sont appelés à prendre une importance encore plus grande.

Je n'ai pas réussi à trouver dans ce budget aucun poste témoignant de la volonté du gouvernement fédéral d'injecter de nouvelles sommes en vue de bonifier l'offre de soins palliatifs au Canada. Est-ce que des fonds sont prévus à cette fin dans le budget?

• (1720)

M. Simon Kennedy: Je vais répéter ce que disait la ministre. Le gouvernement souhaite d'abord établir un plan d'action de concert avec les provinces et les territoires avant d'allouer des fonds à cet effet. Ces pourparlers ont déjà été amorcés. Nos homologues provinciaux et territoriaux souhaitent vraiment considérer les soins palliatifs comme une priorité de premier plan dans le contexte du financement des soins à domicile. Nous en discutons donc avec les autres gouvernements mais, comme le soulignait la ministre, nous voulons déterminer ce que nous allons faire avant de dégager les fonds requis.

M. Don Davies: D'accord.

Sans vouloir jouer au plus fin, j'en conclus donc que ces fonds ne figurent pas encore dans le budget. Quand je travaillais pour le syndicat des teamsters, un de nos membres plus âgé que j'aimais bien me disait toujours: « Tu sais, les belles paroles ne coûtent rien, mais il faut de l'argent pour acheter du whisky. » Ce budget ne prévoit aucun montant pour les soins palliatifs au cours du prochain exercice financier.

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, je pourrais vous dire que nos échanges avec les provinces se déroulent un peu comme les démarches que vous devez faire auprès d'une banque pour obtenir un prêt; la banque s'attend à ce que vous ayez un plan d'affaires. Nos discussions avec les provinces et les territoires ne portent pas uniquement sur cet aspect, mais aussi sur l'Inforoute Santé, les

dossiers électroniques de santé et toute une gamme d'autres sujets. Nous avons convenu qu'il fallait d'abord établir un plan d'action avant de déterminer combien d'argent serait investi. Le gouvernement a exprimé très clairement son engagement à injecter 3 milliards de dollars et à assurer le financement à long terme nécessaire, mais nous voulons d'abord nous employer à déterminer ce que nous allons faire avant de commencer à dégager des fonds.

M. Don Davies: C'est la distinction qui est importante. Ceci dit très respectueusement, il y a un engagement verbal, mais rien n'est prévu dans le budget. C'est bien simple; l'argent ne peut pas surgir de nulle part. Vous ne pouvez pas aligner trois années de déficits, tracer la marche à suivre et préciser les dépenses sans qu'un seul sou de ces 3 milliards de dollars soit indiqué quelque part. J'ai vu des chiffres bien arrêtés indiquant un déficit pour les quatre prochaines années, ce qui veut dire que les engagements de dépenses ont bel et bien été chiffrés.

Si ces 3 milliards de dollars n'apparaissent pas dans le budget, où allons-nous les prendre?

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, des décisions devront être prises dans les budgets à venir.

M. Don Davies: D'accord, alors ce sera dans un budget futur.

Je voudrais poser rapidement une dernière question concernant les frais d'utilisation.

Il ne fait aucun doute qu'il y a au Canada une tendance à la privatisation avec l'imposition de frais d'utilisation. Dans ma province, l'élection du Saskatchewan Party, qui vient tout juste d'ouvrir des cliniques privées d'IRM, semble indiquer que la privatisation va prendre de l'ampleur. Combien dépense annuellement le ministère pour s'assurer que les provinces se conforment à la Loi canadienne sur la santé et que le gouvernement fédéral récupère tous les fonds pouvant découler d'infractions à cette loi?

M. Simon Kennedy: Il serait sans doute préférable que je transmette ultérieurement une réponse au Comité. Le plus récent rapport a été déposé il y a deux ou trois semaines — désolé, monsieur le président, mais je ne suis plus certain exactement — et on y trouve les données qui vous intéressent concernant les mesures prises pour assurer l'application de la Loi canadienne sur la santé.

M. Don Davies: Il est particulièrement stupéfiant de constater qu'aucune somme d'argent n'a été récupérée par le gouvernement fédéral auprès de la majorité des provinces au titre de la privatisation ou des frais d'utilisation perçus. C'est pour cette raison que je pose la question en essayant de voir dans quelle mesure le gouvernement fédéral est vraiment déterminé à faire respecter les règles. Il est bien évident que les provinces n'y tiennent pas. S'il n'est pas établi que le gouvernement fédéral va les pénaliser en réduisant les transferts qui sont à la base même de l'entente fédérale-provinciale, elles ne vont pas faire le suivi nécessaire.

C'est pour cette raison que je voulais savoir combien d'argent est dépensé. Je ne crois pas que le rapport l'indiquait.

M. Simon Kennedy: Je dois vous dire très franchement que je devrai vous répondre ultérieurement.

Je crois qu'il y a un élément positif qui peut passer inaperçu dans les discussions à ce sujet. Santé Canada multiplie les efforts avec les provinces et les territoires pour tenter de régler certaines de ces questions avant que l'on en arrive au point où le gouvernement du Canada menace de couper le financement des provinces. Dans bien des cas, les lois provinciales régissant les systèmes de santé ont des dispositions plus sévères que la Loi canadienne sur la santé.

Dans de nombreux dossiers, nous avons travaillé de pair avec les provinces pour régler certaines questions. Je sais que l'on s'intéresse beaucoup à ces frais d'utilisation et à d'autres enjeux semblables, mais il faut par ailleurs se réjouir de notre collaboration avec les provinces pour les inciter, dans certains cas, à prendre les mesures correctives nécessaires. Je pense que cela passe parfois inaperçu.

Le président: Merci.

Monsieur Oliver.

M. John Oliver: Merci.

J'aurais voulu demander à la ministre quelle importance a été accordée aux enjeux de santé mentale dans les pourparlers qui ont mené à l'Accord sur la santé. On vient d'ailleurs tout juste d'aborder la question.

Selon la Commission de la santé mentale, une personne sur cinq doit composer avec un problème de santé mentale à un moment ou l'autre de sa vie. Même si nous y consacrons quelque 50 milliards de dollars par année, il semble difficile partout au Canada d'assurer l'accès à des soins complets.

Est-ce que Santé Canada a une idée assez précise de la situation pour ce qui est de l'accès aux services en santé mentale? Avez-vous mené des études à cet effet dans le contexte de la Loi canadienne sur la santé? Où nous situons-nous à ce chapitre?

• (1725)

M. Simon Kennedy: Il est bien certain que nous nous sommes intéressés à cet aspect. Je sais que c'est aussi le cas de l'Agence de la santé publique du Canada ainsi que des IRSC. L'un de mes collègues pourrait sans doute vous en parler.

Pour dire les choses bien franchement, je pense tout de même qu'il faudrait en faire davantage. Le gouvernement s'est engagé à mettre sur pied un conseil consultatif d'experts pour nous fournir une certaine orientation, et nous nous employons avec la ministre à prendre les dispositions nécessaires à cette fin. C'est l'un des enjeux prioritaires dans notre collaboration avec les provinces et les territoires. Je ne pourrais toutefois pas vous fournir de mémoire une liste détaillée des études qui ont pu être réalisées.

Je me ferai un plaisir de transmettre une réponse au Comité si cela peut vous être utile, mais peut-être que mes collègues ont des précisions à apporter.

Dr Gregory Taylor: Nous avons créé un cadre de prévention du suicide qui devrait entrer en application sous peu dans le contexte de l'approche plus générale de l'Agence en la matière. Nous multiplions en outre les efforts touchant directement les enjeux de santé mentale.

M. John Oliver: Pour ce qui est de l'Accord sur la santé, il y a certaines choses qu'il serait bon de connaître pour pouvoir mieux comprendre. Lorsque le dernier accord a été négocié en 2004, on s'est beaucoup intéressé aux temps d'attente et à l'accès aux services en santé mentale. Je pense tout particulièrement aux problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents, comme les troubles de l'alimentation. D'après ce que je peux constater dans ma propre circonscription, il faut attendre très longtemps pour avoir accès à des services en santé mentale, surtout pour les jeunes Canadiens, ce qui est une grande source de frustrations pour les familles.

Avez-vous arrêté une approche à ce sujet ou avez-vous une idée de la manière dont vous allez en traiter dans l'accord?

M. Simon Kennedy: Nous en sommes encore à l'étape des discussions avec les provinces et les territoires.

Nous savons notamment que le premier expert consulté par bon nombre de Canadiens aux prises avec des problèmes de santé

mentale est le médecin de famille. Il faut donc se demander quels sont les outils et les programmes de formation accessibles à ces médecins. Il faut voir quels spécialistes doivent être intégrés au système pour que leurs services puissent être couverts par les régimes provinciaux d'assurance-santé. Il est urgent de s'attaquer à la problématique du suicide.

Il y a tout un éventail d'enjeux auxquels on peut choisir de s'intéresser. C'est au cœur de nos discussions avec les provinces et les territoires. Comme il faut bien commencer quelque part, nous devons déterminer par où nous voulons débiter. Je ne suis pas en mesure actuellement de vous dire que nous allons nous concentrer sur tel ou tel enjeu. Nous nous employons encore à tirer ces choses au clair.

M. John Oliver: La Commission de la santé mentale a établi six grandes orientations stratégiques. Je ne sais pas si ces considérations peuvent être prises en compte dans le contexte des négociations de l'Accord sur la santé, mais l'une de ces orientations s'articulait autour du concept des soins tout au long de la vie.

Dans le contexte de cet objectif, je pense encore aux jeunes Canadiens et à l'importance d'obtenir le soutien des systèmes scolaires et des collectivités. Est-ce que Santé Canada s'appuie sur ces six orientations stratégiques pour régler quelques-unes de ces questions?

M. Simon Kennedy: Le travail accompli par la Commission de la santé mentale représente pour nous une base très importante dans nos échanges avec nos homologues provinciaux pour déterminer la marche à suivre. Je vous dirais même que notre ministère a adopté la norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail. Nous sommes en train de mettre en oeuvre cette norme dans l'ensemble de notre organisation. La Commission a accompli de l'excellent travail à de nombreux égards. Nous contribuons à ces efforts et nous collaborons étroitement avec la Commission.

Je ne pourrais pas vous dire aujourd'hui quels éléments on retrouvera dans un éventuel accord avec les provinces, mais la Commission est assurément pour nous un partenaire clé.

M. John Oliver: Nous avons déjà abordé la question des soins palliatifs dans le cadre des soins à domicile. Pour avoir moi-même frappé à des portes et rencontré des gens dans mon secteur, je peux vous dire que les aidants naturels ressentent une grande fatigue et n'ont pas l'impression d'obtenir le soutien nécessaire pour offrir des soins à domicile.

Est-ce que les soins dispensés à domicile sont visés par la condition d'intégralité prévue dans la Loi canadienne sur la santé? Où en sont les discussions concernant l'amélioration des soins à domicile dans le cadre des présentes négociations?

M. Simon Kennedy: Nous pouvons constater d'une manière générale que les provinces et les territoires s'efforcent de remodeler et de moderniser leurs systèmes de soins de santé pour s'assurer de pouvoir continuer à offrir à leurs citoyens les services dont ils ont besoin.

Comme vous le savez tous, nous avons un système qui a été conçu au départ en misant principalement sur les hôpitaux et les services offerts par les médecins. C'est donc un régime qui est fondé sur des soins spécialisés dispensés en établissement à un coût relativement élevé. C'est excellent pour ceux qui ont impérativement besoin de ce type de soins. Il serait toutefois beaucoup moins coûteux d'offrir les soins dans la communauté ou à domicile dans le cas des aînés ou des malades chroniques. On parle littéralement de 100 \$ par jour, plutôt que 1 000 \$. C'est vraiment beaucoup moins.

•(1730)

En général, les provinces et les territoires observent comment nous faisons pour passer des soins hospitaliers coûteux aux soins communautaires ou à domicile. Avec eux, nous discutons, pour l'accord sur la santé, des modalités de l'appui fédéral à ce changement et de la manière par laquelle le gouvernement canadien peut profiter des mesures qu'ils appliquent déjà pour tenter de rendre le système plus soutenable, c'est-à-dire plus de soins à domicile, plus de soins communautaires et, pour le petit nombre qui en ont besoin, des soins coûteux dans les établissements. Le patient n'a pas nécessairement besoin de se trouver dans un lit d'hôpital. Cela dépend de sa maladie.

C'est ainsi que, dans ces discussions avec les provinces, nous essayons de faire passer l'engagement du gouvernement.

Le président: Il est 17 h 30. Il faut conclure, mais j'ai une question sur la recherche et je voudrais entendre vos opinions.

Il y a quelques années, j'ai aidé la Société canadienne du cancer à élaborer un plan pour attirer des fonds pour la recherche. Je viens du Canada atlantique. Nous avons fait une étude par province qui a révélé la variation considérable, d'une région à l'autre, des fonds fédéraux destinés à la recherche sur le cancer. Dans le Canada atlantique, si je me souviens bien, c'était 2,40 \$ par personne. Deux provinces obtenaient plus de 9 \$; une autre, environ 7; et le reste, des miettes. Or, le Canada atlantique a l'un des taux les plus élevés de cancer du côlon, de mélanomes et de mortalité féminine due au cancer.

Que peuvent les provinces pour obtenir une part égale, un montant égal par personne, des fonds fédéraux pour la recherche?

Dr Alain Beaudet: Comme vous le savez, le gros, la totalité en fait de cet argent que nous déboursions va au plus offrant. Manifestement, les provinces bien équipées et attrayantes pour les chercheurs obtiennent une part importante. C'est la concurrence entre les meilleurs chercheurs, les meilleures idées.

Mais vous avez absolument raison. Pour la recherche, particulièrement celle qui servira directement à améliorer les soins et l'accès aux soins, il doit y avoir une façon d'assurer une plus grande uniformité à l'échelle nationale. Voilà pourquoi nous nous associons à nos homologues des provinces et aux ministres de la Santé des provinces et des territoires pour les initiatives majeures auxquelles la ministre faisait allusion, plus tôt, la stratégie pour une recherche axée sur les patients. Elle insiste sur la recherche qui se traduira directement par de meilleurs soins, de meilleures pratiques et, aussi, qui fera participer directement le patient à l'élaboration des priorités et des stratégies de la recherche.

La réaction des provinces a vraiment été positive. Toutes, en fait, investissent dans cette entreprise, dans laquelle nous avons promis d'égaliser leur contribution. Et nous tenons promesse. Cela nous a permis, dans une certaine mesure, de redistribuer, si vous voulez, entre les provinces et les territoires qui ont moins de chercheurs, plus d'argent pour les aider à se doter d'une capacité plus grande d'élaborer des projets de recherche dont les résultats seront immédiatement applicables aux soins.

Le président: Vous êtes en plein dans le mille. Les provinces qui obtiennent l'argent renforcent leurs capacités, ce qui leur fait obtenir plus d'argent. À celles qui sont dépourvues de capacités, on dit non pour ce motif même. C'est un cercle vicieux. En tout cas, nous en reparlerons.

Je tiens à remercier tous les témoins de s'être présentés et d'avoir répondu à nos questions. Nous avons hâte de vous revoir.

Oui...?

M. Len Webber: Monsieur le président, je voudrais proposer une motion concernant les réponses que la ministre a promis de nous envoyer, et le ministère aussi. Je demanderais les réponses sous forme écrite.

•(1735)

Le président: Bon, d'accord.

Tous ceux qui sont pour la motion, c'est-à-dire l'obtention de réponses écrites aux questions posées?

M. Len Webber: Et, aussi, dans un délai, monsieur le président, de peut-être deux semaines.

Le président: Eh bien, je ne voudrais pas ajouter ça, mais, à la place...

M. Len Webber: Fixons un délai. Sinon, cela pourrait prendre un an.

Le président: Quelqu'un veut-il en discuter ou formuler des observations à ce sujet?

M. Nick Whalen: Je voudrais proposer un amendement à la motion pour supprimer le délai.

Le président: Je pense que nous pouvons compter sur une réponse rapide.

Demandons des réponses écrites. Si nous ne les obtenons pas, nous pourrions proposer une autre motion. Êtes-vous d'accord?

Tous ceux qui sont pour la motion visant à obtenir des réponses écrites?

Des voix: D'accord.

Le président: Ceux qui sont contre?

M. Len Webber: Je suis contre. Je voudrais qu'un délai soit fixé, mais, manifestement, je suis minoritaire. Je m'incline.

Le président: Je suis désolé, monsieur Webber, ne venez-vous pas de voter contre votre propre motion?

Des voix: Oh, oh!

M. Don Davies: C'est sur YouTube.

M. Len Webber: J'ai voté contre l'amendement. Voilà tout.

Le président: C'est très bien. Je m'attends à ce que nous obtenions des réponses.

Merci beaucoup.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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 du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

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 Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>