



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent des finances

---

FINA • NUMÉRO 046 • 2<sup>e</sup> SESSION • 41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le lundi 6 octobre 2014**

**Président**

**M. James Rajotte**



## Comité permanent des finances

Le lundi 6 octobre 2014

• (1530)

[Traduction]

**Le président (M. James Rajotte (Edmonton—Leduc, PCC)):** La séance est ouverte. C'est la 46<sup>e</sup> réunion du Comité permanent des finances. Conformément à l'article 83.1 du Règlement, nous poursuivons nos consultations prébudgétaires de 2014.

Chers collègues, nous allons recevoir deux groupes de témoins en cette fin de journée. J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos invités du premier groupe. De l'organisation Médecins canadiens pour le régime public, nous accueillons le Dr Richard Klasa. De la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, nous recevons la présidente, Maureen O'Neil. De la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, nous accueillons le directeur général, David Sculthorpe. Douglas Keller-Hobson, directeur administratif de l'organisation Vols d'espoir est également des nôtres et, du Sunnybrook Health Sciences Centre, nous recevons le président et premier dirigeant, Barry McLellan.

Bienvenue à tous.

Nous allons débiter avec M. Klasa.

**Dr Richard Klasa (membre du conseil, Médecins canadiens pour le régime public):** Je tiens à remercier le Comité permanent des finances de la Chambre des communes de me donner l'occasion de présenter le point de vue de l'organisation Médecins canadiens pour le régime public.

Je m'appelle Richard Klasa et je suis oncologue pour la BC Cancer Agency à Vancouver et spécialiste en recherche clinique à l'institut qui y est associé, en plus d'enseigner la médecine à l'Université de la Colombie-Britannique.

Médecins canadiens pour le régime public s'intéresse de près à l'évolution du rôle du fédéral en matière de santé. En notre qualité de professionnels de la santé, nous préconisons vivement une réforme des politiques de soins fondée sur des données probantes. Nous sommes aussi en faveur de l'innovation dans les traitements et les services de prévention afin d'améliorer la qualité, la viabilité et l'équité de notre système de santé. Nous croyons qu'il est possible et nécessaire d'améliorer notre système et espérons bien que la réunion d'aujourd'hui contribuera grandement aux efforts déployés pour offrir à long terme des soins de santé de grande qualité et plus équitables d'un océan à l'autre.

En tant que praticiens, nos membres sont à même de constater directement la disparité dans l'accès aux soins au détriment des Canadiens les plus marginalisés qui se heurtent à de nombreux obstacles. Nous croyons qu'il est nécessaire et possible d'améliorer l'expérience de soins des groupes les plus vulnérables de notre pays.

Nous demandons à ce que des mesures soient prises dans trois domaines bien précis. Premièrement, il faut faire appliquer la Loi canadienne sur la santé. Deuxièmement, on doit élaborer un nouvel accord fédéral sur la santé. Troisièmement, il faut améliorer l'accès

aux médicaments sous ordonnance grâce à un programme national. Ces trois recommandations sont décrites plus en détail dans le mémoire de cinq pages que nous vous avons remis.

Ces trois réformes doivent s'appuyer au départ sur un leadership solide et responsable de la part du gouvernement fédéral qui appliquera les mêmes normes dans toutes les régions du pays afin d'améliorer les soins que reçoivent les Canadiens les plus vulnérables.

Dans le cadre de son engagement envers la Loi canadienne sur la santé, le gouvernement fédéral doit reconnaître que de nouvelles formes de privatisation, y compris les frais modérateurs et la surfacturation, ont fait leur apparition depuis l'adoption de la loi en 1984. Certaines de ces formules profitent des échappatoires de la loi tout en en violant clairement l'esprit. Il faut supprimer ces échappatoires et pénaliser ceux qui enfreignent la loi. Pour faire respecter la Loi canadienne sur la santé, il semble nécessaire d'élaborer un cadre de responsabilisation qui obligera les provinces à réglementer les cliniques et à les surveiller de façon proactive.

Le gouvernement fédéral doit aussi faire montre de leadership en établissant un nouvel accord en matière de santé. En l'absence d'un tel document d'orientation, les disparités s'accroissent entre les provinces sur le plan de la prestation des soins, et ce sont encore une fois les groupes vulnérables qui en souffrent le plus. Pour accroître l'équité au chapitre des soins, il convient d'établir un nouvel accord sur la santé en 2015. Cet accord comprendrait des mesures améliorées en matière de responsabilisation et de normalisation des soins à la grandeur du pays.

Nous devons également commencer à prendre les mesures nécessaires à la création d'un régime national d'assurance-médicaments. Au Canada, on paie actuellement au moins 30 % de plus que la moyenne de l'OCDE pour les médicaments d'ordonnance. Si l'on offrait une couverture universelle à partir du premier dollar dépensé, le régime d'assurance-médicaments procurerait des économies de 10 à 41 % selon les médicaments d'ordonnance, ce qui représente des économies totales pouvant aller jusqu'à 11,4 milliards de dollars par année au Canada. En outre, un régime national d'assurance-médicaments permettrait d'améliorer la santé et la qualité de vie de nos concitoyens les plus vulnérables.

Alors qu'un Canadien sur dix n'a pas les moyens de payer ses médicaments d'ordonnance, cette proportion passe à un sur quatre parmi ceux qui n'ont pas d'assurance-maladie complémentaire. L'incapacité de faire exécuter des prescriptions médicalement nécessaires entraîne une diminution de la qualité de vie des patients et un accroissement des pressions exercées sur nos ressources hospitalières, du fait que les maladies non traitées mènent à l'hospitalisation.

Lors de la rencontre des ministres provinciaux et territoriaux de la santé qui s'est tenue récemment à Banff, les ministres ont convenu de conjuguer leurs efforts pour réduire le coût de 53 médicaments parmi les plus souvent prescrits. Il en résultera des économies totales de l'ordre de 260 millions de dollars par année.

• (1535)

**Le président:** Il vous reste une minute.

**Dr Richard Klasa:** D'accord.

Toutefois, en l'absence d'un formulaire national, il est difficile pour les provinces de mettre en place des stratégies semblables au régime d'assurance-médicaments. Steve Morgan, spécialiste de l'assurance-médicaments chez C.D. Howe, prévient que toute tentative d'instaurer une stratégie nationale en la matière nécessitera un rôle de la part du gouvernement fédéral.

Médecins canadiens pour le régime public se réjouit d'avoir l'occasion de contribuer aux travaux de votre comité. En conclusion, nous recommandons que le gouvernement fédéral élimine les échappatoires qui permettent aux cliniques à but lucratif d'enfreindre la Loi canadienne sur la santé, qu'il fasse preuve de leadership et de vision en ouvrant les négociations en vue d'un accord sur la santé avec les provinces et les territoires, et qu'il soutienne l'initiative des ministres provinciaux et territoriaux de la santé qui veulent élaborer et mettre en place une stratégie nationale d'assurance-médicaments.

Je vous remercie.

**Le président:** Merci beaucoup pour votre exposé.

Madame O'Neil, je crois que vous allez d'abord nous faire une présentation vidéo, n'est-ce pas?

**Mme Maureen O'Neil (présidente, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé):** Non.

**Le président:** Désolé, j'ai confondu avec un témoin du second groupe.

**Mme Maureen O'Neil:** Merci, monsieur le président, et bonjour à tous.

Je m'appelle Maureen O'Neil et je suis présidente de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS).

[Français]

Je vous remercie de cette invitation à comparaître devant le comité.

[Traduction]

La FCASS est un organisme sans but lucratif financé par le gouvernement fédéral qui a pour mandat d'accélérer l'amélioration des services de santé. Nous jouons un rôle unique à l'échelle pancanadienne en soutenant l'innovation dans la prestation des soins de première ligne, en aidant les équipes de différents territoires et provinces à travailler ensemble pour assurer une meilleure continuité des soins, en axant les soins sur le patient et la famille, et en assurant une utilisation optimale des fonds. Nous collaborons avec un réseau national de chefs de file dans l'amélioration des services de santé, comme Sunnybrook ici présent. Nos équipes de travail regroupent patients et membres de leurs familles, fournisseurs de soins de santé et gestionnaires.

[Français]

Nos travaux correspondent à la priorité du comité, c'est-à-dire contribuer à la santé des Canadiens et des Canadiennes, dont bon nombre font partie de groupes vulnérables.

[Traduction]

Je veux vous dire aujourd'hui que nous contribuons actuellement à l'amélioration des soins et des résultats en matière de santé tout en permettant des économies au chapitre des fonds qui y sont consacrés. Pour que nous puissions continuer dans le même sens, il faut toutefois que du financement soit prévu pour nous dans le budget de 2015.

[Français]

Nous sommes à l'oeuvre dans chaque province et territoire, et nous menons actuellement plus de 100 projets sur le terrain. Plus de la moitié de ces projets constituent des innovations qui ont fait leurs preuves et qui se répandent. Nous bénéficions d'une forte participation de la part d'organismes québécois.

[Traduction]

Nous lançons cette année une initiative de diffusion des innovations permettant d'améliorer les soins dispensés aux personnes atteintes de démence dans les établissements de soins de longue durée et de mieux aider les patients souffrant de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Au Canada, un résident d'un établissement de soins de longue durée sur trois prend des médicaments antipsychotiques sans avoir reçu de diagnostic de psychose. Nous avons ainsi aidé l'agence de santé de Winnipeg à miser sur les données disponibles et les approches ayant fait leurs preuves pour réduire du quart le nombre de résidents prenant des médicaments antipsychotiques, et ce, sans qu'il y ait de conséquences fâcheuses. Nous aidons 52 résidences de soins de longue durée de différentes régions du pays à faire aussi bien que Winnipeg. Il s'agit d'un petit investissement qui permet de grosses économies et une amélioration des soins pour les patients et leurs familles.

Notre second axe de collaboration vise la MPOC, un important facteur dans l'accroissement des frais hospitaliers. Lorsque les personnes souffrant de la MPOC éprouvent de la difficulté à respirer, elles se précipitent aux urgences avec leurs aidants. À Halifax, des visites à domicile, une formation sur l'auto-prise en charge et une planification plus poussée des soins ont permis de réduire de 60 % le recours aux services hospitaliers. Voilà une bonne idée qu'il vaut la peine de faire connaître à plus de gens possible.

[Français]

À l'heure actuelle, nous aidons les équipes de 10 provinces à adapter et à mettre en oeuvre leurs programmes. Ces échanges entre les régions et les provinces sont pour elles des occasions de stimulation et d'apprentissage mutuels.

[Traduction]

Nous avons pu obtenir 600 000 \$ du secteur privé parallèlement au financement fédéral pour ce programme. On pourra ainsi améliorer les soins offerts à plus de 11 000 patients atteints de la MPOC. Les économies possibles sont énormes. Encore une fois, c'est la même formule: investissement faible, économies considérables et meilleurs soins pour les patients et leurs familles.

Nous travaillons également auprès des Premières Nations, des anciens combattants et des Forces canadiennes. Notre mémoire vous en apprendra davantage au sujet de ces initiatives qui comprennent notamment des travaux d'avant-garde pour faire participer les patients et leurs familles à la conception et à l'évaluation des soins de santé. Selon une analyse indépendante effectuée par RiskAnalytics, cinq des innovations que nous avons appuyées au cours des 15 dernières années pourraient procurer à elles seules des économies annuelles dépassant largement le milliard de dollars grâce à la réduction des visites aux urgences, des consultations de spécialistes et des hospitalisations. KPMG a récemment confirmé cette conclusion dans sa propre évaluation indépendante: de petits investissements permettent de grandes économies et une amélioration des soins pour les patients et les familles.

● (1540)

[Français]

Dans le Budget de 2015, nous demandons un financement annuel de 10 millions de dollars sur cinq ans. Nous ferons fructifier ce modeste investissement, car nous trouverons des moyens de réduire les dépenses en santé tout en améliorant les soins et l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes.

[Traduction]

Nous avons toujours pu compter sur l'excellent soutien des parlementaires et, notamment, de plusieurs d'entre vous. Merci beaucoup pour le temps que vous nous avez consacré.

**Le président:** Merci beaucoup pour cet exposé.

Nous allons maintenant entendre M. Sculthorpe.

**M. David Sculthorpe (directeur général, Fondation des maladies du coeur du Canada):** Merci beaucoup, monsieur le président et honorables membres du comité.

La Fondation des maladies du coeur et de l'AVC est un organisme de bienfaisance national sans but lucratif qui est dirigé et soutenu par plus de 140 000 bénévoles et près de 2 millions de donateurs. Sa mission est de travailler à l'élimination des maladies du coeur et des accidents vasculaires cérébraux grâce aux progrès de la recherche et à la promotion de modes de vie sains.

Nous avons parcouru beaucoup de chemin depuis la crise cardiaque de mon grand-père il y a plusieurs années déjà. À l'époque, il a été forcé de garder le lit et n'a pu s'asseoir sur une chaise qu'au bout d'un mois. Il y a 15 ans à peine, une personne victime d'un AVC était transportée à l'hôpital le plus près dans une ambulance sans gyrophares ni sirène en se faisant dire qu'il n'y avait rien à faire pour elle.

L'AVC est aujourd'hui traité comme une urgence médicale. L'ambulance transporte rapidement le patient à l'hôpital le mieux équipé pour le traiter. Si l'examen par tomodynamimètre ou par IRM qu'on lui fait subir immédiatement révèle la présence d'un caillot, on lui administre du t-PA et il peut souvent quitter l'hôpital quelques jours après, sans séquelles importantes. Ces changements ont été rendus possibles grâce au financement de la recherche par notre fondation à hauteur de 1,4 milliard de dollars et au leadership que nous avons exercé de concert avec nos partenaires.

Malgré une réduction impressionnante de 75 % du taux de décès attribuables à une maladie cardiaque ou à un AVC au cours des 60 dernières années, il y a encore un Canadien qui en meurt à toutes les sept minutes. C'est inacceptable. Cela représente plus de 66 000 décès par année, et c'est inacceptable

Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause d'hospitalisation et la deuxième cause de décès au Canada. Il est bien évident que nous devons en faire beaucoup plus.

Malgré des chiffres aussi troublants, les investissements dans la recherche cardiovasculaire stagnent. Je suis ici aujourd'hui pour inviter le gouvernement fédéral à travailler en collaboration avec notre fondation et nos organisations partenaires en vue d'atteindre trois grands objectifs. Premièrement, nous devons chercher à maintenir le leadership du Canada en matière de recherche sur les maladies cardiaques et l'AVC afin d'améliorer la santé, de réduire le nombre de décès, de diminuer les coûts en soins de santé et d'accroître la productivité globale de notre pays. Deuxièmement, on doit mettre en oeuvre des programmes pour réduire la démence vasculaire. Enfin, nous devons nous employer à améliorer la santé des Autochtones.

Pour ce qui est de la recherche cardiovasculaire, nous voudrions que le gouvernement fédéral investisse 30 millions de dollars par année en contrepartie des sommes que nous avons déjà engagées à cette fin. Cet investissement fédéral serait géré en partenariat avec les Instituts de recherche en santé du Canada. Qu'est-ce que cela nous apporterait? En plus de sauver des vies humaines et d'améliorer la qualité de vie des Canadiens, cet investissement créerait des emplois de grande valeur. Environ 70 % des fonds seraient consacrés à la création d'emplois. Cela nous aiderait à attirer de jeunes chercheurs dans le domaine et à faire en sorte qu'ils y restent.

Nous travaillons en outre de concert avec le YMCA, la Société Alzheimer du Canada et l'Association canadienne du diabète pour amener le gouvernement fédéral à contribuer à la prévention de la démence. Le lien entre maladie cardiovasculaire et démence est incontestable. Chez les aînés, les maladies vasculaires sont à l'origine de 80 % des cas de démence cognitive ou de déficit cognitif. Un investissement à ce chapitre permettrait de réduire les facteurs de risque qui influent sur la démence vasculaire et de nombreux autres états pathologiques. Si on parvenait à retarder de cinq ans l'apparition de la démence, on pourrait réduire de pas moins de 44 % la prévalence de la maladie, ce qui permettrait de diminuer les coûts en soins de santé, d'accroître la productivité et d'améliorer la qualité de vie.

Nous demandons un investissement de 20 millions de dollars par année pour cette initiative. Un partenariat avec notre fondation cadrerait également bien avec l'orientation du gouvernement en faveur d'une vie plus saine, le plan national de recherche et de prévention de la démence qu'il vient de rendre public, et l'annonce faite mercredi dernier par la ministre de la Santé, Rona Ambrose.

Les maladies liées à la démence entraînent annuellement des coûts estimés à 33 milliards de dollars pour notre économie. On prévoit que ces coûts grimperont à 293 milliards de dollars d'ici 2040. Notre initiative contribuera à renverser cette tendance.

En troisième lieu, notre fondation travaille aussi de pair avec l'Association canadienne du diabète et le YMCA afin d'élaborer un plan visant à améliorer la santé cardiovasculaire des Autochtones. Pour ces derniers, les risques de souffrir d'une maladie cardiovasculaire sont deux fois plus élevés en raison de facteurs de risque plus prévalents. Une telle situation ne saurait durer, et nous avons des programmes qui peuvent améliorer les choses.

Nous avons pu discuter avec différents groupes autochtones et ils envisagent avec beaucoup d'enthousiasme notre engagement à travailler avec eux. Nous estimons qu'un investissement annuel de 50 millions de dollars sera nécessaire pour appuyer les programmes locaux permettant de renforcer les capacités et d'améliorer la santé.

•(1545)

Monsieur le président, je vous remercie. Je me réjouis à la perspective de pouvoir répondre aux questions des membres du comité et discuter avec eux.

**Le président:** Merci beaucoup pour votre exposé.

Nous passons à M. Keller-Hobson.

**M. Douglas Keller-Hobson (directeur administratif, Vols d'espoir):** Bonjour à tous. Je m'appelle Doug Keller-Hobson et je suis le directeur administratif de Vols d'espoir.

Je suis heureux d'avoir l'occasion de comparaître devant le Comité des finances durant les consultations prébudgétaires pour 2015 et de vous faire part de notre proposition en vue d'un changement législatif très précis qui améliorera l'accès aux services de soins vitaux pour les Canadiens à faible revenu, peu importe où se trouve leur domicile au Canada.

Vols d'espoir est un organisme de bienfaisance enregistré dont la mission consiste à offrir des vols gratuits aux personnes démunies qui doivent parcourir de longues distances pour avoir accès aux soins d'un spécialiste. Seul organisme de bienfaisance offrant un service semblable au Canada, Vols d'espoir vient en aide à des Canadiens à faible revenu de tous âges qui souffrent d'un large éventail de maladies.

Vols d'espoir n'est pas une compagnie aérienne. Nous sommes plutôt un lien vital pour de nombreux Canadiens qui ont besoin d'accéder aux spécialistes et à la technologie médicale la plus avancée, des ressources généralement disponibles seulement dans les grands centres du pays. Depuis ses débuts en 1986, Vols d'espoir a organisé plus de 87 000 vols gratuits pour des Canadiens à faible revenu, dont 7 000 l'an dernier seulement. Plus de 8 000 vols semblables sont prévus pour 2014.

La proposition que nous voulons soumettre à votre comité est ciblée et spécifique; elle peut être mise en oeuvre à un coût minime pour le Trésor. Nous demandons l'exonération du droit pour la sécurité des passagers du transport aérien (DSPTA) pour tous les vols offerts gratuitement par un organisme de bienfaisance enregistré à des Canadiens à faible revenu ayant besoin de voyager à des fins médicales.

Le DSPTA est un tarif fixe actuellement établi à 7,12 \$ plus taxes pour un aller simple servant à éponger les coûts de sécurité que doivent assumer les 89 aéroports du Canada. Le changement proposé coûterait au Trésor quelque 57 000 \$ en 2014 et peut être apporté via la modification ou l'ajout d'une disposition à l'article 11 de la Loi sur le droit pour la sécurité des passagers du transport aérien.

De plus, dans le contexte du mandat actuel visant l'exploration de diverses options pour aider les familles canadiennes les plus vulnérables, ce changement permettrait à Vols d'espoir d'offrir chaque année 230 vols supplémentaires au bénéfice de Canadiens dans le besoin.

Un changement de la sorte a déjà été apporté dans le passé. Bien que la loi renfermait une exemption pour les ambulances aériennes lorsqu'elle a été adoptée en 2002, le DSPTA continuait de s'appliquer aux autres vols médicaux non urgents. Conscient de la nécessité d'exonérer les voyages médicaux vitaux de l'application du DSPTA, le gouvernement a adopté en 2007 un amendement exonérant les compagnies aériennes canadiennes de ce droit lorsqu'elles offrent gracieusement un vol à un organisme de bienfaisance enregistré.

Depuis lors, le modèle d'affaires de Vols d'espoir a été adapté en fonction de l'évolution des circonstances afin d'inclure plus de dons privés et de partenaires de financement. Cela nous permet d'acheter

directement beaucoup plus de vols pour nos clients, mais cela fait aussi en sorte que nous sommes toujours assujettis au DSPTA. La loi en vigueur continue donc de restreindre notre capacité d'aider un plus grand nombre de clients.

Près de la moitié de nos vols sont offerts à des enfants et à leurs parents ou tuteurs, la plupart d'entre eux vivant dans un foyer où le revenu moyen est proche du seuil de pauvreté local. Cela signifie que la vaste majorité des familles aidées par Vols d'espoir consacrent une plus grande partie de leurs revenus à la nourriture, au logement et aux vêtements qu'une famille canadienne moyenne.

Les Canadiens qui vivent dans des localités éloignées des grands centres doivent surmonter de nombreux obstacles pour avoir accès aux soins de santé dont ils ont besoin. Il n'est pas rare qu'ils doivent parcourir à leurs frais de longues distances pour se rendre à un rendez-vous médical, un trajet d'autant plus dangereux dans des conditions hivernales. Cela désavantage les Canadiens à faible revenu qui doivent souvent annuler ou reporter un traitement à cause des coûts du transport. Cela oblige également ces personnes à s'absenter de leur travail ou de l'école, et à s'éloigner de leur communauté et de leur famille pendant plus longtemps que nécessaire.

Le changement législatif proposé bénéficiera à de nombreux Canadiens en aidant des familles et des personnes vulnérables à un moment critique où elles doivent se soucier de l'amélioration de leur santé.

•(1550)

Je vous remercie à l'avance de l'attention que vous apporterez à notre proposition dans le cadre du budget fédéral de 2015, et je suis prêt à répondre à toutes vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup pour votre exposé.

Nous allons maintenant entendre M. McLellan.

**Dr Barry McLellan (président et premier dirigeant, Sunnybrook Health Sciences Centre):** Bonjour. Je vous remercie de nous permettre de comparaître devant vous aujourd'hui.

L'importance croissante des maladies du cerveau et de l'esprit, comme la démence, les AVC et la dépression, n'est un secret pour personne. L'Organisation mondiale de la santé estime que la dépression est dorénavant la principale cause d'invalidité dans le monde et que chez les personnes de plus de 65 ans, les AVC et la démence sont les troubles médicaux qui représentent le plus grand fardeau pour la société. En effet, plus d'un demi-million de Canadiens sont handicapés par la démence, une prévalence qui devrait doubler d'ici 20 ans.

Lorsque les ministres de la Santé se sont réunis au Sommet du G8 sur la démence, en décembre 2013, afin de discuter de la meilleure façon de structurer la réponse internationale au défi croissant que présente la démence, ils se sont engagés à soutenir l'innovation pour améliorer la qualité de vie des gens atteints de démence et de leurs soignants, en plus de réduire leur fardeau émotionnel et financier; ils ont formulé l'ambition de trouver d'ici 2025 un remède ou un traitement modifiant la démence et ont promis d'accroître collectivement, de façon importante, le financement accordé à la recherche sur la démence.

La vision du Centre des neurosciences de Sunnybrook repose sur une approche de la démence, des maladies cérébro-vasculaires et de la dépression toute la vie durant, fondée sur un modèle de convergence, la recherche étant intégrée aux soins. Ce modèle a été testé et éprouvé avec un succès remarquable à Sunnybrook, au Centre sur le cancer Odette et dans le cadre du programme de recherche sur les maladies du cœur Schulich. À Sunnybrook, nous exerçons déjà un leadership local, régional et national à l'égard de ces trois grandes maladies neuropsychiatriques de notre société. Le Centre des neurosciences de Sunnybrook renforcera notre rôle transformateur.

Bien sûr, nous savons que le gouvernement fédéral ne finance pas directement la prestation des soins de santé. Cette proposition ne vise pas le financement de la prestation de soins. Elle vise la création d'une infrastructure qui favorisera l'innovation et de nouvelles découvertes pertinentes et bénéfiques pour tous les Canadiens, de l'innovation qui aura une incidence dans tout le pays et dans le monde. La mise à profit de notre modèle de convergence par la création d'un centre des neurosciences permettra de regrouper des chercheurs spécialistes de la neurologie, de la psychiatrie, de la neurochirurgie et de la neuroradiologie afin de stimuler l'innovation. Ce centre favorisera l'accélération des découvertes et la mise en application de nouveaux remèdes ou traitements modifiant la maladie, notamment grâce à des outils d'imagerie diagnostique uniques, à l'analyse du génome, à la mise au point de médicaments et à des interventions guidées par l'image, y compris pour de nouveaux modèles d'administration des médicaments.

Il intensifiera le réseautage. Ce centre fera partie d'un réseau national de centres des neurosciences et de la santé du cerveau à l'échelle du Canada, qui comprendra entre autres le Centre sur la santé du cerveau de Vancouver, ce qui générera des économies d'envergure et d'échelle en plus d'accélérer la capacité nationale. Il favorisera l'établissement de partenariats commerciaux, la création d'emplois et la création d'entreprises dans le domaine de la santé du cerveau. Les soins s'en trouveront améliorés partout au pays et dans le monde, grâce à l'élaboration et à l'évaluation de nouveaux modèles de soins. Du coup, les Canadiens vulnérables et leurs familles s'en trouveront protégés. On pourra y former la prochaine génération de chercheurs et de professionnels de la santé en neurosciences. Le Canada en retirera une reconnaissance internationale, non seulement pour son avant-gardisme dans la prise en compte du fardeau que représentent ces troubles débilissants, mais pour la prise de mesures tangibles afin de créer un meilleur avenir.

Nous demandons au gouvernement fédéral d'investir dans l'avenir des Canadiens grâce à un financement se rapprochant le plus près possible de 30 millions de dollars, sur les 60 millions de dollars environ que coûtera la recherche qui émanera de ce centre des neurosciences et de soins. La Fondation Sunnybrook s'engage à amasser le reste de la somme.

Ce partenariat public-privé constitue une occasion sans précédent d'atténuer les répercussions considérables des principales maladies de nos ères et des décennies à venir.

Je vous remercie de votre attention.

• (1555)

**Le président:** Merci beaucoup de votre exposé.

Chers collègues, nous devrions avoir le temps de laisser sept minutes de parole à chacun, donc nous allons commencer par des interventions de sept minutes, puis nous verrons s'il nous reste du temps.

Commençons par Mme Davies, pour sept minutes.

**Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD):** Je remercie les témoins d'être parmi nous aujourd'hui.

Je suis la porte-parole du NPD en matière de santé, et je siège habituellement au Comité de la santé plutôt qu'au Comité des finances. Je dois toutefois dire que bien souvent, au Comité de la santé, lorsqu'on pose des questions qui concernent le financement des soins, on nous dit: « Oh! vous devriez en parler au Comité des finances. » Je suis donc contente d'être ici aujourd'hui pour poser ce genre de questions.

J'aimerais commencer par dire que le débat sur les soins de santé au Canada est toujours très d'actualité. C'est une question qui touche et préoccupe beaucoup les gens, mais il n'y a pas que les soins de santé. Il y a aussi toute la valeur que les Canadiens accordent à l'accessibilité pour tous à notre système de soins de santé public. C'est un fondement de la société canadienne, et je suis très heureuse que vous soyez ici aujourd'hui.

J'ai écouté les enjeux que vous avez soulevés et j'ai lu vos mémoires, tant sur les accords en matière de santé, l'assurance-médicaments à prix abordable, les plans d'ordonnance, les neurosciences, la démence que sur le financement de la recherche, et je pense que la grande question commune ici consiste à définir le rôle du gouvernement fédéral. Comme nous le disons souvent, le rôle du gouvernement fédéral ne se limite pas à pelleter de l'argent, ce qui pose certes des problèmes, parce que nous avons beaucoup d'évaluations indépendantes qui nous portent à croire qu'à long terme, les provinces vont probablement être sous-financées d'environ 36 milliards de dollars.

À mon avis, il importe de reconnaître que la prestation des soins de santé relève des provinces, mais que le gouvernement fédéral a aussi son rôle à jouer. Depuis que les accords sur la santé sont venus à échéance en mars 2014, sans être remplacés, quel serait le rôle fédéral d'après vous? On peut parler de sujets précis comme la démence ou l'assurance-médicaments, mais comment pourrions-nous réaliser quoi que ce soit si la responsabilité fédérale n'est pas établie clairement et qu'il y a une certaine proactivité qui s'exerce.

Docteur Klasa, vous pourriez peut-être briser la glace et nous dire ce qu'il faudrait faire en vue d'une nouvelle série de négociations. Les accords sur la santé que nous avons jusque-là étaient loin d'être parfaits. En fait, bon nombre de leurs éléments n'étaient jamais respectés, donc il est clair que la reddition de comptes est très importante. Si vous étiez à la table et qu'on vous demandait de nous dire à quoi devrait ressembler le nouvel accord, pour le financement ou le régime d'assurance-médicaments, quel rôle y verriez-vous pour le gouvernement fédéral?

**Dr Richard Klasa:** Comme nous l'avons écrit dans notre mémoire, nous croyons que quel que soit le régime mis en place — et nous mettons particulièrement l'accent sur l'assurance-médicaments —, le gouvernement fédéral doit exercer un leadership fort pour obtenir l'engagement des provinces et établir des normes. Nous souhaitons le maintien de toutes les dispositions de la Loi canadienne sur la santé et de la Loi sur l'assurance-maladie, ce qui sous-entend la transférabilité, l'accessibilité et essentiellement un accès équitable aux ressources partout au pays.

C'est un objectif très difficile à atteindre quand on négocie avec les provinces individuellement. Par conséquent, de notre point de vue, le gouvernement fédéral doit exercer un leadership fort pour établir les règles du jeu et déterminer comment les programmes devront évoluer. Je suis bien conscient que ce sont les provinces qui vont les mettre en oeuvre, mais compte tenu de la structure de notre pays et de notre fédéralisme, je pense qu'il revient au gouvernement fédéral de prendre le leadership à cet égard.

**Mme Libby Davies:** Merci infiniment.

Dans la même veine, monsieur Sculthorpe, vous nous présentez une recommandation sur l'investissement du gouvernement pour les peuples autochtones. Il s'agit clairement d'une responsabilité fédérale. Vous parlez de partenariats avec la Fondation des maladies du coeur, l'Association canadienne du diabète et le YMCA. J'ai bien l'impression que c'est une question fondamentale qui est un peu tombée...

Encore une fois, pour ce qui est du rôle du gouvernement fédéral, croyez-vous qu'il faudrait établir une quelconque entente avec les provinces, les territoires et les Premières Nations? Quel rôle de guide le gouvernement fédéral doit-il jouer? Ce n'est pas qu'une question d'argent. Il s'agit d'obtenir des résultats en matière de santé et d'établir très clairement des objectifs. Comment peut-on y arriver, d'après vous?

• (1600)

**M. David Sculthorpe:** Je vais parler de cette initiative en particulier, qui est importante pour les Premières Nations et pour tous ces groupes.

Nous voulons travailler avec le gouvernement fédéral. Il y a investi déjà beaucoup d'argent. Nous croyons, grâce au partenariat, pouvoir mobiliser les collectivités intéressées par les programmes que nous avons à offrir, par ceux de l'Association canadienne du diabète et par le rayonnement du YMCA.

Nous avons des programmes stimulants, si l'on peut dire, qui génèrent beaucoup, beaucoup de succès et d'avantages dans les collectivités autochtones, dans beaucoup de provinces. Nous avons retenu la crème de la crème de nos initiatives, qui ont vraiment mobilisé les différentes bandes et les différentes collectivités. Elles vont de serres très abordables, qui leur permettent de cultiver des légumes frais à très faible coût, aux mesures de lutte contre l'hypertension, dont les résultats montrent qu'elles réussissent à réduire la haute pression, jusqu'à des projets de sensibilisation dans les écoles.

Nous jugeons ce partenariat très important parce qu'il représente beaucoup d'argent (c'est un grand investissement) qui permet de susciter un engagement authentique chez les gens et de leur donner envie de devenir partenaires avec nous. Ce n'est pas une mesure à l'emporte-pièce. Nous allons voir chaque bande, nous travaillons avec ses membres, et ce sont eux qui déterminent comment adapter ces programmes fondés sur des données scientifiques, pour qu'ils aient tout ce qu'il faut pour fonctionner.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Davies.

Passons à M. Saxton, s'il vous plaît.

**M. Andrew Saxton (North Vancouver, PCC):** Je remercie nos témoins d'être ici aujourd'hui.

Vous avez tous dans vos exposés mis en relief des enjeux importants qui touchent la santé des Canadiens et le système de soins de santé. L'un des thèmes communs d'au moins deux d'entre vous est le problème imminent que posent la démence et la crise potentielle qui nous attend avec le vieillissement de la population canadienne.

Ma première question s'adresse au représentant de la Fondation des maladies du coeur du Canada. Pouvez-vous détailler davantage le scénario que vous avez présenté dans votre mémoire au comité?

**M. David Sculthorpe:** Merci, j'en serais ravi.

Le lien entre la démence et les maladies vasculaires ne fait aucun doute. En fait, 80 % des cas de démence sont liés à des troubles vasculaires.

La Fondation des maladies du coeur s'intéresse au domaine vasculaire depuis qu'on a commencé à étudier le cholestérol, l'hypertension. Donc, nous prenons les programmes de prévention que nous savons efficaces pour prévenir les maladies vasculaires — 80 % des maladies vasculaires sont évitables — et sensibilisons les Canadiens au fait qu'ils peuvent également prévenir la démence. Cinquante-quatre pour cent des cas d'Alzheimer seraient évitables, tout comme 80 % des cas de démence vasculaire, parce que quand c'est vasculaire, c'est évitable. Les gens ne pensent pas que la démence puisse être causée par le style de vie ou l'alimentation, et c'est justement notre angle d'approche. Par notre travail avec la Société Alzheimer, l'Association canadienne du diabète et le YMCA, nous pouvons diffuser ce message.

La Société Alzheimer fait de l'excellent travail. Elle met principalement l'accent sur la recherche d'un traitement, puis sur ce qui arrive quand une personne est atteinte de démence et sur la prévention. Si l'on regarde ce que la Fondation des maladies du coeur fait depuis 60 ans, on voit qu'elle concentre une grande partie de ses efforts (les fonds de recherche, la sensibilisation et la promotion de la santé) sur la prévention des maladies vasculaires. Nous avons une très grande empreinte au pays, nous avons un grand nombre de bénévoles et de spécialistes de la promotion de la santé, nous avons tissé des relations importantes avec les grandes institutions de recherche des hôpitaux et des universités, tout cela pour diffuser ce message et déployer nos programmes de prévention de la démence, qui reçoivent l'appui total de la Société Alzheimer et de l'Association canadienne du diabète, comme nous l'avons écrit dans notre mémoire.

• (1605)

**M. Andrew Saxton:** Vous demandez 20 millions de dollars pour lutter contre la démence, si je ne me trompe pas. Diverses organisations demandent du financement ciblé pour la démence. Comment pouvez-vous nous assurer qu'il n'y aura pas de dédoublement? Allez-vous coordonner vos efforts avec ceux d'autres groupes qui cherchent eux aussi un remède et un traitement contre la démence?

**M. David Sculthorpe:** J'ai deux réponses pour vous.

Premièrement, nous travaillons en partenariat avec la Société Alzheimer Canada sur ce projet de prévention, ce qui est déjà important. C'est le plus grand organisme spécialisé dans le domaine de l'Alzheimer. Nous mettons l'accent sur la démence vasculaire. Comme la plupart de nos activités visent ces deux maladies, nous avons déjà dans notre arsenal les deux plus grands acteurs. À l'étape de la sensibilisation, nous nous adresserons à l'UCJC, au CDA, ainsi qu'à la Société Alzheimer Canada.

Deuxièmement, le besoin est énorme. Si vous regardez notre programme, qui consacre 2 millions de dollars à la sensibilisation, 12 millions de dollars à la réduction de l'hypertension, 2 millions de dollars aux activités consistant à encourager les Canadiens à bouger grâce aux modes de transport plus actifs, et 2 millions de dollars aux efforts de sensibilisation à l'importance de la nutrition, vous constaterez des sommes considérables qui sont consacrées à la démence vasculaire, pour faire connaître le risque et encourager les gens à changer leur comportement. S'il y a d'autres organisations qui oeuvrent dans le même domaine, c'est tout aussi salubre.

**M. Andrew Saxton:** Merci.

La prochaine question s'adresse au représentant de Sunnybrook.

Comment votre projet qui porte sur la démence compléterait-il la proposition de la Fondation des maladies du coeur?

**Dr Barry McLellan:** Tout d'abord, j'aimerais donner suite aux propos de M. Sculthorpe, qui a parlé du lien étroit entre les maladies comme la dépression, les AVC et la démence. Ce n'est pas bien connu, mais si une personne est atteinte de dépression, elle a de plus grands risques de subir un AVC et de souffrir de démence. Si quelqu'un est atteint de démence, son risque de subir un AVC ou de faire une dépression augmente. Comme ces maladies sont intimement liées, il faut avoir une approche bien coordonnée pour lutter contre les maladies qui s'attaquent au cerveau et à l'esprit.

Pour ce qui est de la collaboration, nous ne pouvons pas nous permettre des redondances dans notre domaine. Un pays comme le Canada ne peut pas se permettre une situation où les chercheurs de Vancouver oeuvrent en vase clos et ceux de Sunnybrook ne font pas connaître leurs découvertes à leurs collègues canadiens, surtout si nous voulons que nos investissements soient rentables. Notre proposition repose sur des réseaux existants. J'ai souligné l'excellent centre situé à Vancouver. On fait aussi du bon travail à Calgary, tout comme dans d'autres centres à Toronto.

Pour répondre à votre question, si nous voulons soigner la démence de façon efficace, il faut que notre travail soit coordonné, et il faut que nous ayons un réseau de chercheurs et que tous les intervenants connaissent la stratégie.

**M. Andrew Saxton:** Merci beaucoup.

La prochaine question s'adresse à Vols d'espoir.

Pouvez-vous nous décrire rapidement les principaux défis auxquels vous êtes confrontés actuellement? La hausse des droits pour les bagages à main et les bagages enregistrés, et ainsi de suite, aura-t-elle une incidence sur votre travail?

**M. Douglas Keller-Hobson:** Nous ressentons toujours les hausses des droits. Nous demandons donc un amendement législatif qui réduirait les droits. Nous collaborons avec toutes les compagnies aériennes, avec lesquelles nous entretenons des liens étroits. Aujourd'hui, nous demandons de l'assistance pour aider les familles vulnérables, et lorsque je demande à nos partenaires de nous exonérer de certains droits, c'est dans le même but. Parfois, les donateurs assument des frais supplémentaires si les familles ne sont pas en mesure de payer.

Ma demande d'aujourd'hui, cependant, est très directe et permettra certainement d'obtenir plus de vols.

• (1610)

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Saxton.

Monsieur Brison, à vous.

**L'hon. Scott Brison (Kings—Hants, Lib.):** Monsieur McLellan, vous avez parlé du potentiel de ce centre des neurosciences qui

pourrait éliminer les obstacles et créer une plate-forme plus propice à la collaboration dans le domaine de la recherche. J'ajouterais à votre liste le travail effectué par la Fondation de recherche médicale Dalhousie et par la Chaire Irene MacDonald Sobey dans le domaine de la maladie de l'Alzheimer, en collaboration avec le Dr Sultan Darvesh, ainsi que le travail effectué par le Dr Kenneth Rockwood.

Existe-t-il d'autres obstacles à la collaboration dans ce domaine de recherche ou même à la commercialisation, la propriété et la propriété intellectuelle? Outre le financement direct qui serait accordé à votre projet, y a-t-il d'autres façons que nous devrions examiner pour réduire les obstacles qui gênent la collaboration?

**Dr Barry McLellan:** Tout d'abord, je reconnais l'excellent travail qui se fait dans l'Est du Canada, notamment à Dalhousie. Nos chercheurs collaborent actuellement avec des équipes de cet établissement. Je ne voudrais pas vous transmettre le message aujourd'hui qu'il n'y a pas de collaboration actuellement dans notre pays.

En ce qui concerne les obstacles, l'une des approches retenues par Sunnybrook, que nous croyons être un modèle qui pourrait servir à d'autres, c'est qu'il faut traiter les maladies du cerveau et de l'esprit conjointement. La déstigmatisation est l'une des priorités dans notre pays actuellement. Si l'on peut regrouper les patients atteints de dépression dans la même clinique que ceux qui souffrent peut-être de démence ou d'autres maladies neurologiques, ou qui ont subi un AVC, ce serait déjà un grand pas en avant. Nous croyons qu'il est important que les organisations aient un modèle coopératif.

J'ai déjà mentionné l'importance du réseautage qui nous permet de nous assurer que la recherche s'effectue de façon collaborative non seulement ici au Canada, mais à l'échelle mondiale.

Pour ce qui est des initiatives de commercialisation, nous commençons à réaliser certains progrès dans quelques pôles au Canada. Nous sommes fortement en faveur de l'environnement des pôles, qui nous permettent de réunir les acteurs du secteur privé et public ayant l'expertise et l'intérêt nécessaires. Nous croyons qu'une stratégie portant sur les troubles du cerveau et de l'esprit nous aidera à exploiter les possibilités de commercialisation, comme je l'ai indiqué tantôt, ce qui créera des emplois et des entreprises.

**L'hon. Scott Brison:** Merci beaucoup.

Madame O'Neil, je suis ravi de vous revoir ici au comité.

Votre financement sera bientôt épuisé. Selon votre soumission, six de vos projets ont permis de réduire les dépenses dans le domaine des soins de santé dans les provinces, et les économies réalisées sont supérieures à votre budget total allant de 2006 à 2013.

Y a-t-il une autre organisation canadienne qui réussit ce que vous faites actuellement, en ce qui concerne la recherche et la communication des résultats avec les provinces?

**Mme Maureen O'Neil:** Non. En fait, ce que nous faisons ce n'est pas vraiment de la recherche. Nous réunissons plutôt les professionnels de première ligne et nous les aidons à mettre en commun leurs stratégies gagnantes. Ce qui est encore plus important, c'est que nous aplanissons les différences entre les provinces.

Le Canada a une grande force, qui est également sa faiblesse, du fait que la responsabilité primaire des soins de santé est confiée aux provinces. Il y a peu de moyens à l'échelon provincial qui permettent d'innover dans le domaine des soins de santé et de communiquer à l'échelle nationale les découvertes. Nous sommes en mesure d'offrir un soutien aux équipes qui veulent partager leurs connaissances dans des domaines particuliers. Nous les aidons à obtenir le soutien qu'il leur faut et à saisir les occasions de mettre en commun leurs connaissances.

**L'hon. Scott Brison:** Votre travail revêt donc d'une importance démesurée dans le cas des plus petites provinces qui n'ont pas les moyens nécessaires de mettre en oeuvre ce genre de modèles de pratiques exemplaires.

**Mme Maureen O'Neil:** C'est exact, c'est très important.

À titre d'exemple, les quatre provinces de l'Atlantique se sont entendues pour oeuvrer ensemble afin de trouver des façons d'améliorer les soins offerts aux patients souffrant de maladies chroniques, comme la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, les troubles psychologiques, et ainsi de suite. Il y a donc 10 autorités régionales de la santé qui travaillent ensemble. Je crois qu'il s'agit d'une première, le fait que quatre provinces de l'Atlantique se sont entendues pour collaborer et examiner leur façon de faire afin de trouver un meilleur moyen d'offrir des soins de santé maintenant.

Il s'agit de soins de santé offerts maintenant. Nous ne regardons pas vers l'avenir, comme d'autres ici présents, mais nous aidons à régler des problèmes actuels et à trouver des solutions maintenant.

• (1615)

**L'hon. Scott Brison:** Merci beaucoup.

Monsieur Sculthorpe, pour ce qui est de la Fondation des maladies du coeur, vous cherchez à obtenir un financement pour les initiatives de soins de santé destinés aux peuples autochtones. Vu que le gouvernement fédéral a la responsabilité des investissements généraux dans le domaine des soins de santé offerts aux Autochtones et aux Premières Nations, et vu que nous pouvons payer la facture maintenant ou plus tard, avez-vous effectué des analyses pour savoir quelles seraient les économies pour le gouvernement fédéral que lui procurerait une subvention de 50 millions de dollars par année dans l'avenir?

**M. David Sculthorpe:** En ce qui concerne ce programme, non, car nous proposerions diverses initiatives aux collectivités, qu'elles devraient ensuite choisir et adapter à leurs besoins et à leur contexte. Ces initiatives seraient légèrement différentes dans chaque cas.

Je peux vous dire cependant que lorsqu'il s'agit des programmes que nous avons aujourd'hui, comme le programme qui porte sur l'hypertension, qui nous permet de faire tomber l'hypertension d'une façon marquée et mesurable statistiquement, il y a là réduction des dépenses en soins de santé et également du taux de mortalité, et ce, à court, à moyen et à long terme. Nous avons des statistiques à l'appui. Nous savons également que le programme de serres mené en Colombie-Britannique a permis d'accroître sensiblement la quantité de légumes frais produits et distribués. Nous pouvons identifier les résultats de chacun des programmes.

**Le président:** Merci, monsieur Brison.

C'est à votre tour, monsieur Keddy.

**M. Gerald Keddy (South Shore—St. Margaret's, PCC):** Je souhaite la bienvenue à nos témoins. Les discussions s'avèrent fort intéressantes aujourd'hui, et de nombreuses questions vous ont été posées.

Ma question s'adresse à M. Keller-Hobson de Vols d'espoir.

Vous êtes le seul organisme de bienfaisance enregistré national qui offre des vols gratuits aux personnes qui n'en n'ont pas les moyens. Vous avez déclaré avoir offert quelque 85 000 vols gratuits depuis 1986. Toutes mes félicitations.

Je crois que la plupart d'entre nous sommes sensibles à votre cause, mais je ne sais pas trop comment nous pouvons acquiescer à votre demande. Vous voulez être exonéré des droits de sécurité imposés aux passagers aériens qui représentent 7,12 \$ par vol. Les économies seraient telles que vous pourriez offrir beaucoup plus de vols gratuits au pays, soit 230 vols, il me semble.

Il faudrait donc modifier la loi. Comment un gouvernement peut-il réserver un traitement différent à un organisme de bienfaisance et pas à un autre?

Nous avons besoin de votre aide.

**M. Douglas Keller-Hobson:** Oui.

Lorsque la loi a été adoptée, il a été indiqué clairement à l'époque que les vols à des fins médicales vitales devaient être exonérés. Ce fut toujours l'esprit de la loi. En 2007, cependant, lorsque la loi a été modifiée, on a découvert que Vols d'espoir n'était pas un service d'ambulance aérienne mais constituait néanmoins un service vital puisqu'il permettait d'assurer les rendez-vous médicaux.

Plus de sept ans plus tard, la loi fait de nouveau l'objet d'un examen. À mon avis, la volonté et l'esprit de la loi sont très clairs. Elle s'applique à tous les Canadiens et, par extension, à tous les organismes de bienfaisance. L'heure est venue d'examiner nos lois et de suivre le pas des changements connus par notre société. Vols d'espoir a changé son modèle de fonctionnement. Nous augmentons nos activités et investissons des sommes considérables dans le secteur aérien grâce à nos achats. Un simple geste donnerait donc d'excellents résultats.

**M. Gerald Keddy:** Merci.

Ma prochaine question est destinée à la Fondation des maladies du coeur.

Vous nous avez fourni certains chiffres. Les dépenses en soins de santé au chapitre des maladies cardiaques, des AVC, de la démence et des maladies connexes tournent autour de 35 milliards de dollars par année, et atteindront quelque 200 milliards de dollars d'ici 2040, ce qui est effarant.

Vous jouissez d'une excellente réputation et votre bilan est impressionnant: une réduction de 75 % des décès attribuables aux maladies cardiaques et aux AVC. Votre demande me semble justifiée. Comment devrions-nous réagir, et comment faudrait-il établir des partenariats entre le secteur privé et les provinces? L'avez-vous déjà fait? Est-ce une possibilité?

• (1620)

**M. David Sculthorpe:** Nous sommes un organisme à but non lucratif.

**M. Gerald Keddy:** D'accord.

**M. David Sculthorpe:** Nous recueillons nos fonds grâce au porte-à-porte, au programme Sautons en coeur, aux partenariats avec le secteur privé, aux dons généreux et aux envois par courrier. Nous consacrons beaucoup d'efforts pour établir des liens avec le secteur privé. En 2011, nous nous sommes constitués en une fondation nationale afin d'établir de meilleurs partenariats avec les sociétés nationales, du fait que nos anciennes relations étaient essentiellement provinciales, et aussi pour devenir plus efficace et rendre notre mission plus pertinente. Les résultats sont formidables.

Nous croyons que le soutien accordé par le secteur privé grandira, mais cela représente néanmoins un faible montant par rapport aux dons des Canadiens. Comme je l'ai dit dans mon exposé, presque 2 millions de Canadiens nous ont chacun donné entre 40 et 50 \$, et une poignée de gens nous ont donné beaucoup plus d'argent, ce qui fait que le secteur privé ne contribue qu'une faible partie des fonds recueillis.

**M. Gerald Keddy:** Je présume qu'il s'agit des coûts immédiats comparativement aux coûts à venir si nous ne faisons rien.

**M. David Sculthorpe:** Lorsqu'il s'agit de prévention, c'est toujours le débat auquel nous sommes confrontés : dépensons-nous un dollar maintenant pour pouvoir l'épargner plus tard? Nous croyons que la prévention est efficace dans le cas de la démence. Les nombres qu'on nous présente nous obligent à tenter de prévenir cette maladie aujourd'hui, car nous serons submergés plus tard, et nous sommes au courant du problème et des inquiétudes à cet égard.

Mon père a souffert de la maladie d'Alzheimer pendant environ 10 ans et en est décédé. Nous connaissons les contraintes et le stress que cette maladie impose aux familles et à la société.

**M. Gerald Keddy:** Très brièvement, madame O'Neil, vous avez parlé de 10 millions de dollars sur cinq ans. Vous cherchez des moyens d'améliorer les services de santé, et je crois que c'est une noble idée, et qu'il y a place à l'amélioration.

L'une des frustrations que j'éprouve en tant que député, c'est le manque de coordination. Vous avez mentionné que les quatre provinces de l'Atlantique avaient commencé à collaborer. Bravo. Il était temps. Toutefois, il y a un manque de coordination entre les provinces en ce qui concerne des choses aussi simples qu'un acheteur unique de produits pharmaceutiques pour toutes les provinces et les territoires.

Qu'est-ce qui nous en empêche? Pourquoi ne pouvons-nous pas le faire au Canada?

**Le président:** Pourriez-vous répondre très brièvement, s'il vous plaît?

**Mme Maureen O'Neil:** Je n'ai pas la réponse à la question sur les produits pharmaceutiques. Je crois que le Dr Klasa s'efforce de faire des pressions pour que cela se concrétise.

**Le président:** Aimeriez-vous que Dr Klasa réponde brièvement?

**M. Gerald Keddy:** Absolument.

**Le président:** Veuillez être très bref, s'il vous plaît.

**Dr Richard Klasa:** Très brièvement, je crois que le problème, c'est qu'un grand nombre de ces activités sont cloisonnées dans différentes administrations responsables des soins de santé. Rien ne nous empêche de concrétiser cette idée.

**Le président:** Merci, monsieur Keddy.

[Français]

Monsieur Caron, vous avez la parole. Vous disposez de cinq minutes.

**M. Guy Caron (Rimouski-Neigette—Témiscouata—Les Basques, NPD):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Monsieur Klasa, dans votre présentation, vous avez mentionné qu'actuellement, il y a plusieurs brèches dans la Loi canadienne sur la santé, lesquelles ne sont pas abordées par le gouvernement fédéral et par les gouvernements provinciaux. Pouvez-vous nous donner un exemple de ces brèches?

[Traduction]

**Dr Richard Klasa:** Cette question comporte deux volets.

Les lacunes dans l'Accord canadien sur la santé concernent les différentes administrations provinciales responsables des soins de santé et la façon dont elles reçoivent du financement. Je ne suis pas un expert, mais d'après ce que je comprends, le système de financement est fondé sur le dénombrement. Essentiellement, les provinces dont la population croît reçoivent généralement plus d'argent que celles qui n'affichent pas cette croissance.

Un simple calcul nous apprend que dans ces provinces où la croissance est moins soutenue, et où se trouvent probablement les populations les plus vulnérables — et c'est l'objet de notre discussion aujourd'hui —, le financement relatif sera moins élevé.

D'après ce que je comprends, dans la série d'accords précédents, on avait davantage réfléchi à la façon dont l'argent était réparti.

C'est un exemple de ce type de problème.

• (1625)

[Français]

**M. Guy Caron:** Je veux revenir sur la question du leadership fédéral en matière de soins de santé, dont ma collègue a beaucoup parlé.

On s'entend sur le fait que la santé est un domaine de compétence provinciale. À cet égard, la semaine dernière, j'ai posé à peu près la même question au président de l'Association médicale canadienne. De quelle manière le gouvernement fédéral peut-il jouer un rôle de leadership alors que c'est un champ de compétence provinciale? Comment cela peut-il se traduire dans les faits?

J'ai une deuxième question à poser, qui est un peu similaire ou parallèle à la première.

Les provinces ne semblent pas avoir adopté beaucoup de mesures de coordination. Dans votre mémoire, vous parlez d'une de ces mesures, soit l'Alliance pancanadienne d'achat de médicaments, mais il y a très peu de collaboration à cet égard.

Le gouvernement fédéral devrait-il jouer un rôle pour aider les provinces à partager leurs meilleures pratiques et à être plus visionnaires quant à l'administration et à la prestation des soins de santé?

[Traduction]

**Dr Richard Klasa:** Il ne fait aucun doute que le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle majeur et diriger un grand nombre d'initiatives.

Encore une fois, le problème, c'est que les provinces gèrent habituellement les enjeux liés aux soins de santé de manière cloisonnée et individuelle. On pourrait espérer que le gouvernement fédéral dirige une initiative visant à maintenir les dispositions actuelles de l'assurance-maladie et de la Loi canadienne sur la santé. Cela génère, et a solidifié dans une certaine mesure, l'idée selon laquelle l'accès aux soins serait le même partout au pays et qu'il y aurait transférabilité entre les provinces. Il me semble que sans ce leadership fédéral, nous ne pouvons même pas avoir cette discussion, car chaque province se disputera avec les autres sur la façon de procéder.

Ce débat ne présente aucune lacune en ce qui concerne la nécessité d'avoir un leadership fédéral. Il nous faut une voix claire et unificatrice pour aider les provinces à prendre conscience des forces des autres administrations et chaque province a de nombreux points forts que ne possèdent pas les autres. Le gouvernement fédéral, par l'entremise des décideurs fédéraux, pourrait aider les provinces à s'en rendre compte et leur permettre de collaborer et de s'entendre sur certaines normes.

[Français]

**M. Guy Caron:** Merci beaucoup.

Ce leadership fédéral peut se traduire, notamment, par certaines stratégies.

Je vais m'adresser à MM. Sculthorpe et McLellan. Je reviendrai à vous, M. Klasa, si le temps me le permet.

Messieurs Sculthorpe et McLellan, vous êtes en fait les quatrième et cinquième témoins à nous dire depuis deux semaines qu'il est important que le gouvernement fédéral entreprenne des actions concrètes afin de jouer un rôle dans l'élaboration d'une stratégie contre la démence. D'ailleurs, notre collègue Claude Gravelle a déposé un projet de loi d'initiative parlementaire qui porte sur cette question.

De quelle manière le leadership du gouvernement fédéral peut-il se traduire afin d'élaborer une stratégie concertée pour contrer la démence, faire de la recherche et mettre en oeuvre des solutions contre la démence, alors que les provinces sont responsables de l'application de ces solutions?

De quelle manière le gouvernement fédéral et les provinces peuvent-ils travailler de manière productive pour en venir à un résultat concret à cet égard?

[Traduction]

**M. David Sculthorpe:** Je crois que si on met sur pied un plan d'action en collaboration avec les provinces, on pourrait accomplir beaucoup de choses et créer une vision pour l'avenir.

**Dr Barry McLellan:** J'aimerais ajouter qu'un investissement dans l'infrastructure, ce qui aiderait à orienter la stratégie — c'est à-dire une stratégie nationale qui regrouperait les centres de partout au pays —, contribuerait énormément à créer l'innovation et les changements dont nous avons besoin afin de mettre en oeuvre ces innovations. L'innovation représente une partie de l'enjeu. Si nous ne mettons pas ces changements en oeuvre, les Canadiens n'obtiendront pas de meilleurs soins, que ce soit pour traiter la démence, les accidents vasculaires cérébraux ou la dépression. Je crois qu'un investissement dans l'infrastructure nous aiderait à concrétiser ces ambitions.

• (1630)

[Français]

**M. Guy Caron:** Monsieur Klasa, pouvez-vous nous mentionner une action concrète que le gouvernement fédéral, en tant qu'entité fédérale oeuvrant dans un domaine de compétence provinciale, pourrait mettre en oeuvre? Quelle stratégie pourrait-il adopter pour contrer la démence ou aider nos personnes âgées?

[Traduction]

**Dr Richard Klasa:** Je ne sais pas si je suis qualifié pour parler de la question de la démence, mais il y a plusieurs experts ici sur le sujet.

Certainement, en ce qui concerne les soins des personnes âgées en général, l'un des principaux problèmes de notre époque, et peut-être le plus important maintenant, c'est que nous devons faire la transition entre un régime de soins de santé conçu il y a 40 ou 50 ans pour traiter des maladies graves et offrir des soins en milieu hospitalier à une population dont les membres vivaient en moyenne jusqu'à la soixantaine à un régime où les gens nés aujourd'hui vivront, en moyenne, jusqu'à 85 ans. On traite efficacement un grand nombre de maladies graves, mais nous les transformons en maladies chroniques, et elles exigent des soins différents. On sort maintenant ce type de soins des hôpitaux pour les offrir dans les collectivités. Un des rôles

que le gouvernement fédéral pourrait et devrait assumer, c'est d'accepter cette situation, de fournir le financement nécessaire et d'encourager les idées qui font progresser le modèle existant vers un modèle qui privilégie les soins en milieu communautaire et les soins à domicile.

Je ne crois pas que les gens assis autour de cette table sont surpris.

**Le président:** Merci.

Merci, monsieur Caron.

La parole est à M. Allen.

**M. Mike Allen (Tobique—Mactaquac, PCC):** J'aimerais remercier les témoins d'être ici.

Madame O'Neil, j'aimerais d'abord m'adresser à vous.

Je ne connais pas très bien votre organisme, mais j'ai lu votre mémoire. Quelle est la taille de votre organisme? Comment fonctionnez-vous? Travaillez-vous virtuellement? Pourriez-vous brièvement m'expliquer comment cela fonctionne?

**Mme Maureen O'Neil:** Oui, certainement. Il s'agit d'un petit organisme formé de 40 employés et d'un conseil d'administration composé de neuf personnes, notamment deux sous-ministres — un de l'Alberta et un des Territoires du Nord-Ouest —, le sous-ministre délégué de la Colombie-Britannique et l'ancien dirigeant de l'Association des hôpitaux de l'Ontario — et d'autres personnes de ce type, comme la personne responsable, en Nouvelle-Écosse, de la tâche extrêmement délicate sur le plan politique de regrouper plusieurs régions en une seule. Nous avons donc un conseil formé de nombreuses personnes possédant une expérience directe du travail de première ligne dans les provinces en ce qui concerne la gestion des soins de santé et nous avons des employés compétents.

Nous utilisons souvent les TIC. Nous organisons des webinaires. Nos collaborations sont une combinaison d'apprentissage en ligne et de rencontres en personne. Nous appuyons le processus. Nous avons une très grande capacité d'aider les groupes avec lesquels nous collaborons à mettre au point des indicateurs pour mesurer leur rendement, afin qu'ils soient en mesure d'évaluer si leurs interventions font réellement une différence.

L'avantage de rassembler les groupes de partout au pays, habituellement ceux qui travaillent à l'échelle infraprovinciale avec les régions de santé et les hôpitaux, c'est que cela leur donne l'occasion d'apprendre ce qui se passe dans d'autres provinces, car les cadres stratégiques sont légèrement différents d'une province à l'autre.

Je dois dire que notre organisme est l'un des seuls qui travaille à l'échelle du pays et qui a toujours obtenu une très grande participation des établissements du Québec au cours des 15 dernières années. C'est peut-être la première et la seule fois que certains organismes participant au programme ont eu l'occasion de rencontrer leurs collègues du Québec.

**M. Mike Allen:** J'aimerais ajouter que vous dites dans votre mémoire qu'une « récente analyse a démontré que si seulement cinq des innovations que la FCASS a soutenues étaient mises en oeuvre dans la moitié des systèmes de santé canadiens, elles pourraient permettre de réaliser des économies annuelles de plus de 1 milliard de dollars ».

Cela m'intrigue beaucoup, car même si vous avez dit que vous n'étiez pas aussi aventureux que les autres, selon moi, pour obtenir le meilleur rendement de l'argent dépensé dans les soins de santé, il faut essentiellement jouer le jeu. En gardant cela à l'esprit, les cinq innovations appuyées par la FCASS font-elles partie des huit innovations les plus efficaces que vous avez énumérées?

• (1635)

**Mme Maureen O'Neil:** Oui, exactement, et vous seriez surpris de la simplicité de certaines d'entre elles. Avant la réunion, nous disions que de simples changements pouvaient faire une énorme différence. Le défi consiste à les diffuser et à les mettre en oeuvre.

Par exemple, j'ai parlé des approches adoptées à l'égard de la BPCO, qui entraîneront la migration des soins offerts en milieu hospitalier vers la collectivité avec les soutiens appropriés. Cela représente de grosses économies. Les patients n'ont plus à se présenter à l'urgence, et on leur fournit donc de bons soins à moindre coût. Il y a également d'autres choses. Par exemple, les bureaux des médecins qui utilisent le libre accès et qui sont ouverts plus longtemps font en sorte que les gens n'ont plus besoin de se présenter à l'urgence. Il existe toute une série de ces initiatives.

Le Canada a été très lent à réorganiser ses services d'urgence. Nous avons également été très lents à fournir un financement approprié — au niveau provincial — à l'extérieur des hôpitaux. Au niveau communautaire, c'est vraiment un peu n'importe quoi, et c'est là que nous devons intervenir.

Il est vrai — et nous l'avons prouvé — que de petites interventions peuvent faire une énorme différence dans les dépenses. Cet argent ne revient jamais à qui que ce soit; il est envoyé ailleurs dans le système de soins de santé, mais on espère qu'il est envoyé à un endroit plus approprié.

**M. Mike Allen:** Est-ce en raison du cloisonnement, c'est-à-dire que je présume que les obstacles à la mise en oeuvre rendent la collaboration difficile, et vous avez donc cette initiative étendue...? J'aimerais seulement comprendre les obstacles à la mise en oeuvre. Il me semble que c'est très simple. C'est 1 milliard de dollars. Pourquoi ne passons-nous pas à l'action? Si c'est le cas, votre organisme reçoit-il du financement des provinces? Elles en profitent énormément, car nos impôts provinciaux servent aussi à cela. Sont-elles des partenaires dans le financement de votre organisme?

**Mme Maureen O'Neil:** Oui, elles sont des partenaires, c'est-à-dire que leurs équipes travaillent sur ces innovations et tentent de les diffuser. Ainsi, c'est le travail des gens dans ces établissements qui apportent les changements. Les provinces aident donc grandement de cette façon. Toutefois, je crois que nous ne comprenons pas autant que nous le devrions la façon d'effectuer la transition à l'échelle du pays à partir de 52 établissements de soins de longue durée qui font ce travail et notre travail d'intermédiaire, c'est-à-dire présenter ces renseignements aux représentants provinciaux et les convaincre en leur montrant comment ces pratiques ont gagné du terrain.

C'est arrivé au Manitoba. Lorsque le premier établissement de soins personnels a utilisé une approche différente pour offrir des soins de longue durée à des résidents souffrant de démence à qui l'on avait prescrit trop d'antipsychotiques, les représentants provinciaux ont examiné cette méthode et ont décidé de l'étendre à l'échelle de la ville de Winnipeg, et ensuite à l'échelle de la province. De la même façon, en Colombie-Britannique, un autre projet très intéressant a réduit le temps d'attente des patients entre un rendez-vous avec un omnipraticien et avec un spécialiste, et on s'efforce maintenant de diffuser cette pratique à l'échelle provinciale.

Les provinces jouent un rôle essentiel dans la mise en oeuvre des innovations en matière de prestation des soins de santé. Le défi qui se pose, lorsque nous collaborons avec les intervenants de partout au pays, c'est de collaborer également avec ces derniers dans leur province et de faire avancer les choses. Pourquoi cela ne se fait-il pas? Les gens s'habituent à faire les choses d'une certaine façon, et ils continuent dans cette voie. Les économistes appellent cela la dépendance à la démarche établie, et nous voyons constamment ce phénomène à l'oeuvre.

**Le président:** Merci, monsieur Allen.

La parole est maintenant à M. Rankin.

**M. Murray Rankin (Victoria, NPD):** J'aimerais remercier tous les témoins d'être ici aujourd'hui.

J'aimerais poser ma première question au Dr Klasa, de Médecins canadiens pour le régime public.

Tout d'abord, j'aimerais remercier votre organisme du fervent appui qu'il accorde aux soins de santé financés par l'État au Canada.

Je crois que vous avez fait valoir trois points dans votre bref exposé. Le premier nous demandait de maintenir la Loi canadienne sur la santé. Le deuxième demandait le renouvellement de l'accord d'assurance-médicaments. Le troisième parlait d'un programme national d'assurance-médicaments. J'aimerais les aborder un à un.

Dans votre exposé, vous avez mentionné ce que vous qualifiez « d'échappatoires législatives » qui vont à l'encontre de l'esprit de la loi. Ensuite, vous avez parlé des nouvelles craintes liées à la privatisation. Je ne peux pas m'empêcher de penser que vous faisiez peut-être référence au soutien apparemment faible du gouvernement fédéral à l'égard du régime d'assurance-maladie dans l'affaire de la clinique de la rue Cambie, c'est-à-dire la clinique du Dr Day, à Vancouver. Est-ce ce dont vous parliez? Le gouvernement fédéral appuie-t-il énergiquement notre régime d'assurance-maladie dans ce cas-là?

• (1640)

**Dr Richard Klasa:** L'affaire qui se trouve actuellement devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique concerne une poursuite suivie d'une demande reconventionnelle qui font essentiellement intervenir les autorités provinciales en matière de soins de santé. Les principaux acteurs dans cette affaire sont Cambie Surgeries Corporation et l'APSS pour le ministère de la Santé, et ensuite il y a les intervenants, par exemple Médecins canadiens pour le régime public et la BC Health Coalition qui sont en position d'éclairer la discussion.

La présence du gouvernement fédéral dans cette dispute s'est manifestement fait moins sentir que celle des autres acteurs. À ce point-ci, à ma connaissance, il s'agit d'une affaire de compétence provinciale. Le cœur de l'affaire, c'est qu'il faut en quelque sorte faire respecter la Loi canadienne sur la santé, si nous avons une telle loi. Le problème, c'est qu'on prétend que des fournisseurs de soins privés à but lucratif de partout au pays auraient profité du système et facturé leurs services de façon inappropriée. C'est du domaine public. La clinique Cambie Surgeries a fait l'objet d'une vérification.

Il s'agit de savoir quel est le pouvoir en jeu, et quel pouvoir sera utilisé par le gouvernement fédéral pour réagir à cette situation. Apparemment, selon la Loi canadienne sur la santé, si une province utilise une ressource de façon inappropriée, l'argent des contribuables dépensé... prenons l'exemple de la surfacturation ou de la double facturation. Si un problème de ce genre surgit relativement à la facturation en plus de ce que la province a payé, et dont une partie provenait du gouvernement fédéral, nous avons alors le droit de réclamer cet argent. Toutefois, le gouvernement fédéral ou les provinces n'ont d'aucune façon tenté de faire respecter ces dispositions.

**M. Murray Rankin:** C'est le manque de mise en application par le gouvernement fédéral qui a forcé votre organisme à comparaître en tant qu'intervenant dans cette poursuite, afin de défendre le régime d'assurance-maladie.

**Dr Richard Klasa:** C'est certainement l'une des causes. Si nous sommes là, c'est parce que nous croyons que le régime d'assurance-maladie mérite d'être protégé, mais qu'il mérite également d'être modifié et de faire l'objet d'une réforme pour l'adapter à son époque. Ce n'est pas comme si nous défendions un régime d'assurance-maladie statique où tout doit rester immuable — ce n'est pas le cas. Nous ne voulons tout simplement pas jeter le bébé avec l'eau du bain.

La majorité des services fournis par le système de soins de santé canadien sont appropriés. D'autres points doivent être réglés, mais l'une des solutions, c'est de ne pas confier une plus grande partie aux fournisseurs de soins privés, et vous trouverez des explications supplémentaires à cet égard dans le mémoire.

Pour aller droit au but, on profite beaucoup plus des ressources du système public lorsqu'on crée un système privé en parallèle...

**M. Murray Rankin:** ... et qu'on met furtivement sur pied un système à deux niveaux.

**Dr Richard Klasa:** Oui. Cela semble contraire au bon sens, et ceux qui proposent cette idée pensent qu'on peut envoyer les nantis inscrits sur la liste d'attente se faire traiter dans le secteur privé, élaguer ainsi la liste, faire fonctionner les deux systèmes rondement et rendre plus efficace le système public. Erreur!

Nous citons un certain nombre de situations observées à l'étranger: en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Europe. On déplace ainsi beaucoup de ressources, des médecins, des infirmières et des physiothérapeutes, du système public vers le privé, pour des soins prodigués dans un but lucratif. Les nantis, qui peuvent s'offrir ces soins — et ce n'est sûrement pas le cas de nos populations vulnérables —, seront soignées plus vite. Pour tous ceux qui restent dans la file d'attente du système public, l'attente se prolonge.

**M. Murray Rankin:** Merci. Je remercie encore une fois votre organisation pour son intervention dans cette affaire.

Votre troisième sujet est l'assurance-médicaments. Je crois qu'un Canadien sur dix, aujourd'hui, ne peut pas payer les médicaments qu'on lui a prescrits. Pour la cherté des médicaments, je crois que le Canada se situe au deuxième rang des pays de l'OCDE.

Vous avez réclamé l'intervention fédérale et vous avez dit que, pour que votre réforme de l'assurance-médicaments se réalise, il fallait une liste nationale des médicaments assurés. Pourriez-vous nous en dire davantage sur ce qu'entraînerait une telle liste nationale, et comment entrevoiez-vous le déroulement de la stratégie de l'assurance-médicaments?

**Dr Richard Klasa:** Essentiellement, après examen, un certain nombre d'organismes, notamment l'Association médicale cana-

dienne, et nous, nous sommes tombés d'accord: nos médicaments sont trop chers. C'est la faute, en partie, de notre situation géographique sur la planète. Il y a aussi le fait, pour nous, de ne pas être assez nombreux pour négocier de meilleures conditions.

Il y a des solutions, si les provinces peuvent s'unir. C'est ce que fait l'organisme de lutte contre le cancer pour lequel je travaille. Essentiellement, nous avons une assurance pour tous les médicaments anticancéreux. Nous négocions, pour ces médicaments, au nom de toute la province. Nous serions beaucoup plus efficaces et nous obtiendrions de meilleures conditions si nous négocions tous au nom de tout le pays.

De même, on obtient une économie d'échelle. Si nous parvenions à négocier pour tous les produits pharmaceutiques nécessaires au traitement d'une population de 35 millions de personnes, nous pourrions simplement délivrer un meilleur service, qui serait moins cher.

• (1645)

**M. Murray Rankin:** Dans une note infrapaginale de votre exposé, vous mentionnez le travail du Dr Marc-André Gagnon, de Carleton, qui montre les dizaines de milliards de dollars que les Canadiens auraient économisés grâce à un tel programme d'assurance-médicaments.

**Dr Richard Klasa:** C'est un montant faramineux. Les chiffres sont tout à fait scandaleux. Ils montrent à quel point les médicaments sont beaucoup plus chers ici qu'à l'étranger. C'est exposé en détail dans le mémoire.

**M. Murray Rankin:** Merci encore, docteur Klasa.

**Le vice-président (L'hon. Scott Brison):** Merci, monsieur Rankin.

Entendons maintenant M. Van Kesteren.

**M. Dave Van Kesteren (Chatham-Kent—Essex, PCC):** Je vous remercie tous d'être ici. La discussion est très intéressante.

Docteur Klasa, je poursuis avec vous. Quel plaisir d'entendre un médecin qui a directement conscience de ce qui se passe et qui est aussi capable de recul. Ce doit parfois être frustrant de constater comment...

Je pense que, au fond, nous nous accordons tous à dire que nous devons préserver notre système de santé. Notre gouvernement l'a financé plus que tout autre. Je crois que c'est de plus de 60 %. C'est 20 milliards de dollars depuis que nous avons formé le gouvernement, et ce sera 32 milliards cette année.

Comment cela est-il utile? Pouvez-vous parler de la capacité de votre organisation d'effectuer son travail essentiel et de l'aide que cela vous apporte?

**Dr Richard Klasa:** Comment, précisément, le financement aide?

**M. Dave Van Kesteren:** Oui.

**Dr Richard Klasa:** Encore une fois, le financement est nécessaire à la prestation des services que nous délivrons d'un bout à l'autre du pays. Il est indéniable qu'un changement démographique est en train de se produire. Cela exige peut-être un minimum de plus de dépenses, mais, en réalité, là n'est pas le gros du problème. Pour moi, c'est plutôt la répartition de ces dépenses et l'utilisation que nous faisons de cet argent.

L'innovation n'est jamais bon marché. Les nouveaux médicaments anticancéreux tendent à être très coûteux et, heureusement, de nos jours, ils prolongent effectivement l'existence des malades. La question à laquelle notre société doit répondre est: comment allons-nous distribuer l'argent et comment allons-nous le dépenser pour obtenir les meilleurs résultats.

Si vous vouliez savoir si le financement fédéral supplémentaire est visiblement une bonne chose et s'il est bien utilisé, la réponse est oui.

**M. Dave Van Kesteren:** Fouillons un peu plus. La question n'est pas tant le financement, parce qu'il semble y avoir... Je ne veux mettre personne sur la sellette, parce que je pense que tous font de l'excellent travail. Je pense que la plupart des députés peuvent témoigner, particulièrement ceux qui font partie du comité des finances, du fait que, alors que différents organismes défilent devant nous, il semble y avoir une absence de coordination. Dans un certain nombre d'autres dossiers, on nous a signalé que, peut-être, nous avons besoin de coordonner un peu mieux nos actions.

Si vous étiez le dirigeant suprême du monde médical, comment coordonneriez-vous la santé du coeur, la santé mentale et toutes les autres formes de santé? Sommes-nous sur la bonne voie? Je vais leur donner la chance de se défendre. Loin de moi l'idée de les critiquer, mais il semble y avoir un manque de coordination. Qu'en pensez-vous?

**Dr Richard Klasa:** Eh bien, je suppose que, de différentes façons, on peut organiser la coordination.

Je laisserai à mes collègues le soin de parler de leurs domaines de compétence. Dans le mien, si je pouvais disposer d'une totale liberté d'action, je dirais que si nous pouvions avoir un programme national de lutte contre le cancer, plutôt que simplement des programmes provinciaux, nous pourrions être plus efficaces, nous inspirer des meilleures innovations essayées dans chaque province, les répandre partout au pays, puis prodiguer ainsi les soins uniformes que les Canadiens méritent au plus haut niveau.

• (1650)

**M. Dave Van Kesteren:** Fermeriez-vous des centres provinciaux de recherche sur le cancer, peut-être pas tous, en ne conservant que ceux qui excellent dans leur travail ou qui sont plus avancés ou mieux équipés?

**Dr Richard Klasa:** Je ne pense pas que c'est la voie à suivre. Je pense que la solution serait d'amener tout le monde au niveau. Dans toutes les provinces, on trouve des îlots de compétence. Certaines provinces en ont un peu plus que les autres, mais ces compétences se trouvent partout au Canada. Il s'agirait, dans ce cas-ci, de miser sur ces compétences et de vraiment exploiter beaucoup mieux les réalisations de telle ou telle province, qui pourraient ensuite être reproduites dans une autre.

C'est en partie ce que nous avons fait, chez nous, en divulguant tous nos protocoles aux autres provinces. Nous avons tout publié sur le Web. Nous avons exposé les traitements que nous donnons à tous les patients souffrant de telle forme de cancer dans cinq centres de cancérologie et 75 petits établissements de la province.

**M. Dave Van Kesteren:** Avec la question qui s'en vient, je vous mets sur la sellette.

**Dr Richard Klasa:** Eh bien, je vais ouvrir bien grandes mes oreilles.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Dave Van Kesteren:** Si, par exemple, M. McLellan avait un centre de recherche sur les troubles mentaux, proposeriez-vous que

la Fondation des maladies du coeur le finance et organise la levée de fonds pour ce centre? Est-ce une meilleure approche? Ou devrions-nous continuer de faire ce que nous faisons, c'est-à-dire laisser toutes les organisations faire fondamentalement ce qu'elles font...? Je sais que ce n'est pas le même travail, mais c'est pour essayer d'arriver au même but.

**Dr Richard Klasa:** Je pense qu'il est indispensable de diversifier les solutions du même problème, parce que, malheureusement, nous ignorons en fait... Si nous faisons de la recherche, c'est parce que nous ne connaissons pas la réponse. Parfois, les solutions préconçues se révèlent erronées. Je pense que je favoriserais différentes approches dans différentes provinces, par différents groupes possédant des compétences qui couvrent une gamme beaucoup plus large.

**M. Dave Van Kesteren:** D'accord.

Je passe à M. Sculthorpe.

Votre organisation a désigné un certain nombre d'habitudes à changer. Vous êtes parvenus à ralentir l'incidence des maladies du coeur. Maintenant, vous voulez répéter cet exploit dans les Premières Nations.

Si nous connaissons les causes, que voulez-vous faire exactement dans les Premières Nations pour appliquer ce que vous savez déjà contre les causes de l'aggravation de ce problème?

**M. David Sculthorpe:** Voilà une excellente question.

À la dernière question qu'on m'a posée, j'ai répondu que nous sommes maintenant unis, que nous ne faisons qu'un. Nous examinons les pratiques exemplaires appliquées dans chaque province et nous les faisons connaître à tout le pays. Nous nous débarrassons de ce qui, chez nous, fait double emploi. Nous avons formé des alliances avec les 20 premiers hôpitaux et universités de recherche du pays et nous leur consacrons 30 millions de dollars. Sunnybrook en fait partie. C'est l'un des meilleurs au pays.

Nous ferions ce que nous avons fait en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Ontario: offrir les pratiques exemplaires qui, dans les programmes, donnent d'excellents résultats, aux Premières Nations et aux différentes communautés, notamment les Inuits et les Métis, dans les réserves et les villes, avec nos partenaires de l'ACD et du YMCA.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Van Kesteren.

Monsieur Adler, allez-y, je vous en prie, pour la dernière intervention.

**M. Mark Adler (York-Centre, PCC):** Je vous remercie d'être ici, et pour tout le bon travail que vous faites à la grandeur du pays.

J'adresse mes questions à M. McLellan.

À la fin de ce processus, ce que nous faisons, c'est d'établir des priorités et d'évaluer. Tant de causes méritent d'être appuyées, mais, bien sûr, nous ne pouvons pas toutes les financer autant que nous aimerions.

Vous avez parlé de créer un centre qui permettrait la coordination des travaux sur les troubles du cerveau et du psychisme. Pouvez-vous, s'il vous plaît, expliquer en termes simples ce que cela signifie exactement? Est-ce ce qui se fait actuellement à Sunnybrook? Pouvez-vous donner un exemple concret et éloquent de ce processus?

●(1655)

**Dr Barry McLellan:** Je répondrai d'abord à la troisième partie de votre question. Cela se passe actuellement. Je pense que votre question et les dernières qui ont été posées à d'autres témoins reviennent vraiment à la notion de rendement de l'investissement. Comment le mieux utiliser l'argent pour obtenir les meilleurs résultats? Conformément à ce que d'autres ont dit, je crois que l'investissement devrait être sélectif. Cela ne signifie pas seulement un centre national, mais un investissement stratégique, dans les centres possédant des compétences et ayant un potentiel de croissance, ce qui permettra de maximiser le résultat obtenu grâce au réseautage et à la coordination.

Sur ce que signifie le traitement en commun des troubles du cerveau et du psychisme, notre programme de recherche sur le cerveau, à Sunnybrook, est unique. Nous réunissons en équipes des psychiatres, des neurologues, des neurochirurgiens, des spécialistes de l'imagerie et des professionnels de domaines non médicaux et nous examinons le patient dans sa totalité.

C'est une façon de faire particulière, parce que la plupart des organisations séparent encore les troubles du psychisme, qui relèvent de la psychiatrie, et ceux du cerveau, qui relèvent habituellement des neurologues et des neurochirurgiens. Nous y voyons beaucoup d'avantages, notamment la fin de la stigmatisation de la maladie mentale. J'ai mentionné l'existence d'un dénominateur commun entre beaucoup de ces troubles, la dépression, l'accident cérébrovasculaire et la démence, et ce n'est qu'en nous attaquant aux trois ensemble que nous obtiendrons les meilleurs résultats. C'est pourquoi nous sommes déjà passés à l'action.

Quant au volet innovation, nous avons effectivement construit un programme important, axé sur le traitement des troubles du cerveau au moyen d'ultrasons focalisés. C'est de la chirurgie sans scalpel pour le traitement des troubles de l'intérieur du cerveau sans découpage de la boîte crânienne.

Au début, nous nous sommes attachés aux troubles reliés aux maladies du cerveau et, principalement, aux tremblements et aux tumeurs, mais nous élargissons maintenant notre action aux troubles du psychisme. Nous examinerons les possibilités de traiter les troubles obsessionnels compulsifs. Nous croyons que, par une autre application des ultrasons, nous pouvons faire céder la barrière hémato-encéphalique et faire pénétrer au travers les médicaments dans le cerveau pour traiter la dépression et d'autres troubles.

D'après nous, la prise en considération du patient dans sa totalité et le traitement simultané des troubles du cerveau et du psychisme auront vraiment un effet, et comme je j'espère que je l'ai souligné, c'est aujourd'hui que ça se passe.

**M. Mark Adler:** Vous avez mentionné ce que vous faites maintenant. Dans ce cas, pourquoi êtes-vous ici? Que demandez-vous? Pourquoi les 30 millions? Que prévoyez-vous de faire avec ce montant?

**Dr Barry McLellan:** Nous sommes dès maintenant à pied d'oeuvre, mais nous avons traité moins de 10 patients souffrant d'une forme bénigne et essentielle de tremblement. Nous avons identifié ce que nous appelons un modèle préclinique pour traverser la barrière hémato-encéphalique. Cela veut dire que nous n'en sommes pas encore là pour les patients humains. Nous avons la possibilité, en investissant dans les infrastructures, de réunir ces spécialistes dans le même environnement et d'obtenir la synergie qui, d'après nous, aidera effectivement à modifier le pronostic des troubles tels que la démence et la dépression pour les patients de partout au pays.

Les infrastructures, l'environnement servant à la centralisation sont différents de ce qui existe à Vancouver, où on privilégie la recherche. Il s'agit ici de recherche fusionnée aux soins, et nous croyons que c'est le modèle qui procurera les meilleurs rendements aux montants investis.

**M. Mark Adler:** C'est bien unique? Il n'y a rien de semblable ailleurs, actuellement.

**Dr Barry McLellan:** C'est exact. La totalité du programme, l'objectif de notre recherche, que je viens de décrire, il n'y a rien de tel ailleurs.

**M. Mark Adler:** Notre gouvernement a consacré 100 millions de dollars à la recherche sur le cerveau, entre 2011 et 2017, je pense. Ce n'est pas ce dont vous parlez, n'est-ce pas?

**Dr Barry McLellan:** Non. Je parle d'un investissement dans les infrastructures pour réunir toutes ces diverses personnes, les chercheurs, ceux qui appliquent les traitements cliniques, puis de construire le réseautage dans tout le pays pour monter cette stratégie contre la démence, pour le traitement des troubles du cerveau et du psychisme, qui n'existe pas, actuellement.

●(1700)

**M. Mark Adler:** Vous avez parlé de 30 millions de dollars. Dans votre exposé, vous avez dit que vous pourriez compter sur des fonds du secteur privé, alors vous n'êtes pas ici pour demander que le gouvernement finance la totalité d'un centre de 30 millions de dollars. Vous avez des fonds de contrepartie du secteur privé. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet?

**Dr Barry McLellan:** Nous travaillons là-dessus en ce moment. Je m'attends à ce que d'ici la fin du mois nous puissions annoncer un don initial de 20 millions sur les 60 millions de dollars. Nous avons d'autres donateurs qui sont incroyablement intéressés par la recherche sur les troubles du cerveau et de l'esprit. C'est une tendance très encourageante pour l'avenir de Sunnybrook. Nous nous engageons à poursuivre la collaboration avec nos donateurs en vue de récolter au moins 50 % de la somme totale de 60 millions de dollars.

**M. Mark Adler:** Merci beaucoup.

**Le président:** Merci, monsieur Adler.

Au nom du comité, je veux remercier tous les témoins d'avoir pris part aux consultations prébudgétaires. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Chers collègues, nous allons faire une pause de quelques minutes pour faire entrer notre deuxième groupe de témoins.

●

\_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

●

●(1705)

**Le président:** La séance reprend. Il s'agit de la 46<sup>e</sup> séance du Comité permanent des finances.

Nous accueillons notre deuxième groupe de témoins pour aujourd'hui.

Nous sommes très heureux de vous recevoir. Merci beaucoup de vous joindre à nous.

Premièrement, de l'Assemblée des Premières Nations, nous recevons le chef national Ghislain Picard.

Bienvenue.

Nous accueillons également Jessica McCormick, de la Fédération canadienne des étudiantes et étudiants; Mme Kathryn Hayashi, directrice financière, Centre pour la recherche et le développement des médicaments; et Bill Rogers, conseiller, National Initiative for Eating Disorders.

Bienvenue.

Un ancien collègue se joint également à nous. Des Partenaires pour la santé mentale, nous recevons l'honorable Michael Kirby, ex-sénateur et président-fondateur.

Rebienvenue, et bienvenue au Comité des finances de la Chambre des communes.

C'est un plaisir de tous vous recevoir. Vous aurez cinq minutes maximum chacun pour faire votre déclaration préliminaire, puis nous passerons aux questions du comité.

[Français]

Nous allons commencer avec M. Picard, qui disposent de cinq minutes pour sa présentation.

**Le chef Ghislain Picard (chef national, Assemblée des Premières Nations):** Merci beaucoup, monsieur le président.

[Traduction]

Je remercie le comité de nous donner l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui.

Je m'appelle Ghislain Picard. Je suis le chef national de l'Assemblée des Premières Nations. L'Assemblée des Premières Nations est l'organisation nationale et politique qui représente les gouvernements des Premières Nations au Canada.

Je suis accompagné aujourd'hui par mon collègue, le chef régional du Manitoba, Bill Traverse, qui est aussi responsable du portefeuille national du logement et de l'infrastructure à la direction de l'APN.

Le comité ne sera pas surpris d'apprendre que les Premières Nations ont besoin de financement. Depuis une dizaine d'années, dans le cadre des consultations prébudgétaires, l'APN fait part directement au comité des problèmes chroniques liés au sous-financement.

De plus, les Premières Nations et d'autres organisations attirent votre attention sur ces besoins urgents. Cette année seulement, on a déposé 67 mémoires qui contenaient des recommandations directes concernant les Premières Nations. Le sous-financement chronique des collectivités des Premières Nations a de vastes répercussions à long terme sur tous les aspects de l'économie.

Il n'est plus question de prouver qu'il y a une disparité. Les lacunes profondes du financement fédéral aux Premières Nations dans toutes les sphères — activités centrales, éducation, bien-être des enfants, infrastructure, santé — sont connues et acceptées. Cependant, nous n'avons toujours pas eu d'engagement politique clair envers une résolution. Dans ce contexte, l'APN est forcée de militer en faveur du maintien d'un financement déjà inadéquat, car perdre toute forme de financement serait intenable.

Si on jette un coup d'oeil au cycle budgétaire de cette année, on constate que rien n'indique que le financement de différents programmes qui soutiennent les Premières Nations se poursuivra au-delà de l'année financière en cours. Au nombre de ces programmes, il y a la Stratégie de formation pour les compétences et l'emploi destinée aux Autochtones, une initiative vitale pour la formation des citoyens des Premières Nations et l'établissement d'un réseau avec les employeurs. Aussi, de nombreux programmes qui soutiennent la santé des Premières Nations doivent être reconduits sur le prochain budget, dont le Fonds d'intégration des services de

santé, l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, l'Initiative sur la santé maternelle et infantile, l'Initiative en santé buccodentaire chez les enfants, et la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones.

Les investissements requis pour le budget de 2015 sont énoncés dans le mémoire prébudgétaire de l'APN, mais nous savons tous qu'on ne peut pas continuer à fonctionner avec une approche de financement inadéquate et discrétionnaire qui est appliquée au goutte-à-goutte. Une refonte totale des relations entre les Premières Nations et le gouvernement du Canada s'impose afin d'initier un changement véritable pour les Premières Nations. De nouveaux mécanismes de financement sont requis afin de délaissier les accords de contribution arbitraires et coercitifs au profit d'un instrument fiscal qui reconnaît les titres et les droits des Premières Nations.

J'aimerais parler précisément des engagements financiers pris l'an dernier par le premier ministre à l'égard de l'éducation des Premières Nations. Nos enfants ne peuvent pas continuer à être victimes des iniquités qui accablent le système d'éducation à l'échelle du Canada. L'APN a reçu la directive de veiller à ce que ces fonds soient versés à nos collectivités immédiatement et de s'engager avec le Canada à adopter un nouveau cadre financier pour l'éducation, de façon à ce que des paiements de transfert prévisibles et durables soient versés aux écoles des Premières Nations.

Je vais maintenant céder la parole à mon collègue, qui formulera de brefs commentaires portant précisément sur l'infrastructure.

Nous sommes disposés à répondre à vos questions. Merci.

• (1710)

**Le chef William Traverse (chef régional du Manitoba, Assemblée des Premières Nations):** Merci. *Meegweetch*. Bonsoir.

[Le témoin s'exprime en ojibwa.]

Je suis ici ce soir pour vous parler de la situation lamentable des collectivités des Premières Nations en ce qui a trait au logement et à l'infrastructure.

Au Manitoba, nous avons 64 Premières Nations et 31 d'entre elles sont dans des régions éloignées ou isolées. L'accès à ces collectivités et le transport des marchandises dépendent des routes d'hiver, mais les changements climatiques font que celles-ci durent moins longtemps. Elles sont souvent imprévisibles et incertaines.

Les conditions de logement des collectivités des Premières Nations sont déplorables et non conformes aux normes. Les récents désastres naturels qui ont touché les Premières Nations, particulièrement les inondations de 2011, et les feux de forêts n'ont fait qu'empirer la situation au Manitoba. Deux Premières Nations ont été forcées d'évacuer leur village en raison des inondations, et vivent maintenant dans des conditions précaires, dans des logements temporaires ou des hôtels de Winnipeg et d'autres centres urbains. Elles sont là depuis plus de quatre ans. Beaucoup de ces personnes se meurent là-bas.

Nos collectivités traversent une crise du logement. Le gouvernement le sait. Dans un rapport publié récemment, on indique qu'entre 2010 et 2034, il y aura une pénurie estimée à 130 197 logements, que 11 855 logements seront requis pour remplacer les logements inadéquats actuels, et qu'au moins 10 000 autres auront besoin d'importantes rénovations.

• (1715)

**Le président:** Chef Traverse, je suis désolé, mais notre temps est écoulé. Pourriez-vous conclure votre déclaration préliminaire, je vous prie?

**Le chef William Traverse:** Comme c'est le cas avec l'éducation, nous devons adopter un cadre de travail qui respecte notre traité et nos droits inhérents, et qui répond aux besoins réels de notre peuple.

*Meegwetch.* Merci.

**Le président:** Merci beaucoup pour vos commentaires.

La parole est à Mme McCormick, s'il vous plaît.

**Mme Jessica McCormick (présidente nationale, Fédération canadienne des étudiantes et étudiants):** Bonsoir. Je m'appelle Jessica McCormick. Je suis la présidente nationale de la Fédération canadienne des étudiantes et étudiants.

La Fédération canadienne des étudiantes et étudiants est la plus grande et la plus ancienne association étudiante du Canada, représentant plus de 600 000 étudiants à l'échelle du pays. Notre association milite en faveur d'un système public d'éducation postsecondaire qui est accessible, abordable et de grande qualité.

Mon témoignage devant le comité aujourd'hui arrive à un moment où les étudiants sont confrontés à de sérieuses difficultés. Ils ont du mal à payer les coûts accrus liés à l'éducation postsecondaire, qui est devenue un prérequis pour faire partie de la population active, et les diplômés font leur entrée sur un marché du travail précaire.

Plus que jamais, les étudiants comptent sur le gouvernement fédéral pour maintenir son engagement de longue date envers le financement des études postsecondaires au Canada. Depuis plus de 60 ans, les Canadiens bénéficient du financement fédéral à l'éducation, soit par des transferts directs ou indirects aux provinces, soit par des subventions et des prêts étudiants. C'est le genre de leadership national dont nous avons cruellement besoin pour faire avancer l'économie canadienne et réduire les inégalités socio-économiques.

Nos recommandations budgétaires visent à rendre l'éducation postsecondaire plus abordable pour les étudiants et à faire en sorte que les diplômés ont accès à de bons emplois. Tout au long de leur vie, les étudiants ont reçu comme message qu'il fallait poursuivre des études supérieures pour avoir un bon emploi et faire partie de la population active. Cependant, la hausse des frais de scolarité complique de plus en plus l'obtention d'un diplôme. Partout au pays, les choix académiques sont limités en fonction de la région où l'on habite ou de notre situation socio-économique.

J'ai grandi à Cap-Breton, en Nouvelle-Écosse, et je savais que je devais poursuivre mes études pour pouvoir décrocher un bon emploi, mais mes options étaient limitées. Je pouvais demeurer dans le nid familial et aller à l'école au Cap-Breton, ou déménager à St. John's, à Terre-Neuve-et-Labrador, et aller à l'Université Memorial. D'autres établissements postsecondaires au Canada m'étaient totalement inaccessibles. Après avoir comparé les coûts, mes parents et moi avons compris qu'il serait plus économique pour moi de quitter la maison et d'aller étudier à Terre-Neuve-et-Labrador, où les frais de scolarité sont la moitié de ce qu'ils sont en Nouvelle-Écosse.

Toute stratégie économique à long terme devrait notamment veiller à ce que tous les étudiants, sans égard à leur province de résidence, soient en mesure de poursuivre des études supérieures et d'aller chercher la formation et les compétences dont ils ont besoin pour réussir. Bien que le gouvernement fédéral investisse des sommes considérables dans l'éducation chaque année par l'entremise des transferts canadiens aux provinces en matière de programmes sociaux, il n'existe aucun mécanisme pour rendre des comptes à l'égard de ces transferts. Un paiement de transfert voué à l'éducation postsecondaire permettrait non seulement d'accroître la reddition de comptes, mais aussi d'établir des cibles à long terme qui visent la

qualité et l'abordabilité pour l'éducation postsecondaire. En retour d'avoir respecté ces principes, les gouvernements provinciaux pourraient recevoir un financement accru et prévisible de la part du gouvernement fédéral.

En 2008, le gouvernement fédéral a répondu à notre appel en instaurant un régime national de subventions. Cependant, les frais de scolarité élevés sont venus éroder cet investissement historique en forçant bon nombre d'étudiants à emprunter pour financer leur éducation. Chaque année, plus de 450 000 étudiants contractent des prêts dans le cadre du programme de prêts étudiants du Canada. Qui plus est, de plus en plus d'étudiants font appel au programme d'aide au remboursement, car ils n'arrivent pas à faire les paiements mensuels minimums pour rembourser leurs emprunts après l'obtention de leur diplôme.

Parmi les répercussions à long terme de la dette étudiante, notons la participation tardive à l'économie, l'incapacité de faire des investissements ou d'économiser pour la retraite, la réinstallation à l'étranger dans le but de trouver du travail, fonder une famille à un âge avancé, et l'aversion pour les risques financiers. Accroître la valeur et le nombre de subventions étudiantes non remboursables pourrait réduire considérablement la dette étudiante au Canada. À Terre-Neuve-et-Labrador, le gouvernement provincial a récemment annoncé qu'il allait complètement remplacer le programme provincial de prêts par un programme de subventions. L'expansion du programme de subventions dans cette province a permis de réduire grandement la dette étudiante et doit être un exemple pour le reste du pays.

Les jeunes travailleurs et les nouveaux diplômés font leur entrée sur un marché du travail où le chômage est roi chez les jeunes, une caractéristique qui fait du tort à notre économie selon les experts. Les jeunes Canadiens sont hautement scolarisés. Bon nombre d'entre eux ont toutefois du mal à se tailler une place au sein de la population active. Si investir dans l'éducation est l'un des principaux moyens pour réduire le chômage chez les jeunes, d'autres facteurs méritent également notre attention. La précarité du marché du travail fait en sorte que bien des nouveaux diplômés acceptent des stages non rémunérés afin d'acquérir de l'expérience de travail dans leur domaine. Le Canada ne tient pas de statistiques à ce sujet, mais on estime que cela pourrait représenter jusqu'à 300 postes non rémunérés par année. Des mesures plus rigoureuses doivent être mises en place pour protéger les stagiaires et pour s'assurer que les employeurs qui contreviennent aux lois du travail subissent des conséquences.

Le Canada n'est pas le seul pays à être aux prises avec un taux de chômage élevé chez les jeunes. Il est donc possible de tirer profit des leçons apprises ailleurs dans le monde. Il y a notamment le modèle allemand et son système de formation professionnelle en alternance. Il combine l'apprentissage en classe dans des collèges et des universités publiques et la formation professionnelle en milieu de travail. C'est un modèle qui a fait ses preuves et qui contribue à maintenir le faible taux de chômage chez les jeunes, dans l'un des marchés du travail les plus solides au monde. De plus, le secteur privé allemand joue un rôle vital au sein du système. Contrairement à beaucoup d'employeurs canadiens qui ont réduit la formation en cours d'emploi au fil des ans, les employeurs allemands offrent de la formation permettant aux étudiants d'acquérir des compétences pratiques qui les aideront à progresser dans leur carrière et qui sont transférables d'un emploi à l'autre.

•(1720)

Je m'en voudrais de ne pas mentionner que moins de 10 ans après l'instauration du régime, les frais de scolarité ont récemment été éliminés en Allemagne.

Cinq minutes, c'est toujours vite passé pour rendre justice aux recommandations que nous avons formulées pour le budget de cette année, mais vous trouverez plus de détails et des données appuyant nos recommandations dans notre mémoire écrit.

Je serai heureuse de répondre à vos questions.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup pour votre exposé.

C'est maintenant au tour de Mme Hayashi. Je vous en prie.

**Mme Kathryn Hayashi (directrice financière, Centre pour la recherche et le développement des médicaments):** Bon après-midi, mesdames et messieurs. Au nom du Centre pour la recherche et le développement des médicaments (CDRD) et de son organe chargé de la commercialisation, CDRD Ventures, je tiens à vous remercier sincèrement de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

Tout d'abord, permettez-moi de vous présenter notre organisation. CDRD, dont le siège social se trouve à Vancouver, est la seule entreprise nationale de développement et de commercialisation de médicaments au Canada qui offre les compétences et l'infrastructure nécessaires pour transformer les recherches fondamentales dans le domaine de la santé en des produits thérapeutiques commercialisés pour améliorer la santé humaine, tout en faisant évoluer notre industrie nationale des sciences de la santé en une source totalement optimisée de prospérité économique.

Il s'agit là d'un moyen efficace de faire avancer des technologies innovatrices dans le continuum de l'innovation, en apportant une valeur ajoutée tout au long du processus. Ces technologies à valeur ajoutée peuvent constituer la base d'une masse critique de nouvelles entreprises dans le domaine des sciences de la santé, créant ainsi des emplois durables et très bien rémunérés et appuyant au Canada un afflux de « matière grise » qui se poursuivrait parce que les chercheurs en biomédecine trouveraient des débouchés attrayants au Canada.

Gage important du succès du CDRD: les occasions de formation qui nous donnent un nouveau personnel hautement qualifié et prêt à travailler dans l'industrie pour diriger l'industrie vers son avenir.

Les technologies développées par le CDRD offrent aussi la possibilité d'améliorer les soins aux patients, tout en réduisant les coûts du système de santé, car elles permettent d'offrir des traitements et des soins de première ligne plus efficaces pour les familles canadiennes, de même que d'assurer une meilleure prise en charge des maladies chroniques et de réduire ainsi le nombre d'hospitalisations.

Pour ce qui est de soutenir les familles et d'aider les Canadiens vulnérables, le CDRD représente une nouvelle façon d'amener des traitements innovateurs aux patients, un modèle national qui favorise la collaboration, le partage des ressources, l'optimisation des investissements et l'atténuation des risques. Il permet également d'améliorer les soins aux patients tout en réduisant les coûts des soins de santé grâce à des traitements et à des soins de première ligne plus efficaces.

Afin d'illustrer plus clairement les retombées possibles pour les patients, je prends l'exemple de notre partenariat avec la Société canadienne de la sclérose en plaques, annoncé plus tôt cette année.

Ce partenariat a été établi avec un objectif en tête: accélérer le développement de nouveaux traitements et trouver un remède pour guérir les personnes atteintes de sclérose en plaques.

J'aimerais citer la vice-présidente à la recherche de la Société canadienne de la sclérose en plaques, la Dre Karen Lee:

[Traduction] Au fil des ans, d'importantes recherches ont été menées pour mieux comprendre, diagnostiquer et prendre en charge la sclérose en plaques. Des études financées par la Société canadienne de la sclérose en plaques, en plus de celles menées à l'échelle internationale, ont totalement transformé le monde de la recherche sur la sclérose en plaques. Mais une préoccupation demeure chez les personnes atteintes de la maladie, soit qu'il faut encore bien du temps pour voir les résultats des avancées scientifiques, et elles craignent de ne jamais pouvoir en profiter.

C'est ce qui a mené à l'établissement d'une très importante collaboration avec une organisation qui non seulement dispose des outils et des ressources voulus pour accélérer l'administration des traitements de la sclérose en plaques, mais qui est aussi située ici, au Canada: le CDRD.

La semaine prochaine, nous allons faire l'annonce de notre toute première collaboration pour le développement d'un médicament dans le cadre de ce partenariat. C'est une collaboration qui reflète bien la force de notre modèle, car elle réunit un chercheur de renom de l'Université Memorial, à Terre-Neuve, les experts du CDRD en matière de développement et de commercialisation des médicaments, à Vancouver, des collaborateurs cliniques à l'Institut de neurologie de Montréal, ainsi que des partenaires financiers internationaux de l'industrie.

Pour que les familles canadiennes reçoivent les meilleurs traitements qui soient et pour soutenir davantage ce type de collaboration cruciale et la viabilité à long terme du CDRD à titre d'entreprise nationale à grande échelle, le CDRD demande un financement fédéral unique pour les cinq prochaines années. Cela permettra au CDRD d'avoir l'appui fondamental dont il a besoin pour plus tard devenir autosuffisant.

Le gouvernement fédéral a une formidable possibilité de miser sur le succès du CDRD et d'optimiser ses réalisations. Nous avons assuré un avantage concurrentiel au Canada sur la scène mondiale, et c'est maintenant l'occasion d'en tirer profit pour réaliser le plein potentiel de l'industrie canadienne des sciences de la santé et améliorer la santé des familles canadiennes, tout en créant des emplois enviables. En plus de générer des recherches en santé de calibre international comme il le fait actuellement, le Canada pourrait aussi devenir un leader mondial de l'innovation en appliquant les connaissances issues de la recherche.

•(1725)

**Le président:** Merci beaucoup pour votre exposé.

Nous allons maintenant entendre M. Rogers, s'il vous plaît.

**M. Bill Rogers (conseiller, National Initiative for Eating Disorders):** Merci beaucoup de nous donner l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui.

Je suis bénévole pour l'organisation de la National Initiative for Eating Disorders (NIED). Je suis ici en compagnie de mon associée, Lauren Jawno, membre fondatrice de la NIED qui a déjà souffert d'un trouble alimentaire. Elle travaille également avec des personnes aux prises avec un trouble alimentaire.

Qu'est-ce que la NIED? La NIED est une coalition sans but lucratif composée de parents et d'enfants aux prises avec des troubles de l'alimentation, de personnes qui en sont atteintes, de professionnels de la santé et de conseillers. La NIED cherche à accroître la sensibilisation aux troubles de l'alimentation et l'éducation à ce sujet afin de faire bifurquer la compréhension, le traitement et le financement de cette maladie au Canada.

Qu'est-ce qu'un trouble de l'alimentation? D'abord, il s'agit d'une maladie qui affiche un des taux de mortalité les plus élevés au monde parmi tous les troubles de santé mentale, mais il est possible de la prévenir et de la guérir, ce qui en fait une maladie unique en soi. C'est un trouble prévalent chez les jeunes filles et les femmes, mais il touche de plus en plus des citoyens de tout acabit — récemment, un garçon de sept ans a été admis à l'Hôpital pour enfants de Toronto pour un trouble alimentaire, et on a traité une dame de 86 ans qui souffrait de boulimie depuis plus de 30 ans.

Pour ce qui est des causes, la triste réalité est que nous ignorons ce qu'elles sont. Beaucoup de recherches ont été menées, mais aucune cause réelle n'a été cernée. Ce que nous savons, et c'est ce qui est le plus important, c'est qu'il est possible de guérir la maladie si elle est traitée rapidement.

Le nombre de cas de troubles alimentaires ne cesse de croître au pays. Il existe très peu de points de données sur les troubles alimentaires. Un des plus récents, qui date de 2006, pourrait être représentatif de la situation. Des chercheurs d'Edmonton ont étudié 700 enfants de la cinquième à la septième année. Sur ces enfants, 15 % se faisaient vomir ou abusaient de l'exercice, 16 % mangiaient à outrance, et 19 % se limitaient à un repas par jour ou moins — des résultats on ne peut plus troublants.

Comment traite-t-on la maladie? Tout ce que je peux dire, c'est « pas très bien ». Le nombre de médecins de famille qui ont reçu une formation pour traiter les troubles alimentaires au Canada est presque nul. Les agences de santé publique n'ont ni le temps ni l'argent pour offrir de la formation sur les troubles de l'alimentation, et elles croulent généralement sous les cas de santé mentale qui leur sont référés. Il y a également une importante pénurie de psychiatres qui se spécialisent dans ce domaine. À l'heure actuelle, il y a 4 100 psychiatres au Canada, et 12 d'entre eux se spécialisent dans les troubles de l'alimentation. Sur ces 12 psychiatriques, seuls quelques-uns se vouent au traitement des enfants et des adolescents, chez qui la maladie est la plus prévalente. Cependant, des chercheurs et des médecins ont élaboré au fil des ans des programmes efficaces qui s'appuient sur des données probantes. Des études ont démontré leur efficacité. Il n'existe toutefois aucune initiative visant à les mettre en place dans notre système de santé, et nous n'avons pas les fonds non plus pour le faire.

De quoi avons-nous besoin? Pour véritablement combattre la maladie, et bien des médecins et des chercheurs nous disent que c'est possible, nous devons élaborer une infrastructure qui permettra d'offrir rapidement des traitements éprouvés et adaptés en fonction de l'âge du patient, ainsi que des services de soutien. Ces services de soutien doivent couvrir la prévention, les traitements ambulatoires spécialisés, les traitements intensifs et les services résidentiels. Nous devons éduquer et former les intervenants. Nous devons former les médecins de famille de façon à ce qu'ils soient en mesure de reconnaître les troubles alimentaires, et qu'ils aient les mots qu'il faut pour parler avec les enfants de nutrition, d'image corporelle, et des pensées, des envies et des symptômes associés aux troubles alimentaires. Nous devons envoyer plus d'infirmières et de conseillers en santé mentale formés dans nos écoles secondaires pour aider les jeunes qui sont aux prises avec cette maladie.

Comment y arriver? Nous savons que la maladie est très présente au Canada. Il n'y a pas de statistiques sur le nombre de personnes qui en sont atteintes. Cependant, le téléphone ne déroutait pas à la NIED. Nous sommes tous des bénévoles. Nous finançons l'organisation avec notre propre argent. Les gens et les familles veulent de l'aide. Ils cherchent de l'aide pour leurs enfants, leurs proches, parce que beaucoup finissent par mourir de cette maladie.

● (1730)

Les systèmes de santé provinciaux ont généralement besoin de données précises pour allouer leurs maigres ressources au traitement de la maladie. Par inadvertance, ils ont toutefois conçu leurs systèmes de documentation de façon à dissimuler les données sur les troubles alimentaires. Ce n'était pas voulu, c'est simplement ainsi que le système a été conçu. Par exemple, il n'y a pas de catégorie dans les dossiers médicaux pour signaler les troubles alimentaires, et ce sont les données inscrites dans ces dossiers qui servent à appuyer les décisions prises par les hôpitaux et les administrateurs des services de santé.

**Le président:** Monsieur Rogers, puis-je vous demander de conclure votre exposé, je vous prie?

**M. Bill Rogers:** En conclusion, nous pensons qu'il s'agit d'une maladie insidieuse qu'il est possible de prévenir et de guérir, mais elle continue à faire des victimes encore aujourd'hui. Nous aimerions avoir votre appui pour nous aider à faire le premier pas dans la bonne direction.

**Le président:** Merci pour votre exposé.

La parole est au sénateur Kirby. Je vous en prie.

**L'hon. Michael Kirby (président-fondateur, Partenaires pour la santé mentale):** Merci beaucoup, monsieur le président.

La greffière et moi pensons pouvoir vous présenter une courte vidéo, de 30 secondes en anglais et 30 secondes en français, alors je vais utiliser la première minute de mon temps à cette fin. Comme mes petits-enfants ne sont pas ici pour vérifier que cela va fonctionner...

**Des voix:** Oh, oh!

**L'hon. Michael Kirby:** ... je compte sur la greffière pour cela.

Allez-y, s'il vous plaît.

C'est sur vos iPad, si j'ai bien compris.

[Présentation de la vidéo]

**L'hon. Michael Kirby:** Merci. J'ai pensé que cela mettrait les choses en contexte pour ma proposition.

Soit dit en passant, ce message d'intérêt public a été diffusé sans frais pour Partenaires pour la santé mentale. En effet, cette publicité de 30 secondes a été réalisée gracieusement pour nous. L'an dernier, nous avons eu pour un million de dollars en publicité gratuite, selon les diffuseurs. Le message d'intérêt public suivant a eu 100 000 \$ en fait de fréquence de diffusion. Cette vidéo a de toute évidence touché beaucoup de gens des médias et rejoint bon nombre de ceux qui l'ont regardée.

Permettez-moi de vous donner quelques faits très simples à propos du suicide chez les enfants et les jeunes.

Premièrement, il s'agit de la deuxième cause de décès chez les 15 à 24 ans, arrivant tout juste derrière les accidents de voiture. Chez les jeunes des Premières Nations, le taux enregistré est quatre fois — quatre fois — plus élevé que la moyenne nationale. Le Canada présente un des pires taux de suicide chez les jeunes, arrivant au troisième rang parmi tous les pays industrialisés du monde.

Fait plus important encore, et à bien des égards, le suicide emporte trois fois plus de jeunes que toutes les formes de cancer combinées. Pour l'illustrer de façon très crue, sachez que plus de 750 jeunes s'enlèvent la vie chaque année, ce qui équivaut à la population d'une école secondaire de taille moyenne. Visuellement, imaginez-vous une école secondaire qui est totalement décimée, et cela vous donnera une idée de l'ampleur du problème.

J'ai convoqué une équipe d'experts issus des quatre coins du pays, menée par le Dr Ian Manion, le directeur exécutif du Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. Nous avons élaboré une proposition de recherche. Dans le document, vous trouverez entre autres un résumé de la méthodologie privilégiée. La principale chose à retenir est que la méthodologie consiste à choisir 25 collectivités à l'échelle du pays, toutes distinctes et diversifiées sur le plan culturel et géographique. Il y aura des collectivités des Premières Nations, des collectivités inuites, d'autres multiculturelles et d'autres encore rurales.

Il faut comprendre que les facteurs qui caractérisent une collectivité doivent être pris en considération pour arriver à la meilleure solution qui soit pour chacune, car si on peut être absolument certain d'une chose, c'est qu'une simple imposition des mains de la part des dirigeants nationaux ou provinciaux ne permet pas d'avoir une réelle incidence sur les collectivités. Il faut intervenir au niveau communautaire et impliquer essentiellement toutes les sphères de la collectivité, soit l'éducation, la santé, la justice, l'aide à l'enfance, les familles, et bien sûr, les jeunes eux-mêmes.

Les conclusions devraient ressembler à celles que nous avons obtenues à la suite d'une étude pancanadienne que j'ai menée alors que je dirigeais la Commission de la santé mentale. Il s'agissait d'une étude sur les sans-abri aux prises avec des troubles de santé mentale, qui nous a permis d'établir quels étaient les facteurs les plus importants pour la prestation des services en santé mentale aux sans-abri, car nous savons qu'environ 80 % d'entre eux présentent une forme ou une autre de troubles de santé mentale. Nous voulons tirer exactement le même genre de conclusions, axées sur la composition propre de chacune des collectivités.

● (1735)

Le dernier point, c'est que nous avons l'intention de le faire à l'aide de fonds de contrepartie. Simplement obtenir des fonds du fédéral ne m'intéresse pas. Nous chercherons à obtenir des fonds de contrepartie des provinces, d'organisations philanthropiques, d'organismes du secteur privé, etc. J'ai eu assez de discussions dans l'ensemble du pays pour pouvoir affirmer avec certitude que nous pourrions recueillir ces fonds, simplement parce que tout le monde est convaincu qu'il s'agit d'un problème majeur et que nous avons une approche fondée sur des faits pour le régler.

J'aimerais ajouter une chose, monsieur le président. Plusieurs hauts fonctionnaires du gouvernement m'ont demandé d'ajouter un élément qui permettra d'examiner la question du suicide chez les militaires. Je suis en voie de le faire. Les communautés visées seront des unités militaires ou des bases. Essentiellement, nous passerons de 25 à 30 communautés, les cinq autres étant liées aux militaires.

En conclusion, monsieur le président, je dirais que le gouvernement a été très bon envers moi. On m'a demandé de mettre sur pied la Commission de la santé mentale du Canada, et nous l'avons fait. On m'a demandé de mettre en oeuvre le programme pour les sans-abri atteints de maladie mentale. Je demande donc au gouvernement de me donner l'occasion de faire une dernière chose, très importante: lutter contre le problème du suicide chez les jeunes.

**Le président:** Merci beaucoup de cet exposé.

Chers collègues, pour le premier tour, les quatre premiers intervenants auront droit à sept minutes. Nous passerons ensuite à des questions à cinq minutes, étant donné qu'il nous reste au moins un vote ce soir.

Madame Davies, vous avez sept minutes.

**Mme Libby Davies:** Bienvenue aux témoins.

Je ne siège pas habituellement à ce comité. Je suis la porte-parole du NPD en matière de santé. Je suis ici à titre de remplaçante, étant donné que beaucoup d'enjeux liés à la santé sont à l'ordre du jour aujourd'hui et j'aimerais me concentrer là-dessus.

J'aimerais en particulier revenir sur le témoignage du grand chef Picard. Vous avez soulevé beaucoup d'enjeux, mais je vais me concentrer sur les enjeux liés à la santé et au bien-être. Après de nombreuses années de défense des droits et de lobbying, il y a enfin une étude en collaboration sur les services de santé non assurés, qui sont de compétence fédérale. Elle a été lancée récemment, alors que l'APN l'a réclamée pendant des années. Pourriez-vous nous donner une mise à jour sur les progrès de l'étude ou nous parler de vos attentes concernant les résultats?

Aussi, je suis très préoccupée par la liste de programmes qui prendront fin en 2015. Ce sont tous des programmes essentiels. Je ne peux imaginer l'inquiétude que cela crée au sein des organismes, où l'on se demande si les activités pourront être maintenues. Pourriez-vous nous en dire plus au sujet des répercussions advenant l'interruption du financement? Je pourrais en nommer deux ou trois. L'un des principaux programmes est l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, par exemple, dont il a été question plus tôt.

J'aimerais aussi poser une question à M. Kirby s'il me reste un peu de temps.

Grand chef, pourriez-vous nous parler du partenariat sur les services de santé non assurés?

● (1740)

**Le chef Ghislain Picard:** Nous pourrions faire un suivi auprès du comité concernant cet enjeu et vous fournir les informations que vous demandez.

J'aimerais prendre quelques secondes pour répondre à la deuxième partie de votre question. C'est un élément essentiel par rapport à notre rôle auprès de ce comité et à nos nombreuses tentatives au cours des 10 dernières années de faire valoir le point précis que vous avez soulevé. Si le coût des soins de santé augmente dans les collectivités autochtones, c'est parce que le financement des autres programmes — comme les programmes liés au logement et à l'éducation — demeure inchangé. Tout cela se répercute sur le secteur de la santé.

Nous nous retrouvons souvent dans le cercle vicieux qu'évoque la dernière partie de votre question. Que se passera-t-il après 2015? Cela engendre beaucoup d'incertitude au sein de nos institutions et des gouvernements des Premières Nations. C'est sans compter le taux de roulement de personnel extrêmement élevé qui entraîne aussi de l'instabilité dans beaucoup de programmes, ce dont nous n'avons pas besoin.

Comme je l'ai indiqué plus tôt, nous venons témoigner et nous faisons preuve de respect. Je ne veux pas m'écarter du sujet, mais je dois dire ceci: nous respectons les institutions du Parlement, mais en même temps, certains de nos peuples ne sont peut-être pas d'accord sur ce point. Nous venons témoigner devant les comités et nous exprimons notre point de vue sur ces programmes qui donnent des résultats fort décevants dans nos collectivités. Nous proposons des changements, mais sans grand résultat. Voilà le message que nous transmettons à nos dirigeants.

**Mme Libby Davies:** Merci. Je comprends et je respecte votre point de vue parce qu'il s'agit ici d'action et de suivi plutôt que de promesses creuses. Le NPD insistera là-dessus et s'assurera qu'un engagement est pris à cet égard.

Je vais maintenant me tourner vers M. Kirby.

La prévention du suicide est un enjeu de taille dans ce pays et il est bien que cet enjeu ait fait l'objet de beaucoup de discussions au Parlement. Il y a eu des projets de loi d'initiative parlementaire et des réunions du Comité de la santé à ce sujet.

J'aimerais vous parler de Partenaires pour la santé mentale, l'organisme que vous dirigez. Quel est votre bilan — je ne parle pas de ce que vous voulez faire, mais que vous avez fait — en ce qui a trait à la collaboration avec d'autres partenaires clés?

Je suis un peu surprise que vous soyez ici. Je suppose que vous demandez des fonds fédéraux. D'autres acteurs importants effectuent déjà ce travail, comme la Commission de la santé mentale du Canada, l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, l'Association des psychiatres du Canada ou la Société canadienne de psychologie. Je n'ai pas d'idée précise sur votre bilan en matière de collaboration.

Je pense qu'il est très important d'éviter les chevauchements. La Commission de la santé mentale du Canada, avec laquelle vous avez collaboré, est pressée de poursuivre son travail dans l'ensemble du pays. Je sais que la prévention du suicide est au centre de ses activités. Quelle est votre collaboration à cet égard?

• (1745)

**Le président:** Répondez brièvement, s'il vous plaît.

**L'hon. Michael Kirby:** Partenaires pour la santé mentale existe depuis environ un an et demi. Notre intention était et demeure la création d'un mouvement social semblable à celui qui existe pour le cancer du sein. Nous avons déjà recruté 70 000 membres et ce nombre continue d'augmenter.

Aucun des organismes que vous avez mentionnés ne travaille sur le terrain afin de trouver des façons d'apporter des changements à l'échelle communautaire. Ils font beaucoup de ce que j'appellerais du travail administratif...

**Mme Libby Davies:** Je suis très surprise d'entendre cela. J'ai rencontré ces gens et je ne suis pas d'accord avec vous sur ce point.

**L'hon. Michael Kirby:** Ce qu'ils font, ce n'est pas le genre de travail empirique qu'il faut faire sur le terrain pour parvenir un jour à changer les choses. J'ai toujours été...

**Mme Libby Davies:** Dans quelle mesure collaborez-vous avec ces organismes? Concrètement, qu'avez-vous fait pour collaborer avec eux?

**L'hon. Michael Kirby:** Jusqu'à maintenant, nous n'avons collaboré à aucun projet avec eux parce que je m'emploie à créer un mouvement social. Aucun de ces organismes n'oeuvre dans ce domaine. Nous sommes les seuls à mener des campagnes de marketing social intensives; il n'y a donc eu aucune collaboration.

**Mme Libby Davies:** Quel est le montant du financement que vous demandez au gouvernement fédéral?

**L'hon. Michael Kirby:** Je demande au gouvernement fédéral un financement semblable à celui qu'il a consenti pour les sans-abri souffrant de maladie mentale. Il a versé 100 millions de dollars sur cinq ans pour la mise en oeuvre, dans 25 collectivités, de projets visant à déterminer ce qui fonctionne vraiment, pas théoriquement, mais concrètement.

**Mme Libby Davies:** Merci.

**Le président:** Merci, madame Davies.

Monsieur Saxton.

**M. Andrew Saxton:** Merci, monsieur le président. Merci aux témoins d'être ici aujourd'hui.

Mes premières questions s'adresseront aux représentants du Centre pour la recherche et le développement des médicaments.

Madame Hayashi, comme vous le savez, j'ai récemment eu l'occasion de visiter vos laboratoires fort impressionnants à l'Université de la Colombie-Britannique et d'observer directement le travail que vous y faites. Vous pourriez donner au comité des exemples des réussites du CRDM à ce jour et nous dire de quelle façon le CRDM aidera le Canada à devenir un chef de file mondial de la recherche sur les médicaments.

**Mme Kathryn Hayashi:** Jusqu'à maintenant, notre bilan est plutôt positif. Il s'agit d'un organisme relativement jeune. Il a été fondé en 2007 par la province de la Colombie-Britannique et les deux ou trois premières années ont été consacrées à la construction de laboratoires et à la formation de notre équipe. Depuis, nous avons créé plusieurs sociétés dérivées. L'une d'entre elles s'appelle Sitka Biopharma. Elle travaille à la création d'une plate-forme technologique, mais sa première application est le traitement du cancer de la vessie. Il n'y a pas eu de nouveau traitement du cancer de la vessie depuis 30 ans. Calculé sur la durée de vie du patient, c'est le cancer dont le traitement est le plus coûteux parce qu'il s'agit d'un cancer récurrent qui ne cesse de reprendre. Cela pourrait être un nouveau paradigme du traitement du cancer de la vessie; un traitement pourrait suffire à enrayer suffisamment la maladie pour empêcher toute rechute. C'est l'un des aspects. La plate-forme a aussi d'autres applications: elle pourrait également être utilisée pour le cancer de la prostate ou d'autres cancers associés aux vésicules.

Nous avons aussi une entreprise appelée Kairos Therapeutics, qui a une plate-forme pour les conjugués anticorps-médicaments. C'est une technologie très prometteuse qui suscite un vif intérêt chez les investisseurs. L'entreprise est dirigée par M. John Babcook, qui a quitté un excellent emploi dans une très grande société afin de mener à bien les initiatives d'une entreprise en démarrage qu'il souhaite voir devenir la prochaine Genentech au Canada. Il veut en faire une société prospère qui sera exploitée au Canada, qui ne fera pas l'objet d'une acquisition et qui assurera la création d'emplois et la prospérité au Canada.

Il a suscité un vif intérêt chez les investisseurs providentiels et les investisseurs en capital de risque. Nous verrons donc quels seront les progrès à cet égard. Il s'agit d'une plate-forme de produits biologiques à la fine pointe de la technologie dont le financement initial provient d'une subvention de Diversification de l'économie de l'Ouest Canada. Ces fonds ont servi à l'embauche de nouveau personnel et à l'achat d'équipement pour le démarrage de l'entreprise. Nous avons donc maintenant une nouvelle entreprise qui suscite un très grand enthousiasme.

**M. Andrew Saxton:** Outre la recherche et développement, vos activités sont aussi centrées sur l'incubation et la commercialisation de [Note de la rédaction: inaudible]. Est-ce exact?

**Mme Kathryn Hayashi:** C'est exact.

C'est ce que nous avons découvert ces dernières années dans le cadre de nos activités. Nous avons une équipe de recherche composée de scientifiques très expérimentés axés sur l'industrie qui visitent nos établissements partenaires partout au Canada. Tous les établissements de recherche en santé font partie de notre réseau canadien. Les scientifiques se rendent à l'Université Memorial, à l'Université Dalhousie — partout au Canada. Ils examinent les projets, discutent avec les chercheurs, tentent de déterminer si les travaux de recherche sont prometteurs sur le plan commercial et élaborent un plan de projet. Une fois que nous avons un plan de projet, ensemble, nous étudions les plans et déterminons quels projets financer.

Un processus de validation externe est mis en place dès le début. Les objectifs sont de procéder à un examen indépendant des données scientifiques, de connaître les impératifs du marché, de savoir s'il existe un intérêt réel pour cette technologie en tant que médicament se prêtant à l'investissement et au développement.

• (1750)

**M. Andrew Saxton:** Vous avez demandé 153 millions de dollars sur sept ans, soit environ 22 millions de dollars par année. Comment comptez-vous investir cet argent?

**Mme Kathryn Hayashi:** En fait, c'est seulement 140 millions de dollars.

Essentiellement, l'idée est de renforcer ce que nous avons déjà commencé, de confirmer le rôle du CRDM en tant qu'organisme national à l'aide d'une équipe de recherche élargie qui nous permettra d'avoir des gens sur le terrain partout au pays et d'investir réellement dans certains projets.

La mise au point de médicaments est un processus très long et très complexe. Il faut s'attendre à un taux élevé d'attrition. On parle de science; parfois, les expériences ne fonctionnent pas. Il faut faire beaucoup d'essais pour obtenir des résultats qui ne seront pas seulement un succès commercial ponctuel, mais qui comporteront un élément de viabilité à long terme, ce que nous avons intégré à notre modèle d'entrée de jeu. Pendant la période de démarrage, nous nous sommes rendu compte que si nous pouvions investir dans des technologies, nous pouvions espérer obtenir deux ou trois succès éclatants qui nous permettraient de financer nos activités au-delà de la période de démarrage.

**M. Andrew Saxton:** Merci beaucoup.

Ma prochaine question s'adresse au représentant de la National Initiative for Eating Disorders.

Dans votre mémoire, vous proposez la création d'un comité consultatif ministériel. Quel serait le rôle d'un comité consultatif ministériel quant à la rédaction et la mise en oeuvre d'une stratégie nationale sur les troubles de l'alimentation?

**M. Bill Rogers:** C'est une bonne question.

Étant un petit organisme, ou un organisme relativement nouveau, nous reconnaissons que tout financement de cette recherche devrait faire l'objet d'une surveillance d'un organisme fédéral quelconque. Pour nous lancer dans ce secteur, nous croyons que nous avons deux choses à faire. Premièrement, nous devons étudier toutes les données qui ont été recueillies; il existe une multitude de petites études à ce sujet. Deuxièmement, nous devons déterminer comment obtenir ces données. Un organisme national qui entreprendrait de le faire aurait beaucoup plus facilement accès aux données et pourrait gérer les fonds.

Nous ne proposons pas de nous en charger. Nous n'y sommes pas prêts et ce n'est pas ce que nous voulons faire. Nous estimons qu'il

est nécessaire qu'un de ces organismes s'en charge afin que les données soient accessibles à l'échelle nationale — pour les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral — et que nous puissions commencer à élaborer un plan d'action à cet égard.

**M. Andrew Saxton:** Merci beaucoup.

Je vais maintenant m'adresser à M. Michael Kirby, de l'organisme Partenaires pour la santé mentale.

Premièrement, vous nous avez montré une publicité très puissante. Je pense donc que vous avez une excellente équipe publicitaire.

Très brièvement, quelles stratégies peut-on utiliser pour réduire le taux de suicide chez les jeunes au Canada?

**L'hon. Michael Kirby:** Les données provenant d'autres pays du monde — cela n'a pas été fait au Canada — indiquent qu'il faut adopter une approche qui exige la participation de toute la collectivité, comme je l'ai dit, ce qui signifie l'ensemble des services gouvernementaux, mais aussi divers services du secteur privé et du secteur bénévole. Essentiellement, il faut parvenir à coordonner et à intégrer tous ces services. En somme, si vous ne parvenez pas à mettre en place un ensemble de services complets et coordonnés, cela ne fonctionnera pas.

La deuxième chose qu'il faut faire, c'est d'accorder aux jeunes un rôle important dans la conception du programme. Les données obtenues ailleurs montrent très clairement qu'arriver avec des solutions préparées par des groupes d'adultes, qu'il s'agisse de personnes de l'endroit ou non, ne fonctionne pas. Les jeunes n'embarquent pas.

Parmi les meilleurs exemples dans le monde, notons un programme en Allemagne et deux ou trois autres en Australie. Ces programmes n'étaient pas gérés par les jeunes, mais ils y jouaient un rôle très important. De plus, tous les intervenants du secteur public, comme le gouvernement et les services sociaux, et du secteur privé — habituellement des organismes de services sociaux à but non lucratif — se sont regroupés.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Saxton.

Monsieur Brison.

**L'hon. Scott Brison:** Je vais commencer par le chef Picard.

Actuellement, quel est l'écart de financement entre les écoles autochtones et les écoles non autochtones? Divers témoins nous ont indiqué qu'il existe un écart considérable, mais quel est l'écart de financement actuel, en pourcentage, par rapport au financement des écoles non autochtones?

**Le chef Ghislain Picard:** Je vous dirais grosso modo que les coûts pour un étudiant autochtone sont deux fois moins élevés que ceux engagés pour un étudiant non autochtone. Je crois que le même phénomène peut s'observer dans d'autres programmes. Je pourrais facilement vous dire que nous aurions besoin demain matin au Canada de 60 000 nouvelles unités de logement compte tenu des taux d'occupation actuels. Je pourrais aussi facilement vous dire qu'il faudrait se pencher sur les facteurs de progression annuels, et comparer ce qui est versé aux provinces à ce qui est versé aux communautés des Premières Nations, où l'augmentation du financement a été plafonnée à 2 % par année depuis près de 20 ans maintenant.

Le même principe s'applique à l'éducation. Rien n'a été réexaminé, et nous sommes pris dans ce cycle sans fin. Nous devons sans cesse revenir vous parler de nos besoins.

• (1755)

**L'hon. Scott Brison:** Vous dites que, pour un même nombre d'élèves, une école des Premières Nations reçoit 50 % du financement qu'obtient une école non autochtone.

**Le chef Ghislain Picard:** Eh bien, tout dépend...

**L'hon. Scott Brison:** Je vais vous poser une question précise. Dans votre mémoire, vous réclamez le versement immédiat des fonds qui ont été affectés à l'éducation au sein des Premières Nations dans le budget de 2014. Pourquoi est-ce que le gouvernement a reporté le versement de ces fonds?

**Le chef Ghislain Picard:** Pour nous, c'est évidemment lié à notre position à l'égard du projet de loi C-33, qui vise à donner aux Premières Nations le contrôle de leur système d'éducation. Voilà ce que j'appellerais réellement un dialogue de sourds. Il n'y a en effet eu aucune communication depuis le printemps dernier, à l'exception de l'intérêt que nous avons exprimé à entamer des discussions au sujet d'un engagement gouvernemental en fonction de modalités que nous pourrions contribuer à définir en tant que Premières Nations.

**L'hon. Scott Brison:** Monsieur le sénateur Kirby, merci pour le travail que vous faites au chapitre de la santé mentale, votre initiative la plus récente.

Étant donné que les jeunes Autochtones constituent le segment de la population qui affiche le taux de croissance le plus rapide au Canada, et comme vous avez dit que le taux de suicide dans ces communautés est quatre fois plus élevé qu'ailleurs, le gouvernement fédéral ne devrait-il pas commencer par concentrer ses efforts sur ces communautés qui relèvent plus directement de sa compétence? Ne devrait-il pas mettre d'abord l'accent sur la résolution de cette crise sociale aiguë?

**L'hon. Michael Kirby:** Je souscris complètement à votre évaluation. C'est scandaleux. En fait, j'avais pensé m'attaquer à ce problème, mais je me suis rendu compte au fil de ma réflexion que pour obtenir l'appui de la majorité, il faut viser au-delà des Premières Nations, et j'inclus les Inuits...

**L'hon. Scott Brison:** Les deux.

**L'hon. Michael Kirby:** ... parce que le problème n'est pas aussi criant chez eux que chez les Premières Nations, mais leur situation est déplorable également.

Quoi qu'il en soit, il faut viser au-delà des Premières Nations et des Inuits. Comme je l'ai dit, ces groupes doivent être notre priorité, mais il faut aussi aider les autres Canadiens. Je dirais que c'est la conclusion pragmatique à laquelle je suis arrivé dans ma quête d'une solution pour réaliser des progrès dans ce dossier.

**L'hon. Scott Brison:** D'une certaine façon, le fait de travailler aussi auprès de communautés non autochtones permet de susciter un plus vaste appui de la population à l'égard de l'initiative.

**L'hon. Michael Kirby:** Oui, effectivement, nous savons que c'est ce qui arrive.

**L'hon. Scott Brison:** En ce qui concerne toute la question des préjugés entourant les problèmes de santé mentale, je sais que des organismes comme le CAMH, le Centre de toxicomanie et de santé mentale, ont fait un excellent travail pour dissiper certains de ces préjugés.

Quelle importance revêt cette partie de votre travail qui consiste à interpeller les Canadiens, et les jeunes tout particulièrement, pour qu'ils mettent de côté leurs préjugés concernant la santé mentale?

**L'hon. Michael Kirby:** Les efforts que plusieurs déploient actuellement pour contrer les préjugés ont commencé à peu près au

moment où le Sénat a publié son rapport pour prendre sans cesse de l'ampleur au fil des 10 dernières années. Ce n'est toutefois pas en se limitant à sensibiliser les gens ou à dissiper les préjugés que l'on va améliorer le sort des enfants et des jeunes aux prises avec un problème.

Prenons l'exemple de la campagne Bell Cause pour la cause. La beauté de cette campagne, c'est qu'elle a beaucoup contribué à sensibiliser la population, mais, en bout de ligne, il faut parvenir à traduire cette sensibilisation accrue en des gestes concrets pour s'attaquer au problème, car la sensibilisation ne règle pas tout.

J'ai toujours fait partie de ceux qui cherchent à régler le problème, car c'est logiquement là où on doit en arriver. Or, il serait beaucoup plus difficile d'y parvenir si la population n'était pas aussi sensibilisée à la question de la santé mentale qu'elle ne l'est aujourd'hui.

**L'hon. Scott Brison:** Merci beaucoup pour votre travail dans ce dossier.

Je m'adresse maintenant à Mme McCormick, de la Fédération canadienne des étudiantes et étudiants. Vous avez parlé des difficultés que représente l'abordabilité de l'éducation postsecondaire, de la situation de l'emploi chez les jeunes et des stages non payés.

À l'heure actuelle, Statistique Canada ne consigne pas de données au sujet des stages non payés. D'après ce que nous entendons, c'est un problème qui devient de plus en plus grave. Si l'on veut un jour régler ce problème, ne faudrait-il pas d'abord que Statistique Canada s'intéresse au phénomène des stages non payés?

• (1800)

**Mme Jessica McCormick:** Oui. Nous avons comparu devant le comité concernant le chômage chez les jeunes, et nous avons parlé de la nécessité de compiler des statistiques à ce sujet pour nous faire une idée plus juste de la situation. À l'heure actuelle, tout ce que nous savons, c'est qu'il y a environ 300 000 stages non payés. Ce serait une bonne idée de commencer par là.

Nous faisons pression auprès des gouvernements provinciaux pour appliquer les lois provinciales dans ce dossier également.

**Le président:** Soyez bref.

**L'hon. Scott Brison:** Monsieur Rogers, je pense qu'il pourrait exister pour vous des possibilités de collaboration avec le sénateur Kirby dans une partie de son travail, notamment en ce qui concerne les troubles de l'alimentation chez les jeunes. Avez-vous envisagé une telle collaboration?

**Le président:** Nous en sommes à la toute fin du temps qui est alloué à M. Brison.

Monsieur Rogers, aimeriez-vous faire un bref commentaire?

**M. Bill Rogers:** Bien sûr.

Absolument, nous avons invité Michael et son organisme à travailler avec nous. Il s'agit d'une autre cause de suicide chez les enfants, d'une autre cause de décès.

**L'hon. Michael Kirby:** Nous avons précisément parlé de cela.

**Le président:** Merci, monsieur Brison.

Je vous cède la parole, monsieur Keddy.

**M. Gerald Keddy:** Je souhaite la bienvenue à nos témoins.

Monsieur le grand chef Picard, en ce qui concerne les investissements continus dans l'éducation au sein des Premières Nations, vous réclamez le versement immédiat du montant de 1,9 milliard de dollars qui est affecté à à cette fin, alors même que votre organisation a participé à la rédaction de cela. Je ne sais pas exactement ce qui s'est passé. On dirait qu'il y a des tiraillements au sujet des sommes en cause. Cela se trouve dans le budget de 2014.

Nous devons trouver le moyen de faire en sorte que l'argent soit versé aux Premières Nations. Je ne pense pas que cela soit contesté par qui que ce soit. Comment pouvons-nous nous en assurer tout en veillant à ce qu'il y ait le même degré d'expertise au sein de toutes les Premières Nations s'occupant de l'éducation des leurs? Comment pouvons-nous répartir ces fonds de manière à former des partenariats? Autour de cette table, on parle sans cesse de partenariats, de collaboration et de pratiques exemplaires. Voilà autant d'aspects que vous n'avez pas abordés, alors je vous demanderais de m'éclairer à ce sujet.

**Le chef Ghislain Picard:** Vous parlez justement de ce que nous espérons accomplir.

Nous aimerions conclure une entente, ou mettre en place un cadre, si vous voulez, pour déterminer de concert avec le gouvernement comment utiliser les fonds attendus de façon optimale. Évidemment, si nous faisons un tour de table, chacun aurait peut-être sa propre interprétation de ce qui est arrivé au cours des six derniers mois. Toutefois, cela ne change rien au fait que cet argent est nécessaire pour bien des raisons, et notamment en raison du profil démographique des Premières Nations qui est bien différent de ce que l'on retrouve ailleurs au Canada. Il faut aussi considérer cet écart que je soulignais tout à l'heure entre ce qui est accessible aux Premières Nations et qui l'est ailleurs au pays. Le fait que les formules de financement n'ont pas été révisées depuis 20 ans est un autre important facteur à considérer.

Discutons-en. Entendons-nous sur le sujet. Penchons-nous sur la possibilité de mettre en place un cadre financier plus général qui procurerait certains avantages aux dirigeants des Premières Nations.

**M. Gerald Keddy:** Merci.

Récemment, un groupe appelé Indspire a comparu devant le comité. Ce groupe fait un excellent travail auprès des étudiants autochtones. Ces jeunes obtiennent de très bons résultats dans les établissements d'enseignement postsecondaire, tant dans les collèges communautaires qu'à l'université. En misant sur un financement fédéral relativement modeste comparativement à ce dont nous parlons ici, le groupe a pu bonifier son programme de bourses, il collabore également avec le secteur privé.

J'ai deux questions à poser. Je présume que vous connaissez ce groupe. Pourrions-nous réussir de la même façon — et encore une fois, j'aimerais utiliser les mots « collaboration », « partenariats » et « pratiques exemplaires » — à avoir accès à ces fonds pour aller de l'avant?

• (1805)

**Le chef Ghislain Picard:** Personne ne contestera le fait qu'Indspire a accompli de grandes choses d'un bout à l'autre du pays. En même temps — et nous souscrivons entièrement à l'argument que le groupe défend —, si vous êtes obligés, année après année, de négocier ce que vous planifiez faire au cours des 10 prochaines années, ce n'est jamais bien agréable. Nous souscrivons tout à fait à ce principe. Comme nous l'avons dit plus tôt, voilà la situation dans laquelle se trouvent la plupart des communautés des Premières Nations. Elles peuvent seulement

élaborer des plans sur 12 mois au lieu d'élaborer des plans sur 12 ans. Voilà le lot de bon nombre de nos communautés.

**M. Gerald Keddy:** Merci.

Madame McCormick, dans votre exposé, vous avez parlé un peu du modèle allemand. Autour de cette table, nous avons beaucoup discuté de ce modèle et des succès qu'il a remportés, très franchement, et du fait que tout le monde s'en inspire — tant les établissements d'enseignement et le secteur privé que la société dans son ensemble. Il s'agit d'un modèle vraiment remarquable. Peu importe si c'est le modèle allemand ou le modèle suisse qui occupe la première ou la deuxième place dans le monde, les deux sont d'excellents modèles.

Dans votre exposé, vous avez demandé au gouvernement fédéral de mettre en oeuvre une loi fédérale sur l'éducation postsecondaire en coopération avec les provinces, accompagnée d'un transfert en espèces réservé à l'éducation postsecondaire, suivant le modèle des transferts en matière de santé. Vous en demandez beaucoup. Selon vous, quel devrait être le montant de ce transfert? Combien d'étudiants seraient touchés par ce transfert? Encore une fois, s'agirait-il entièrement de fonds fédéraux, ou est-ce qu'une partie de la somme proviendrait de partenariats avec le secteur privé?

**Mme Jessica McCormick:** C'est une grande question.

Dans nos recommandations, nous avons effectivement parlé d'un transfert en espèces réservé à l'éducation. Une des principales raisons pour lesquelles nous l'avons mentionné, c'est que cela permettrait d'assurer un certain degré de reddition de comptes à l'égard des investissements consentis dans les provinces. Quels que soient les arrangements conclus, on se rapprocherait ainsi beaucoup du modèle allemand, où il y a beaucoup de coopération entre le gouvernement fédéral et les États. Il faudrait donc que le tout soit élaboré en collaboration avec les provinces car, ici comme là-bas, l'éducation postsecondaire est de compétence provinciale.

Quant au nombre précis d'étudiants qui en bénéficieraient, je ne pourrais pas vous le dire. Nous pourrions revenir au comité avec plus de détails à ce sujet. Toutefois, je crois que, quel que soit l'arrangement, tout comme cela a été le cas en Allemagne, il faudra s'assurer d'avoir la coopération des gouvernements provinciaux et un certain degré de reddition de comptes à l'égard des investissements consentis par le gouvernement fédéral.

**M. Gerald Keddy:** Si vous pouviez nous faire parvenir ces chiffres, nous vous en serions très reconnaissants.

**Mme Jessica McCormick:** Absolument. D'accord.

**M. Gerald Keddy:** Enfin, je tiens absolument à poser la question suivante à la National Initiative for Eating Disorders. Un des taux de mortalité les plus élevés de toutes les maladies mentales...

**Le vice-président (L'hon. Scott Brison):** Je regrette, mais vos sept minutes sont écoulées.

**M. Gerald Keddy:** ...dans le monde, c'est une statistique impressionnante. Je ne sais pas comment vous vous y prenez pour vous attaquer à ce problème. Mon temps est écoulé.

**Le vice-président (L'hon. Scott Brison):** Si j'avais pu aider mon voisin de la Nouvelle-Écosse, je l'aurais fait.

[Français]

Monsieur Caron, vous avez la parole. Vous disposez de cinq minutes.

**M. Guy Caron:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à vous tous et à vous toutes pour vos présentations.

J'aimerais pouvoir poser des questions à chacun et à chacune d'entre vous, mais je ne dispose que de cinq minutes. Je vais donc m'adresser au chef Picard. Je souhaite aussi la bienvenue au comité au chef Traverse.

Il y a une chose m'a vraiment surpris. Je savais que le plafond d'augmentation des transferts était de 2 %, mais je viens de me rendre compte que c'est ainsi depuis 18 ans. Dans votre mémoire, vous avez bien précisé que, au cours de la même période, la moyenne d'augmentation des transferts d'Ottawa vers les provinces et les territoires était de 6 %. Vous avez aussi estimé que, depuis 1996, le manque à gagner causé par ce plafond était de 3 milliards de dollars. Ce montant de 3 milliards de dollars est-il calculé en fonction de l'augmentation du coût de la vie ou reflète-t-il également la croissance démographique au sein des communautés autochtones?

• (1810)

**Le chef Ghislain Picard:** En effet, ces deux arguments, au moins, appuient les chiffres que nous avançons. La démographie des Premières Nations n'a pas d'égal ailleurs au pays. Il est donc extrêmement important de considérer également ces réalités.

En même temps, il faut savoir aussi que si on n'investit pas dans le logement, cela va avoir des impacts sur l'éducation et sur les coûts de la santé. Ces coûts peuvent donc potentiellement être gonflés par deux fois sinon par trois fois.

**M. Guy Caron:** Le chef Traverse a parlé de la question des infrastructures au Manitoba, particulièrement dans le nord de cette province. Je pense qu'il y a un problème à cet égard à la grandeur du pays. On peut penser par exemple à Attawapiskat, en 2011, avec la crise qui a eu lieu à cet endroit. Je connais également la situation dans le nord du Québec, surtout dans les communautés innues et inuites. Si on en revient à Attawapiskat, en 2011, il y a eu une crise et on a su qu'il y en avait une également dans plusieurs autres communautés. Comment évalueriez-vous les progrès accomplis sur le plan des infrastructures depuis 2011, soit depuis que la question des infrastructures est revenue à l'avant-scène de l'actualité?

**Le chef Ghislain Picard:** Encore une fois, vous soulevez la question des infrastructures. Cette question est tout à fait liée à l'argument que j'avais un peu plus tôt, à savoir ce qui est mis à la disposition des provinces et ce qui est mis à la disposition de nos communautés. Je soulignais le fait que nous avons été plafonnés depuis maintenant presque 20 ans, notamment en ce qui a trait aux infrastructures.

Par ailleurs, étant donné que le budget est déjà tellement serré — il l'est depuis presque 20 ans —, il peut y avoir, d'une année à l'autre, des réaffectations budgétaires. On parle de fonds qui étaient normalement désignés ou réservés aux infrastructures et qui étaient réaffectés à d'autres programmes ou d'autres secteurs d'activité, comme la santé et l'aide sociale. Cela peut avoir comme impact que nos besoins seront multipliés par cinq ou par dix dans certains secteurs.

**M. Guy Caron:** Vous dites que, présentement, la communication entre le gouvernement et l'Assemblée des Premières Nations ou d'autres représentants est essentiellement coupée ou interrompue. Vous avez quand même eu auparavant des discussions avec le gouvernement fédéral. Comment celui-ci a-t-il justifié la décision de limiter à 2 % les transferts aux communautés autochtones alors que les transferts aux provinces et territoires étaient plus importants? Quel argument le gouvernement utilisait-il pour défendre cette décision?

**Le chef Ghislain Picard:** Nous aimerions bien avoir une réponse à cette question.

Je pense qu'au-delà de cela, cela peut très bien être une base pour essayer de mieux situer l'espèce de cadre qui doit s'établir entre les Premières Nations, les gouvernements que nous représentons et le gouvernement fédéral. À mon sens, et en tout respect pour les différentes organisations qui se présentent devant le comité, je pense que le cadre qui implique les Premières Nations se situe à un autre niveau et demande une intervention beaucoup plus globale.

**M. Guy Caron:** Merci.

Il ne me reste qu'une minute, mais j'ai une dernière question à vous poser.

La question des femmes autochtones disparues et assassinées fait également partie de votre mémoire. Le débat a lieu présentement et notre position est qu'il devrait y avoir une commission d'enquête à ce sujet. Le gouvernement réplique qu'il a un plan d'action de 25 millions de dollars pour cinq ans. Est-ce suffisant? Quelle est votre interprétation en ce qui a trait aux priorités touchant ce plan d'action?

**Le chef Ghislain Picard:** À première vue, on dit que ce n'est pas suffisant. Toutefois, s'il y avait une telle commission d'enquête sur les causes qui sont identifiées et peut-être pas encore identifiées par rapport à cette situation à la grandeur du pays, on pourrait peut-être mieux estimer les besoins des communautés.

**Le président:** D'accord. Je vous remercie.

Merci, monsieur Caron.

[Traduction]

Nous allons maintenant passer à M. Adler, pour une série d'interventions de cinq minutes.

**M. Mark Adler:** Je remercie tous les témoins d'être ici cet après-midi.

J'aimerais poursuivre dans la même veine avec M. Rogers.

Portia de Rossi, Lyndsay Lohan et Snooki sont quelques-unes des célébrités qui ont été atteintes de troubles de l'alimentation. Tout le monde connaît quelqu'un qui en souffre, mais on en sait pourtant très peu au sujet de cette maladie. Pourquoi les gens qui n'y comprennent rien se contentent-ils de dire qu'il suffit de manger davantage ou de se farcir un gros repas pour régler le problème? Pourquoi est-ce que seulement 12 sur 4 100 psychiatres se spécialisent dans les troubles de l'alimentation? Pourquoi est-ce que si peu de ressources sont allouées au traitement des troubles de l'alimentation au Canada?

• (1815)

**M. Bill Rogers:** C'est une excellente question, que je me suis d'ailleurs posée à maintes reprises. Nous l'avons étudiée encore et encore. Tout le monde a une expérience à ce chapitre, mais ce qu'il nous manque... J'ai parlé plus tôt de choses comme les diagrammes dans les hôpitaux.

Je vais vous donner un autre exemple. Lorsqu'un enfant ou un adolescent atteint d'un grave trouble de l'alimentation est admis à l'hôpital et doit être hospitalisé, l'établissement hospitalier doit le placer dans une catégorie différente pour pouvoir le garder le nombre de jours nécessaire. Les troubles de l'alimentation ont été cachés sous d'autres catégories de troubles mentaux pendant tellement d'années qu'il n'y a tout simplement aucune donnée à ce sujet.

Lorsqu'on en parle aux administrateurs et aux organismes de réglementation provinciaux, ils sont au courant du problème. Tout le monde le sait, mais cela complique énormément la tâche aux personnes qui ont un maigre budget et un temps limité, et qui allouent les ressources en fonction de ce qu'elles croient savoir. Nous sommes d'avis que si nous pouvions rendre ces données publiques et les faire connaître aux organismes de réglementation fédéraux et provinciaux, ceux-ci seraient obligés de commencer à investir temps et argent dans ce genre de programmes pour sauver les pauvres patients qui souffrent de cette maladie.

**M. Mark Adler:** C'est un problème général qui ne se limite pas au milieu de la santé. Puisque la police s'en mêle, on parle de justice pénale. Il ne suffit pas de sensibiliser les gens pour qu'ils reconnaissent les troubles de l'alimentation puisque le problème est généralisé. Ça va bien plus loin. Pourriez-vous nous en parler?

**M. Bill Rogers:** Avec plaisir.

Le problème comporte deux volets. Il ne fait aucun doute que ces patients représentent un lourd fardeau pour le système de santé, puisque la situation revient toujours. Si nous arrivions à prévenir et à traiter ces troubles, nous pourrions éviter que ces patients ne reviennent à l'hôpital.

Le deuxième volet, qui touche plus particulièrement les jeunes, c'est que ces personnes seront arrêtées pour vol ou pour toutes sortes d'activités criminelles. C'est ce que leur faim les amène à faire. Puisque les parents ne veulent pas qu'ils mangent, les jeunes vont voler. Nous supportons ce fardeau. C'est également un fardeau pour les familles, ce qui entraîne un problème économique considérable. Nous rencontrons constamment des familles, des parents qui perdent leur emploi, et qui craignent de partir avec un enfant si malade qu'aucun centre ne peut accueillir. Puisqu'il n'existe aucun programme pour les aider, les parents doivent rester à la maison. Ils ont des inquiétudes par rapport au suicide et à ce genre de choses. C'est un énorme fardeau économique.

Nous ne connaissons pas les données, mais je peux vous dire que le téléphone de NIED ne déroutait pas; les gens cherchent de l'aide puisqu'il n'y en a tout simplement pas dans notre pays. Nous croyons que, si nous arrivons à réunir et à diffuser les données, nous pourrions changer considérablement la donne de cette maladie de façon à pouvoir l'éviter et la traiter.

**M. Mark Adler:** C'est assez fondamental. NIED a besoin de fonds pour compiler ces données puisque les personnes qui décèdent d'un trouble de l'alimentation ne sont pas enregistrées sous cette catégorie. Comme on parle plutôt d'une insuffisance cardiaque, d'une insuffisance hépatique, et ainsi de suite, on ignore combien de personnes... Nous savons que les victimes sont nombreuses, mais nous ignorons combien de personnes souffrent de troubles de l'alimentation, n'est-ce pas?

**M. Bill Rogers:** C'est exact, nous l'ignorons.

**M. Mark Adler:** C'est abominable, selon moi.

**M. Bill Rogers:** C'est tout à fait vrai, et le problème échappe à nos systèmes de santé depuis trop longtemps.

**M. Mark Adler:** Pour ce qui est du traitement des troubles de l'alimentation...

Permettez-moi de revenir en arrière un instant. Vous n'êtes pas ici afin de demander de l'argent pour votre organisation, ou de souligner le besoin de mener une étude, n'est-ce pas?

**M. Bill Rogers:** Non, ce n'est pas notre intention. Nous demandons que l'argent soit versé à un certain nombre d'organismes, possiblement; un organisme comme l'Agence de la santé

publique du Canada pourrait s'en charger. Ce que nous voulons, ce sont des données. Nous n'avons pas besoin de les recueillir nous-mêmes, et ne sommes pas prêts à le faire, mais nous en avons besoin. Pour ce faire, des fonds doivent être attribués à cette fin.

**M. Mark Adler:** Et la deuxième étape...

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Adler.

C'est maintenant au tour de M. Rankin, qui dispose de cinq minutes.

**M. Murray Rankin:** Je remercie tous les témoins.

J'aimerais d'abord m'adresser à Jessica McCormick, de la Fédération canadienne des étudiantes et étudiants.

J'ai été fasciné par votre brillant exposé. J'aimerais que vous nous parliez davantage de certaines recommandations, plus particulièrement de celle où il est question d'adopter une loi fédérale sur l'éducation postsecondaire en coopération avec les provinces, suivant le modèle de la Loi canadienne sur la santé.

Je me demande si vous croyez qu'une telle loi suffirait à régler le problème. Puisque le gouvernement fédéral n'a pas exactement pris de mesures énergiques pour appliquer la première loi, pourquoi croyez-vous qu'il le ferait avec une telle loi sur le postsecondaire?

• (1820)

**Mme Jessica McCormick:** Le Canada est un des seuls pays de l'OCDE qui n'a pas de ministère national de l'Éducation.

On observe actuellement au Canada une grande disparité d'une province à l'autre en ce qui concerne les frais de scolarité. Ainsi, les étudiants de Terre-Neuve-et-Labrador paient environ 2 600 \$ par année, alors que ceux de l'Ontario déboursent plus de 7 000 \$ par année.

L'objectif d'une loi fédérale sur l'éducation postsecondaire serait d'assurer une certaine uniformité d'un bout à l'autre du pays et une norme d'accès équitable à l'éducation postsecondaire. Les provinces seraient dans une certaine mesure obligées de rendre des comptes sur les paiements de transfert, pour s'assurer que l'argent est investi là où il doit l'être, contrairement à ce qui se passe actuellement, où l'argent est versé aux provinces au moyen du Transfert social canadien sans qu'on ne sache trop s'il est dépensé comme prévu.

**M. Murray Rankin:** Je pense que vous venez de dire en exposé que le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a complètement remplacé son programme de prêts par un programme de bourses aux étudiants. Vous recommandez que ce soit fait à l'échelle nationale, ou que d'autres provinces utilisent les paiements de transfert ainsi.

**Mme Jessica McCormick:** Dans les deux cas... C'est ce que nous recommandons aux gouvernements provinciaux de faire avec les prêts étudiants provinciaux, mais nous préconisons aussi une expansion du programme national de bourses ayant été introduit en 2008. À Terre-Neuve-et-Labrador, ce programme a progressivement pris de l'ampleur au fil des ans, et ce n'est que cette année que le gouvernement a annoncé son intention de l'employer pleinement pour remplacer le programme provincial de prêts étudiants.

**M. Murray Rankin:** Savez-vous quel peut bien être le coût d'un tel remplacement?

**Mme Jessica McCormick:** Comme vous le verrez dans notre mémoire, une partie de l'argent actuellement versé dans les régimes enregistrés d'épargne-études et les crédits d'impôt sera réinvestie dans le Programme canadien de bourses aux étudiants, puisque nous investissons actuellement environ 2,5 milliards de dollars par année dans ces programmes.

**M. Murray Rankin:** Vous avez parlé dans votre mémoire des étudiants inuits et des Premières Nations, et de leur Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire; vous demandez d'éliminer le plafond des hausses de financement qui a été fixé dans les années 1990. Est-ce un bon résumé?

**Mme Jessica McCormick:** Oui. En 1996, un plafond de 2 % a été imposé aux hausses de financement du Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire. Comme nous vous l'avons déjà dit, la croissance démographique des étudiants inuits et des Premières Nations dépasse largement celle d'autres populations. Il y a donc plus d'étudiants qui souhaitent profiter du programme, mais ils n'ont pas accès aux fonds en raison du plafond.

**M. Murray Rankin:** Vos chiffres sont époustouflants. Vous dites qu'entre 2006 et 2011, le financement a été refusé à plus de 18 500 jeunes en raison de ce problème, ce qui représente environ la moitié de ceux qui y avaient droit.

**Mme Jessica McCormick:** C'est exact.

**M. Murray Rankin:** Bien.

Chef Picard, il est question dans votre mémoire de la formation axée sur les compétences et des nouveaux investissements nécessaires. Je pense que vous dites qu'il faudrait un demi-milliard de dollars sur cinq ans pour appuyer ce programme.

Vous proposez ensuite au gouvernement de mettre en oeuvre les recommandations formulées dans le rapport de mai du Comité permanent des ressources humaines et du développement des compétences, qui recommande le renouvellement de la Stratégie de formation pour les compétences et l'emploi destinée aux Autochtones pour une période supplémentaire de cinq ans.

Proposez-vous que les nouveaux investissements de 500 millions de dollars sur cinq ans s'inscrivent dans le cadre de cette stratégie?

**Le chef Ghislain Picard:** Oui. Je pense que ce qui compte ici, c'est d'apporter un certain degré de certitude quant à ce que nous devrions planifier pour les cinq prochaines années. Je faisais partie du programme initial en 1995. Nos négociations à l'époque avaient donné lieu à un programme de bien plus que trois années. Nous avons un programme de cinq ans. Une telle durée facilite bien sûr la planification, comparativement à ce que nous avons aujourd'hui, où nous ne savons pas trop à quoi nous attendre l'année prochaine et dans deux ans.

**M. Murray Rankin:** C'est particulièrement touchant, compte tenu de la situation démographique des communautés des Premières Nations et du nombre d'enfants qui auront besoin d'éducation et de formation à l'avenir.

**Le chef Ghislain Picard:** Eh bien, je pense qu'il n'est plus nécessaire de le démontrer. C'est une évidence partout au pays.

**M. Murray Rankin:** Je suis d'accord.

Merci, monsieur.

**Le président:** Merci, monsieur Rankin.

Chers collègues, il nous reste deux interventions de cinq minutes chacune. Si nous procédons ainsi, nous quitterons la salle cinq minutes après l'appel de la sonnerie, qui se fera entendre pendant 15 minutes. Ai-je votre accord?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Merci.

Nous allons commencer par M. Allen.

• (1825)

**M. Mike Allen:** Monsieur le président, voulez-vous dire que j'ai les cinq minutes au complet ou pas? Je devais partager...

**Le président:** Eh bien, il semble que vous partagez votre temps avec M. Van Kesteren.

**M. Mike Allen:** Je vais donc partager mon temps avec lui.

J'aimerais poser une petite question à M. Rogers.

Dans ma circonscription de l'ouest du Nouveau-Brunswick, j'ai eu la chance de rencontrer deux personnes, Allyson Giberson et Kelly Beveridge, qui interviennent dans le cadre d'un programme sur les troubles de l'alimentation. Nous avons eu une rencontre intéressante et très instructive. Je ne m'étais pas personnellement rendu compte de certaines des difficultés. Comme vous le dites, le problème semble surtout toucher de nombreuses jeunes femmes et filles.

Puisqu'elles commencent à avoir des chiffres, elles m'ont notamment parlé des rechutes, c'est-à-dire de jeunes filles et de femmes qui doivent revenir à l'hôpital — les visites se multiplient sans cesse. Grâce à leur intervention, les chiffres commencent toutefois à diminuer.

Lorsque je discutais avec Maureen O'Neil, de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, je lui ai parlé de la façon de réaliser des économies dans notre système de santé, plutôt que de nécessairement dépenser davantage.

Y a-t-il eu des travaux à ce sujet? Avez-vous des chiffres sur les économies à réaliser qui pourraient nous permettre de justifier un investissement à cet égard?

**M. Bill Rogers:** Autant que je sache, peu de données sont disponibles. Je peux demander à des consultants et des médecins du secteur s'il y en a. À ma connaissance, ce n'est pas le cas. Il existe toutefois des centres, comme le Centre des sciences de la santé de London, en Ontario, qui offre un très vaste programme sur les troubles de l'alimentation. Il y a aussi un programme de 30 millions de dollars dans divers hôpitaux ontariens. J'ai parlé aux médecins sur place; il s'agit surtout de programmes d'action directe, mais ils fonctionnent. Ils ramènent les gens sur la bonne voie. Par exemple, ma collègue Lauren s'est rétablie. Elle était atteinte d'un trouble de l'alimentation à 18 ans, puis elle s'en est sortie. La maladie ne la quitte jamais, mais elle sait maintenant comment la gérer. Voilà à quoi se résument les programmes: ils permettent aux personnes de vivre sans devoir succomber à l'anorexie, à la boulimie ou à quoi que ce soit d'autre.

J'aurais aimé avoir plus de données, mais nous allons vérifier, puis nous vous reviendrons avec la réponse.

**M. Mike Allen:** Je vous en saurais gré.

**Le président:** Monsieur Van Kesteren.

**M. Dave Van Kesteren:** Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

**Le président:** Il reste environ six minutes et demie pour vous et moi, alors...

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Dave Van Kesteren:** Bien. Je sens vraiment la pression.

J'aimerais m'adresser à vous, grand chef. Je vous remercie d'être venu jusqu'ici, et je vous remercie de votre témoignage.

Mon collègue a parlé d'Inspire. Je parle du témoignage de M. Kirby aussi. Convenez-vous qu'une bonne partie des problèmes que vous vivez...? Vos jeunes ont besoin d'emplois. D'excellentes occasions s'offrent à eux. Convenez-vous qu'il s'agit probablement du besoin le plus criant de vos jeunes à l'heure actuelle?

**Le chef Ghislain Picard:** Eh bien, ils doivent aussi être prêts à accepter les emplois. À mes yeux, c'est là que l'éducation entre en ligne de compte.

**M. Dave Van Kesteren:** Au bout du compte, pour qu'ils puissent entrer sur le marché du travail...

J'aimerais que vous nous disiez si vous pouvez aider le comité d'une certaine façon. Le témoignage d'Inspire... C'était une grande réussite, mais le problème, c'est que la plupart des jeunes qui sont formés et diplômés ne vont pas travailler dans le secteur privé.

Pourriez-vous nous aider, et peut-être simplement nous conseiller quelques mesures que le gouvernement pourrait adopter de façon à ce qu'un plus grand nombre de jeunes choisissent le secteur privé? Nous savons que les jeunes ont de nombreuses occasions, surtout dans les régions minières du Nord.

**Le chef Ghislain Picard:** En fait, je dirais que ce serait bien plus courant dans nos collectivités si nous avions plus d'occasions. Mais l'autre réalité, c'est que nous avons aussi beaucoup de retard à combler.

**M. Dave Van Kesteren:** J'en suis conscient.

**Le chef Ghislain Picard:** Ce n'est certainement pas possible du jour au lendemain. À nos yeux, il serait essentiel de pouvoir offrir une éducation de qualité comme partout ailleurs au pays.

**M. Dave Van Kesteren:** Je me suis peut-être mal exprimé. Ce que je veux dire, c'est que de nombreux jeunes autochtones diplômés... En fait, j'ai entendu dire que jusqu'à 85 % d'entre eux travaillent au sein de la communauté, ce qui est excellent. Nous ne voulons pas les en dissuader, mais il y a tellement de grandes possibilités qui pourraient aider les Premières Nations si leurs membres acceptaient de travailler dans le secteur privé et d'occuper ces emplois. Comment pouvons-nous les encourager à choisir davantage ce secteur plutôt que l'autre?

• (1830)

**Le chef Ghislain Picard:** Nos jeunes ont bel et bien ce choix. En même temps, je dirais que la question se rapporte aux objectifs du gouvernement en place visant à améliorer la gouvernance au sein de nos collectivités aussi. À mes yeux, cela en dit également long sur l'objectif de nos gouvernements autochtones qui souhaitent renforcer leurs propres structures de gouvernance.

**Le président:** Merci, monsieur Van Kesteren.

J'ai un certain nombre de questions à poser. Je vais essayer d'en poser au moins quelques-unes.

Madame Hayashi, je vais commencer par vous.

J'ai beaucoup aimé votre exposé. Dans votre mémoire, vous parlez du soutien accordé aux Réseaux de centres d'excellence et aux Centres d'excellence en commercialisation et en recherche. Vous parlez aussi des Instituts de recherche en santé du Canada. Ensuite, il est écrit ceci:

Il subsiste néanmoins une grande lacune dans notre capacité de tirer le potentiel commercial de recherche de calibre mondial et d'en concrétiser tous les avantages économiques et sociaux.

Je crois que cela faisait probablement consensus lorsque le gouvernement a lancé sa stratégie des sciences et de la technologie en 2007. Des gens, des chercheurs et d'autres personnes sont d'avis

que nous avons mis l'accent sur la commercialisation de la recherche aux dépens du financement de la recherche fondamentale. J'aimerais que vous me parliez de cette préoccupation soulevée par certains chercheurs.

**Mme Kathryn Hayashi:** Il est certain qu'il doit toujours y avoir un équilibre. Un projet ne peut pas voir le jour si aucune recherche n'a été effectuée au préalable. Pour qu'il y ait de l'innovation dans le domaine des soins de santé, il doit y avoir de la recherche fondamentale, et on espère toujours que les aspects les plus facilement commercialisables de cette recherche fondamentale puissent être développés rapidement et à un coût raisonnable par l'entremise d'organismes comme le CRDM.

**Le président:** M. Saxton a posé des questions au premier groupe de témoins au sujet de l'idée de concentrer les investissements dans la recherche pour que les fonds ne soient pas autant divisés et pour que les groupes collaborent. Comme le gouvernement finance beaucoup d'initiatives par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada, certaines personnes estiment que c'est là que le gouvernement devrait concentrer ses investissements.

Pour le financement de la commercialisation, ce n'est peut-être pas la meilleure voie à suivre par contre. C'est pourquoi nous avons les Réseaux de centres d'excellence. Il faut donc éviter de financer un grand nombre d'initiatives différentes, car elles ne mèneront pas nécessairement à la commercialisation ou nous n'en aurons peut-être pas pour notre argent. Il faut aussi éviter que les chercheurs ne disposent pas des fonds nécessaires pour leur permettre de commercialiser leur recherche.

Est-ce que les Réseaux de centres d'excellence constituent le modèle qu'il nous faut? Quelle est la meilleure façon pour le gouvernement de...

**Mme Kathryn Hayashi:** Nous avons obtenu beaucoup de succès. Il s'est agi d'un excellent programme pour nous au début. Nous avons été l'une des premières cohortes des Centres d'excellence en commercialisation et en recherche. Ce programme a été renouvelé, mais il n'est plus suffisant pour nous maintenant.

Lors de la dernière session, on a beaucoup discuté de ce que le gouvernement, le Canada, peut faire pour améliorer les choses. Un organisme comme le CRDM, qui a une vision nationale et qui vise à rassembler les bonnes personnes dans les bons centres régionaux... Par exemple, le CRDM ne veut pas tout concevoir. Il veut tirer profit de ce qui existe déjà et qui fonctionne très bien.

À l'Université Dalhousie, nous avons notre centre de recherche sur le poisson-zèbre. Il s'agit d'un centre de recherche à la fine pointe de la technologie reconnu mondialement. Essentiellement, le poisson-zèbre est un petit poisson transparent. Comme on peut voir à l'intérieur de son corps, on peut observer comment un médicament agit ou on peut seulement observer comment il nage. On peut effectuer des tests sur ces poissons.

C'est un chercheur de l'Université Dalhousie qui dirige ce laboratoire de calibre mondial. Nous pouvons utiliser ses ressources et son expertise et en faire profiter les chercheurs de partout au pays.

**Le président:** Du point de vue des politiques, vaut-il mieux que le gouvernement finance un certain nombre d'initiatives au pays ou est-il préférable qu'il finance non seulement les Réseaux de centres d'excellence, mais aussi d'autres entités? Autrement dit, est-il mieux de financer un programme qui finance des organismes comme le vôtre ou est-il mieux de financer les organismes directement?

**Mme Kathryn Hayashi:** Nous pensons avoir atteint un niveau qui fait de nous le centre national pour la mise au point et la commercialisation des médicaments. Au cours des sept dernières années, nous avons travaillé d'arrache-pied pour établir un réseau national. Nous estimons que les programmes fédéraux ne suffisent plus, et c'est pourquoi nous sommes maintenant à la recherche d'un financement de base qui nous permettra de fonctionner pendant une autre période et de créer une masse critique en vue de continuer de jouer notre rôle de centre national.

• (1835)

**Le président:** Il faudrait pratiquement alors que le gouvernement établisse les critères qu'un organisme comme le vôtre devrait

respecter, et vous ne seriez plus alors financés par les Réseaux de centres d'excellence. Vous seriez plutôt financés directement.

**Mme Kathryn Hayashi:** Oui.

**Le président:** D'accord.

Je suis désolé, mais mon temps est écoulé. J'ai imposé une limite aux autres, alors je vais m'en imposer une également.

[Français]

Merci beaucoup à vous tous et à vous toutes pour vos présentations.

[Traduction]

Si vous avez d'autres informations à nous fournir, veuillez les transmettre à la greffière du comité, et nous ferons en sorte qu'elles soient transmises à tous les membres du comité.

Je vous remercie beaucoup.

La séance est levée.

---







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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

---

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

---

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