



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 056

Le jeudi 9 mars 2023

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le jeudi 9 mars 2023

• (1105)

[Traduction]

Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)): La séance est ouverte. Bienvenue à la 56^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Nous accueillons aujourd'hui des témoins dans le cadre de notre étude sur la santé des enfants. Nous passerons ensuite aux travaux du Comité dès 12 h 30. Nous examinerons le projet de loi S-203 ainsi que les autres enjeux dont le Comité sera saisi.

La réunion d'aujourd'hui a lieu en format hybride conformément à l'ordre de la Chambre du 23 juin 2022.

La personne qui comparait par vidéoconférence aura probablement remarqué qu'au bas de son écran, elle peut choisir d'écouter l'interprétation du parquet en anglais ou en français. Les personnes qui sont dans la salle pourront utiliser leur écouteur et choisir le canal qu'elles désirent.

Il est interdit de prendre des captures d'écran ou des photos de votre écran.

Les délibérations d'aujourd'hui seront affichées au site Web de la Chambre des communes.

Conformément à notre motion de régie interne, j'informe le Comité que tous les témoins ont effectué les tests de connexion requis avant la réunion.

Nous souhaitons maintenant la bienvenue aux témoins qui sont avec nous cet après-midi.

[Français]

Nous accueillons la Dre Anne Monique Nuyt, directrice et cheffe du Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal et Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, ainsi que la Dre Caroline Quach-Thanh, pédiatre et microbiologiste infectiologue, Université de Montréal et Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.

[Traduction]

Nous accueillons Mme Cindy Blackstock, directrice générale de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada.

Merci à tous de nous consacrer de votre temps pour comparaître aujourd'hui.

Chaque témoin aura cinq minutes pour présenter sa déclaration préliminaire.

[Français]

Docteure Nuyt, je vous souhaite la bienvenue.

Vous avez la parole.

Dre Anne Monique Nuyt (directrice et cheffe, Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal et Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, à titre personnel): Merci, monsieur le président.

Bonjour à tous.

Je vais faire ma présentation en français, mais je pourrai répondre aux questions en anglais ou en français.

Je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître devant vous pour parler de sujets particulièrement importants pour nous et notre pays. Je suis pédiatre spécialisée en soins intensifs du nouveau-né et clinicienne chercheuse. Je suis aussi titulaire d'une chaire de recherche du Canada de niveau 1. Comme vous l'avez dit, monsieur le président, je me présente devant vous comme cheffe et directrice du département de pédiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et au CHU Sainte-Justine.

Je suis aussi la présidente de l'organisme Directeurs de pédiatrie du Canada. Nous représentons 17 départements de pédiatrie universitaires au Canada. Notre mission est de former tous les pédiatres du pays et, pour un certain nombre de nos départements, de former les professionnels de la santé que l'on appelle des « surspécialistes », comme les pédiatres-cardiologues et les pneumologues. Notre mission est aussi de créer de nouvelles connaissances grâce à la recherche, d'établir les pratiques exemplaires en médecine pédiatrique et de nous assurer de la qualité des soins dans nos hôpitaux.

J'aimerais vous parler plus précisément de trois questions déterminantes pour les enfants et pour lesquelles nous avons besoin de votre engagement.

Premièrement, il s'agit du nombre de médecins surspécialisés en pédiatrie. Je sais que mes collègues se sont déjà présentés devant vous et vous ont parlé du problème majeur que constitue l'accès aux soins de proximité donnés par les infirmières, les médecins de famille et les pédiatres généraux. Toutefois, même si cela était réglé, de nombreux enfants continueraient d'avoir besoin de soins spécialisés et surspécialisés. Contrairement à la médecine adulte, la majorité de ces soins surspécialisés sont donnés dans des hôpitaux universitaires pédiatriques, car ce sont souvent des petites équipes de médecins dont il faut concentrer l'expertise pour assurer et maintenir une prise en charge de haut niveau. En tant que directeurs de département, nous devons donc trouver, recruter et retenir ces spécialistes.

La majorité de nos hôpitaux pédiatriques doivent relever des défis majeurs pour remplir ce mandat. Il faut comprendre que les places dans les programmes de formation en surspécialisation pédiatrique sont de compétence provinciale. Or ce sont quelques programmes répartis dans quelques provinces qui forment les médecins surspécialisés pour tout le pays. Sans plan de main-d'œuvre national, concerté et collaboratif, nous ne pouvons espérer former assez de spécialistes pour les besoins de tous les enfants du pays. Nous nous tournons donc fréquemment vers l'international pour recruter ces « surspécialistes ».

Par exemple, actuellement, 25 % des médecins surspécialisés de mon département, à Sainte-Justine, ont été recrutés à l'international. En soi, cela permet des échanges de connaissances et d'expériences qui sont très enrichissants et qui profitent à tous. Cependant, la reconnaissance des diplômes peut varier d'une province à l'autre, même dans des pays offrant des formations respectées, comme la Belgique, la France ou les États-Unis. Globalement, on le sait, les procédures en matière d'immigration sont lourdes et longues. Ainsi, il serait important d'adopter une approche concertée et interprovinciale, sous un leadership national.

Deuxièmement, au nom de toute la communauté pédiatrique universitaire canadienne, j'aimerais vous faire part du fait que nous reconnaissons l'importance d'avoir accès à des données de qualité pour remplir nos missions. Nous avons besoin de données pour soutenir la recherche sur les maladies pédiatriques. Nous avons besoin de données pour établir les priorités en soins pédiatriques, notamment en ce qui concerne le taux de vaccination, l'obésité, les difficultés de développement et la santé mentale chez des adolescents. Enfin, nous avons besoin de données pour surveiller la qualité de nos soins spécialisés et surspécialisés.

En effet, chaque centre doit se comparer à d'autres, bien entendu, pour assurer le maintien et la progression de ses soins. Comme nous sommes un petit nombre d'hôpitaux pédiatriques et que le nombre d'enfants que chaque spécialité traite est faible, la comparaison n'est souvent pas possible à l'échelle provinciale, même pour les provinces les plus peuplées. L'accès aux données nationales nous apparaît donc prioritaire, particulièrement pour des soins pédiatriques de qualité.

Troisièmement, j'aimerais vous parler de l'accès aux médicaments pour les enfants. Comme l'ont bien démontré les travaux du Centre de formulations pédiatriques Goodman, sous la direction scientifique de la Dre Litalien, le Canada accuse un retard important dans son arsenal réglementaire favorisant l'accès aux médicaments pour les enfants du pays, par rapport à des autorités comme la United States Food and Drug Administration, ou FDA, et l'Agence européenne des médicaments. Le Centre de formulations pédiatriques Goodman et l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada ont d'ailleurs déposé un document à ce propos pour votre comité.

Il y a deux problèmes. Le premier concerne l'accès aux médicaments, nouveaux ou anciens, qui pourraient servir à traiter des enfants. Pour que ces médicaments soient accessibles aux enfants, il faut que les entreprises en fassent la demande à Santé Canada. On comprend que la lourdeur administrative de ce processus, couplée au petit marché que représentent les enfants, n'est pas très attrayante pour ces entreprises.

• (1110)

Pour pallier cette réalité, les agences comme la FDA ou l'Agence européenne des médicaments ont mis en place, depuis plus de 10 ans, des règlements obligeant la présentation d'une demande pour usage pédiatrique ou la réalisation d'études chez l'enfant quand l'on dépose une demande pour un nouveau médicament qui pourrait aussi, bien entendu, avoir un usage pédiatrique.

Nous tenons à souligner le fait que Santé Canada, à l'heure actuelle, a établi comme prioritaire la mise en place d'un plan d'action pour les médicaments pédiatriques et nous lui en sommes très reconnaissants. Nous espérons ardemment que l'expérience de nos collègues internationaux sera mise à profit pour les enfants canadiens.

Le deuxième problème concernant les médicaments porte sur l'accès aux formulations pédiatriques — les sirops, si vous voulez —, de médicaments par ailleurs déjà approuvés pour les enfants.

On comprend tous l'importance d'avoir accès à des formulations pédiatriques quand on veut soigner des enfants. On comprend aussi que, s'il est important que le médicament lui-même soit approuvé par Santé Canada, il est tout aussi important que sa formulation pédiatrique qui valide, par exemple, la concentration du médicament dans le sirop et sa stabilité, le soit aussi.

Le Canada accuse, ici aussi, un net retard concernant son approbation de formulations pédiatriques. Pour vous donner un exemple de l'ampleur du problème, la pharmacie de notre hôpital, le CHU Sainte-Justine, doit faire une formulation maison pour près de la moitié des médicaments, c'est-à-dire qu'elle doit écraser le comprimé dans un sirop. Une telle formulation existe déjà commercialement et elle est approuvée par la FDA ou l'Agence européenne des médicaments.

La communauté pédiatrique demande donc que la voie réglementaire qui s'appuierait sur des décisions venant de pays de confiance, et qui est d'ailleurs étudiée actuellement par Santé Canada, soit considérée prioritaire pour les médicaments pour enfants et, en particulier, pour les formulations pédiatriques. Les besoins en médicament des enfants diffèrent de ceux des adultes, et ils méritent une attention spécifique en matière de réglementation et la mise en place rapide de règlements.

Je vous remercie de nouveau de votre invitation, de votre écoute et surtout de l'attention que vous porterez à cette question dans la poursuite de votre étude. Nous pensons qu'il est essentiel que la communication soit ouverte et franche entre les décideurs que vous êtes et la communauté pédiatrique des soins de première ligne et des soins spécialisés. À l'heure actuelle, la santé et les soins des enfants ont particulièrement besoin de votre attention. Nous, les cliniciens et les chercheurs, ne visons qu'à vous faire part de notre réalité et à vous fournir des données probantes pour que les décisions soient les plus éclairées et judicieuses possible.

Je vous remercie.

• (1115)

Le président: Merci, docteur Nuyt.

Docteur Quach-Thanh, je vous souhaite la bienvenue au Comité.

Vous avez la parole.

Dre Caroline Quach-Thanh (pédiatre, microbiologiste-infectiologue et officier, Prévention des infections, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, à titre personnel): Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie les membres du Comité permanent de la santé de m'avoir invitée à comparaître dans le cadre de l'étude sur la santé publique et la prévention des maladies dans l'enfance.

Je suis pédiatre, microbiologiste-infectiologue et clinicienne-chercheuse au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Je suis professeure titulaire en microbiologie et en pédiatrie à l'Université de Montréal. Je suis également titulaire de la Chaire de recherche du Canada en prévention et contrôle des infections: de l'hôpital à la collectivité, une chaire de niveau 1.

Je suis la directrice du réseau POPCORN, que les Instituts de recherche en santé du Canada ont financé en 2022 pour une période de deux ans. Ce réseau a pour buts de permettre le suivi en recherche d'un enfant au cours de sa trajectoire de soins dans les 16 hôpitaux pédiatriques du pays, de renforcer à l'échelle nationale l'infrastructure, l'expertise et le capital humain en recherche pédiatrique, et d'étudier les répercussions d'interventions ou d'événements sur la santé mentale et le développement des enfants au Canada.

Les Instituts de recherche en santé du Canada avaient demandé que le réseau étudie l'effet de la COVID-19 chez les enfants, et une première conférence nationale est prévue pour mai 2023 afin de communiquer les résultats préliminaires et de prévoir les prochaines étapes.

J'ai acquis mon expertise, tant en clinique qu'en recherche, dans le domaine de la prévention des infections et de la vaccination. Je me concentrerai donc sur ces domaines, au risque d'entendre mes enfants me dire: « *Stay in your lane, mom* ».

Bien que nous tenions tous la vaccination pour acquise et que nous ayons l'impression que les maladies évitables par la vaccination sont chose du passé, il faut quand même réaliser à quel point notre monde regorge encore de maladies que nous croyions disparues.

Prenons l'exemple de la poliomyélite. Jusqu'à l'an dernier, personne n'aurait pu penser qu'un cas surviendrait dans l'État de New York. La surveillance des eaux usées avait alors démontré, ici comme ailleurs, qu'on excrétaient du virus et qu'en l'absence de vaccination, les individus étaient encore exposés à un risque d'être infectés. Nous sommes tous, pour la plupart, trop jeunes pour nous souvenir des dégâts causés par la polio, des décès et de la paralysie qui touchaient les enfants auparavant en parfaite santé.

De la même façon, la rougeole fait encore des ravages, et ce, même dans les pays développés, lorsque la couverture vaccinale tombe en deçà de 95 %. Près de 20 000 personnes viennent d'être exposées à un cas de rougeole au Kentucky. Le risque d'importation d'un cas existe, et les jeunes enfants sont ceux qui sont les plus exposés à un risque de maladie grave.

Les couvertures vaccinales sont-elles donc si faibles? En 2019, l'enquête sur les couvertures vaccinales de l'Institut national de santé publique du Québec révélait qu'à l'âge de 15 mois, près de 95 % des enfants avaient reçu toutes leurs doses de vaccin contre la poliomyélite, la rougeole et les pneumocoques. Cependant, dans les registres de vaccination, la couverture vaccinale contre la rougeole se situe plutôt autour de 85 %. On estime que la réalité est quelque

part entre ces deux valeurs, mais que l'évaluation de l'effet de la pandémie sur les couvertures vaccinales reste encore à faire.

On a l'impression que les préoccupations concernant l'efficacité et l'innocuité des vaccins contre la COVID-19 ont probablement émoussé la confiance de certains parents envers des vaccins utilisés depuis des décennies. Il faudra rebâtir cette confiance, sinon, nous risquons de voir revenir ces maladies évitables par la vaccination et leurs lots de complications: méningite, encéphalite, surdité, séquelles à long terme et décès. De plus, les maladies infectieuses sont démocratiques: elles toucheront tout le monde, mais avec des conséquences plus importantes au sein des groupes vulnérables du point de vue médical et sociodémographique. Les iniquités en santé se perçoivent aussi en maladies infectieuses.

On s'attend à ce qu'un enfant qui fréquente une garderie contracte en moyenne 8 à 12 rhumes par an. La pandémie a entraîné une recrudescence de multiples virus respiratoires dans son sillage, avec pour conséquence une augmentation notable des surinfections bactériennes, par exemple cellulite orbitaire, mastoïdite, abcès pulmonaire, méningite ou abcès intracrânien.

Jusqu'à présent, la résistance de ces bactéries aux antibiotiques demeure relativement stable au Canada, mais une utilisation inappropriée de ces antibiotiques, une difficulté à diagnostiquer une infection virale ou une infection bactérienne et à les différencier l'une de l'autre, ainsi que la mondialisation pourraient mettre en péril ces traitements que nous tenons aussi pour acquis.

La résistance aux antibiotiques est potentiellement la prochaine pandémie à laquelle nous devons faire face. Par ailleurs, de plus en plus d'études commencent à faire un lien entre l'exposition à divers contaminants environnementaux et une diminution de la réponse immunitaire. Ces recherches devront être poursuivies en gardant en tête le concept d'une seule santé, qui fait la promotion d'une approche intégrée, systémique et unifiée de la santé humaine, animale et environnementale.

On cherche présentement à comprendre si l'augmentation récente de l'incidence des infections virales n'est due qu'à un effet de cohorte et si les infections bactériennes graves ne sont la conséquence que du grand nombre d'infections virales en circulation, ou plutôt la conséquence de l'émergence de clones bactériens plus virulents.

• (1120)

Il est donc primordial de mettre en place des programmes de surveillance, y compris la surveillance génomique, des maladies infectieuses à l'échelle canadienne.

Une des pierres angulaires de la prévention des infections est de s'assurer que les mesures mises en place n'entraînent pas de dommages collatéraux importants. Ces nuances sont souvent difficiles à communiquer au public. La recherche et l'évaluation sont donc primordiales afin de soutenir les décisions de santé publique. La plateforme POPCORN pourra répondre à ces questions, mais, ce qui aurait été l'idéal, c'est que la santé des enfants soit prise en compte et évaluée plus tôt au cours de la pandémie.

Pour conclure, je dirai que l'on ne saurait trop insister sur l'importance de la prévention des infections ainsi que des données et de la recherche qui devrait la soutenir afin de maintenir les acquis en santé chez les enfants. Des investissements adéquats dans ce secteur clé permettront de sauver des vies et d'épargner des fonds publics.

Il nous faudra comprendre et mesurer l'effet de la pandémie sur les couvertures vaccinales ainsi que restaurer la confiance des parents, s'il y a lieu, en utilisant des données ouvertes et valides.

Il faudra s'assurer que des programmes de surveillance performants, y compris la surveillance génomique, permettent de mesurer le fardeau des maladies infectieuses et des maladies évitables par la vaccination, et faire en sorte que les résultats sont accessibles à tous.

Il est nécessaire de s'assurer que la santé des enfants est considérée dans les priorités de recherche et que les réseaux financés ne le sont pas que pour de courtes périodes.

Il faudra prévoir les ressources et les mesures nécessaires pour prévenir l'émergence de la résistance aux antibiotiques.

Il faut s'assurer que le concept « Une seule santé » est mis en valeur au moment de la prise de décisions et dans la recherche en santé concernant les enfants.

Je vous remercie de votre attention.

[Traduction]

Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Le président: Merci, docteur Quach-Thanh.

Ensuite, j'ai l'honneur d'inviter Mme Cindy Blackstock, directrice générale de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, à prendre la parole devant le Comité.

Bienvenue, madame Blackstock. Vous avez la parole.

Mme Cindy Blackstock (directrice générale, Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada): Merci. Bonjour, monsieur le président et membres du Comité. Je tiens à souligner que ce témoignage a lieu sur le territoire non cédé et non abandonné de la nation algonquine.

En 2008, l'Organisation mondiale de la Santé a affirmé que l'inégalité tue à grande échelle. Les marchés capitalistes et d'autres institutions créent toutes sortes d'inégalités. Toutefois, certaines inégalités découlent directement des décisions prises à la Chambre et au Sénat. Voilà de quoi je veux parler aujourd'hui. Je vais me concentrer sur l'inégalité qui a causé la mort de nombreux enfants des Premières Nations et qui en tue encore beaucoup à l'heure actuelle. Je tiens surtout à souligner ce que vous pouvez tous faire pour y remédier.

En 1907, les manchettes dénonçaient partout au pays une « inattention totale aux besoins fondamentaux de la santé » et une « liste affolante de décès ». De quoi s'agissait-il? L'inspecteur médical du ministère des Affaires indiennes du Canada avait constaté que le gouvernement fédéral sous-finançait les soins de santé aux enfants des Premières Nations dans ces écoles. De combien, me demandez-vous? Eh bien, on versait trois fois plus de financement aux soins de santé des résidents d'Ottawa qu'à ceux de tous les « Indiens » du pays. Cette inégalité flagrante, conjuguée à de mauvaises pratiques de santé, a provoqué des taux de mortalité de 25 % par année, puis de 50 % trois ans plus tard.

Le gouvernement du Canada a passé sur ces statistiques sans lever le petit doigt pour corriger cette inégalité.

D'où vient cette inégalité? Elle découle de la Loi sur les Indiens, qui charge le gouvernement fédéral de financer les services publics dans les réserves — approvisionnement en eau, santé, éducation et

services de garde — et qui charge les provinces de financer ces services pour le reste de la population. Depuis l'établissement de la Confédération, le gouvernement fédéral a sous-financé ces services, ce qui a créé une cascade de problèmes de santé chez les enfants des Premières Nations.

Maintenant, cette décision du Canada — c'était une décision et non une négligence — de ne pas corriger ces inégalités a malheureusement percolé dans les manchettes des années 2021 et 2022 sur les enfants retrouvés dans des tombes anonymes.

En 2005, Jordan River Anderson était à l'hôpital de Winnipeg. Comme il n'avait que deux ans, il serait normalement rentré chez lui. Son pédiatre l'aurait autorisé, mais comme Jordan était un enfant des Premières Nations, le gouvernement du Canada et celui du Manitoba ne s'entendaient pas sur le financement de ses soins à domicile. Ne vous y trompez pas: s'il avait été non autochtone, il serait rentré chez lui. Il est mort à l'hôpital parce qu'il était autochtone. Il n'avait jamais passé même une journée dans un cadre familial.

En 2007, les députés de la Chambre des communes — et je tiens à remercier les députés de tous les partis — ont appuyé à l'unanimité le principe de Jordan, qui exige que les enfants des Premières Nations obtiennent l'aide dont ils ont besoin quand ils en ont besoin. Tous les Canadiens appuient ce principe, mais il a fallu 16 ans de litiges et 25 ordonnances de non-conformité pour que le gouvernement du Canada en détermine le libellé. Par la suite — pendant la période de non-conformité —, deux enfants de 12 ans se sont suicidés. Il s'avère que le gouvernement canadien avait refusé de leur fournir des soins de santé mentale. Nous ne savons pas si ces précieux enfants ne se seraient pas suicidés s'ils avaient reçu ce soutien.

Le principe de Jordan est un principe fondamental de la santé au Canada. Nous parlons de soins de santé universels, mais en fait, les soins de santé ne sont pas universels au Canada.

Avec l'aide du tribunal et des dirigeants des Premières Nations, nous avons cerné les corrections à apporter au principe de Jordan. Oui, il génère environ deux millions de dollars de soutiens en santé, en éducation et en services sociaux, ce qui est excellent. Cependant, nous avons remarqué qu'il finance aussi les lacunes de services sous-financés, car depuis l'établissement de la Confédération, personne n'a calculé le coût de ces inégalités afin d'y remédier entièrement.

Nous savons que les gouvernements sont en mesure de le faire. En fait, le Canada et ses alliés ont effectué ces calculs à la suite de la Deuxième Guerre mondiale dans le cadre du plan Marshall. Nous avons reconstruit l'Europe en créant un plan multidisciplinaire. Nous pourrions faire la même chose dans ce cas-ci en appliquant le plan de Spirit Bear. Nous voulons que le public comprenne ce calcul. Nous voulons que le directeur parlementaire du budget calcule les coûts de toutes ces inégalités. Nous pourrions ainsi taire à jamais le système public d'apartheid qui a causé les mauvais résultats de santé des enfants des Premières Nations.

• (1125)

Dans le cas du principe de Jordan, la grande majorité des demandes reçues ne coûtent pas bien cher. Ces soutiens ont une immense valeur pour les familles qui les reçoivent, mais ils ne coûtent que très peu au gouvernement. Cependant, une demande de 150 \$ pour acheter de la préparation pour nourrissons est assujettie aux mêmes formalités administratives qu'une demande de 5 millions de dollars. Il s'agit là d'une très mauvaise utilisation du travail des fonctionnaires.

Nous voudrions que ce processus soit modifié de façon à ce que, comme partout ailleurs, les services dont le coût ne dépasse pas un certain seuil monétaire soient automatiquement approuvés s'ils sont recommandés par un professionnel de la santé. Ce processus comprendrait un système de vérification, mais il permettrait de réaliser d'énormes économies.

L'autre chose que nous voudrions... Le litige est en cours, mais nous ne savons toujours pas ce qui arrivera au principe de Jordan au-delà de sa cinquième année. Il est bon de conclure une entente de principe, mais il faut que l'on nous garantisse qu'à l'avenir, aucun enfant ne subira cette discrimination au Canada.

Lorsque nous avons vu les tombes anonymes des enfants, nous avons tous porté des T-shirts orange afin de promettre aux survivants des pensionnats que leurs petits-enfants ne subiraient jamais ce qu'ils avaient enduré. Nous avons des solutions théoriques pour remédier à cette situation. Il existe une solution à ce problème, mais jusqu'à présent, il n'y a eu aucune volonté politique de la mettre en œuvre. Grâce à vous tous, je suis sûre que nous réussirons à régler ce problème.

Merci.

Le président: Merci, madame Blackstock.

Nous allons maintenant passer aux séries de questions, en commençant par les conservateurs.

Monsieur Ellis, vous avez six minutes.

M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président, et merci à tous les témoins d'être ici aujourd'hui pour parler de la question cruciale de la santé des enfants. Nous entendons toute une gamme d'opinions aujourd'hui. Je pense qu'il est très important que nous comprenions cette question.

Docteur Nuyt, je vais d'abord m'adresser à vous.

Vous possédez toute une expertise en la matière. Vous avez soulevé cette question dans votre déclaration préliminaire et, par l'entremise de monsieur le président, vous avez mentionné la nécessité de trouver des pédiatres, de les recruter et de les maintenir en poste. Nous reconnaissons tous ce grave problème qui préoccupe non seulement le Canada, mais probablement le monde entier.

Vous pourriez peut-être faire part au Comité de vos réflexions sur la meilleure façon de procéder.

• (1130)

Dre Anne Monique Nuyt: Comme je l'ai brièvement conclu dans ce paragraphe, je reconnais qu'il s'agit d'une compétence provinciale, mais je pense que nous devrions planifier les besoins à l'échelle du Canada. En parlant du maintien en poste des pédiatres, je soulignais particulièrement ce qui se passe dans nos hôpitaux de

soins tertiaires. Je ne parle pas des pédiatres communautaires, mais des spécialistes et des surspécialistes.

Il faut que nous planifions adéquatement pour l'ensemble du pays le nombre de pédiatres à former. Nous ne pouvons pas le faire province par province. Par exemple, 17 hôpitaux universitaires ont besoin de néphrologues pédiatriques, mais il n'y a que six ou sept centres dans trois provinces qui les forment. Il ne sera donc pas utile d'effectuer ce calcul à l'intérieur de chaque province. Il faut vraiment le faire à l'échelle nationale.

Je trouve qu'il est très intéressant de recruter des spécialistes d'autres pays qui ne possèdent pas toujours toute l'expertise qu'il nous faut. À mon avis, il serait très important de faciliter la reconnaissance des diplômes d'autres pays, surtout si leurs facultés de médecine sont de qualité égale aux nôtres. Je sais que quelques provinces ont déjà conclu des ententes avec d'autres pays. Cela nous aiderait énormément.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup.

Par votre entremise, monsieur le président, vous avez aussi parlé du maintien en poste des pédiatres.

Dans le cadre de notre profession, les médecins qui sont rémunérés à l'acte se heurtent à une certaine difficulté. Ils n'ont pas d'autre régime de retraite que l'argent qu'ils mettent eux-mêmes de côté. Pourriez-vous suggérer un moyen de mieux planifier la retraite des médecins ou de les maintenir en poste plus longtemps?

Dre Anne Monique Nuyt: Je ne parlerai pas précisément des salaires, mais je soulignerai deux facteurs de l'importance du maintien en poste.

D'abord, de nombreux pédiatres et surspécialistes qui travaillent dans les hôpitaux universitaires effectuent d'autres tâches que celle de soigner des patients. Ils doivent enseigner la pédiatrie à la prochaine génération de pédiatres et aux médecins de famille. Ils doivent faire de la recherche, parce que nous sommes responsables de générer de nouvelles connaissances. Il faut tenir compte de ce facteur en déterminant la rémunération des pédiatres qui travaillent dans les hôpitaux universitaires. C'est la première chose.

Ensuite, mes collègues se plaignent surtout du manque d'aide multidisciplinaire. Ils auraient besoin d'autres professionnels pour faire leur travail, comme des nutritionnistes, des infirmières et des inhalothérapeutes. Il nous manque énormément de professionnels dont l'aide est essentielle pour fournir les soins de chaque spécialiste. Les spécialistes sont épuisés.

L'épuisement professionnel nous guette lorsque nous sommes incapables d'effectuer notre travail alors que nous désirons ardemment l'accomplir.

M. Stephen Ellis: Merci.

Vous avez aussi mentionné le problème des données. On en parle souvent, ces temps-ci. Nous en avons beaucoup discuté au Comité. Tout le monde reconnaît l'importance capitale des données.

Cependant, il est souvent difficile de recueillir ces données. Quels systèmes utilisez-vous? Comment communiquez-vous entre les provinces et les territoires et le gouvernement fédéral pour que cela ait un sens et, par exemple, pour comprendre exactement combien de pédiatres travaillent au Canada? Combien de néphrologues pédiatriques travaillent au Canada? Ils sont peut-être plus faciles à compter parce qu'ils ne sont pas nombreux, mais les pédiatres en général dans les collectivités... Pour savoir exactement combien nous en avons, combien de travail ils accomplissent et quand ils pourraient prendre leur retraite, etc. Avez-vous des idées à ce sujet?

Dre Anne Monique Nuyt: Je ne suis pas planificatrice professionnelle de services de santé — je ne suis qu'une médecin ordinaire. Cependant, j'ai remarqué ce problème. Je vous remercie de l'avoir soulevé à nouveau. Comme les provinces détiennent toutes ces données, pour inclure ce sujet dans les discussions interprovinciales, il faudrait probablement... C'est tout simplement une question d'entraide.

M. Stephen Ellis: Par votre entremise, monsieur le président, c'est certainement l'un des problèmes auxquels nous nous heurtons. Les provinces travaillent en vase clos. Je pense que nous devrions peut-être nous tourner vers la communauté pédiatrique. Les pédiatres ont peut-être un meilleur esprit de camaraderie que les médecins d'adultes. Ils nous aideront peut-être mieux à échanger les données, et je leur en suis reconnaissant.

Si j'ai plus de temps, je reviendrai sur les médicaments. Comme vous le savez tous, nous faisons face à une pénurie critique, surtout en pédiatrie. Nous manquons d'acétaminophène, d'ibuprofène — des médicaments en vente libre — et de tous les antibiotiques pédiatriques administrés par voie buccale. Je crois qu'il est important que nous parlions de ce problème au Comité afin qu'il comprenne l'origine de ces pénuries et les moyens de les surmonter.

Ces choses sont importantes.

• (1135)

Le président: Merci, monsieur Ellis.

Nous passons maintenant la parole à M. Hanley pour six minutes.

[Français]

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Je remercie les témoins d'être ici aujourd'hui.

[Traduction]

Merci à vous trois d'être venus aujourd'hui.

Docteur Nuyt, je n'aurai pas le temps de vous poser des questions, mais je vous remercie pour vos recommandations. Elles font écho à celles de témoins qui ont comparu plus tôt dans le cadre de cette étude ainsi que de l'étude importante que nous menons sur la crise de la main-d'œuvre.

Madame Blackstock, je suis heureux de vous rencontrer. Je sais que vous êtes souvent venue au Yukon. Je sais que vous ne mâchez jamais vos mots et j'apprécie beaucoup votre franchise dans cette salle.

Au Yukon, le mois dernier, nous avons célébré le 50^e anniversaire de la présentation du Livre blanc intitulé *Together Today for our Children Tomorrow*. Cet ouvrage a lancé le processus des traités modernes non seulement au Yukon, mais dans tout le pays. Au cours des décennies qui ont suivi, 11 des 14 Premières Nations ont obtenu leur autonomie gouvernementale. Je pense que les progrès

que nous avons réalisés jusqu'à maintenant au Yukon en matière de santé et de bien-être des enfants coïncident avec notre autonomie gouvernementale.

J'aimerais parler un peu plus du principe de Jordan. Pour vous donner un exemple des nombreux progrès réalisés depuis l'adoption du principe de Jordan — il est vrai que les tribunaux sont à l'origine de cette initiative, mais au moins nous l'avons maintenant —, j'étais à Haines Junction la semaine dernière, dans le cadre du programme de soutien au rétablissement Shāwthān Nāzhi, un incroyable programme de soutien familial qui aide les adultes à se rétablir. On m'a dit que ce programme n'aurait pas été possible sans le principe de Jordan.

Dans le cadre de vos recommandations sur le plan de Spirit Bear, considérez-vous que le principe de Jordan et son prolongement constituent une transition vers un processus plus complet et durable qui continuera à réparer les torts?

Mme Cindy Blackstock: Oui. Merci beaucoup, monsieur le député.

Ce que vous nous dites est une réussite que nous observons partout au pays. Le principe de Jordan corrige les inégalités et fournit des services aux enfants. James Heckman, lauréat du prix Nobel de la paix, nous dit que chaque dollar que le gouvernement investit pour un enfant se multipliera à l'avenir. Je sais que mes collègues sont d'accord avec cela.

Tout l'argent que nous dépensons maintenant en vertu du principe de Jordan se transformera en économies dans les coffres de l'État. De plus, ces investissements produiront la première génération d'enfants des Premières Nations qui n'auront pas à se remettre de préjudices subis pendant leur enfance. Voilà en quoi consiste l'importance du principe de Jordan et des mesures d'égalité qu'il représente.

Le principe de Jordan est maintenant une exigence légale au pays. Nous nous devons de le respecter. Les fonctionnaires qui agissent avec une grande prudence financière devraient plus que jamais l'appliquer et s'y attacher. Toutefois, pour que cette mesure réussisse, nous devons combler les lacunes des autres services sous-financés, n'est-ce pas? Nous devons veiller à ce que les élèves des Premières Nations ne respirent pas de moisissures noires dans leurs écoles et qu'un nombre suffisant d'enseignants les soutiennent. De plus, pour reprendre votre allusion à l'autonomie gouvernementale, il faut que ces services soient adaptés à la culture et à la langue de chaque élève.

M. Brendan Hanley: Merci beaucoup.

Je vais m'adresser à la Dre Quach-Thanh.

Tout d'abord, je tiens à féliciter l'interprète d'avoir réussi à vous suivre pendant que vous lisiez une encyclopédie de recommandations.

J'aimerais me concentrer sur quelques enjeux. Vous avez souligné l'importance de reconnaître la résistance aux antibiotiques. C'est un enjeu très vaste. Pendant la pandémie, nous n'y avons plus accordé autant d'attention, comme il est arrivé à de nombreux autres enjeux. Pourriez-vous passer en revue très rapidement quelques mesures stratégiques cruciales que nous devrions examiner pour lutter contre la résistance aux antibiotiques, en particulier en appliquant le concept « Une seule santé » que vous avez mentionné?

• (1140)

Dre Caroline Quach-Thanh: Mais bien sûr. Merci.

Je remercie l'interprète pour son excellent travail. Je sais que je parle vite.

Pour vous donner un peu de contexte, la résistance aux antibiotiques se produit lorsqu'un type de bactérie que nous avons réussi à traiter avec un antibiotique ordinaire n'y réagit plus. Dans certains pays, cette résistance cause toujours plus de décès. Il arrive souvent qu'une infection urinaire, qui est relativement courante, ne réagisse plus aux antibiotiques et que la personne en meure. Cela ne devrait pas se produire à notre époque.

Nous avons pris des mesures politiques, qu'il faut absolument maintenir, pour recueillir avant tout des données sur les types d'antibiotiques administrés et sur la résistance aux différentes infections. Comme la Dre Nuyt l'a souligné, il n'est pas facile d'accéder aux données des différentes régions du pays.

Il y a quelques programmes au niveau fédéral. Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales en est un. Il vise les infections liées aux soins de santé. Nous sommes en mesure de suivre l'utilisation des antibiotiques et la résistance aux antimicrobiens. Cependant, ce programme se limite à 65 hôpitaux sur les 600 ou plus que nous avons au Canada. Donc comme la Dre Nuyt l'a souligné, pour pouvoir comparer des données, surtout en pédiatrie, il nous faut un programme national et non uniquement un programme provincial. C'est la première étape.

La deuxième étape a trait au concept « Une seule santé », qui indique que tout ce que l'on utilise et tout ce que l'on observe chez les animaux finira par se transmettre aux humains, soit par la nourriture, soit par l'exposition. Lorsque nous voyons apparaître des organismes résistants aux antibiotiques dans, disons, des élevages de poulets, il est très possible que les gens qui travaillent auprès de ces poulets acquièrent ces organismes. Ils finiront par se transmettre chez les humains, et nous ne pourrons plus les traiter. Il est donc crucial de surveiller le monde vétérinaire autant que le monde humain. Il faut que nous puissions utiliser la génomique pour savoir si les souches sont reliées les unes aux autres.

À l'heure actuelle, ces programmes existent, mais on les utilise dans des laboratoires spécialisés, dans des laboratoires de santé publique. Il nous faut un meilleur accès à ces programmes. Il faut qu'ils soient bien financés partout au pays, tant au niveau fédéral que dans les provinces ainsi que dans le laboratoire national de microbiologie.

Enfin, il faut promouvoir l'innovation dans le domaine des antibiotiques. Nous ne verrons pas beaucoup de nouveaux antibiotiques. Les fabricants et les industries pharmaceutiques ne tiennent pas à lancer de nouveaux antibiotiques sur le marché, car cela leur coûte trop cher. Il faut beaucoup de main-d'œuvre pour le faire. De plus, lorsqu'un nouvel antibiotique est mis au point, la pédiatrie est la dernière communauté qui y ait accès. Nous revenons donc à ce que disait la Dre Nuyt au sujet de la disponibilité des médicaments.

Le président: Merci, docteur Quach-Thanh.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Merci, monsieur le président.

Nous sommes privilégiés d'avoir parmi nous des témoins aussi compétents, ce matin. Il serait très intéressant de discuter plusieurs heures avec eux, mais je n'ai que six minutes.

D'abord, docteur Nuyt, mon collègue M. Ellis vous a posé des questions que je vous aurais posées. Je reviendrai, si j'ai le temps tout à l'heure, sur vos recherches sur les conséquences des naissances prématurées, notamment sur la santé des enfants.

Docteur Quach-Thanh, vous avez prononcé une phrase qui m'a frappé. Vous avez dit que la résistance aux antibiotiques était potentiellement la prochaine pandémie à laquelle nous devons faire face. C'est quand même un énoncé qui fait un peu frissonner.

Pourriez-vous nous en parler davantage? Je sais qu'il doit y avoir des réalités sur les plans clinique, sociodémographique et socioéconomique qu'il faut connaître.

Que devrions-nous faire pour prévenir cela?

Dre Caroline Quach-Thanh: Merci de la question, monsieur Thériault.

Je pense y avoir répondu en partie précédemment, mais j'ajouterais que l'Organisation mondiale de la santé, ou OMS, a quand même mis la résistance aux antimicrobiens sur sa liste des 10 principales menaces pour la santé mondiale. Quand un être humain ou un animal est exposé à des antibiotiques, les « bonnes bactéries », entre guillemets, peuvent développer une résistance et transmettre ces gènes à des agents pathogènes que nous ne pourrions peut-être plus traiter.

Prenons l'exemple des enfants, notamment ceux qui ont des infections urinaires à répétition parce qu'ils ont un système urinaire un peu tortueux et complexe et qu'il y a des reflux de la vessie vers les reins. Ces enfants ont tendance à être traités de façon récurrente pour des infections urinaires. Dans le décours de leurs soins, souvent même pendant leur première année de vie, ils vont être aux prises avec une bactérie qui ne pourra pas être traitée par les antibiotiques usuels administrés par la bouche. Une infection urinaire qui, somme toute, devrait être banale requerra alors une hospitalisation et l'administration d'antibiotiques intraveineux à très large spectre pendant 10 à 14 jours, et ceux-ci pourront continuer de favoriser la résistance aux antimicrobiens.

Il faut donc comprendre quand utiliser les antibiotiques et quand on ne devrait pas les utiliser parce qu'il ne s'agit que d'une infection virale. Il faut avoir accès à des outils de diagnostic, et ce, même de façon délocalisée, dans les bureaux de médecins de famille et dans les cliniques, afin de pouvoir différencier une infection bactérienne d'une infection virale. Les médecins de première ligne sont très bons, mais ils sont obligés de se fier à leur expérience clinique. Ils peuvent penser qu'il s'agit d'une infection bactérienne, alors qu'il ne s'agit que d'une infection virale. Comme je le disais, les enfants peuvent faire de la fièvre de 8 à 12 fois par année, parce qu'ils vont contracter de 8 à 12 virus par année pendant leurs premières années à la garderie.

• (1145)

M. Luc Thériault: Est-ce qu'on a les moyens technologiques qu'il faut, dans ces bureaux, pour faire cette distinction rapidement?

Dre Caroline Quach-Thanh: Pour l'instant, non, mais je pense qu'il faut promouvoir la recherche et l'innovation pour avoir la possibilité de faire des examens de biologie médicale délocalisée. Cela faciliterait ce travail.

Nous avons vu, pendant la pandémie, que des tests antigéniques rapides pour détecter le SRAS-CoV-2 existaient. Il en existe pour les maladies à streptocoque du groupe A, dont la pharyngite, et aussi pour d'autres virus respiratoires. Ils ne sont pas parfaits, mais ils peuvent nous aider et ils ne sont pas facilement accessibles, pour l'instant. Il y a d'autres tests, qui coûtent encore très cher et qui sont basés sur la méthode d'amplification en chaîne par polymérase, ou PCR.

Il s'agit de trouver des façons de donner accès à ces technologies dans les centres de soins de première ligne.

M. Luc Thériault: Cela coûte peut-être cher, mais, si la résistance aux antibiotiques devenait effectivement une pandémie, cela nous coûterait pas mal plus cher de ne pas avoir pris les mesures nécessaires en temps opportun pour contrer cela.

N'est-ce pas?

Dre Caroline Quach-Thanh: Oui, c'est tout à fait cela.

M. Luc Thériault: Dans votre présentation, vous dites qu'une des pierres angulaires de la prévention des infections est de s'assurer que les mesures mises en place n'entraînent pas de dommages collatéraux importants, que ces nuances sont souvent difficiles à communiquer au public et que la recherche et l'évaluation sont donc primordiales.

Vous avez aussi parlé de la plateforme POPCORN. Pouvez-vous nous parler davantage des travaux des membres de ce réseau pour faire en sorte que nous soyons plus compétents lorsqu'il s'agit de transmettre des messages à la population en matière de santé publique?

La santé publique, c'est de la médecine de masse. Si le message ne passe pas, il n'y a plus de médecine.

N'est-ce pas?

Dre Caroline Quach-Thanh: C'est tout à fait cela.

Dans ce contexte, il faut vraiment pouvoir s'appuyer sur des données pour expliquer et pour faire comprendre les répercussions de nos recommandations.

Je prends l'exemple du Québec. Le 13 mars 2020, on a décidé de fermer toutes les écoles, et la plupart d'entre nous se sont demandé si c'était la chose à faire. On comprend que, à cette époque, on n'avait pas le choix. On n'avait pas de données; il n'y avait aucune donnée probante permettant de savoir si cela allait être grave ou pas, et on a donc fermé les écoles.

Cependant, si nous ne connaissons pas les répercussions de la fermeture des écoles sur les élèves, combien de temps peut-on les fermer? Comment peut-on rattraper les retards scolaires par la suite?

La plateforme POPCORN inclut les 16 hôpitaux pédiatriques du Canada, sauf celui de Thunder Bay. Les membres de ce réseau sont en mesure de regarder les données administratives pour voir les répercussions des mesures de santé publique sur la santé mentale des enfants à la suite de la pandémie.

Éventuellement, ils pourront donc fournir des données probantes et formuler des recommandations à l'intention des décideurs. Ces derniers pourront alors prendre des mesures pour que, lors d'une prochaine pandémie — parce qu'il y en aura une —, quand on aura des questionnements, on puisse évaluer les risques et les avantages. En se fondant sur cette évaluation, on pourra décider ce qu'il faut

faire pour à la fois prévenir la transmission, parce qu'il est certain que nous ne voulons pas engorger les hôpitaux, et remédier aux conséquences possibles des mesures.

Par exemple, concernant l'aspect scolaire, le tutorat semble être une option très efficace pour ce qui est du rattrapage des retards scolaires. La professeure Catherine Haeck vous en a peut-être parlé.

Le fait d'avoir la possibilité de comprendre ce qui se passe nous permettra de faire ces recommandations.

• (1150)

[Traduction]

Le président: Merci, docteur Quach.

Nous allons passer la parole à M. Davies pour six minutes.

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

J'apprécie beaucoup la vaste expérience et la sagesse de nos trois témoins.

Madame Blackstock, je vais vous poser mes premières questions.

De façon générale, comment les enfants autochtones se classent-ils dans les principales catégories de santé par rapport aux enfants non autochtones au Canada? Pouvez-vous nous donner quelques exemples?

Mme Cindy Blackstock: Malheureusement, les enfants des Premières Nations, des Métis et des Inuits figurent souvent en tête des listes où nous ne voudrions pas figurer et non en tête des listes où ils auraient intérêt à se trouver.

Ils se retrouvent sur toutes les listes, des taux les plus élevés de décès attribuables à des blessures accidentelles aux troubles de santé mentale. Ces listes se recoupent. Ces inégalités placent ces familles et ces enfants dans des conditions difficiles.

D'abord, s'il n'y a pas d'eau potable et que le logement est surpeuplé... Par exemple, pendant la pandémie, bon nombre des mesures de santé publique qui nous ont soutenus ne leur étaient pas disponibles. Seulement 35 % des foyers des Premières Nations ont un accès à large bande, alors la plupart d'entre eux n'ont pas pu profiter de l'apprentissage à distance et de la télémédecine.

Malheureusement, ces désavantages se recoupent, et je crois que mes collègues ont recommandé une partie de la solution. L'autre partie de la solution serait de s'attaquer à la cause de tous ces désavantages en matière de santé, les inégalités.

M. Don Davies: Dans le mémoire que vous avez présenté au Comité, vous dites que « le principe de Jordan s'efforce de favoriser l'égalité formelle, mais n'atteint pas l'égalité réelle ».

Ma question comporte deux volets. Le gouvernement fédéral a-t-il entièrement mis en œuvre le principe de Jordan à l'heure actuelle? Ensuite, pourriez-vous expliquer la différence entre l'égalité formelle et l'égalité réelle et pourquoi le principe de Jordan n'atteint que l'égalité formelle?

Mme Cindy Blackstock: Bien sûr. Je vais commencer par la deuxième partie de votre question.

En 1955, la Cour suprême des États-Unis a cité Aristote en affirmant qu'il n'y a pas de pire injustice que de traiter également des choses inégales. L'égalité réelle consiste à reconnaître le désavantage imposé aux enfants des Premières Nations, des Métis et des Inuits par rapport aux autres enfants. Il faut donc investir davantage pour compenser cette inégalité. Voilà en quoi consiste l'égalité réelle. Nous devons leur donner l'occasion d'obtenir les mêmes résultats que les personnes qui n'ont pas subi ces torts.

En ce qui concerne... Je réfléchis à l'autre partie de votre question, mais j'ai de la peine à m'en souvenir...

M. Don Davies: Je vous demandais si vous pensez que le gouvernement a pleinement mis en œuvre le principe de Jordan.

Mme Cindy Blackstock: C'est beaucoup mieux qu'avant, mais ce n'est pas parfait, à notre avis. C'est à cela que nous devons travailler avant que le tribunal ne se dessaisisse de l'affaire.

Nous espérons que c'est pour bientôt. Nous pourrions attaquer ces enjeux et adopter une approche à long terme du principe de Jordan qui répondra aux critères que le tribunal exige légalement, c'est-à-dire mettre fin à la discrimination dont sont victimes les enfants des Premières Nations et, surtout, veiller à ce que cela ne se reproduise pas.

M. Don Davies: À ce sujet, le Tribunal canadien des droits de la personne a rendu 24 ordonnances de procédures et ordonnances déclaratoires de non-conformité à l'endroit du Canada à la suite de la décision phare de 2016.

Le gouvernement fédéral se conforme-t-il à toutes les ordonnances du tribunal aujourd'hui?

Mme Cindy Blackstock: Non. C'est pourquoi nous sommes toujours devant le tribunal.

Encore une fois, disons qu'il y a plus de progrès, mais non, il ne se conforme pas tout à fait.

M. Don Davies: J'aimerais parler un peu de l'accès des enfants autochtones à des soins adaptés à leur culture.

À votre avis, les enfants autochtones ont-ils accès et, sinon, que peut faire le gouvernement fédéral pour corriger la situation?

Mme Cindy Blackstock: Je pense que c'est l'un des points critiques où il y a encore du travail à faire. Par exemple, il faudrait veiller à ce que les travaux réalisés par le Dr Kent Saylor, pédiatre mohawk qui a mis au point des programmes de formation pour les pédiatres sur le travail avec les enfants des Premières Nations, métis et inuits, ne soient pas réservés aux pédiatres, mais soient aussi à la portée de tous les fournisseurs de soins de santé du pays afin qu'ils soient mieux en mesure de répondre aux besoins distincts de ces enfants.

L'autre point, bien sûr, c'est de veiller à ce que les communautés aient des fournisseurs de soins de santé primaires et d'autres soins secondaires culturellement adaptés afin que les enfants puissent recevoir des services dans leur langue. C'est très important pour l'ensemble du pays et cela peut se faire ici.

• (1155)

M. Don Davies: Je vais me concentrer sur une maladie en particulier. Je sais que nos Autochtones continuent d'être atteints de la tuberculose en nombres disproportionnés. C'est une disparité qui a ses racines surtout dans des facteurs comme la pauvreté, et vous avez mentionné le surpeuplement, le logement de piètre qualité et l'insécurité alimentaire. Les enfants sont particulièrement vulnérables.

Ils sont plus à risque d'attraper une maladie potentiellement mortelle comme la tuberculose et la méningite.

Pouvez-vous nous donner une idée de ce à quoi ressemblerait une stratégie adaptée à la culture et pilotée par la communauté pour l'élimination de la tuberculose?

Mme Cindy Blackstock: Je pense que l'Inuit Tapiriit Kanatami a fait un excellent boulot pour documenter ce à quoi ressemblerait ce genre d'intervention. Ce qui est bien, c'est qu'il y a des solutions documentées qu'il suffit de mobiliser et mettre en œuvre.

Comme vous le dites, le taux de tuberculose, en particulier chez les Inuits, monte en flèche, mais c'est aussi le cas chez certaines Premières Nations du pays. C'est en fait à cause de la tuberculose que le Dr Bryce a sonné l'alarme en 1907, la tuberculose qui a conduit ces enfants dans les tombes anonymes. Ce ne sont pas tous ces enfants, mais beaucoup sont morts de la tuberculose. C'est pourquoi il réclamait que l'on s'attaque aussi à cette inégalité.

C'est l'occasion que nous avons aujourd'hui. Ce n'est pas pour faire les manchettes. C'est pour garder nos enfants en santé, parce que nous le pouvons.

M. Don Davies: Monsieur le président, combien de temps me reste-t-il?

Le président: Il vous reste environ 15 secondes. Avez-vous un dernier commentaire?

M. Don Davies: Je vous donne les 15 secondes.

Mme Cindy Blackstock: Je dirai simplement que le principe de Jordan est l'un des principaux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, la CVR. Dans le plan de travail des survivants au pays, les principaux appels à l'action de la CVR visent à éliminer les inégalités pour leurs petits-enfants. Ils veulent que leurs petits-enfants n'aient pas à vivre ce qu'ils ont vécu et veulent un pays meilleur pour eux aussi. Cela vaut pour la CVR également.

Le président: Merci, monsieur Davies et madame Blackstock.

La parole est maintenant à Mme Goodridge, pour cinq minutes.

Mme Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC): Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins.

Je poursuis dans la même veine que M. Davies. Ma question s'adresse à Mme Blackstock.

Le Canada a une politique de longue date concernant les évacuations pour les naissances dans bon nombre de nos communautés isolées. Elle consiste à déplacer, à grands frais, les Autochtones des centres familiaux vers les centres urbains pour aller accoucher, ce qui, à mon avis, n'a aucun sens.

Je me demande si vous pourriez nous en dire un peu plus à ce sujet et nous expliquer les conséquences sur la mère et le bébé et leur santé.

Mme Cindy Blackstock: C'est un sujet très important.

Imaginez que vous ayez un bébé. Vous voulez que votre famille vous entoure. Le bébé est le centre d'attention. C'est une belle célébration d'un ajout à la communauté. Traditionnellement, une naissance était non seulement un moment très spirituel, mais aussi un moment communautaire très important. Le fait de priver l'enfant et sa mère de tous leurs systèmes de soutien social pour que la mère aille accoucher à des centaines de milles de là, souvent sans ce réseau de soutien, n'a aucun sens pour moi.

Je pense que cela revient à l'offre d'un financement suffisant pour les soins de santé afin de permettre de faire les choses de base, comme accoucher dans sa communauté d'origine, sans avoir à se contenter de la solution de cataplasme, c'est-à-dire le transport médical. En fait, selon le principe de Jordan, l'un des principaux postes de financement est le transport médical. Pour moi, cela symbolise la pénurie de personnel médical dans les différentes communautés.

Mme Laila Goodridge: Je vous en remercie. Je vis dans un centre urbain, à Fort McMurray. Si je présentais un risque élevé à un moment donné, il faudrait que je me rende à Edmonton, à 500 kilomètres de chez moi, ce qui est insensé, parce que nous n'avons tout simplement pas d'unité néonatale de soins intensifs. Toutes les femmes enceintes de ma circonscription qui vivent à Fort Chipewyan doivent aller à Fort McMurray ou à Edmonton, loin des structures familiales, pour accoucher.

Je me demande si un membre de votre groupe a des réflexions à nous partager sur les sages-femmes qui pourraient jouer un rôle de soutien et offrir des soins adaptés à la culture pour aider à accueillir les bébés dans leur communauté.

• (1200)

Mme Cindy Blackstock: Je pense que les sages-femmes sont vraiment essentielles. Je pense qu'il est vraiment très important de faire davantage la promotion de leurs services dans nos écoles et de les offrir dans différentes communautés. Cela comprend tous les éléments des soins prénataux et les mesures à prendre pour les rendre disponibles.

Mme Laila Goodridge: Fantastique. Je suis on ne peut plus d'accord. Je suis très fière d'avoir une merveilleuse sage-femme autochtone qui m'a accompagnée lors de ma première grossesse et qui est encore là pour ma deuxième grossesse. Je sais que j'ai une meilleure expérience à cause de cela.

[Français]

Docteure Nuyt, j'ai vu que vous hochiez la tête, alors je voudrais savoir quelle est votre vision des sages-femmes et des soins aux bébés.

Dre Anne Monique Nuyt: Je vais rester dans mon champ d'expertise. Je suis pédiatre spécialisée en soins intensifs du nouveau-né. Par conséquent, ma vision est biaisée, parce que je vois uniquement des cas où les choses ne se sont pas bien passées. Je pense que c'est vraiment une question pour les obstétriciens.

Je sais que, par définition, la grossesse n'est pas une maladie. Or, si le nombre de décès périnataux a énormément baissé, c'est parce qu'il y a des soins. Évidemment, ces soins ne sont pas exclusivement donnés dans des hôpitaux universitaires, mais, quoi qu'il en soit, la situation est sûrement susceptible d'amélioration. Il y a beaucoup de pays où, effectivement, l'expérience des accouchements avec des sages-femmes est bien documentée.

[Traduction]

Mme Laila Goodridge: Fantastique.

Je vais passer à l'anglais, mais je vais continuer avec vous, docteure Nuyt, parce que j'ai très peu de temps.

Quelle est l'importance de soins prénataux de qualité pour la santé globale des nourrissons?

Dre Anne Monique Nuyt: C'est très important.

Mme Laila Goodridge: Fantastique.

Le fait qu'un grand nombre de familles et d'enfants des Premières Nations dans les communautés n'ont pas accès à des soins prénataux de qualité vous préoccupe-t-il?

Dre Anne Monique Nuyt: Je dirais que oui.

Mme Laila Goodridge: Merci.

Le président: Merci, madame Goodridge.

Monsieur Powlowski, vous avez cinq minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Merci.

Docteure Nuyt, vous avez parlé des retards d'approbation des médicaments pédiatriques qui ne sont pas approuvés ici mais qui le sont déjà par la Food and Drug Administration, la FDA, et je crois que vous avez dit que l'Agence européenne des médicaments, l'EMA, est l'organisation comparable en Europe. Vous avez aussi parlé de l'accès aux formulations pédiatriques.

Dans le contexte de la COVID-19, des administrations partout dans le monde ont dû décider elles-mêmes d'approuver différents vaccins et traitements, ce qui me semble un processus plutôt inefficace. Je ne sais pas ce que vous en pensez, mais l'une des choses merveilleuses que j'ai découvertes au sujet de la médecine dans ma pratique médicale, c'est que la médecine est universelle. Les gens de partout dans le monde souffrent essentiellement des mêmes problèmes. Lorsqu'on ouvre quelqu'un, c'est exactement la même chose.

Je vais maintenant vous poser une question politique.

Compte tenu des retards d'obtention de l'approbation, et des retards dans les petits pays comme le Canada, qui sont distancés par les grands... La FDA, par exemple, a de plus grands effectifs et est probablement plus en mesure d'évaluer rapidement les médicaments à approuver. Est-il logique que chaque pays ait son propre processus de réglementation? Pensez-vous que nous devrions envisager une approche plus globale pour un système de réglementation international pour tester et approuver les nouveaux vaccins et médicaments, de telle sorte que, lorsque nous serons frappés par une nouvelle COVID-19 ou que nous aurons de nouveaux cas de résistance aux antimicrobiens, la planète sera mieux en mesure de réagir rapidement?

Dre Anne Monique Nuyt: Cela me semble très logique. Comme vous l'avez dit, la médecine est universelle. Nous lisons les recherches de nos collègues de partout.

Je pense qu'il est très important que chaque pays ait une entité, comme Santé Canada, pour attester que tout ce qui est vendu et approuvé au Canada est bon pour tous les Canadiens, petits et grands. Ce que nous demandons, ce sont de meilleurs dialogues et collaborations — exactement.

Quant à savoir si cela doit relever d'une seule administration, ou d'un regroupement d'administrations, je pense que cela ne relève pas de ma compétence. Nous devons certainement nous entraider, et c'est probablement ce que nous avons fait pendant la pandémie.

La Dre Quach-Thanh, qui a une expertise sur ce qui s'est passé avec l'approbation des vaccins entre tous les pays, serait mieux placée que moi pour vous répondre.

• (1205)

M. Marcus Powlowski: Avant de poser la même question à la Dre Quach-Thanh, je signalerai que l'Organisation mondiale de la santé est en train d'élaborer un nouveau traité international sur la lutte contre les maladies infectieuses. Pensez-vous que cela devrait être inclus dans ce traité?

Je m'adresse d'abord à vous, docteur Nuyt, je poserai la même question à la Dre Quach-Thanh.

Dre Anne Monique Nuyt: Je crois certainement qu'il faut accélérer l'approbation des médicaments et le partage de l'expertise. En fait, les enfants du Canada sont recrutés pour les études initiales de médicaments qui finissent par être approuvés aux États-Unis, mais pas au Canada, et qui ne sont alors pas approuvés au Canada. Il est évident que nous devons collaborer. Dans quelle mesure? Ça, c'est l'aspect politique.

M. Marcus Powlowski: Docteur Quach-Thanh, pouvez-vous répondre à la même question?

Dre Caroline Quach-Thanh: Je conviens qu'une plus grande collaboration est nécessaire. Je dois dire, cependant, que, pendant la pandémie, le Canada a donné des approbations presque en même temps que les États-Unis. Si nos recommandations sont parfois différentes, cela dépend de notre population, de notre épidémiologie et d'autres facteurs.

Pour ce qui est de Santé Canada, je dois dire qu'il a été très rapide pendant la pandémie. Il a travaillé vite. Il a changé son processus. Il a permis au Comité consultatif national de l'immunisation, le CCNI, d'examiner les données en même temps que lui-même.

Oui, la collaboration est absolument nécessaire. Je sais que l'EMA en Europe a des collaborations entre tous les pays européens. Néanmoins, dès lors que l'EMA formule une recommandation, il incombe à chaque pays de l'examiner à son tour. Comme l'a dit la Dre Nuyt, nous devons veiller à ce que nous approuvons pour notre pays est bien ce que nous voulons. Les conséquences juridiques chez nous pourraient être différentes.

Je suis d'accord pour la collaboration, mais encore une fois, je ne suis pas un organisme de réglementation, alors aussi bien poser la question à Santé Canada.

M. Marcus Powlowski: Monsieur le président, combien de temps me reste-t-il?

Le président: Il vous reste environ 20 secondes, si vous voulez faire une dernière observation.

M. Marcus Powlowski: Non.

Le président: Merci, monsieur Powlowski.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Luc Thériault: Aurai-je droit à un autre tour de deux minutes et demie, monsieur le président? S'agit-il des dernières minutes dont je dispose?

Le président: Ce sont vos dernières minutes.

M. Luc Thériault: D'accord, monsieur le président.

Docteur Nuyt, vous avez fait des recherches sur les conséquences de la naissance prématurée sur la santé tout au long de la vie.

À votre connaissance, combien y a-t-il d'études qui ont suivi ou suivent des cohortes d'enfants prématurés ou de grands prématurés au Canada, ou même dans le monde?

Y en a-t-il et, si oui, combien?

Dre Anne Monique Nuyt: Au Canada, j'en connais deux principales.

Il y en a une qui est menée par la Dre Saroj Saigal, en Ontario, et il y a celle que je mène avec le Dre Thuy Mai LUU au Québec.

Il y a aussi des études menées dans les pays scandinaves. En fait, il y a de plus en plus d'études dans le monde.

M. Luc Thériault: Sur combien d'années vos études suivent-elles les patients?

Dre Anne Monique Nuyt: Les patients que nous voyons, c'est-à-dire la cohorte de jeunes que nous avons fait revenir dans nos bureaux à l'âge adulte, sont âgés de 25 à 30 ans. Selon les données épidémiologiques tirées des bases de données MED-ECHO de la Régie de l'assurance de maladie du Québec, il y a des patients qui sont à la mi-quarantaine, à peu près.

M. Luc Thériault: Vous suivez donc des patients de la naissance jusqu'à 40 ans.

Cela représente une cohorte de combien d'individus?

Dre Anne Monique Nuyt: Cela représente à peu près 100 000 prématurés.

M. Luc Thériault: Quelles années sont tenues en considération?

Quand ces études ont-elles débuté?

Dre Anne Monique Nuyt: En fait, au Québec, les données relatives au poids de naissance sont fiables à partir de 1976 environ. En raison de la phase de transition vers le système métrique, nous ne sommes pas entièrement sûrs si les poids inscrits sont en livres ou en kilogrammes, d'où l'importance d'avoir des données de qualité. Par exemple, parfois, on ne sait pas si le poids indiqué est de trois livres ou de trois kilogrammes.

À partir de 1976, les données sont fiables. Cela nous permet de suivre les gens jusqu'à maintenant. Depuis 1987, au Québec, nous avons des données fiables tirées de MED-ECHO sur ce qui s'est passé et sur les diagnostics posés pendant une hospitalisation. Cependant, nous n'avons pas de données fiables pour les visites chez le médecin. Si quelqu'un va chez le médecin à cause d'un diabète, d'une otite ou d'autre chose, nous n'avons qu'un seul diagnostic, celui tiré de la base de données.

Il y a des choses à améliorer, d'où l'importance des données.

• (1210)

M. Luc Thériault: En néonatalogie, compte tenu du degré d'avancement de la recherche, à combien de semaines considère-t-on le fœtus viable sans conséquences désastreuses?

Dre Anne Monique Nuyt: La définition de « conséquences désastreuses » pourrait faire l'objet d'une autre discussion de trois heures, mais les enfants sont réanimés, dans la majorité des pays occidentaux, ou dans les pays les plus riches, à partir de 22 à 24 semaines.

M. Luc Thériault: D'accord.

Le président: Merci, docteur Nuyt et monsieur Thériault.

[Traduction]

La parole est maintenant à M. Davies, pour deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci.

Madame Blackstock, je ne sais pas si vous faisiez référence à un chiffre historique, mais y a-t-il un chiffre relativement précis sur ce que le Canada dépense aujourd'hui par habitant pour la santé des enfants autochtones par rapport à celle des enfants non autochtones?

Mme Cindy Blackstock: Je n'ai pas cette information.

M. Don Davies: Quand vous avez parlé de « trois fois » plus, s'agissait-il d'un chiffre historique?

Mme Cindy Blackstock: Oui, c'était un chiffre historique.

La vérificatrice générale a examiné la prestation des soins de santé dans les collectivités du Nord, etc. C'est pourquoi nous voulons le Plan de Spirit Bear. Il s'agit d'établir le coût de ces inégalités et de proposer des solutions.

M. Don Davies: Vous avez anticipé ma prochaine question. Je sais que le Plan de Spirit Bear a été adopté par les chefs et l'Assemblée des Premières Nations en 2017.

Mme Cindy Blackstock: C'est exact.

M. Don Davies: Pourriez-vous décrire la réponse du gouvernement fédéral au Plan de Spirit Bear à ce jour? S'est-il engagé à mettre ce plan en oeuvre dans son intégralité et dans les délais voulus?

Mme Cindy Blackstock: Non, il ne l'a pas fait et il n'a pas proposé de solution de rechange pour remédier à ces inégalités.

M. Don Davies: J'aimerais parler un peu de l'insécurité alimentaire.

Nous en avons beaucoup entendu parler au Comité. Lorsque nous pensons à la santé et à notre système de santé, nous pensons souvent au traitement de la maladie une fois que les gens sont malades, mais nous pensons aussi aux déterminants de la santé et aux mesures préventives, comme l'accès des enfants à une bonne nutrition. Pouvez-vous nous dire ce que nous devrions savoir au sujet de l'insécurité alimentaire et de ses répercussions sur les enfants autochtones au Canada?

Mme Cindy Blackstock: Je suis sensible au témoignage d'hier des grands épiciers et aux répercussions de l'insécurité alimentaire sur les Canadiens.

J'ai visité de nombreuses collectivités du Nord où un petit pot de beurre d'arachide coûte 16 \$, et c'était avant l'inflation. Il est presque impossible dans les collectivités du Nord de faire des choix pour nourrir sa famille selon un régime alimentaire sain. Pourtant, des choses comme les cigarettes et l'alcool sont souvent subventionnées.

Je pense que nous avons besoin de meilleures subventions pour nous assurer que les gens du Nord du Canada qui vivent dans ces autres régions n'aient pas à payer, pour la nourriture, des prix inimaginables pour nous, ici dans le Sud du pays, même avec l'inflation.

M. Don Davies: Nous avons parlé de données. Êtes-vous d'accord pour dire que le Canada devrait avoir une stratégie nationale

de données sur la santé des enfants et des jeunes, en mettant, bien entendu, l'accent sur les enfants autochtones? Quel est l'état des données au pays sur la santé des enfants autochtones?

Mme Cindy Blackstock: Ce n'est pas bon.

La Commission de vérité et réconciliation du Canada a présenté cette recommandation comme l'un de ses principaux appels à l'action. Par exemple, dans le domaine de la protection de l'enfance, des pays comme les États-Unis, qui ont 50 États américains différents, ont des systèmes nationaux de collecte de données sur la protection de l'enfance afin de connaître les enfants pris en charge, leurs besoins et leur situation au fil du temps. L'Australie dispose également d'un tel système. Le Canada n'en a pas.

Quelle en est la raison? La raison, c'est que nous avons 13 entités différentes, mais si les États-Unis peuvent le faire avec 50, nous avons certainement la compétence nécessaire pour le faire avec 13.

Ce type de données sera très important pour nous assurer que nous sommes en mesure de déterminer si les différentes interventions que nous faisons, que ce soit au niveau des politiques ou du traitement, fonctionnent réellement pour les enfants.

M. Don Davies: Merci beaucoup de votre témoignage.

Le président: Merci, madame Blackstock.

Monsieur Kitchen, vous avez cinq minutes.

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): Merci, monsieur le président.

Je suis vraiment impressionné. Le groupe de témoins d'aujourd'hui est tout simplement extraordinaire. Ses réponses sont tellement succinctes et claires que le Comité leur en est très reconnaissant.

Par où commencer dans une étude sur la santé des enfants? Il y a tellement d'avenues à explorer. Comment pouvons-nous y arriver?

J'espère pouvoir poser quelques questions.

Docteur Quach, je vous remercie de votre travail au sein du CC-NI et des exposés que vous avez présentés au Comité par le passé. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Au fil des ans, depuis le début de la COVID-19, beaucoup de choses se sont passées. Aujourd'hui, vous avez abordé un point qui m'intéresse.

Vous avez parlé du retour de la polio aux États-Unis, pour la première fois. Je suis allé au centre de lutte contre la poliomyélite à Islamabad, au Pakistan, et j'ai vu l'excellent travail qu'on y fait et l'excellent travail que font tous les Rotariens au Canada pour contribuer au financement de certains de ces programmes de vaccination contre la poliomyélite. Nous avons la rougeole. Nous voyons des parents dont les enfants ne sont pas vaccinés contre la rougeole. La tuberculose est de retour au Canada, et c'est quelque chose que beaucoup de Canadiens ne comprennent même pas. Dans ma ville, Estevan, nous avons eu des cas de tuberculose dans le Sud-Est de la Saskatchewan. La plupart des gens pensent que c'est seulement dans le Nord, et qu'ils n'ont donc pas à s'en soucier; c'est là, et nous devons aborder ces questions.

Ce qui nous préoccupe, c'est que lorsque la COVID-19 est arrivée, malheureusement, il y a malheureusement eu beaucoup de confusion. Il y a eu tellement de désinformation à l'époque, et il y a eu tellement de décisions prises à la hâte qui ont ensuite été annulées, etc. Par exemple, l'Agence de la santé publique du Canada a proposé certaines mesures, puis les a modifiées.

La question que je vous pose, docteur Quach, est la suivante: que pouvons-nous faire pour rétablir la confiance? Quelle serait l'une des premières mesures à prendre pour rétablir la confiance des Canadiens? Ils ont besoin de cette confiance pour commencer à reconnaître la grande valeur de la vaccination.

• (1215)

Dre Caroline Quach-Thanh: C'est la question à un million de dollars. Si j'avais la réponse, je vous la donnerais.

Il faut d'abord que les gens comprennent quelles décisions ont été prises en fonction de données scientifiques et quelles décisions ont été prises pour des raisons politiques. Je ne sais pas à quel point c'est facile. Je ne sais pas comment rétablir la confiance, si ce n'est en commençant à discuter et à parler, et en étant capable de dire qu'il y a des choses que nous ne savons pas, mais qu'il y a d'autres choses pour lesquelles nous disposons de preuves solides.

Une chose qui n'a rien à voir avec la confiance, c'est la narration. Comme vous l'avez dit, vous avez vu des cas de polio, mais la plupart d'entre nous n'en ont pas vu. Les grands-parents qui allaient à la piscine l'été et qui ne revenaient pas à l'école à l'automne ne sont plus là. Comment pouvons-nous nous assurer que les parents comprennent que nous avons les données pour prouver que les vaccins sont sûrs, mais qu'en plus, ils sont très bénéfiques pour notre santé et qu'en fait, ils la protègent?

Je pense qu'avec la pandémie, nous avons vu de plus en plus de cas de méningite et d'autres maladies bactériennes. Certaines sont évitables grâce à la vaccination, d'autres ne le sont pas. Il s'agit simplement de comprendre que nous faisons toujours face à des maladies infectieuses. Vous dites que la rougeole est de retour, ainsi que la syphilis. Nous voyons des cas de syphilis congénitale que nous n'avions pas auparavant. Ce n'est pas une maladie évitable par la vaccination, mais il s'agit simplement de comprendre que ces maladies sont de retour et que si vous ne maintenez pas une bonne couverture vaccinale, elles seront de retour et auront des conséquences mortelles.

Je ne sais pas par où commencer pour rétablir la confiance, si ce n'est en discutant et en demandant aux médecins et aux infirmières de première ligne de parler avec leurs patients, et de s'assurer que ceux qui sont en contact avec les parents sont en mesure d'avoir toutes les connaissances dont ils ont besoin pour avoir cette conversation. Il faut aussi s'assurer que, dans les écoles de médecine et de soins infirmiers, nous avons ces conversations et des cours pour nous assurer que les gens se sentent bien équipés, ou outillés, dirais-je en français, pour être en mesure de répondre aux questions que les parents poseront, parce qu'au bout du compte, les gens que, nous les parents, écoutons le plus, sont ceux qui s'occupent de nos enfants.

Je fais confiance à mon médecin. Lorsque mon médecin me demande si j'ai lu sur ceci ou cela pour mon enfant, je réponds: « Non, je vous fais confiance. Si vous me dites que mon enfant a besoin de tel ou tel médicament, je vais vous faire confiance. » La confiance commence auprès des travailleurs de la santé.

M. Robert Kitchen: Merci, et je vous en suis reconnaissant. Je vous remercie de reconnaître qu'il y a une différence et que certains vaccins sont utiles pour certaines maladies, mais pas pour d'autres. Essentiellement, nous avons recours aux antibiotiques dont nous avons besoin pour traiter certaines choses, et vous en avez parlé un peu plus tôt.

Madame Blackstock, je vous remercie de vos commentaires. Mes collègues ont parlé un peu de ce qui me préoccupe, à savoir les soins adaptés à la culture. Il y a un certain nombre de Premières Nations dans ma circonscription, et en particulier une grande Première Nation, la Première Nation de Cowessess. Le chef a fait un travail extraordinaire là-bas. Il a créé un foyer pour jeunes filles. Ce foyer accueille 10 jeunes filles de 14 à 17 ans. Il a de gros défis à relever pour les faire revenir dans leur communauté afin qu'elles bénéficient d'un soutien. Si vous voulez en parler un peu, je vous en serais reconnaissant.

De plus, pourriez-vous nous dire comment nous pourrions rétablir la confiance? Je serais heureux d'entendre cela également.

• (1220)

Mme Cindy Blackstock: Pour la gouverne du député, selon les données de 2019, les enfants des Premières Nations sont 17,2 fois plus susceptibles d'être pris en charge par les services de protection de l'enfance en raison de la pauvreté, des mauvaises conditions de logement et de l'abus de substances des parents découlant des traumatismes multigénérationnels causés par les pensionnats. Le travail de Cowessess consiste à s'attaquer à ces facteurs, ce qui nous ramène au Plan de Spirit Bear, parce que ce sera un franc succès dans le cadre d'un modèle d'autonomie gouvernementale.

Il est très important pour la réussite à long terme de ces initiatives que l'équité et l'autonomie gouvernementale aillent de pair. L'égalité réelle, l'équité et l'autonomie gouvernementale vont de pair afin de pouvoir poursuivre ces programmes fondés sur la culture. En fait, nous essayons de nous attaquer au traumatisme qui s'est accumulé, depuis la Confédération, sur ces enfants et ces familles, et de les ramener sains et saufs à la maison. Mais comme vous pouvez l'imaginer, monsieur le député, si vous vivez dans une communauté où il y a une pénurie de logements, comment ramener ces enfants à la maison? Si vous vivez dans une communauté où il n'y a pas d'eau, comment faites-vous pour ramener ces enfants à la maison? Cela en fait partie.

Pour ce qui est de la confiance, il est toujours intéressant d'entendre des gens dire que les Premières Nations ne leur font pas confiance. Je dis toujours: « Il faut commencer par agir de façon digne de confiance. » Je pense que cela commence par le fait de tenir ses promesses et d'agir avec intégrité en tant que gouvernement. Je pense que cela contribue grandement à régler ce problème, et lorsque des solutions sont proposées au gouvernement, c'est pour qu'il s'engage réellement, qu'il les critique et qu'il les mette en oeuvre si elles semblent être dans l'intérêt de la politique publique, ce qui est souvent le cas.

Le président: Merci, madame Blackstock.

M. van Koevreden posera les dernières questions aux témoins.

Allez-y, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

M. Adam van Koevreden (Milton, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci beaucoup à tous les témoins. Cette réunion a été extraordinaire et vraiment très utile. Je suis heureux que tout le monde ait pu venir. C'est bien d'avoir des gens en personne également.

Ma première question s'adresse à la Dre Nuyt. Si vous me le permettez, je m'intéresse aux modes de vie sains et aux habitudes alimentaires durables des jeunes. Comme vous l'avez dit, il y a eu une augmentation des mauvaises habitudes alimentaires et des troubles de l'alimentation. Je pense qu'il nous incombe de reconnaître cette situation et de nous assurer qu'il y a une augmentation des services offerts aux personnes qui souffrent de troubles alimentaires. Je voudrais aussi m'attaquer à la cause profonde de ces troubles, et essayer de les prévenir s'ils sont évitables et de soutenir les gens avec n'importe quel type de stratégie qui les aiderait à acquérir de bonnes habitudes alimentaires, à se sentir plus en confiance, à avoir un sentiment d'appartenance et à moins ressentir le stress et l'anxiété qui mènent à ce genre de comportements négatifs. Pouvez-vous nous parler de stratégies que nous pourrions appuyer ou utiliser pour atteindre cet objectif?

Dre Anne Monique Nuyt: Il faut distinguer deux éléments. Premièrement, il y a les habitudes malsaines qui, en général, sont liées à l'obésité, car un régime malsain comprend trop d'aliments gras, par exemple. Il y a là un lien étroit avec les inégalités socioéconomiques, ce qui nous ramène aux propos de ma voisine, Mme Blackstock, au sujet des enfants des Premières Nations, certes, mais cela vaut aussi pour tous les enfants au Canada, qui doivent avoir des conditions de vie décentes, ce qui englobe une alimentation correcte et des habitudes alimentaires saines.

Les problèmes d'anorexie et les troubles de l'alimentation que nous avons constatés, surtout pendant la pandémie, nous ramènent également aux soins de première ligne. Les jeunes doivent être bien dans leur famille et dans leurs écoles. Ce ne sera pas une panacée, évidemment, comme je l'ai dit — il y aura toujours des enfants qui auront besoin de soins spécialisés —, mais si, dans les familles, les parents ne sont pas toujours absents parce qu'ils doivent cumuler trois emplois et si, à l'école, les enfants ont les services voulus, ils auront moins besoin de services de santé et hospitaliers. Où sont les enfants? Ils sont à l'école. Nous devons donc nous occuper des écoles. La pédiatre que je suis vous dit que vous devez aussi vous occuper des écoles.

M. Adam van Koevorden: Voilà un point de vue qui me réjouit, car nous sommes en train d'élaborer un programme national d'alimentation dans les écoles qui appuiera la sécurité alimentaire dans les établissements.

J'ai une question à poser sur l'insécurité alimentaire. L'insécurité alimentaire ne tient pas au manque de nourriture; c'est un problème de pauvreté. Je veux m'assurer d'avoir bien compris.

Y a-t-il un lien entre le statut socioéconomique et les troubles de l'alimentation? La relation entre ces troubles et l'insécurité alimentaire doit également être très compliquée.

Dre Anne Monique Nuyt: J'ignore la réponse, mais il me semble que ce sont deux problèmes distincts.

M. Adam van Koevorden: D'accord. Merci.

Madame Blackstock, je m'adresse à vous. La semaine prochaine, je me rendrai à une manifestation de Spirit North, une organisation qui offre des programmes d'activité physique aux enfants autochtones. La manifestation se déroule à Canmore, et beaucoup d'enfants y viendront d'autres régions et de collectivités des Premières Nations de Canmore et des environs. Avez-vous étudié la question?

Que pensez-vous de l'idée de veiller à ce que non seulement les enfants autochtones en particulier, mais aussi les enfants qui vivent dans des collectivités éloignées ou d'autres collectivités défavorisées, aient accès à ces expériences sociales vraiment constructives qui les aident à mieux se développer?

• (1225)

Mme Cindy Blackstock: C'est énorme. Nous oublions l'enfance et l'importance du jeu, n'est-ce pas? Parfois, nous accordons beaucoup d'attention à une foule de choses, comme les risques, mais être un enfant, c'est aussi avoir le temps de jouer. Le jeu est important pour le développement de l'enfant. Il est vraiment très important de veiller à ce que les enfants aient accès à toutes sortes d'activités positives dans les collectivités rurales et éloignées en général. Même dans l'optique du principe de Jordan, des collectivités élaborent des programmes qui tiennent compte de la culture. La culture est intégrée au sport ou à l'activité de façon qu'elle réponde à une foule de besoins liés au développement des enfants, et qu'ils puissent s'amuser.

M. Adam van Koevorden: C'est sublime. J'adore ce point de vue. Je vais terminer sur une note constructive.

Le Comité passe beaucoup de temps à parler des services de santé. Je voudrais en dire un mot. S'il me reste du temps...

Le président: Il vous reste une dizaine de secondes, si vous voulez dire au revoir.

M. Adam van Koevorden: Quelqu'un voudrait-il parler des précurseurs des déterminants sociaux de la santé, car il faut éviter de se limiter aux soins à dispenser aux malades?

Une voix: Dix secondes ne suffiront peut-être pas.

Dre Anne Monique Nuyt: Occupez-vous aussi des écoles. Merci.

Mme Cindy Blackstock: Je dirais qu'il faut assurer l'égalité dans tous les services.

Le président: Merci à tous.

Merci beaucoup aux témoins.

Il est regrettable, compte tenu de leur expertise, que nous n'ayons eu qu'une heure et demie à consacrer aux témoins, mais la qualité des témoignages a compensé leur brièveté. Merci beaucoup d'avoir été là. Je suis sûr que vous pouvez sentir à quel point ceux qui sont présents vous sont reconnaissants de votre expérience et de vos compétences, de vos réponses à leurs questions. Votre contribution nous sera certainement très utile. Je crois que nous avons un autre groupe de témoins. Je me trompe?

Une voix: Il nous en reste un.

Le président: Il reste un autre groupe de témoins avant que nous ne donnions les instructions aux rédacteurs. Le travail touche à sa fin.

Merci à tous. Vous êtes libres de partir.

Mesdames et messieurs les députés, nous avons une demi-heure prévue pour régler d'autres questions. Nous allons donc suspendre la séance sans doute pendant trois ou quatre minutes.

Encore une fois, merci beaucoup aux témoins.

La séance est suspendue.

• (1225) _____ (Pause) _____

• (1230)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

Chers collègues, nous avons quelques points à l'ordre du jour, et M. Davies a présenté un avis de motion. Il a levé la main.

Allez-y, monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Comme je vous en ai donné avis, je propose que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude pour enquêter sur les signalements selon lesquels le ministre de la Santé serait personnellement intervenu auprès du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), une entité indépendante, pour qu'il suspende pour une durée indéterminée des réformes qui auraient pu faire économiser aux Canadiens des milliards de dollars sur le prix des médicaments; que le Comité invite les témoins suivants à comparaître, en plus de tout autre témoin qu'il jugera pertinent d'inviter: l'honorable Jean-Yves Duclos, ministre de la Santé; Matthew Herder, ancien membre du CEPMB; Mélanie Bourassa Forcier, ancienne présidente intérimaire du CEPMB; Douglas Clark, ancien directeur exécutif du CEPMB; que le Comité fasse rapport de ses observations et de ses recommandations à la Chambre; et que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport.

Le président: Merci, monsieur Davies.

Le point suivant à l'ordre du jour est le projet de loi S-203, mais le greffier m'informe que votre motion est recevable. Le débat porte donc sur la motion.

Je donne la parole à M. van Koeverden.

M. Adam van Koeverden: Merci, monsieur le président.

J'ai un amendement à proposer à la motion de M. Davies, et je vais le lire.

Je propose que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB); que le Comité invite les témoins suivants à comparaître, en plus de tout autre témoin qu'il jugera pertinent d'inviter: l'honorable Jean-Yves Duclos, ministre de la Santé; Matthew Herder, ancien membre du CEPMB; Mélanie Bourassa Forcier, ancienne présidente intérimaire du CEPMB; Douglas Clark, ancien directeur exécutif du CEPMB; que le Comité fasse rapport de ses observations et de ses recommandations à la Chambre; et que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport.

Le président: Monsieur van Koeverden, on ne dirait pas que c'est un amendement. Il est identique à la motion originale. Voulez-vous modifier la motion?

M. Adam van Koeverden: Ce n'est que légèrement...

Le président: Quelle est la différence?

M. Adam van Koeverden: Il s'agit de supprimer les passages « pour enquêter sur les signalements selon lesquels le ministre de la Santé serait personnellement intervenu » et « pour qu'il suspende pour une durée indéterminée des réformes qui auraient pu faire éco-

nomiser aux Canadiens des milliards de dollars sur le prix des médicaments ».

• (1235)

Le président: D'accord, la liste des témoins demeure donc la même, mais la portée de l'enquête est modifiée.

Pouvez-vous relire la liste des témoins? C'est l'essentiel de l'amendement.

M. Adam van Koeverden: Oui, la motion est abrégée: « Que conformément », et tout un passage est supprimé, après quoi le texte dit: « le Comité entreprenne une étude du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB); que le Comité invite les témoins suivants à comparaître, en plus de tout autre témoin qu'il jugera pertinent d'inviter. »

Le président: D'accord. L'amendement est recevable. Si vous l'avez en main pour que nous puissions le faire circuler, ce serait utile.

M. Davies a levé la main.

M. Don Davies: M. van Koeverden et moi-même avons eu l'occasion de discuter de l'amendement et je l'accepterais comme amendement favorable. Le fond est le même; l'accent est mis sur le CEPMB et, évidemment, l'audition des témoins pertinents. C'est assez large pour englober les sujets précisés dans ma motion. Les éléments peut-être plutôt directs sont supprimés.

Si l'amendement permet d'accélérer le processus, je l'accepte volontiers.

Le président: D'autres observations au sujet de l'amendement?

Puisqu'il n'y en a pas, le Comité souhaite-t-il adopter...

D'accord. Veuillez relire l'amendement.

M. Adam van Koeverden: Oui. « Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB); que le Comité invite les témoins suivants à comparaître, en plus de tout autre témoin qu'il jugera pertinent d'inviter: l'honorable Jean-Yves Duclos, ministre de la Santé; Matthew Herder, ancien membre du CEPMB; Mélanie Bourassa Forcier, ancienne présidente intérimaire du CEPMB; Douglas Clark, ancien directeur exécutif du CEPMB; que le Comité fasse rapport de ses observations et de ses recommandations à la Chambre; et que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport. »

Le président: Y a-t-il d'autres observations sur l'amendement? Sommes-nous prêts à passer au vote?

(L'amendement est adopté.)

Le président: Le débat porte maintenant sur la motion principale modifiée.

Allez-y, monsieur Davies.

M. Don Davies: C'est simplement une question de calendrier, monsieur le président. Bien sûr, des faits récents ont provoqué la présentation de la motion. Je propose donc que le Comité prévoie une journée, peut-être au début d'avril ou à la mi-avril, pour entendre ces quatre témoins.

Je vous laisse, à vous et au greffier, le soin de trouver une solution à temps pour la prochaine séance. Ensuite, le Comité pourra réfléchir à ce qu'il veut faire, car la motion lui permet d'envisager l'audition d'autres témoins s'il le juge nécessaire. Elle laisse la porte ouverte. Je songe par exemple à l'ancien président Mitchell Levine, qui pourrait témoigner. Des représentants de la société civile pourraient peut-être le faire aussi. Je ne veux pas que la décision soit prise dès maintenant, car les témoins déjà prévus suffiront peut-être.

Avant la pause de la semaine prochaine, il faudrait prévoir une séance en avril pour entendre ces quatre témoins.

Le président: D'autres réactions à la motion? Sommes-nous prêts à passer au vote?

Que tous ceux qui sont en faveur de la motion modifiée lèvent la main.

Tous ceux qui s'y opposent...

À vous, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: Excusez-moi, mais je ne suis pas certain d'avoir bien compris l'interprétation, tout à l'heure.

Concernant les témoins, allons-nous seulement recevoir M. Duclos, M. Herder et Mme Forcier?

• (1240)

Le président: Non, la liste de témoins n'a pas changé dans l'amendement.

M. Luc Thériault: D'accord.

J'aimerais proposer un amendement.

Le président: D'accord.

Vous pouvez le présenter maintenant.

M. Luc Thériault: Je veux que nous retirions le nom de M. Clark de la liste. La raison est simple: il y a trois individus qui étaient liés à un événement et qui étaient présents lors de celui-ci, et il y a quelqu'un qui n'était pas du tout présent. M. Clark n'était pas au CEPMB au moment des événements. Alors, si, lors d'une première rencontre, à la lumière des témoignages...

[Traduction]

Mme Laila Goodridge: J'invoque le Règlement.

[Français]

Le président: Veuillez attendre un instant, monsieur Thériault.

[Traduction]

Madame Goodridge, vous avez la parole.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Nous avons déjà voté sur l'amendement et la motion. Je ne suis donc pas certaine qu'il soit conforme au Règlement d'en discuter maintenant.

Le président: Normalement, j'aurais tendance à être d'accord avec vous, mais M. Thériault a signalé un problème d'interprétation qui l'a empêché de participer. En pareilles circonstances, nous pourrions très bien en arriver au même point, mais je voudrais que, en toute équité, nous lui accordions ce que la situation exige.

M. Robert Kitchen: J'invoque le Règlement, monsieur le président. Le fait est que nous avons voté et que c'est un vote par appel

nominal. Nous devons annuler ce vote pour agir de la sorte... Nous nous sommes déjà prononcés, même s'il y a eu une erreur. Je comprends. Je comprends qu'il y a eu un problème d'interprétation, mais le vote a eu lieu. Je demanderais au greffier de nous aider à mieux comprendre si, sur le plan de la procédure, cela peut...

Selon moi, nous avons voté sur la motion. Elle a été adoptée. Il faudrait que ce soit une nouvelle motion, ou alors il faudrait annuler le vote qui a eu lieu à l'instant.

Le président: Je prends note de votre rappel au Règlement.

Tout d'abord, il ne s'agissait pas d'un vote par appel nominal, mais vous avez demandé une décision à ce sujet.

Monsieur Thériault, voudriez-vous ajouter quelque chose au sujet du rappel au Règlement?

[Français]

M. Luc Thériault: Nous avons voté sur l'amendement de M. van Koevorden et, avant de voter sur la proposition modifiée, j'ai indiqué que je voulais proposer un amendement. On peut proposer un amendement après avoir voté sur un amendement. C'est tout. Je pense que je suis en train d'expliquer mon amendement...

Le président: D'accord. Un moment, s'il vous plaît.

Il faut que je rende une décision sur le rappel au Règlement.

M. Kitchen a demandé que l'on permette au greffier d'intervenir. J'invite ce dernier à le faire.

[Traduction]

Le greffier du Comité (M. Patrick Williams): Habituellement, oui, un vote qui a eu lieu devrait être annulé par consentement unanime afin de révoquer la décision et de présenter un autre amendement.

S'il était clair pour le Comité que le vote sur la motion principale a eu lieu, ce serait la procédure normale, par exemple, à la Chambre. Le consentement unanime de la Chambre pourrait être accordé à cette fin.

Le président: D'accord. Je vais rejeter le rappel au Règlement et accepter l'amendement de M. Thériault. N'importe qui peut contester la décision de la présidence si elle ne lui plaît pas.

Allez-y, monsieur Ellis.

M. Stephen Ellis: Je conteste certainement la décision de la présidence à ce sujet. Vous étiez en train de compter les votes sur la motion principale à ce moment-là. Il était très clair autour de la table qu'il y avait consensus.

Je respecte entièrement le fait que M. Thériault n'a pas bien entendu l'interprétation. C'est très important. Nous devons tous respecter ce fait. L'argument de M. Kitchen est également très important: nous devons aussi respecter les règles de fonctionnement du Comité. Par conséquent, j'invite en toute déférence la présidence à envisager une autre solution et peut-être à demander le consentement unanime pour annuler le vote, simplement parce que je crois que M. Thériault soulève un point extrêmement important.

Je ne peux pas me prononcer au sujet du problème d'interprétation. Je n'écoutais pas le français. Toutefois, comme nous en étions au moment de compter les votes sur la motion principale, je propose que le président revienne sur sa décision et adopte une position différente.

Merci, monsieur.

Le président: Une motion visant à contester une décision de la présidence ne peut faire l'objet d'un débat. Nous allons passer directement au vote. Pour que tout le monde comprenne bien sur quoi nous votons, je résume: j'ai décidé que la motion n'a pas été adoptée et que M. Thériault doit avoir la parole pour proposer son amendement. Cette décision a été contestée.

Le vote porte sur le maintien ou non de la décision de la présidence.

Devons-nous tenir un vote par appel nominal sur une question de ce genre? Non?

Par un vote à main levée sur la décision de la présidence selon laquelle M. Thériault est maintenant autorisé à présenter un amendement et que la motion n'a pas encore été adoptée, le Comité souhaite-t-il maintenir la décision de la présidence?

Tous ceux qui sont en faveur du maintien de la décision de la présidence... Un, deux, trois, quatre, cinq.

Tous ceux qui sont contre... Un, deux, trois, quatre, cinq.

Madame Sidhu, avez-vous voté pour ou contre?

• (1245)

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): J'appuie la présidence, monsieur le président.

(La décision de la présidence est maintenue.)

Le président: La décision de la présidence a été maintenue, de sorte que la motion n'a pas encore été adoptée.

Monsieur Thériault, vous avez la parole.

[Français]

M. Luc Thériault: Monsieur le président, il y a un imbroglio au CEPMB, qui met en cause le ministre. Nous avons deux lettres de démissionnaires. Je pense qu'il faut s'en tenir à cela. Lors de la première rencontre, nous entendrons le témoignage de ces gens. Si, à la lumière de leurs témoignages, nous estimons que nous devons faire comparaître d'autres témoins, nous pourrions le faire par la suite. Ce n'est pas exclu, pour l'instant, puisqu'il est mentionné dans l'avis de motion: « en plus de tout autre témoin qu'il jugera pertinent d'inviter ».

Toutefois, je répète que M. Clark n'était pas au CEPMB au moment des événements. Si nous jugeons qu'il est pertinent d'avoir un éclairage supplémentaire, peut-être même de recevoir d'autres personnes, nous le ferons par la suite. Cependant, pour l'instant, je veux rapidement faire la lumière sur l'histoire des deux démission-

naires et sur l'intervention du ministre. C'est pourquoi j'estime qu'il est plus approprié de procéder de la sorte. Cela garantira sûrement la possibilité d'une deuxième rencontre, si nous en avons besoin pour tirer nos conclusions.

Voilà pourquoi je propose cet amendement. J'en avais d'ailleurs déjà parlé avec M. Davies. Il peut s'y opposer, mais mon intention de le présenter était très claire, et je croyais que c'était déjà dans l'amendement. Je n'avais pas compris que ce ne l'était pas.

Le président: D'accord.

Pour que ce soit clair, monsieur Thériault, vous voulez enlever le nom de M. Clark de la liste, c'est bien cela?

M. Luc Thériault: Oui, dans un premier temps.

M. Clark n'était pas là au moment des événements, même s'il a été un acteur du CEPMB. Lorsqu'on veut faire intervenir quelqu'un qui n'était pas là lors des événements, c'est qu'on veut aller au fond de la question. Or, selon moi, la question que nous avons sous les yeux présentement consiste à savoir pourquoi il y a eu des démissions et quelle a été l'intervention du ministre en lien avec ces démissions.

De plus, il y a deux lettres de démission qui sont contradictoires. Il faut donc d'abord travailler avec les acteurs principaux et, ensuite, pour nous éclairer davantage, nous pourrions recevoir d'autres personnes.

[Traduction]

Le président: M. Davies veut intervenir. Ce sera ensuite M. Ellis.

M. Don Davies: Avec tout le respect que je dois à mon collègue, la solution la plus simple, c'est de rappeler que la seule, l'unique la principale raison qu'il avance pour refuser d'entendre M. Clark est inexacte. M. Clark a été là tout le temps. En fait, il est toujours là.

M. Clark a donné avis de sa démission. Il a travaillé au CEPMB tout au long du processus. Il est là aujourd'hui, et vous pouvez lui téléphoner. Sa démission entre en vigueur en juin. Je me trompe peut-être sur ses fonctions actuelles, mais il a été, tout au long de l'échange de documents et de lettres, le directeur exécutif du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, ou CEPMB.

Deuxièmement, s'il est un témoin essentiel, c'est qu'en tant que directeur exécutif du CEPMB, il est le mieux placé pour répondre aux questions que le Comité pourrait poser au sujet de ce qui s'est passé au CEPMB. Il a déjà comparu devant le Comité. Il possède un savoir encyclopédique. Il est extraordinairement juste. Il n'a aucun intérêt à défendre et il serait une ressource précieuse.

Lorsqu'il fait appel à des témoins, le Comité en convoque presque toujours quatre. Il s'agit de ma motion, et ce sont les quatre témoins que je veux entendre.

Il vaut toujours mieux que le Comité entende trop de témoignages plutôt que trop peu. Si mon collègue, M. Thériault, ne veut pas poser de questions à M. Clark, il n'est pas obligé de le faire. Il peut poser ses questions à qui il veut, bien sûr, mais M. Herder et Mme Forcier seront là.

M. Clark est une source indispensable de connaissances sur ce qui se passe au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Il serait un témoin indispensable pour tous les membres du Comité.

Une dernière chose: vous avez des opinions contraires sur ce qui s'est passé. À mon avis, il est indispensable que quelqu'un qui a été le directeur général de ce conseil et le responsable des opérations quotidiennes soit là pour répondre aux questions et qu'une personne qui n'est pas intimement mêlée à cette question de changement de titulaires de postes nous aide à résoudre ce problème.

Je rejeterais donc l'amendement et j'inviterais les quatre témoins.

• (1250)

Le président: À vous, monsieur Ellis.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup, monsieur le président.

Du simple point de vue de la planification, peu importe les propos qu'on peut attribuer à tel ou tel. C'est important pour le Comité. Nous avons beaucoup de pain sur la planche. Sur le plan de la planification, nous pourrions peut-être éviter de consacrer une deuxième séance à cette question si nous proposons d'entendre ces témoins précis.

Il est très important de tenir compte des contraintes de temps. Avec une planification correcte, il y a de bonnes chances que nous puissions faire adopter plus de projets de loi par le Comité, ce qui, à mon avis, est également une considération importante.

Merci.

Le président: Merci.

À vous, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: Nous avons déjà entendu le témoignage de M. Clark lors de l'étude sur la réforme du prix du médicament. Il fait partie de ceux qui disaient, en plus, que les groupes de patients étaient achetés par l'industrie pharmaceutique. À mon avis, ses opinions sont bien ancrées.

Une lecture attentive des deux lettres de démission nous permet de comprendre que, en tout cas pour l'une des personnes démissionnaires, il y a quelque chose de l'ordre de la résistance interne. Je ne vois pas pourquoi, dans un premier temps, nous inviterions quelqu'un qui a démissionné de son poste. Qu'elle soit présente ou non dans l'organisme, c'est une chose, mais cette personne n'est plus que démissionnaire. Nous connaissons ses positions et, si nous avons besoin d'entendre son témoignage, nous l'entendrons dans un deuxième temps.

Ce que je veux savoir, c'est ce qui justifie les démissions de M. Herder et de Mme Forcier et ce qu'a fait le ministre en lien avec ces deux démissions. Je n'ai pas besoin de l'éclairage d'une quatrième personne qui n'a produit aucun document justifiant la tenue de cette étude.

[Traduction]

Le président: Monsieur Powlowski, vous avez la parole.

M. Marcus Powlowski: Pour certains d'entre nous, ce n'est pas la première fois que des changements sont apportés au CEPMB. C'est un sujet extrêmement difficile à comprendre. La dernière fois, M. Clark a très bien expliqué certains concepts à des gens qui ne connaissaient pas ce domaine complexe et difficile de la réglementation. Il serait certainement un bon témoin à recevoir, compte tenu de sa connaissance de ce sujet extrêmement complexe.

Le président: Monsieur Davies, vous avez la parole.

M. Don Davies: Je vais me limiter à quelques points.

M. Clark a également démissionné. Nous avons donc trois démissions au CEPMB. Peu importe qu'il ait rendu la lettre publique ou non.

Il y a eu trois démissions très remarquées au CEPMB, et les lettres qui ont été envoyées montrent que nous devons nous intéresser à certaines questions. Il est pertinent d'essayer de savoir pourquoi le directeur exécutif du CEPMB a démissionné dans ce contexte.

Deuxièmement, nous ne sommes pas là pour nous prononcer sur le fond des réformes du CEPMB. C'est à ce sujet que M. Clark est venu témoigner. Ce n'est pas ce que nous examinons dans ce cas-ci; nous examinons le fonctionnement du conseil et les éventuels problèmes d'irrégularité.

Enfin, si sa présence est presque indispensable, c'est qu'il est mentionné deux fois dans la lettre de démission de Mme Bourassa Forcier.

Je suis désolé; je viens de perdre les citations, mais Mme Bourassa Forcier fait précisément allusion à M. Douglas Clark. Il serait donc fondamentalement injuste d'entendre Mélanie Bourassa Forcier lorsqu'elle témoignera au sujet de M. Clark sans que celui-ci soit là pour l'entendre et lui répondre.

Je vous lis des extraits de sa lettre: « À la suite de ces deux lettres, j'ai demandé au Directeur exécutif, lequel a récemment démissionné de ce poste, si nous avions bien pris le temps de rencontrer ces parties prenantes afin de comprendre leurs préoccupations en lien avec les directives proposées, préoccupations qui n'avaient pas été portées à mon attention à titre de présidente par intérim. Je croyais donc, à tort, que nos directives proposées ne posaient aucune réelle problématique. J'ai alors compris, de la réponse du Directeur exécutif, qu'il avait rencontré des représentants de certaines entreprises pharmaceutiques et qu'il n'avait jamais eu de discussions avec Santé Canada en lien avec les directives proposées. »

Le sujet même dont nous sommes saisis, c'est-à-dire la façon dont la décision a été prise — et il s'agissait de savoir si les pressions exercées par l'industrie pharmaceutique avaient joué un rôle ou non —, met le directeur exécutif en cause, car il participe de près aux discussions avec les membres du conseil, et Mme Bourassa Forcier elle-même en parle dans sa lettre de démission. M. Clark est un témoin non seulement pertinent, mais aussi essentiel.

• (1255)

Le président: D'autres réflexions au sujet de l'amendement?

Monsieur Jowhari, vous avez la parole.

M. Majid Jowhari (Richmond Hill, Lib.): Seulement une brève observation.

Habituellement, nous discutons d'une motion, puis nous demandons à chaque parti de proposer ses témoins. Il n'est pas question de savoir qui va proposer quels témoins et pourquoi.

Examinons simplement la motion telle qu'elle est présentée. Nous sommes d'accord sur l'amendement. On nous demande maintenant de présenter nos témoins d'ici la fin de la journée de vendredi. La liste des témoins est sous nos yeux, et tout le monde est d'accord — sauf un de nos collègues — sur la question de la pertinence du témoignage de M. Clark.

Le député néo-démocrate dit que ce témoin est pertinent et qu'il va le faire inscrire sur la liste des témoins à convoquer. Il y figurera donc. C'est aussi simple que cela.

Merci.

Le président: Y a-t-il d'autres interventions au sujet de l'amendement?

Que tous ceux qui sont en faveur de l'amendement visant à retirer M. Clark de la liste des témoins lèvent la main.

(L'amendement est rejeté. [Voir le Procès-verbal])

Le président: Nous allons revenir à la motion principale telle que modifiée par l'amendement de M. van Koeverden seulement. Y a-t-il d'autres observations sur la motion principale?

Je vois qu'elle est adoptée à l'unanimité.

(La motion modifiée est adoptée. [Voir le Procès-verbal])

Le président: Cela nous amène au projet de loi S-203.

Après un préavis remarquablement court, un expert est présent en tant que conseiller législatif, au cas où il y aurait des questions d'ordre juridique.

À vous, monsieur Thériault.

• (1300)

[Français]

M. Luc Thériault: Il n'y a pas eu d'entente entre les leaders pour que nous puissions discuter du projet de loi S-203. Nous pensions qu'il y en avait une, mais j'ai appris tout à l'heure qu'il n'y en avait pas.

Il faut obtenir le consentement unanime pour que nous puissions discuter de cela aujourd'hui.

Le président: Monsieur Thériault, on m'a avisé que je pouvais inscrire des sujets à l'ordre du jour du Comité. Comme vous le savez, il y a eu des discussions, au terme desquelles il a été décidé d'ajouter un point concernant le projet de loi.

Le consentement unanime n'est pas requis. Nous allons donc maintenant aborder ce sujet.

M. Luc Thériault: Monsieur le président, nous avons pris du temps, lors de notre dernière séance à huis clos, pour organiser nos travaux. Or nous avons reçu votre avis selon lequel le projet de loi S-203 serait à l'ordre du jour à 10 heures ce matin. Trouvez-vous cela normal, qu'on décide, à une heure de préavis, d'inscrire à l'ordre du jour l'étude d'un projet de loi pour 15 minutes, alors qu'une formation politique doit déposer des amendements? Trouvez-vous ce délai normal?

Vous avez présupposé, en vous basant sur l'information de je ne sais qui — ce n'est sûrement pas une instance officielle —, qu'il y

avait une entente entre les partis là-dessus, ce qui n'est pas le cas. Ce que je conteste n'est pas le résultat de l'entente, c'est le fait d'inscrire une étude article par article à l'ordre du jour d'une rencontre de comité à une heure de préavis. Je n'ai jamais vu cela.

Il ne s'agit pas de faire de l'obstruction. Je sais que M. Lake tient à ce projet de loi. Je pense que, si nous entamons cette étude mardi, à notre retour de la semaine de relâche, il y aura assez de temps pour qu'il puisse réaliser son objectif, c'est-à-dire faire adopter son projet de loi avant la Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme.

Cependant, je n'accepterai pas que nous prenions du temps pour organiser nos travaux et qu'à une heure de préavis, après avoir été contacté par une instance qui n'est pas officielle, vous nous demandiez d'entamer une étude article par article. Ce n'est pas conforme aux pratiques habituelles.

Le président: Monsieur Thériault, vous avez complètement raison. Je ne suis pas du tout à l'aise relativement à la situation actuelle, qui découle de discussions selon lesquelles il y avait eu une entente. Toutefois, nous devons poursuivre le débat.

Monsieur Lake, vous avez la parole.

[Traduction]

L'hon. Mike Lake (Edmonton—Wetaskiwin, PCC): Il est important pour moi de faire avancer ce dossier dans un esprit de collaboration.

Nous pensions qu'il y avait une entente. Il est clair que ce n'est pas le cas. Il est probablement plus important d'attendre et d'avoir une certaine collaboration et un certain consensus à ce sujet au lieu de régler la question dans la précipitation, cinq minutes après l'heure prévue de la fin de la séance. Je suis donc d'accord pour que nous attendions à la prochaine séance pour en discuter.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Lake.

Je crois que nous sommes maintenant prêts à recevoir une motion d'ajournement.

Proposez-vous la motion, madame Goodridge, ou voulez-vous prendre la parole?

Mme Laila Goodridge: Je propose que nous levions la séance.

Le président: D'accord.

Le greffier m'a demandé de voir si je pouvais obtenir votre accord pour adopter les budgets pour les prochaines séances, mais la motion ne peut faire l'objet d'un débat.

Tous ceux qui sont d'accord pour lever la séance?

Des députés: D'accord.

Le président: Je suis désolé, monsieur le greffier. La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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