



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 037 • 1<sup>re</sup> SESSION • 42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 13 décembre 2016**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le mardi 13 décembre 2016

• (0820)

[Traduction]

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

Nous poursuivons notre séance d'information relative au Sommet sur les opioïdes qui vient d'avoir lieu.

Nous sommes certainement heureux d'accueillir Jane Philpott, ministre de la Santé, parmi nous aujourd'hui. Je crois savoir qu'elle nous quittera après une heure, car elle a d'autres engagements, alors nous devrions nous y mettre sans plus tarder.

Nous accueillons d'autres représentants du ministère de la Santé, à savoir Simon Kennedy, sous-ministre, et Hilary Geller, sous-ministre adjointe. Enfin, nous accueillons le Dr Gregory Taylor, administrateur en chef de la santé publique à l'Agence de la santé publique du Canada, qui nous revient pour une petite visite.

Merci à vous tous d'être venus. Voudriez-vous présenter une déclaration préliminaire, ou préférez-vous que nous passions directement aux questions?

**L'hon. Jane Philpott (ministre de la Santé):** Je serais heureuse de faire une déclaration.

Merci, monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, de me donner l'occasion de venir vous parler aujourd'hui de la crise des opioïdes; c'était, si je ne m'abuse, l'une des raisons pour lesquelles vous m'avez invitée à comparaître aujourd'hui.

Merci, monsieur le président, d'avoir présenté mes collègues de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada.

Je vais formuler quelques observations préliminaires, puis, bien entendu, je répondrai avec plaisir à vos questions.

Avant de commencer, je tiens à remercier le Comité du travail fantastique qu'il a accompli dans de nombreux dossiers; j'apprécie énormément vos efforts, et je suis impatiente de prendre connaissance de toute étude que produira votre comité. Je vous remercie tout particulièrement de votre étude et du rapport que vous avez produits relativement à la crise des opioïdes.

Comme vous le savez, notre pays fait face à un grave problème. Bien entendu, nos opinions sur la stratégie à privilégier diffèrent, mais nous savons, globalement, qu'il s'agit d'un problème qu'il faut aborder sous l'angle de la santé publique. Ce n'est pas une question où la partisanerie entre en jeu. Nous devons nous attacher à sauver la vie des Canadiens.

Je crois que le Comité est bien au courant des statistiques et du fait que des centaines de Canadiens ont déjà perdu la vie cette année. Seulement pour la Colombie-Britannique, en date de la fin d'octobre, on dénombrait plus de 600 décès reliés à une surdose d'opioïdes. Je suis certaine que le Comité a déjà beaucoup entendu parler de dépendance durant son étude. Vous avez entendu des gens vous dire

que tout le monde peut souffrir d'une dépendance, que la dépendance est une maladie chronique affectant des personnes de tous les âges et de tous les groupes socioéconomiques et qu'elle touche toutes les collectivités à l'échelle du pays.

Ces questions sont urgentes. Le nombre de décès reliés à des opioïdes a des racines complexes. C'est un problème à plusieurs facettes et nous devons réagir rapidement.

Je m'attaque à ce problème depuis le tout début de mon mandat en tant que ministre de la Santé, et je prends des décisions en vue de promouvoir la santé et de sauver des vies. Je crois que nous devons continuer d'agir sur la crise des opioïdes au moyen d'une approche axée sur la santé.

Certains d'entre vous savent que je suis allée rendre visite à des travailleurs de première ligne en Colombie-Britannique le mois dernier. Je suis allée à la caserne 2, au centre-ville de Vancouver et j'ai rencontré des ambulanciers paramédicaux, des agents de police et des pompiers ainsi que de nombreux fournisseurs de soins de santé. J'ai été très touchée d'entendre ces gens parler de la réalité sur le terrain et des défis qu'ils doivent relever tous les jours pour essayer de sauver la vie de victimes.

Plus tard ce mois-là, en compagnie du ministre ontarien de la Santé, M. Hoskins, j'ai tenu une grande rencontre, à laquelle certains d'entre vous ont assisté. Il s'agissait d'une conférence, puis d'un sommet, où des représentants gouvernementaux, des professionnels des soins de santé et des membres de la collectivité ont parlé ensemble de la façon d'intervenir.

Nous avons pris de nombreuses mesures sur ce dossier jusqu'à maintenant, à l'échelon gouvernemental, y compris, bien sûr, le travail du Comité. Nous avons continué d'insister sur une approche fondée sur la santé publique. Vous avez sans doute entendu parler de certaines des annonces faites hier, dont je vais vous parler sous peu, mais tout d'abord, je tiens à m'assurer que vous êtes au courant d'un certain nombre de mesures que nous avons prises jusqu'à maintenant.

L'une des premières mesures que nous avons prises a été de veiller à ce que l'on puisse se procurer de la naloxone sans ordonnance. Nous avons également entendu parler du besoin d'obtenir de la naloxone sous forme de vaporisateur nasal, et nous avons été en mesure d'accélérer l'établissement d'un mécanisme d'importation d'urgence pour faire entrer le vaporisateur nasal au pays. Nous avons plus tard réussi à accélérer l'approbation de la production de la version nasale de la naloxone au Canada.

Nous nous sommes rendu compte que nous devons insister sur la réduction des méfaits. À cette fin, j'ai rapidement approuvé une exemption pour que le Dr. Peter AIDS Centre puisse exploiter un site de consommation supervisée à Vancouver. En outre, nous avons pu accorder un renouvellement sans précédent de quatre ans à un établissement extraordinaire situé au centre-ville de Vancouver.

On nous a également demandé de renverser l'interdiction fédérale visant l'utilisation de la diacétylmorphine, aussi appelée héroïne pharmaceutique. Elle a fait ses preuves en tant que médicament pour traiter la dépendance, et elle est maintenant offerte dans le cadre d'un programme d'accès spécial.

La semaine dernière, nous avons pris des mesures pour inscrire aux annexes les précurseurs de fentanyl pour qu'il soit plus difficile d'obtenir certains des produits chimiques utilisés pour fabriquer du fentanyl illicite. Hier, nous avons proposé des modifications de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances ainsi que d'autres lois.

Il importe de reconnaître que nous avons fait cela à la lumière du contexte global. Fondamentalement, il s'agit d'adopter une approche fondée sur la santé pour s'attaquer à la consommation problématique de substances, et la nouvelle Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances remplace l'ancienne Stratégie nationale antidrogue.

Elle établit officiellement l'approche stratégique du gouvernement à l'égard des drogues, qui est exhaustive et qui repose sur la collaboration, la compassion et les données probantes. La responsabilité à l'égard de la stratégie appartient à nouveau au ministre de la Santé, et nous avons rétabli la réduction des méfaits parmi les quatre piliers de la politique relative aux drogues, avec la prévention, le traitement et l'application de la loi.

Vous pourrez me demander des détails plus tard, mais je tenais à vous donner un aperçu de ce que prévoit le projet de loi. Nous avons simplifié l'approche pour les collectivités qui estiment avoir besoin d'un site de consommation supervisée dans la collectivité. À cette fin, nous avons éliminé les 26 critères qui avaient été mis en place dans la loi précédente, et nous les avons remplacés par une exigence selon laquelle le ministre de la Santé doit fournir des données probantes démontrant l'existence d'avantages sur le plan de la santé publique et de la sécurité publique.

Cela découle en partie de l'arrêt de la Cour suprême de 2011 où la Cour a déclaré que le ministre est investi d'une responsabilité générale d'accorder une exemption lorsque les données probantes montrent qu'un site d'injection supervisée va réduire le risque de décès et de maladies et qu'il n'y a pratiquement aucune donnée probante laissant présager un impact négatif sur la sécurité publique.

La Cour suprême nous a également donné des directives sur le genre de choses dont le ministre de la Santé devrait tenir compte au moment de prendre cette décision, et cinq facteurs en particulier ont été mis en relief.

Premièrement, on doit faire la démonstration de l'existence d'un besoin communautaire. Deuxièmement, on doit démontrer que la collectivité a été consultée et a donné son appui. Troisièmement, le ministre doit comprendre l'impact potentiel sur le taux de criminalité. Quatrièmement, des systèmes réglementaires doivent être en place. Cinquièmement, il faut prouver que le site en question est doté de ressources appropriées.

À la lumière de tous ces facteurs, nous savons qu'il y a une abondance de données probantes indiquant que des sites de consommation supervisée bien établis et bien entretenus dans des collectivités qui les veulent et qui en ont besoin, vont sauver des vies, prévenir des infections et intégrer des gens dans le système de

soins de santé d'une façon qui ne va accroître ni la criminalité ni la consommation problématique de drogue.

Plusieurs autres éléments du projet de loi vont peut-être piquer votre curiosité. Vous avez probablement entendu que nous allons interdire l'importation non contrôlée de presses à comprimés et d'instruments d'encapsulation pour aider à contrer la fourniture, la production et la distribution illicites de drogue.

Nous allons retirer de la Loi sur les douanes l'exception qui interdit actuellement aux agents des services frontaliers d'inspecter du courrier qui fait 30 grammes ou moins. Cela va nous permettre de bloquer l'importation de substances dangereuses, comme le fentanyl, qui sont souvent expédiées en très petits paquets.

On prévoit plusieurs autres modifications de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Elles visent à nous procurer une souplesse accrue pour ce qui est de réagir aux risques naissants. Elles nous permettront, par exemple, d'ajouter temporairement une substance qui, selon nous, pose un risque important à la santé publique à une annexe temporaire de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances en attendant qu'on mène un examen complet et qu'on prenne une décision relativement à l'inscription permanente de cette substance aux annexes.

Dans l'ensemble, la réaction à la crise des opioïdes exige l'adoption d'une approche complète. Cela suppose la prise de mesures comme celles que nous avons prises hier, pour essentiellement empêcher des gens de se noyer, pour ainsi dire, mais nous devons aussi prendre des mesures pour nous attaquer aux causes fondamentales, aux raisons pour lesquelles les gens tombent à l'eau, si nous poursuivons la métaphore de l'eau.

L'Association canadienne pour la santé mentale attribue de multiples causes fondamentales à la crise des opioïdes. Certaines de ces causes concernent le système de soins de santé. Le Canada occupe le deuxième rang au chapitre de la consommation par habitant d'opioïdes, et nous avons pris des mesures durant le sommet pour nous attaquer aux racines de la crise qui sont liées aux médicaments d'ordonnance. Nous avons réuni lors de cette réunion sept ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ainsi qu'un large éventail d'intervenants, et nous avons dressé une liste très intéressante et impressionnante de mesures que ces 42 organisations sont déterminées à intégrer à une déclaration conjointe. Nous nous sommes également engagés à rendre des comptes à l'égard des progrès réalisés tous les trois mois.

Je vous remercie d'être ici aujourd'hui. Je vous remercie de travailler à nos côtés afin que nous puissions nous attaquer à ce grave problème qui affecte certains des Canadiens les plus vulnérables. Nous devons agir promptement. Nous devons à nouveau insister sur une approche en matière de santé publique qui comprend la réduction des méfaits et qui s'attaque aux causes fondamentales. Nous devons absolument travailler en collaboration afin de sauver la vie de Canadiens et de promouvoir la santé des Canadiens.

Merci beaucoup.

● (0825)

**Le président:** Merci beaucoup.

Vous vous êtes arrêtée à 10 minutes pile.

Nous allons maintenant passer aux questions. Nous allons faire une première série d'interventions de sept minutes, à commencer par M. Ayoub.

[Français]

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

Madame la ministre, je vous remercie de votre présence et de votre apport important à nos travaux, particulièrement en ce qui a trait à la crise des opioïdes que vous avez mise à l'avant-plan. L'annonce d'hier est en tous points positive et tournée vers l'avenir.

J'ai quelques questions. Je vais me concentrer sur des faits.

On a réduit à cinq le nombre de critères permettant d'ouvrir des centres d'injection supervisée. Il n'y a que deux de ces centres au Canada présentement.

Selon vos prévisions, combien de centres seront ouverts au Canada et quel sera l'échéancier? A-t-on un objectif précis à cet égard ou attend-on d'avoir des discussions avec les provinces et avec les communautés touchées? Comment atteint-on un tel objectif, s'il y en a un?

● (0830)

[Traduction]

**L'hon. Jane Philpott:** Merci beaucoup de poser la question. Vous avez en fait posé toute une série de questions en même temps, et je vais tenter de répondre à chacune d'elles si je le peux.

J'encourage les membres du Comité qui ne l'ont pas encore fait à lire l'arrêt de la Cour suprême de 2011. Il s'est avéré informatif durant l'élaboration du projet de loi déposé hier, et il énonce les critères permettant de déterminer si ces genres de sites devraient être approuvés, et, le cas échéant, quand. Je crois qu'il vous sera très utile.

Vous avez parlé du nombre de sites ouverts actuellement, et vous avez tout à fait raison: jusqu'à maintenant, deux établissements bénéficient d'une exemption, à savoir la Dr. Peter Centre AIDS Foundation et Insite, tous deux situés à Vancouver. Un certain nombre de demandes sont déposées. Je crois qu'il y en a trois de Montréal, si je ne me trompe pas... Non, il y en a quatre maintenant de Montréal, deux de Vancouver et trois de Toronto. C'est ça?

**Une voix:** Oui.

**L'hon. Jane Philpott:** D'accord. Ce sont là les établissements à l'égard desquels nous avons reçu une demande complète. Plusieurs autres collectivités s'affairent à préparer une demande, et mon ministère leur prête main-forte à l'égard de certaines étapes du processus.

L'une des difficultés tenant à la loi actuelle était que nous ne pouvions formuler de commentaires ni même fournir de rétroaction ou commencer un examen sur une demande avant qu'elle soit terminée. Cela suppose, dans certains cas, comme dans celui des nouvelles demandes de Vancouver, que la demande soit presque terminée. Les responsables de ces projets ont du travail à faire — par exemple, rénover les locaux qui seront utilisés —, mais on ne peut faire tout le travail avant que tout soit terminé.

Notre engagement maintenant est d'avoir une approche très différente, d'un certain nombre de façons. L'une d'elles est que nous comptons offrir la possibilité de consigner en ligne de l'information sur l'état d'avancement des projets afin qu'on puisse voir où ils en sont et ce qui manque. On reproche enfin au gouvernement fédéral de ne pas approuver ces sites, alors que, bien souvent, l'approbation du site relève non pas de l'exercice de la compétence fédérale, mais bien, par exemple, de l'offre de soutien par les municipalités locales ou par les gouvernements provinciaux. Nous tenons à préciser cela afin que les défenseurs de ces projets fassent pression sur les bons

acteurs pour que ces établissements puissent ouvrir leurs portes. Une fois que cette loi aura été adoptée, nous sommes également déterminés à permettre l'examen partiel de demandes qui sont en cours d'élaboration.

Hilary aura peut-être des choses à ajouter, mais je veux aussi aborder la dernière question — qui est, selon moi, vraiment importante — au sujet de l'emplacement de ces établissements et du nombre de collectivités où ils se trouveront. À mon avis, il est très important que le comité joue un rôle central à ce chapitre afin qu'on ne cause pas inutilement de l'anxiété dans les collectivités où il n'est pas absolument approprié d'établir des sites de consommation supervisée. C'est une crise qui frappe par endroits. Certes, il y a des gens partout au pays qui succombent à une surdose, mais il y a des régions où la crise est intense, par exemple dans le sud de la Colombie-Britannique.

Dans ces localités qui veulent et requièrent un tel établissement et où l'appui communautaire est fort, nous devons être en mesure de l'offrir pour sauver des vies, mais il y a une foule de localités au pays où ce n'est pas approprié, où la collectivité n'en veut pas et où le besoin n'a pas été démontré. De toute évidence, il est nuisible de cultiver la peur et de laisser entendre qu'il y aura des sites de consommation supervisée à tous les coins de rue. Nous devons veiller à ce qu'il y en ait dans les collectivités qui en ont besoin, qui les réclament de toute urgence parce que des gens meurent, et nous devons soutenir ces collectivités.

Voulez-vous ajouter quelque chose que j'aurais oublié? Non? D'accord.

[Français]

**M. Ramez Ayoub:** Je vous remercie de la réponse. C'est très clair.

On réduit à cinq le nombre de critères pour l'approbation de nouveaux centres. On veut que l'approbation soit plus simple et plus rapide, peut-être, pour les endroits où on en a le plus besoin, comme vous l'avez expliqué. Des gens sont favorables à cela et d'autres y sont opposés. Ce n'est jamais vraiment clair à 100 %.

En ce qui touche un critère en particulier, certaines recommandations ont été faites par des services de police. En outre, il y a le jugement dont vous avez parlé, qui démontre clairement qu'il y a une réduction de la criminalité quand on crée de tels centres, sans compter la réduction du nombre de personnes aux prises avec ce genre de problème qui en meurent soudainement.

Quels gestes allez-vous poser pour influencer, éduquer ou informer les services de police qui semblent être un peu plus réticents? Par exemple, le Service de police d'Ottawa, ce matin, émettait déjà des doutes relativement à l'approche, alors qu'à d'autres endroits au pays, on est vraiment très ouvert et on attend fébrilement ces approbations.

Que compte faire Santé Canada pour aider ces municipalités, ces villes? Y a-t-il une approche particulière?

●(0835)

[Traduction]

**L'hon. Jane Philpott:** Ce sont d'excellentes questions, et elles me donnent la possibilité de préciser qu'il y aura toujours un processus de demande visant à procurer au ministre l'information requise pour déterminer si ces cinq facteurs ont été pris en compte de façon appropriée. Le processus de demande s'assortira de directives relatives à la façon de démontrer, par exemple, une incidence éventuelle sur la criminalité. Il pourrait s'agir, par exemple, d'entretenir une correspondance avec le chef du service de police de la localité. Il y aura des moyens de soutenir les collectivités afin qu'elles soient capables de démontrer que les facteurs précis énoncés par la Cour suprême sont réunis.

Le point que vous soulevez au sujet des doutes formulés par les forces de l'ordre, à l'occasion, au sujet de l'utilité de ce mécanisme est très intéressant. J'encouragerais les membres du Comité — si jamais vous en avez la possibilité et que vous vous trouvez à Vancouver — à visiter certains de ces sites de consommation supervisée établis depuis longtemps, comme celui d'Insite, établi depuis 2003. On ne peut qu'être touché par cet endroit, où les gens sont accueillis sans préjugés, où l'on déploie tous les efforts pour réduire la stigmatisation associée à la consommation problématique de substance, et où les gens sont accueillis et se voient offrir la possibilité d'être aiguillés vers le système de soins de santé, dans la mesure où ils sont prêts.

Quoi qu'il en soit, je pourrais vous parler encore longtemps du travail impressionnant d'Insite et des raisons pour lesquelles je considère vraiment ce site comme une ressource utile dans cette collectivité.

Une chose intéressante s'est produite à Vancouver... Vous avez raison, le projet ne jouissait pas du soutien de toute la collectivité à l'époque où il a été approuvé, mais toutes les données probantes montrent que de nombreuses personnes qui avaient des doutes quant à l'utilité de ce projet — pour ce qui est de réduire le taux de criminalité ou, par exemple, le nombre de seringues souillées dans les parcs locaux — ont fini par changer d'avis. Le soutien communautaire ainsi que le soutien des forces de l'ordre, en particulier la police de Vancouver, sont absolument stupéfiants. Les gens sont convaincus que le mécanisme est efficace, et il n'y a eu aucun décès, en dépit du fait que des centaines de personnes utilisent ces services tous les jours. J'encouragerais certainement les représentants des forces de l'ordre d'autres collectivités qui ont des doutes à aller voir ce que peut accomplir un site efficace.

**Le président:** Merci beaucoup. Votre temps est écoulé.

Bienvenue au sein de notre comité, monsieur Brown. Vous avez la parole.

**M. Gordon Brown (Leeds—Grenville—Thousand Islands et Rideau Lakes, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie également nos fonctionnaires et la ministre d'être venus aujourd'hui.

Selon moi, c'est une bonne chose qu'ils soient ici pour l'étude sur les opioïdes. C'est une chose terrible qui se passe dans notre pays.

Je remercie le gouvernement d'accorder la priorité à cette question. Cependant, madame la ministre, comme vous le savez, je vous ai posé en Chambre trois fois la question au sujet de la thalidomide. Nous avons un avis de motion déposé le 9 décembre 2016 par Rachael Harder, que je remplace aujourd'hui. Voici le texte de la motion:

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le comité entreprenne immédiatement une étude sur la thalidomide qui: a) soit axée sur les survivants oubliés de la thalidomide; b) examine l'efficacité du Programme de contribution pour les survivants de la thalidomide de 2015.

Monsieur le président, cette motion est conforme au Règlement, et je vais maintenant en parler.

Je suis heureux de vous parler de cette motion, qui consiste essentiellement à demander au Comité d'examiner l'efficacité du programme des survivants de la thalidomide. À la lumière des données probantes que j'ai vues, je suis d'avis que le Comité, après avoir étudié la question, demandera qu'on traite équitablement et qu'on indemnise les survivants oubliés de la thalidomide qui ne peuvent produire des documents ou des témoins pour prouver que leur mère a pris de la thalidomide. Je crois que l'étude amènera le Comité à conclure que ces gens doivent faire l'objet d'une entrevue personnelle avec un professionnel qualifié, puis reçoivent tous les tests nécessaires pour démontrer que leurs déficiences physiques ne sont pas causées par une anomalie génétique.

Je sais bien qu'aucun test ne peut prouver l'utilisation de thalidomide par leur mère. Cependant, les caractéristiques physiques affichées par toutes ces personnes ainsi que l'administration de tests génétiques pour démontrer que ce n'est pas autre chose peuvent contribuer énormément à l'établissement d'une conclusion selon laquelle la thalidomide est la cause de leurs déficiences.

Je suis convaincu que cette étude amènera le Comité à recommander que les services aux victimes de Crawford — entreprise qui décide si un survivant sera indemnisé ou pas — essaiera d'inscrire les gens au programme d'indemnisation au lieu de les exclure, comme le veut leur pratique actuelle, d'après les données probantes que j'ai vues.

À plusieurs occasions, en Chambre, j'ai demandé à la ministre de la Santé de se pencher sur cette situation, et elle s'est fait poser la même question par les médias. Elle continue de refuser de faire preuve de compassion à l'égard de ces survivants, alors je demande au Comité d'exercer son indépendance et de mener une étude afin de déterminer ce qu'on pourrait faire pour aider ces gens.

Le 25 octobre, j'ai invité à Ottawa un certain nombre de survivants oubliés afin qu'ils parlent aux médias du caractère inéquitable du processus d'indemnisation actuel. Je veux citer longuement les observations formulées par M. Terry Bolton, qui est dans la salle aujourd'hui, mais avant de faire cela, je veux souligner que M. Bolton vit dans ma localité — Gananoque, en Ontario — et que je le connais depuis la plus tendre enfance.

À voir M. Bolton, si vous savez quoi que ce soit au sujet de la thalidomide, vous pouvez clairement voir qu'il est une victime — ou un survivant — de ce médicament. C'est la première chose qui traverse l'esprit lorsqu'on le voit. Il est atteint de phocomélie — du grec *phôke*, qui veut dire « phoque » et *mêlos*, qui veut dire « membre » —, c'est-à-dire que les mains ou les pieds, ou les deux, commencent immédiatement à la principale articulation, comme les nageoires d'un phoque. C'est la malformation des membres reliée le plus souvent à la thalidomide. Il avait également un pouce supplémentaire, lequel a été amputé à sa naissance, et c'est un autre indicateur notoire de la thalidomide.

Permettez-moi de raconter son histoire dans ses propres mots.

Il a déclaré ce qui suit:

En 2012, j'ai appris que ma mère avait pris de la thalidomide pour contrer ses nausées lorsqu'elle était enceinte de moi, en 1962. J'ai confirmé cela auprès de ses deux soeurs qui vivent encore. Jusqu'alors, on m'avait amené à croire que j'étais un « cadeau » de Dieu et que j'étais « spécial ».

Je me suis mis à m'informer au sujet de tout ce qui concerne la thalidomide. Après avoir fait des recherches, j'ai découvert que mes difformités et les problèmes touchant mes organes internes étaient des « effets secondaires » de la thalidomide.

J'ai subi de nombreuses opérations durant mon enfance. Mes intestins saignaient quelque part, mais on n'a jamais vraiment déterminé où « exactement »; on m'a enlevé mon appendice ainsi que mon diverticule de Meckel.

Il manque des parties à mon oreille interne gauche, de sorte que je souffre de surdité tonale depuis la naissance. Je suis maintenant considéré comme sourd des deux oreilles au sens de la loi.

Je suis également né avec un bras et une main gauche difformes et avec un pouce supplémentaire à la main droite. On me l'a enlevé chirurgicalement à la naissance.

Je suis également né avec des orteils très difformes aux deux pieds, et on m'a opéré pour retirer un os surnuméraire de l'un de mes orteils.

On m'a aussi opéré au coeur afin de corriger ce qu'on appelle le syndrome de Wolff-Parkinson et White. Essentiellement, mon coeur avait une valvule additionnelle qui l'amenait à travailler davantage qu'il ne le devait.

On estime que ce facteur a contribué au taux de mortalité de 40 % chez les bébés de la thalidomide.

● (0840)

J'ai été chanceux, et j'ai vécu avec mon « souffle » pendant 49 ans.

J'ai fait tout ce que je pouvais pour obtenir mes dossiers de naissance et mes dossiers médicaux comme l'a demandé Crawford.

Je me rappelle que mon chirurgien orthopédiste, le Dr John Hazlett, m'avait dit lorsque j'avais huit ou neuf ans: « Nous avons suffisamment de radiographies de toi pour faire six squelettes complets. »

Eh bien, selon l'hôpital où je suis né, tous les dossiers et toutes les radiographies ont été détruits conformément à la « politique de conservation » de l'établissement.

J'ai fait des recherches et j'ai appris qu'un incendie avait éclaté dans le bâtiment hébergeant les archives entre 1975 et 1979.

En outre, des incendies ont ravagé la pharmacie que mes parents fréquentaient ainsi que le cabinet de mon médecin de famille, dans ma ville Gananoque.

Je crois que tous les survivants oubliés, ainsi que d'autres survivants, ont une histoire similaire à raconter.

Et c'est pour cette raison que nous sommes ici. Nous, les survivants oubliés de la thalidomide au Canada, souhaitons être reconnus et indemnisés pour l'erreur tragique commise par le gouvernement canadien en 1959 lorsqu'il a autorisé la distribution de la thalidomide dans NOTRE pays.

Il est temps de réparer une très grave erreur.

C'est la fin des observations qu'il a formulées le 25 octobre.

Comme je viens de Gananoque, je peux confirmer que les incendies mentionnés dans son exposé ont eu lieu. Je me rappelle ces incendies qui se sont déclarés lorsque j'étais adolescent. J'ai parlé à chacune de ces victimes venues ici à Ottawa le 25 octobre, et leurs histoires m'ont vraiment brisé le coeur. Ces personnes ont souffert toute leur vie en raison de leur exposition à la thalidomide, et maintenant, on n'a même pas la décence de leur accorder une entrevue en personne pour voir si elles présentent des signes pouvant être reliés aux effets de la thalidomide. Elles ont toutes connu des problèmes de santé extrêmes qui se poursuivent aujourd'hui. Ces problèmes ont exigé des hospitalisations et des opérations. Nombre de ces personnes ont subi la violence et la cruauté d'autres enfants.

De nombreuses personnes, comme M. Bolton, ont obtenu toute la formation qu'elles pouvaient, mais ont été incapables de travailler ou même de trouver un emploi. Une femme, qui a fait l'objet d'un récent reportage à *W5* au sujet des survivants oubliés qui ont subi le rejet toute leur vie, vit seule dans un coin reculé de la Colombie-Britannique.

Comme je l'ai dit, leurs histoires m'ont brisé le coeur. La chose qui me dérange vraiment...

● (0845)

**Le président:** Je suis désolé, monsieur Brown, votre temps est écoulé. J'ai peu de temps de consacrer à cette motion. Est-ce que vous présentez la motion?

**M. Gordon Brown:** Je présente la motion, et je...

**Le président:** D'accord. Je voulais seulement déterminer si vous comptez maintenant consacrer vos sept minutes à cette motion.

**M. Gordon Brown:** Cette motion, monsieur le président, est conforme au Règlement.

Comme je l'ai dit, leurs histoires me brisent le coeur. La chose qui me dérange vraiment dans tout cela, c'est que nous parlons de deux ou trois douzaines de personnes.

**M. John Oliver (Oakville, Lib.):** J'invoque le Règlement.

**Le président:** Allez-y, monsieur Oliver.

**M. John Oliver (Oakville, Lib.):** Je remercie le député de s'être exprimé avec passion et d'avoir présenté la motion, mais nous sommes en présence de la ministre de la Santé, qui est ici pour nous parler de la crise des opioïdes. Nous avons interrompu nos travaux pour nous pencher sur cette crise, alors je propose que nous suspendions le débat sur ce sujet et retournions à notre discussion sur la crise des opioïdes.

**M. Gordon Brown:** Monsieur le président, ma motion est conforme au Règlement, et j'ai la parole. Ce n'est pas un rappel au Règlement.

**Une voix:** Il a raison.

**M. Gordon Brown:** Ce qui me dérange dans tout ça, c'est que nous parlons seulement de deux ou trois douzaines de personnes. Au bout du compte, est-ce que le fait d'aider ces personnes aura une grande incidence financière sur notre pays? Mettons en perspective le coût à engager pour veiller à ce que la vie de ces personnes soit un peu plus facile, pour le temps qu'il leur reste. Comme je l'ai dit en Chambre, il est honteux de penser que nous — les députés du plus grand pays au monde — ne pouvons pas collectivement faire quelque chose pour aider quelques-uns de nos concitoyens qui souffrent depuis leur naissance à cause d'une décision prise par le ministère fédéral de la Santé de leur pays.

Le Canada a offert un programme d'indemnisation en 1991. Il comprenait un examen en personne. De nombreuses personnes, comme M. Bolton, n'étaient pas au courant du programme de 1991 — ou comme dans son cas — leur mère ne leur a jamais avoué qu'elle avait pris de la thalidomide. Ce n'est qu'après la mort de sa mère qu'il a appris la vérité de ses tantes.

Il importe de signaler que le Canada n'est pas le seul à avoir indemnisé les victimes. Des pays comme la Grande-Bretagne, l'Allemagne — là d'où vient le médicament — et l'Australie ont également offert des programmes d'indemnisation à leurs victimes. En Grande-Bretagne, il y a eu un premier programme, puis un deuxième — bonifié — a été offert lorsque les victimes se sont rendu compte que le premier programme d'indemnisation ne suffisait pas. Les victimes ont bénéficié de la courtoisie d'un examen en personne.

Pour ceux qui ne comprennent peut-être pas ce qu'est la thalidomide, laissez-moi utiliser l'information d'un site Web créé pour informer les Canadiens. Ceci va vous permettre de comprendre l'histoire et le contexte.

La thalidomide a été mise en marché en Allemagne de l'Ouest par la société pharmaceutique Chemie Grünenthal, en 1954. Certaines données portent à croire qu'elle aurait été mise au point par des chercheurs nazis pendant la Seconde Guerre mondiale. Cela découle du fait qu'un nazi avéré a été embauché par la société pharmaceutique peu après la mise en marché de la thalidomide. Elle a été offerte à des patientes en Allemagne de l'Ouest pendant les années 1960. La thalidomide a été distribuée dans au moins 46 pays, sous différents noms de marque. La thalidomide a été mise à la disposition des Canadiennes, sous forme de comprimé, vers la fin de 1959. On l'a prescrite à de nombreuses Canadiennes enceintes pour soulager les nausées matinales et pour les aider à dormir.

L'état de certains survivants oubliés d'aujourd'hui est imputable à des échantillons distribués à leur mère. Cela signifie qu'ils ne pourraient produire une ordonnance même si les dossiers de la pharmacie existaient toujours. Selon des preuves non confirmées, le médicament a peut-être été introduit au Canada encore plus tôt, par des médecins qui avaient découvert ce médicament durant leur service en Corée. Elle a été homologuée aux fins de prescription au Canada le 1<sup>er</sup> avril 1961. Même si la thalidomide a été retirée des marchés de l'Allemagne de l'Ouest et du Royaume-Uni dès le 2 décembre 1961, elle est demeurée légalement disponible au Canada jusqu'au 2 mars 1962, pas moins de trois mois plus tard. Fait incroyable, la thalidomide était toujours offerte par certaines pharmacies canadiennes à la mi-mai 1962. Des échantillons ont peut-être été distribués au-delà de cette date.

La thalidomide a été qualifiée de médicament miracle, qui procurait un sommeil profond et sécuritaire. La thalidomide était un sédatif capable de combattre bon nombre des symptômes liés à la nausée du matin chez les femmes enceintes. On s'est rendu compte trop tard que les molécules de la thalidomide pouvaient traverser la barrière placentaire.

La thalidomide était un médicament catastrophique avec des effets secondaires tragiques. Non seulement un pourcentage de la population a souffert de névrite périphérique, une forme d'effet secondaire dévastateur et parfois irréversible, mais la thalidomide s'est fait tristement connaître comme le meurtrier et la source d'invalidités de milliers de bébés.

Prise pendant la grossesse — particulièrement au cours d'une période de temps précise durant le premier trimestre —, la thalidomide cause des malformations congénitales surprenantes et engendre la mort de bébés. Toute partie du fœtus qui était en développement au moment de l'ingestion du médicament peut être affectée. Voici quelques-unes des malformations congénitales des bébés survivants: surdité, cécité, défigurement, fente palatine, de nombreuses autres invalidités internes et, bien entendu, les invalidités les plus souvent associées à la thalidomide: la phocomélie, dont souffre M. Bolton.

Les chiffres varient d'une source à l'autre étant donné qu'aucun recensement n'a jamais été effectué, mais on prétend qu'entre 10 000 et 20 000 bébés sont venus au monde handicapés à cause de la thalidomide. Il existe environ 5 000 thalidomidiens survivants aujourd'hui dans le monde entier. On n'a jamais dénombré et on ne saura jamais le nombre de bébés avortés ou mort-nés, sans parler des membres de la famille et des parents qui ont souffert au fil des ans, portant le fardeau de leur conscience, d'une part, et des soins à leurs enfants affectés.

À la fin des années 1960 jusqu'au début des années 1970, les victimes de la thalidomide et leur famille de partout dans le monde ont entrepris des recours collectifs ou menacé de poursuite, diverses

compagnies pharmaceutiques qui avaient fabriqué et distribué le médicament. Les victimes ont fini par recevoir un dédommagement. Dans la plupart des pays, ces dédommagements comprenaient des paiements mensuels ou annuels établis selon le niveau d'invalidité de la personne.

● (0850)

Au Canada, les choses se sont déroulées différemment. Les victimes canadiennes ont été forcées de se débrouiller individuellement, famille par famille. Aucun cas n'a pu bénéficier d'un jugement en cour. Les familles ont plutôt dû se contenter d'un règlement hors cour et se soumettre à une ordonnance de non-communication, en vertu de laquelle ils ne pouvaient discuter du montant du règlement.

Vous serez étonnés d'apprendre que même aujourd'hui, lorsqu'on indemnise les survivants, ces derniers ne peuvent divulguer le montant qu'ils ont reçu. Les ordonnances de non-communication antérieures ont occasionné de grandes disparités dans le montant des indemnités, de sorte que des gens atteints d'un même niveau d'invalidité pouvaient recevoir des règlements variant de plusieurs centaines de milliers de dollars.

En 1987, les Amputés de guerre du Canada ont mis sur pied le groupe de travail sur la thalidomide pour obtenir du gouvernement canadien un dédommagement pour les victimes de la thalidomide nées au Canada. Étant donné que le Canada avait permis la mise en marché du médicament alors que de nombreux avertissements avaient déjà été lancés sur les effets secondaires liés à la thalidomide, et qu'il avait laissé le médicament sur le marché pendant trois mois entiers après que la majorité des pays l'avaient enlevé des tablettes, on avait le sentiment que le gouvernement du Canada avait une responsabilité morale de veiller à ce que les victimes de la thalidomide jouissent d'un dédommagement adéquat.

En 1991, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social — maintenant Santé Canada —, par l'intermédiaire de ce qu'on a appelé le « Régime d'aide extraordinaire », a accordé de petites subventions forfaitaires de commisération aux thalidomidiens canadiens. La somme forfaitaire était consentie à *titre gracieux*, ce qui veut dire qu'Ottawa ne reconnaissait aucune responsabilité juridique en versant cet argent. On a versé au total 8,5 millions de dollars, c'est-à-dire une somme variant de 52 000 \$ à 82 000 \$ par victime, selon la gravité de l'invalidité. Ces versements ont été rapidement utilisés pour couvrir certains des coûts très élevés de leurs déficiences, et pour la plupart des victimes, les montants ont été vite épuisés.

Les thalidomidiens sont maintenant au début de la cinquantaine et éprouvent de nouvelles détériorations physiques en raison du stress imposé à leurs structures corporelles différentes, ce qui limite davantage leurs capacités et finit par causer de nouvelles déficiences — en raison de la dégénérescence des articulations et des membres —, ce qui exacerbe encore davantage la tragédie. Les besoins et problèmes de cette population unique sont nombreux et marquants et font qu'il est encore plus difficile pour eux de s'adapter et de survivre au quotidien.

Voilà donc le contexte dans lequel s'inscrit l'offre d'indemnisation du gouvernement de 2015.

Il convient de noter que, grâce à différents appels interjetés en Grande-Bretagne, près de 470 000 survivants de la thalidomide reçoivent maintenant un paiement annuel de 88 000 \$ chacun, de la part du gouvernement britannique et du distributeur de la thalidomide. En Allemagne, premier endroit où le médicament a été mis en marché, le gouvernement fédéral verse à ses 2 700 survivants une pension pouvant aller jusqu'à 110 000 \$ par année.

Ici au Canada, grâce au programme d'indemnisation lancé en 2015 par la ministre de la Santé d'alors, Rona Ambrose, chaque victime de la thalidomide devait recevoir une somme forfaitaire de 125 000 \$ ainsi qu'une pension annuelle non imposable de 25 000 \$, 75 000 \$ ou 100 000 \$, selon la gravité de leur état, jusqu'à la fin de leurs jours. En outre, les survivants ont accès à un fonds d'aide médicale extraordinaire de 500 000 \$ pour couvrir le coût de dispositifs favorisant la mobilité et d'autres outils d'adaptation dont ils pourraient avoir besoin.

Le problème qu'il reste à régler, bien entendu, c'est le cas des « survivants oubliés », comme ils préfèrent s'appeler. Il s'agit d'un petit groupe de personnes, probablement moins de deux douzaines de cette période... J'ai presque fini, monsieur le président.

**Le président:** Je veux seulement expliquer. La ministre doit maintenant partir parce qu'elle a d'autres engagements. Nous avions convenu de cette heure afin de nous adapter à son horaire...

**M. Gordon Brown:** La ministre était censée être ici jusqu'à 10 heures. Il me reste environ une minute, monsieur le président.

**Le président:** ... alors elle doit partir.

**M. Gordon Brown:** Ce sont des gens comme M. Bolton. Après des mois à tenter de prouver leurs dires, ils recevaient une lettre-type de rejet chez eux. Comme je l'ai dit plus tôt, c'est honteux, dégoûtant et, bien franchement, embarrassant, pour nous tous, en tant que parlementaires, et ça l'est aussi pour le Canada en tant que pays bienveillant et compatissant.

La ministre a refusé d'aborder la question avec Crawford, alors je demande à la ministre, qui est ici, de se pencher à nouveau sur la question. Je demande également au Comité d'appuyer cette motion et d'exercer son indépendance en étudiant la question, en appelant des survivants et des experts médicaux à témoigner et en décidant comment nous pouvons leur venir en aide. À mon avis, cela peut être accompli grâce à un simple examen effectué par un professionnel qualifié.

D'autres pays l'ont fait. Pourquoi pas le Canada? Ces victimes ont connu toute une vie de douleur, de souffrance, de discrimination et d'occasions manquées. Évitez à ces gens un autre Noël triste et déprimant.

Merci beaucoup.

• (0855)

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous sommes saisis d'une motion. Est-ce que quelqu'un a des observations à formuler?

Madame la ministre, si vous devez partir, vous pouvez le faire, puisque c'est ce que nous avions convenu.

Commençons par M. Davies.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Monsieur le président, je vais maintenant utiliser mes sept minutes pour poser des questions à la ministre au sujet de la crise des opioïdes, puisque c'est la raison pour laquelle elle est ici.

Madame la ministre, premièrement, je tiens à vous remercier d'avoir déclaré publiquement, encore une fois, qu'il convient de traiter la dépendance comme un problème de santé...

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Ne sommes-nous pas saisis d'une motion, monsieur le président? Devrions-nous débattre de la motion?

**Le président:** Il a demandé la parole. Il a choisi de faire cela, mais son intervention ne concerne pas la motion, alors voulez-vous parler de la motion? Nous devons débattre de la motion.

Avez-vous terminé?

**M. Don Davies:** Non, je n'ai pas terminé, monsieur le président.

Je vais parler de la motion lorsque j'arriverai à la question de la thalidomide, mais pour l'instant, je vais axer ma question...

**Le président:** Non, nous devons débattre de la motion.

**M. Don Davies:** Eh bien, monsieur le président, je ne suis pas obligé de m'en tenir au sujet étudié, je peux m'intéresser à des questions périphériques.

Je vais finir par faire un lien entre l'impact dévastateur des opioïdes et l'impact dévastateur de la thalidomide, mais je demanderais qu'on m'accorde une certaine marge de manoeuvre.

**Le président:** Allez-y.

**M. Don Davies:** Merci.

J'aimerais également remercier la députée d'avoir rétabli la réduction des méfaits en tant que pilier de l'intervention en la matière. Comme en témoigne le propos de mon collègue à l'instant, les Canadiens font face à un certain nombre d'affections différentes, des effets dévastateurs de la thalidomide jusqu'à l'actuel problème de la dépendance aux opioïdes qui fait rage au pays.

Madame la ministre, comme vous le savez, le Parti libéral a déclaré publiquement, en 2015, que le projet de loi C-2 des conservateurs avait été conçu pour faire obstacle à l'ouverture de sites d'injection supervisée. Bien sûr que ça l'était, puisque nous savons que pas un seul site d'injection supervisée a ouvert ses portes depuis la promulgation de cette loi.

De nombreux intervenants demandent — depuis plus d'un an maintenant — à votre gouvernement d'abroger le projet de loi C-2, et il ne s'agit pas d'une préoccupation purement théorique. Au cours de la dernière année seulement, plus de 2 000 Canadiens — comme vous l'avez signalé — ont succombé à une surdose de drogue, principalement des opioïdes, tout comme des gens sont morts à cause de la thalidomide.

Maintenant, au cours de la dernière semaine d'activités parlementaires de 2016, vous avez déposé un projet de loi visant à simplifier le projet de loi C-2, et j'en félicite le gouvernement. Bien sûr, comme c'est la dernière semaine avant que le Parlement ajourne pour Noël, ce projet de loi ne sera pas examiné avant février 2017 et ne sera pas adopté avant le printemps 2017, dans le meilleur des cas. C'est dans plusieurs mois.

Le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique a déclaré, hier soir, que la crise des opioïdes dans sa province est « comme une guerre » et qu'il faut adopter cette loi sans tarder. Je crois que le Dr Perry Kendall, médecin en chef de la Colombie-Britannique, a dit la même chose — c'est-à-dire que la province n'attendra pas —, et vous avez signalé — avec beaucoup de vigueur, à mon avis — l'impact de ces opioïdes dans ma province: presque 7 000 habitants de la Colombie-Britannique vont en mourir cette année.

Des cliniques improvisées ouvrent leurs portes en Colombie-Britannique pour fournir des services d'urgence, et soit elles sont illégales, soit elles évoluent dans une zone grise sur le plan juridique.

Comme vous le savez, le Comité a effectué une étude d'urgence de la crise des opioïdes, et la toute première recommandation soumise par le Comité à votre gouvernement, avec l'appui de tous les partis, a été de déclarer cette crise une situation d'urgence nationale en matière de santé publique, tout comme l'a été la thalidomide. Une telle déclaration permettrait de conférer à l'administrateur en chef de la santé publique le pouvoir extraordinaire d'agir immédiatement pendant que votre projet de loi fait son chemin dans la Chambre au cours des trois ou quatre ou cinq prochains mois, y compris ouvrir d'urgence des cliniques pour la consommation sécuritaire, pour l'administration de naloxone ou pour des tests de dépistage... Bref, tout ce que ces cliniques d'urgence peuvent faire maintenant pour sauver des vies.

La question que je vous pose, madame la ministre, est la suivante: pourquoi ne déclarez-vous pas une situation d'urgence nationale en matière de santé publique afin que l'administrateur en chef de la santé publique soit investi de ces pouvoirs extraordinaires dans les 90 prochains jours, et que nous puissions commencer à sauver des vies dès maintenant, pendant que votre loi fait son chemin dans le processus?

• (0900)

**Le président:** Est-ce que vous invoquez le Règlement?

**M. John Oliver:** C'est un peu inhabituel, mais je ne crois pas que les témoins aient la possibilité de participer à un débat sur une motion.

**Le président:** Vous soulevez un bon point. Avons-nous une décision sur cet aspect?

Le témoin peut formuler des commentaires s'il le désire.

**M. Don Davies:** Merci, monsieur le président.

Je trouve inhabituel que la ministre de la Santé ne puisse participer à un débat sur une question concernant une crise de la thalidomide ou des opioïdes.

**L'hon. Jane Philpott:** Merci.

Je crois comprendre, monsieur le président, que vous aimeriez que je réagisse à la dernière intervention?

**Le président:** C'est votre choix.

**L'hon. Jane Philpott:** D'accord. Merci.

Comme il me reste peu de temps avant de partir, je vais parler très brièvement de la motion qui a été mentionnée, mais j'aimerais également formuler des commentaires à l'égard de l'information qui m'a été apportée par le premier intervenant au sujet de la motion. Je vais commencer là.

Comme le savent les membres du Comité, ma présence ici découle d'une motion visant à m'inviter à venir parler de la crise des opioïdes, alors je veux m'assurer de commenter la dernière chose qui a été dite. Vous avez soulevé un certain nombre de choses, et je crois que votre

demande la plus directe était que je déclare une situation d'urgence nationale à cet égard. Je pense qu'il est important de répondre à cela.

Les mécanismes à la disposition du gouvernement fédéral pour ce qui est de déclarer une urgence sont quelque peu différents des pouvoirs conférés aux gouvernements provinciaux en la matière. La Colombie-Britannique a déclaré une urgence en matière de santé publique, et j'ai jugé utile de lui fournir les outils qu'elle ne possédait pas déjà.

La législation fédérale comprend actuellement une Loi sur les mesures d'urgence. C'est une version moderne de l'ancienne Loi sur les mesures de guerre, qui a été appliquée à trois occasions: la Première Guerre mondiale, la Deuxième Guerre mondiale et la crise d'octobre. L'actuelle Loi sur les mesures d'urgence n'a jamais été appliquée. J'ai demandé à mon ministère, y compris l'Agence de la santé publique du Canada, de mener une enquête afin de déterminer si la déclaration d'une urgence en vertu de la Loi sur les mesures d'urgence serait appropriée.

Pour faire cela, il nous faudrait avoir épuisé toutes les autres ressources possibles, et il s'agirait essentiellement d'assumer des pouvoirs qui relèvent actuellement des gouvernements provinciaux afin de pouvoir prendre des mesures touchant la santé publique. À la lumière de l'analyse menée par le ministère jusqu'à maintenant, on juge qu'une telle déclaration ne serait pas appropriée dans les circonstances.

N'allez surtout pas croire que nous ne reconnaissons pas la gravité de la crise des opioïdes. Je continue d'affirmer que, si nous étions d'avis que la déclaration d'une urgence nationale nous procurerait des outils que nous n'avons pas déjà, alors clairement nous aurions la responsabilité de le faire. Or, jusqu'à maintenant, nous jugeons que l'absence de déclaration d'une situation d'urgence ne nous a pas empêchés de recourir à tous les outils à notre disposition. Cela dit, nous avons cherché des solutions de rechange autres que la Loi sur les mesures d'urgence qui nous permettraient de mettre à contribution davantage de ressources et de mécanismes.

Je sais que la Colombie-Britannique a utilisé sa déclaration comme moyen d'obtenir de meilleures données et d'assurer une meilleure surveillance. Si nous avons le temps, l'administrateur en chef de la santé publique pourrait vous entretenir, entre autres choses, des mesures qu'il a prises en vue de constituer un nouveau comité consultatif spécial.

Nous avons décidé d'envisager la crise des opioïdes sous le même angle qu'une maladie infectieuse épidémique. Le comité consultatif spécial est un outil qui a été utilisé dans le cadre de choses comme la crise du H1N1 et la crise de l'Ebola, et on l'a aussi utilisé en réaction à la crise des réfugiés syriens. Cet outil donne à l'administrateur en chef de la santé publique l'occasion de travailler avec des médecins hygiénistes du réseau de la santé publique de partout au pays afin d'accomplir un travail beaucoup plus efficace que ce que nous faisons actuellement, de nous approcher le plus possible de l'information en temps réel en ce qui concerne les données et la surveillance.

J'ignore si vous voulez que je prenne le temps de le faire, mais l'administrateur en chef de la santé publique pourrait vous donner de l'information. Je crois qu'il va rencontrer demain des médecins hygiénistes et des agents de santé publique de partout au pays pour parler de l'obtention de ce genre d'information. Merci de soulever la question.

L'autre chose que le Comité a recommandée était la constitution d'un groupe de travail, et je suis heureuse de dire que Santé Canada a donné suite à cette recommandation. Ce sont des exemples de choses que nous faisons afin de pouvoir intervenir dans ce dossier.

Je devrais réagir précisément à la motion mise de l'avant, et je serais ravie de m'entretenir avec M. Brown sur cette question à un autre moment, vu que nous sommes ici pour parler des opioïdes. Je crois qu'il a présenté une motion intéressante qui consiste essentiellement à évaluer un mécanisme proposé par la ministre de la Santé précédente, qui est maintenant chef de l'opposition.

Le processus actuellement en place à l'égard des victimes éventuelles de la thalidomide a été instauré par le gouvernement précédent; il a établi des mécanismes permettant de déterminer qui sera indemnisé et d'accorder aux personnes qui ne satisfont pas aux critères la possibilité de réagir à un refus.

● (0905)

Je me réjouis du fait que Crawford & Company a été en mesure de reconnaître, si je ne trompe pas, 26 autres personnes répondant aux critères, et je crois qu'une personne a été admise au programme pas plus tard que la semaine dernière. L'entreprise continue de trouver de nouvelles personnes qui ont souffert à cause de la thalidomide.

Cela dit, si le Comité juge qu'il est approprié d'examiner le processus mis en place par le gouvernement précédent afin de déterminer s'il s'agit effectivement d'un processus équitable, le Comité a, de toute évidence, le pouvoir de le faire.

**Le président:** D'accord.

Je vais passer à M. Oliver.

Avant de donner la parole à M. Oliver, j'aimerais seulement dire quelque chose à M. Brown. Il est manifeste que ce dossier vous interpelle vraiment et qu'il suscite énormément votre compassion et votre préoccupation. L'une des dernières personnes approuvées par Crawford & Company vient de ma circonscription. Il s'agit d'une dame qui a tenté d'obtenir une indemnisation pendant des décennies, sans succès, mais elle a été indemnisée dans le cadre du nouveau système.

Je tiens seulement à dire que le Comité a étudié de nombreuses motions présentées par des membres de l'opposition. Elles ont été étudiées avec le plus grand sérieux, selon moi. Je comprends vos préoccupations, et je comprends que ce dossier inspire votre compassion. C'est le cas de nous tous. Toutes les personnes ici présentes sont interpellées par ce dossier. Nous voulions effectivement entendre le point de vue de la ministre, mais, quoi qu'il en soit, s'il y a des enjeux à étudier, nous les étudierons. Je tenais seulement à dire cela.

Monsieur Oliver, c'est à vous.

**M. John Oliver:** Je veux tout simplement me faire l'écho de ce que vous avez dit, monsieur le président. Nous avons bien sûr tous entendu le plaidoyer passionné portant sur l'examen du programme et la nature des enjeux, mais l'ordre du jour de la réunion d'aujourd'hui du Comité a déjà été établi. Le Comité a un certain nombre d'autres priorités. Je propose d'arrêter pour l'instant le débat sur la motion afin de reprendre les travaux du Comité prévus. Nous pourrions discuter de cette motion plus tard.

**Le président:** C'est une motion pour suspendre la motion.

**M. John Oliver:** Désolé. Je veux ajourner le débat.

**Le président:** Il est proposé que nous ajournions le débat sur la motion.

Je vais soumettre cette proposition au vote, mais je veux vous assurer que cette question ne sera pas oubliée. Nous allons y revenir. Nous serons heureux de vous entendre à nouveau à ce sujet.

Tous ceux qui sont en faveur de la motion d'ajourner pour l'instant le débat sur l'enjeu de la thalidomide? Tous ceux qui sont contre?

(La motion est adoptée.)

**Le président:** Nous allons maintenant reprendre notre étude sur les opioïdes. À qui étions-nous rendus sur la liste des intervenants?

Allez-y, monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Merci, monsieur le président.

Merci, madame la ministre.

Nous allons revenir sur la crise des opioïdes.

Le Comité a rencontré de nombreux témoins qui nous ont dit directement qu'ils manquent terriblement d'installations de désintoxication et de traitement de la toxicomanie pour les Canadiens et que c'est une composante cruciale du soutien à la lutte contre la dépendance aux opioïdes et, par conséquent, à la prévention des décès au Canada. Nous savons que les gens qui meurent dans la rue sont principalement des toxicomanes dépendants aux opiacés. Par conséquent, du point de vue de la prévention, le fait de s'assurer que tous les Canadiens ont accès à un traitement de la toxicomanie accessible et financé publiquement est un aspect clé de la question touchant la demande.

C'est pour cette raison que le Comité a formulé trois recommandations distinctes dans son rapport à l'intention de votre gouvernement, rapport qui demande d'importants nouveaux fonds publics pour des traitements de désintoxication et des traitements de la toxicomanie communautaires pour les Canadiens.

Dans votre lettre de présentation de la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances présentée hier, vous avez dit, et je cite:

Je suis convaincue que les autorisations proposées, auxquelles s'ajoutent les nombreuses mesures et nombreux engagements fédéraux et provinciaux pris jusqu'à maintenant, nous aideront à combattre la crise actuelle des surdoses d'opioïdes et des décès connexes de façon exhaustive, compatissante et fondée sur des données probantes.

Madame la ministre, nous n'avons été informés d'aucun engagement de votre gouvernement concernant d'importants investissements pour assurer le traitement de la toxicomanie au Canada. De quelle façon pouvez-vous dire que votre stratégie est exhaustive sans de tels investissements?

● (0910)

**L'hon. Jane Philpott:** Je vous remercie de la question. Elle est excellente. Vous avez tout à fait raison: notre réaction à la crise des opioïdes doit être exhaustive.

Le contenu du projet de loi présenté hier concerne en grande partie un mécanisme de traitement précis, soit la possibilité de prendre d'autres mesures de réduction des méfaits. L'objectif était de composer avec le processus actuel auquel doivent se soumettre les collectivités qui veulent ouvrir des sites de consommation supervisés.

Il y avait d'autres composantes du projet de loi, comme vous le savez, qui contribuent à la stratégie globale de lutte contre les opioïdes. Il est question de notre besoin de nous assurer de réduire l'accès aux opioïdes inutiles, et, tout particulièrement, illicites. Il y a une bonne partie du projet de loi qui est liée à cet aspect de la question.

Je suis heureux que vous ayez soulevé le sujet du traitement, et je sais que c'est un enjeu qui a souvent été soulevé, ici. Laissez-moi vous dire que, lorsque je rencontre des premiers répondants, par exemple, et quand je rencontre des professionnels de la santé qui sont aux prises avec ce problème, ils disent que le traitement est l'un des dossiers les plus pressants.

C'est un domaine où, je l'espère, nous pourrions trouver des moyens de travailler en collaboration avec nos partenaires pour améliorer les services de traitement qui, de façon générale, relèvent des provinces et des territoires. C'est un domaine où, selon moi, les provinces et les territoires doivent déployer des efforts pour ouvrir plus d'installations et rendre ces installations plus accessibles.

Par exemple, vous savez que nous sommes en train de négocier un accord sur la santé avec les provinces et les territoires. Je leur ai dit très clairement que les enjeux liés à la santé mentale et la toxicomanie sont très importants pour nous, au gouvernement, et que, en fait, nous aimerions pouvoir investir afin de mieux les soutenir afin qu'ils puissent obtenir de meilleurs résultats au chapitre de la prestation de soins de santé mentale et de la toxicomanie.

Nous pourrions obtenir de plus amples renseignements des provinces et des territoires sur la façon dont nous pouvons les aider et sur leurs plans ou pour offrir plus de services de traitement. Ce serait là, pour nous, une occasion — espérons que ce soit possible par l'intermédiaire de l'accord sur la santé et à la lumière de nos engagements à l'égard de la santé mentale — d'investir afin de mieux soutenir les gens, au chapitre de la prévention de la toxicomanie grâce au traitement de la maladie mentale à la base, et en offrant des services de traitement de la toxicomanie.

J'espère que vous pourrez en apprendre davantage à ce sujet bientôt.

**M. Don Davies:** Merci, madame la ministre.

Votre gouvernement mérite des éloges pour l'augmentation importante des fonds qu'il consacre au Fonds mondial de lutte contre le VIH et le sida à l'échelle internationale. Malheureusement, votre gouvernement a récemment refusé des fonds ou réduit les fonds destinés à de nombreuses organisations qui soutiennent la lutte au VIH et qui fournissent des services, ici, au Canada, y compris certaines qui jouent un rôle clé dans la lutte contre la crise des surdoses d'opioïdes.

Vous engagez-vous à renverser ces compressions et à vous assurer que chaque groupe qui a, dans le passé, reçu des fonds dans le cadre du Fonds d'initiatives communautaires en recevra de nouveaux? J'apprécierais une réponse courte.

**L'hon. Jane Philpott:** Je crois que vous savez que nous avons travaillé en collaboration avec les organismes qui allaient possiblement essayer une interruption de leur financement par l'intermédiaire du Fonds d'initiatives communautaires. J'ai demandé à l'Agence de santé publique du Canada de parler directement avec chacune de ces organisations et de maintenir leur financement. Nous sommes déterminés à continuer de soutenir ces organisations jusqu'en 2018.

D'ici là, je cherche à trouver d'autres ressources afin de pouvoir élargir l'approche fédérale dans le cadre de la lutte aux infections transmises sexuellement et par le sang, y compris par l'intermédiaire du Fonds d'initiatives communautaires. J'espère que nous trouverons des mécanismes pour continuer à soutenir ces excellents organismes.

**M. Don Davies:** Merci, madame la ministre.

Madame la ministre, comme vous le savez, l'augmentation des services de soins à domicile à l'intention des Canadiens est une

innovation vraiment essentielle à notre système de soins de santé, et j'aimerais vous poser des questions à ce sujet.

Je vais citer le premier chapitre du programme libéral de 2015:

Nous négocierons un nouvel Accord sur la santé avec les provinces et les territoires, qui inclura une entente de financement à long terme.

Nous nous engageons à investir immédiatement trois milliards de dollars au cours des quatre prochaines années pour améliorer quantitativement et qualitativement l'offre de services de soins à domicile aux Canadiens.

Madame la ministre, comme on le voit très bien en consultant votre programme, l'engagement des libéraux à investir 3 milliards de dollars pour les services de soins à domicile était tout à fait indépendant de la question de l'accord sur la santé, et vous avez promis de commencer à investir ces fonds durant la première année de votre mandat. Nous commençons maintenant la deuxième année au pouvoir. Les Canadiens n'ont pas reçu un sou des fonds fédéraux pour les soins à domicile, et vous avez lié les fonds des soins à domicile aux négociations de l'accord sur la santé.

Pourquoi n'avez-vous pas respecté votre promesse électorale?

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

Vous savez que nous sommes déterminés à nous assurer que nos investissements dans la santé amélioreront les systèmes de santé partout au pays. Il est bien connu qu'investir dans les soins à domicile permettra aux provinces et aux territoires de fournir aux gens les soins dont ils ont besoin d'une façon plus efficace.

Nous sommes fermement résolus à consacrer 3 milliards de dollars aux soins à domicile. Nous voulions le faire en collaboration, bien sûr, avec nos partenaires dans les provinces et les territoires. Par conséquent, nous avons inclus ce dossier dans les négociations en vue d'un accord sur la santé.

Je crois encore que nous réussirons à terminer les négociations le plus rapidement possible, mais il faut un certain temps pour conclure les arrangements. J'espère de tout coeur que nous mettrons la dernière main à un accord sur la santé qui inclura les fonds pour les soins à domicile. Je crois qu'il est essentiel de procéder à ces investissements dans le prochain budget fédéral et, assurément, si tout se passe bien dans le cadre de mes discussions avec les provinces et les territoires, ce sera le cas.

●(0915)

**Le président:** Le temps est écoulé.

Monsieur Eyolfson, la parole est à vous.

**M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.):** Merci, madame la ministre d'être là.

**L'hon. Jane Philpott:** Je suis désolée, mais je dois partir bientôt.

**M. Doug Eyolfson:** Je vous poserai une petite question alors.

Il sera peut-être difficile de répondre à la question, mais elle n'est pas longue en tant que telle. Précédemment, lorsque toutes les dispositions du projet de loi C-2 étaient en place, des préoccupations étaient soulevées au sujet de la prolongation des délais pour approuver les sites de consommation supervisés.

Pouvez-vous nous dire de façon générale de quelle façon l'élimination de ces obstacles modifiera les délais d'approbation d'un nouveau site? Combien de temps ces changements permettront-ils de sauver?

**L'hon. Jane Philpott:** C'est une excellente question. Cela témoigne du fait que le processus actuel est terriblement lourd. La situation fait en sorte qu'il est très difficile d'obtenir une exemption pour les collectivités qui veulent vraiment de tels sites, et il faut attendre un certain nombre de mois.

Cela dit, comme je l'ai dit plus tôt, de façon générale, ce n'est pas parce que le gouvernement fédéral s'oppose à fournir une exemption; c'est souvent parce que les obstacles à l'approbation de ces sites sont associés, par exemple, au zonage de la municipalité et à la réalisation des travaux permettant de mettre en place des systèmes sécuritaires et ce genre de choses. Dans de nombreux cas où il y a eu un retard, c'est parce que nous attendons que les municipalités ou, parfois, les provinces, prennent certaines mesures.

Cela dit, l'un de nos engagements au titre du nouveau système consistera à mettre en place une norme de service, une attente quant au temps qu'il faut. Je serai heureuse de vous fournir de plus amples renseignements à ce sujet, mais je crois qu'il est très important de fournir une certaine assurance que nous traiterons ces dossiers rapidement.

**M. Doug Eyolfson:** Merci, madame la ministre.

**L'hon. Jane Philpott:** Je suis désolée, je dois partir.

Comme vous le savez, je suis toujours disponible pour répondre aux questions des députés, et je vous remercie de votre temps aujourd'hui.

**Le président:** Eh bien, je tiens à vous remercier de vos réponses. Je vous remercie d'avoir répondu à nos questions au sujet de la crise des opioïdes et aussi pour avoir répondu aux questions de M. Brown. J'ai en tête d'autres ministres du passé qui n'auraient peut-être pas affiché la même ouverture d'esprit que vous à ce sujet.

**L'hon. Jane Philpott:** Ce sont des questions importantes. Merci de travailler sur ces dossiers.

**Le président:** Elles le sont. Nous sommes tous d'accord.

Nous allons suspendre la séance pendant cinq minutes le temps d'aménager les tables et de changer de témoins.

• (0915) \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

• (0925)

**Le président:** Nous reprenons la séance.

Je souhaite à nouveau la bienvenue à nos invités du Bureau du directeur parlementaire du budget. Nous avons certainement hâte d'entendre votre témoignage. Je suis sûr que ce sera très intéressant.

Nous accueillons Jean-Denis Fréchette, directeur parlementaire du budget, Mostafa Askari, directeur parlementaire adjoint du budget, et Carleigh Malanik, analyste financière. Nous accueillons aussi Jason Jacques, directeur, Analyse économique et financière, et Mark Mahabir, directeur des politiques liées à l'établissement des coûts.

L'objectif de la réunion est de faire le point sur notre demande d'analyse du programme national d'assurance-médicaments. Nous aimerions que vous nous présentiez une déclaration préliminaire de 10 minutes, puis nous passerons à une série de questions de sept minutes.

**M. Jean-Denis Fréchette (directeur parlementaire du budget, Bibliothèque du Parlement):** Merci, monsieur le président.

[Français]

Monsieur le président, messieurs les vice-présidents, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de cette invitation à comparaître afin de discuter avec vous du travail entrepris, à votre demande, portant sur une estimation du coût de la création et de l'administration d'un programme national d'assurance-médicaments.

[Traduction]

Le cadre de référence préliminaire a été envoyé au Comité d'avance, et nous serons maintenant heureux de répondre à vos questions si vous avez besoin de précisions au sujet des ressources requises, de l'échéancier ou de la méthode.

Je tiens à mentionner que, pour mettre au point ce cadre de référence, mes collègues Carleigh et Jason ont rencontré de nombreux intervenants mentionnés dans votre motion et ont discuté avec eux. Mark et Carleigh ont négocié certains accords possibles qui seront requis pour obtenir les données et renseignements appropriés et, dans le cadre de référence, vous remarquerez peut-être que le projet exigera l'embauche de deux analystes à temps plein durant une période prévue de six mois, et que le coût total de l'obtention des données de diverses sources dépassera 100 000 \$.

Même si un tel montant pourrait être prévu à même le budget du BDPB, il convient de souligner que je n'ai pas le pouvoir de signer des documents financiers dépassant le seuil de 100 000 \$. Partant, la Bibliothèque du Parlement doit présenter une demande aux Présidents du Sénat et de la Chambre des communes pour obtenir leur approbation de principe relativement à un tel processus d'approvisionnement. Bien sûr, je ne sais pas quelle sera leur décision, mais je devrai en tenir compte en ce qui concerne l'avenir de ce projet.

Merci, monsieur le président. Nous serons maintenant heureux de répondre à toutes vos questions.

**Le président:** C'est la déclaration préliminaire la plus courte que j'aie jamais entendue.

Nous allons passer à M. Eyolfson. Vous avez sept minutes.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

Pour ce qui est de ce dont vous avez parlé — les coûts et les analystes à temps plein —, pouvez-vous décrire quelles sont les autres instructions que vous attendez de nous actuellement en ce qui a trait à l'établissement des coûts de l'ensemble du cadre de la première étape?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Pouvez-vous savoir ce qu'il en coûtera au BDPB?

**M. Doug Eyolfson:** Non, je veux parler de l'étude de...

**M. Jean-Denis Fréchette:** Oh, vous parlez de l'étude en tant que telle.

**M. Doug Eyolfson:** Oui. Quel autre renseignement voulez-vous obtenir du Comité à ce moment-ci pour réaliser l'étude?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Nous n'avons pas besoin d'autres renseignements pour l'instant. C'est le cadre de référence préliminaire.

Il y a une raison pour laquelle nous mentionnons que c'est un cadre de référence préliminaire. En effet, il se peut qu'il change au fil du temps ou nous changerons peut-être notre méthode. Il est aussi possible que l'information requise ne soit pas accessible. Le cadre de référence que vous avez sous les yeux décrit ce que nous prévoyons faire pour le Comité.

**M. Doug Eyolfson:** D'accord. Vous avez dit qu'il faudra six mois à deux analystes à temps plein. Selon vous, pourrait-il y avoir une prolongation de ce délai? Croyez-vous que six mois sont suffisants pour faire le travail? Ma question est-elle trop tendancieuse?

**M. Jean-Denis Fréchette:** C'est toujours la grosse question. C'est la question à 100 000 \$, j'imagine.

Pour l'instant, c'est ce que nous avons prévu, mais, comme nous le savons tous, dans le cadre d'un tel projet, qui est complexe et qui exigera beaucoup de discussions avec des intervenants et ce genre de choses — les intervenants étant ceux qui possèdent les données dont nous avons besoin pour réaliser l'étude —, il se peut qu'il faille un peu plus de temps.

Il est évident que nous allons vous tenir informés régulièrement grâce à des rapports provisoires durant la réalisation de l'étude. Pour l'instant, le délai préliminaire est juin 2017.

• (0930)

**M. Doug Eyolfson:** D'accord.

À quelle fréquence allons-nous recevoir des mises à jour? Chaque mois? Tous les deux mois?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Mostafa répondra à cette question.

**M. Mostafa Askari (directeur parlementaire adjoint du budget, Bureau du directeur parlementaire du budget, Bibliothèque du Parlement):** J'imagine que tout dépend des exigences du Comité. Habituellement, lorsque nous commençons un projet, nous passons à l'action, nous le terminons, puis nous produisons un rapport pour le Comité ou le député. Entre temps, si le Comité veut des mises à jour pour savoir là où nous en sommes et quel est le statut de notre analyse, nous accepterons volontiers de venir vous fournir une telle mise à jour ou nous pouvons la fournir par écrit au président.

**M. Doug Eyolfson:** D'accord. Merci.

Je vais maintenant céder la parole à M. Oliver.

**M. John Oliver:** J'ai une question à poser au sujet des coûts totaux.

Vous avez estimé le coût net pour le gouvernement fédéral — le coût net — et vous dites dans l'une des puces que tous les coûts et toutes les prévisions concernant les coûts totaux tiennent compte des économies possibles.

J'aimerais confirmer quelque chose. Nous savons qu'il y a déjà des dépenses importantes actuellement dans le secteur public pour des programmes de prestation qui ne seraient plus requis si on créait un programme national d'assurance-médicaments. Aussi, il y a des dépenses dans le secteur privé en raison de la prestation de régime d'assurance-médicaments aux employeurs, des dépenses qui pourraient être maintenant converties et transférées au système public. Ces coûts seront-ils cernés et pris en considération dans les estimations des coûts compensatoires pour le gouvernement et des éventuelles sources de fonds?

**Mme Carleigh Malanik (analyste financière, Bureau du directeur parlementaire du budget, Bibliothèque du Parlement):** Je veux m'assurer de bien comprendre la question: lorsque nous évaluons les coûts totaux pour le gouvernement fédéral, vous demandez si nous allons inclure la portion des fonds déjà dépensés dans le cadre de programmes publics ainsi que les coûts des programmes privés.

**M. John Oliver:** C'est exact.

**Mme Carleigh Malanik:** Oui, nous le ferons.

**M. John Oliver:** D'accord. Excellent.

Pour ce qui est du coût de l'étude, les 100 000 \$ incluent le coût de l'acquisition des données. Vous soulignez dans votre document que les données que vous allez acquérir vous appartiendraient, dans ce cas-là, et auraient une valeur persistante. À part pour l'étude, l'acquisition des données a-t-elle une autre valeur?

**M. Jean-Denis Fréchette:** C'est ce que nous espérons. Ce sera supérieur à 100 000 \$. C'est le seuil. Ce sera supérieur à 100 000 \$. C'est ce que nous savons actuellement, en ce qui concerne les discussions préliminaires que nous avons jusqu'à présent; nous espérons que les données seront utiles pour d'autres études à l'avenir. C'est la raison pour laquelle nous indiquons vouloir être propriétaires des données aux fins d'utilisation future pour une quelconque raison.

**M. John Oliver:** D'accord.

**M. Jean-Denis Fréchette:** Le problème, ce sera d'avoir accès à ces données et de payer pour les obtenir.

Si vous me le permettez, monsieur le président, comprenez-moi bien, nous sommes confrontés à deux situations. Nous devons négocier ce contrat, dont le coût dépassera, comme je l'ai dit, 100 000 \$. Je négocie aussi avec le gouvernement du Québec, parce que, comme vous le savez, le modèle que vous proposez au BDPB, c'est le système d'assurance-médicaments du Québec. Nous avons besoin du dossier Excel de la province afin d'avoir accès à toutes les listes, non seulement des médicaments couverts, mais aussi des prix payés, et je parle non pas des prix de détail, mais des coûts pour le système, là-bas. Nous négocions actuellement avec le gouvernement du Québec pour avoir accès à ces genres de renseignements. Sinon, si nous n'avons pas accès à cette information, ce sera très difficile.

Nous avons les documents PDF qui contiennent les quelque 8 000 médicaments qui figurent sur la liste du Québec, mais ces documents PDF comptent des milliers et des milliers de pages. Nous avons besoin des fichiers électroniques Excel.

**M. John Oliver:** D'accord.

Pour ce qui est de l'estimation des coûts, vous utiliseriez les données sur les coûts du Québec, mais nous savons que, actuellement, le Canada arrive au deuxième rang des pays qui payent le plus cher pour leurs médicaments à l'échelle internationale ou, du moins, parmi les États auxquels nous nous comparons. Examinez-vous des modèles qui permettraient à un programme national de négocier des prix différents? Intégrez-vous des seuils dans le cadre des négociations des prix des médicaments et fournissez-vous des projections de ce à quoi on pourrait s'attendre?

• (0935)

**Mme Carleigh Malanik:** Je peux répondre à cette question.

Évidemment, dans notre méthode, nous tentons d'intégrer cela, mais tout dépendra des données et des renseignements qui, au bout du compte, sont accessibles. C'est assurément prévu dans notre cadre méthodologique actuel.

**M. John Oliver:** Merci.

**Le président:** Nous allons passer à M. Carrie.

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

Je tiens à remercier les témoins d'être là.

Monsieur Fréchette, j'espère que vous ne m'en voudrez pas de vous talonner un peu relativement au fait que le coût pourrait « dépasser » 100 000 \$. Ça me semble un montant très peu élevé. Je me demande si c'est quelque chose à quoi vous réfléchissez. Je suis toujours nerveux lorsqu'on nous fournit un montant dont on s'attend à ce qu'il soit dépassé.

J'ai tout à fait confiance en vos capacités prédictives, alors lorsque je regarde les faits: six mois, deux employés et le fait d'avoir acheté toutes ces données, les coûts tripleront-ils? Seront-ils dix fois plus élevés? Avez-vous une idée générale? Pouvez-vous nous fournir cette information?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Merci de poser la question.

Les 100 000 \$, c'est uniquement pour les données. Ce n'est pas le coût total du projet pour le Comité. Ce montant n'inclut pas les deux équivalents à temps plein qui seront absorbés dans le cadre des opérations habituelles du bureau. Cela n'inclut pas les heures supplémentaires et tout le reste. Les 100 000 \$ — et ce doit être clair — c'est l'argent nécessaire pour acheter les données et l'information dont on aura besoin pour mener le projet à terme. Comme je l'ai dit, un seul contrat avec une seule entreprise dépassera les 100 000 \$. Monsieur le président, je préfère ne pas fournir un montant exact.

**M. Colin Carrie:** Oh, c'est sûr.

**M. Jean-Denis Fréchette:** Bien sûr, on pourrait parler d'un million de dollars. On ne se rendra pas là, mais, comme je l'ai dit, ce sera plus de 100 000 \$, le montant au-dessus duquel je ne peux plus signer. J'aurais donc besoin d'une autorisation spéciale si nous nous rendons là et si nous devons signer ce genre de contrats.

**M. Colin Carrie:** Pour le processus en tant que tel, vers qui faudra-t-il se tourner? Le Sénat? Vous avez dit qu'il faudrait présenter une demande à cet égard. Savez-vous combien de temps il faudrait pour réaliser un tel processus?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Je ne sais pas. C'est la raison pour laquelle, lorsqu'on m'a posé la question au sujet des six mois... Essentiellement, il y a un ensemble de facteurs différents dont il faudra tenir compte. Lorsque la Bibliothèque du Parlement — et nous représentons le BDPB et la Bibliothèque du Parlement — présente une telle demande aux deux présidents, notre sort est entre leurs mains. Tout dépend en fait de leur décision. Je ne sais même pas quelle sera cette décision. Ils vont peut-être décider de transférer le dossier au Comité de liaison. Ils décideront peut-être d'attendre et de procéder à une analyse. Je n'ai aucune idée des délais dont on parle.

**M. Colin Carrie:** Je constate qu'il y a beaucoup d'incertitude dans ce dossier, et même en ce qui concerne la qualité des données. J'essaie de dire que nous ne connaissons même pas le problème et nous ne savons même pas à quoi nous nous attaquons. Vous avez mentionné au sujet des données que vous allez devoir formuler quelques hypothèses principales. Pouvez-vous nous dire rapidement quelle est votre opinion — maintenant que vous avez eu quelques semaines — sur la qualité des données. Avez-vous une opinion à ce sujet ou quelque chose à dire?

**Mme Carleigh Malanik:** Nous venons à peine de commencer à regarder des données fictives, parce que nous n'avons pas encore acheté les données. Il y a plusieurs mesures accessibles de sources publiques et privées. Pour l'instant, je ne peux pas vraiment formuler des commentaires relativement à la qualité, mais — à la lumière de ce que j'ai vu — on réalise des analyses depuis plusieurs années sur ces données et ces collections de données, et il y a aussi plusieurs mesures accessibles.

**M. Colin Carrie:** D'accord, alors nous ne sommes même pas encore sûrs de la qualité des données qui existent.

Je regarde les coûts, ici. Même si nous réussissons à tout obtenir avant votre date prévue de juin 2017, ce qui, selon moi, ne sera pas possible, parce qu'il faut habituellement un peu plus de temps qu'on prévoit pour réaliser tous les processus gouvernementaux — et même si nous prévoyons, nous aurions prévu, disons, un an —, croyez-vous que, une fois que nous aurons les données, il sera même possible de mettre au point un genre de programme que le gouvernement pourrait vraiment mettre en oeuvre durant le présent mandat?

● (0940)

**M. Mostafa Askari:** Si on peut s'en tenir au cadre de référence défini, nous pouvons fournir une structure et un coût pour cette structure. Cependant, d'un point de vue stratégique, le gouvernement fédéral et les provinces doivent déterminer de quelle façon ils mettront le tout en oeuvre parce que, comme vous le savez, les provinces possèdent actuellement leur propre programme. Il faudra assurément discuter, débattre et négocier afin de déterminer de quelle façon elles pourront intégrer le tout dans leur programme. Ce que nous faisons donnera une idée des coûts à ceux qui envisagent de mettre en oeuvre ce genre de programmes. Il sera alors possible, de là, de concevoir une politique permettant d'offrir ce genre de programme. Une fois la politique établie et conçue, nous devrons peut-être réévaluer les coûts et revoir différents aspects de la proposition.

**M. Colin Carrie:** Vous avez soulevé un très bon point au sujet des provinces, parce que le calendrier est différent. S'il doit y avoir des négociations et des discussions avec les provinces, cela pourrait prendre des années.

J'ai essayé de pousser le parti au pouvoir à possiblement préciser les critères ou à obtenir des commentaires de la ministre quant aux idées qu'elle jugerait acceptables. C'est un peu comme la question de l'oeuf ou de la poule, parce que, comme vous l'avez dit — non sans raison —, même si nous faisons tout ce travail, la ministre pourrait tout de même dire: « Eh bien, nous ne sommes pas vraiment sûrs de vouloir nous aventurer dans cette direction, et nous ferons plutôt telle ou telle autre chose. Pouvez-vous vous pencher là-dessus? » Et on pourrait tourner en rond *ad vitam aeternam*.

Si nous pouvions préciser les critères et peut-être obtenir une certaine orientation stratégique du gouvernement à l'avance, plutôt que — comme dit la vieille expression — tirer et ensuite viser, pourrait-on ainsi réduire certains des délais et peut-être aussi les coûts?

**M. Mostafa Askari:** Nous préférons habituellement établir les coûts des programmes déjà en place ou des programmes proposés par le gouvernement. Nous connaissons seulement les éléments de la politique en ce moment, et il serait donc plus facile et plus efficace d'établir les coûts de ce genre de programme. C'est une idée. Alors, nous ne connaissons pas très bien les différents éléments. À la lumière des directives du Comité, nous avons préparé le présent cadre de référence. Nous ne savons absolument pas si, au bout du compte, le produit ou la politique y ressemblera ou non. Si nous avons de meilleures directives concernant la conception stratégique en tant que telle, cela nous aiderait.

**M. Colin Carrie:** Je crois que tout le monde trouverait ça logique. Selon vous, serait-il logique, peut-être, de suspendre l'étude jusqu'à ce que nous obtenions vos renseignements et votre rapport de dépenses ou quelque chose du genre? Je crains tout simplement de tourner en rond et je suis préoccupé par ce qu'il nous en coûtera au bout du compte.

**M. Mostafa Askari:** C'est évidemment une décision qui revient au Comité. Nous ferons comme vous dites.

**Le président:** Votre temps est écoulé.

Allez-y, monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Merci, monsieur le président.

Merci d'être là aujourd'hui.

J'ai examiné le document que vous avez préparé pour le Comité, et il y a deux ou trois choses que je veux préciser. Vous n'avez pas acheté des données du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, de Statistique Canada ni de Santé Canada. C'est exact?

**Mme Carleigh Malanik:** Non.

**M. Don Davies:** Donc, toutes les données de ces trois sources seront gratuites.

**Mme Carleigh Malanik:** Habituellement, non. Parfois, Statistique Canada facture un droit standard, c'est aussi le cas des Instituts de recherche en santé du Canada. Le coût est très bas. Je crois que c'est environ 250 \$ l'heure, mais c'est habituellement un coût standard pour assurer le recouvrement de leurs coûts.

**M. Don Davies:** D'accord. Cependant, je n'ai justement pas mentionné les Instituts de recherche en santé du Canada parce que, ce que j'essaie de savoir, c'est à qui vous devez acheter des données.

Je vais m'y prendre autrement. À qui devez-vous acheter des données?

**M. Jean-Denis Fréchette:** La principale dépense, les 100 000 \$ que nous avons mentionnés, concernent les données d'IMS Brogan.

**M. Don Davies:** De qui, désolé?

**M. Jean-Denis Fréchette:** L'organisation s'appelle maintenant QuintilesIMS. C'est l'un des intervenants mentionnés dans la motion. Cette organisation est essentiellement la seule à fournir ce genre de données à l'échelle du Canada.

**M. Don Davies:** Pardonnez-moi, pour que ce soit clair...

**M. Jean-Denis Fréchette:** C'est une entreprise privée.

**M. Don Davies:** C'est la seule organisation que vous devez payer pour obtenir des données?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Si on parle de ce genre de montants, oui. Pour ce qui est des autres organisations, comme Carleigh l'a dit, comme Statistique Canada et les ICIS et les autres, nous avons un genre de relation. Il faudra peut-être payer pour certaines des données, mais on ne parle pas de beaucoup d'argent.

**M. Don Davies:** J'allais justement dire que, au bout du compte, lorsqu'un ministère du gouvernement fédéral en paye un autre c'est un jeu à somme nulle, non?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Oui, mais c'est ainsi que les choses fonctionnent.

• (0945)

**M. Don Davies:** De façon générale, pouvez-vous décrire les genres de données que vous devez acheter? Quelle est la catégorie? Que cherchez-vous?

**Mme Carleigh Malanik:** Précisément, nous voulons obtenir des renseignements sur les niveaux de prix des médicaments, afin que nous puissions faire correspondre les données à celles de n'importe quel formulaire précis, dans ce cas-ci, celui du Québec. Puis, aussi, puisque le Comité a demandé certaines statistiques sur les patients et leurs renseignements, nous voulons aussi obtenir ces renseignements sur ces personnes, comme leur âge, leur sexe et ce genre de choses.

**M. Don Davies:** Je veux changer de sujet et parler un peu de votre document. En haut de la page 2, vous indiquez les exemptions demandées par le Comité, et je veux obtenir des précisions aussi à ce sujet. Vous dites: « les personnes exonérées de la participation au coût seraient [...] », puis vous indiquez certains critères. Le Comité n'a peut-être pas été assez clair, mais je crois que nous voulions reproduire les exemptions du modèle britannique — et je crois que

c'est ce que nous avons demandé —, puis nous avons fourni quelques exemples.

Ce qui me préoccupe, c'est que ces quatre puces n'incluent pas toutes les exemptions du modèle britannique, alors je veux m'assurer que vous comprenez bien ce qui nous est demandé et que vous devez appliquer l'ensemble des exemptions du modèle britannique.

**M. Mostafa Askari:** Je ne crois pas que nous avons été clairs sur ce point, mais certaines de ces exemptions... Selon moi, le Comité doit savoir que, lorsque nous commencerons l'analyse et que nous nous occuperons des estimations, nous devons peut-être modifier certaines de ces choses, parce que, parfois, on ne pourra peut-être pas les appliquer de façon crédible.

Par exemple, l'exemption pour les femmes enceintes sera très difficile à gérer. Il faut formuler des hypothèses sur le pourcentage de la population que représenteront les femmes enceintes, puis comment faudra-t-il l'appliquer? Puis, bien sûr, il faut se demander si les femmes enceintes sont uniquement exemptées lorsqu'elles prennent des médicaments associés à leur grossesse, ou si elles le seront aussi dans le cas des médicaments qu'elles utilisent pour d'autres raisons.

**M. Don Davies:** Je vais probablement laisser cette question à mes collègues, mais mon hypothèse, c'était que nous allions simplement, par souci de commodité, appliquer les exemptions du modèle britannique, parce que, de toute évidence, les Britanniques ont déjà trouvé une solution: ils exemptent les femmes enceintes de la participation au coût des médicaments liés à leur grossesse ou des médicaments de façon générale.

Ma principale préoccupation, c'était que la liste n'était pas exhaustive. De ce qu'on peut voir ici, elle n'inclut pas les enfants âgés de moins de 16 ans. Il faut inclure les enfants âgés de moins de 16 ans. On me dit aussi que les étudiants sont âgés non pas de 16 à 18 ans, mais de 16 à 19 ans. Je crois aussi qu'on a oublié les vétérans, tout comme les personnes qui ont des maladies à long terme.

De toute façon, ce que je voulais dire, c'est que, si vous avez besoin de précisions sur les exemptions à la participation au coût, le Comité devrait vous les fournir, mais, puisque le verbe était conjugué au conditionnel, je n'étais pas sûr si vous indiquiez seulement certaines des personnes exonérées tout en sachant qu'il y en avait d'autres ou si vous disiez qu'il s'agissait là des seules exemptions. Il faudra le préciser.

**M. Mostafa Askari:** D'accord.

**M. Don Davies:** Je voulais formuler une courte déclaration.

Je n'ai pas les chiffres réels, ici, mais nous savons que nous dépensons des dizaines de milliards de dollars par année en produits pharmaceutiques au pays. On a entendu dire qu'un programme d'assurance-médicaments national pourrait permettre d'économiser de 4 à 11 milliards de dollars par année. Cela signifie que, selon moi, le fait de dépenser 100 000 \$ pour recueillir des données qui pourraient être utiles pour le gouvernement est non seulement une aubaine, mais en fait, une responsabilité. Vous avez mentionné dans votre rapport que ces données seraient conservées par le BDPB et serviraient non seulement au bureau, mais aussi au ministère de la Santé. Mes collègues conservateurs ont dit vouloir savoir combien de Canadiens ne bénéficient pas d'une couverture. Ils doutent que nous possédions des données exactes sur le nombre de Canadiens qui sont ou ne sont pas couverts. Le fait de recueillir des données sur l'éventuel coût d'un formulaire national permettrait au gouvernement d'avoir accès à de merveilleux renseignements — quoi qu'il en soit — et cette information permettrait aussi d'étayer les politiques publiques.

Voici ma question: à cet égard, croyez-vous que la collecte de données pourrait être d'une certaine utilité pour le ministère de la Santé et d'autres ministères?

**M. Mostafa Askari:** Je ne suis pas sûr à 100 %, mais je crois que le ministère de la Santé a déjà accès aux données que nous tentons d'acheter. D'après ce que j'en sais, il obtient...

● (0950)

**M. Don Davies:** Ne pourrait-il pas, dans ce cas-là, vous fournir les données gratuitement?

**M. Mostafa Askari:** Probablement que non, parce que son contrat ne lui permet probablement pas de communiquer les données avec d'autres organisations. Je ne sais pas, mais c'est quelque chose que nous pouvons...

**M. Don Davies:** Pouvez-vous faire des vérifications? Vous avez dit que vous n'étiez pas sûr à 100 % que le ministère de la Santé possède ces données, mais que vous étiez presque sûr qu'il y avait accès. On parle de données pour lesquelles le gouvernement a déjà payé, et, selon moi, nous ne devrions pas avoir à payer une deuxième fois. En tout cas, j'espère que non.

Pouvez-vous vous pencher sur cette question?

**M. Mostafa Askari:** Nous pouvons bien sûr procéder à certaines vérifications et nous en assurer, mais les données auxquelles ils ont accès sont peut-être présentées d'une façon qui ne nous sera pas directement utile. Il faudra peut-être que les données soient recueillies ou organisées d'une certaine façon, ce que le fournisseur privé pourra faire pour nous. Il est possible qu'il ait accès aux données brutes, mais pas de la façon dont nous en avons besoin.

Nous allons certainement vérifier.

**M. Don Davies:** Merci.

**Le président:** Votre temps est écoulé.

Avant de passer à Mme Sidhu, je veux savoir si vous avez déjà réalisé une étude qui coûtait plus de 100 000 \$ et dans le cadre de laquelle vous avez dû obtenir plus de fonds? Est-ce déjà arrivé?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Ce n'est jamais arrivé dans le cadre d'une étude. C'est arrivé dans le cadre d'un procès en 2012-2013, mais pas dans le cadre d'une étude.

Monsieur le président, le membre a soulevé un point très intéressant au sujet de l'accès aux renseignements du ministère, si le ministère a l'information. Bien sûr, nous pouvons demander au Comité... vous avez le pouvoir d'exiger des documents et la comparution de gens, y compris des données, ce que nous faisons dans le cadre de toutes nos études, que ce soit pour des parlementaires précis ou pour un comité. Nous vous avons présenté notre cadre de référence préliminaire. Nous avons discuté ensemble quant à savoir s'il fallait appeler un document un cadre de référence, une ébauche de cadre de référence... Nous avons choisi le mot « préliminaire », parce qu'il s'agit de travaux en cours en collaboration avec le Comité.

À un moment donné, nous vous présenterons — nous l'espérons — un cadre de référence définitif qui sera approuvé ou qui, au moins, satisfera le Comité, et ce document inclura les coûts et ce qu'il inclut et n'inclut pas. C'est la procédure normale. À ce moment-là, nous pourrions aller de l'avant.

Pour ce qui est de l'accès à l'information, reste à voir si nous pourrions avoir accès aux données du ministère.

**Le président:** Merci.

Allez-y, madame Sidhu.

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

Pouvez-vous nous en dire un peu plus au sujet des réussites, des obstacles et des enjeux liés aux ensembles de données qu'il a fallu acheter dans le cadre d'études précédentes?

Et aussi, encore une fois, le Comité peut-il faire quelque chose pour vous aider dans vos interactions avec les provinces ou y a-t-il quoi que ce soit d'autre que le Comité ou la ministre peuvent faire?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Pour ce qui est des négociations et des discussions avec les provinces, les choses se présentent bien jusqu'à présent. Nous avons discuté la semaine dernière avec des représentants du ministère de la Santé du Québec. Les choses semblent bien aller de ce côté-là. Nous discutons, et ils sont assez ouverts en ce qui a trait au fait de nous fournir certains renseignements.

Pour ce qui est des autres types de renseignements précis sur la couverture publique-privée que possède seulement une entreprise au Canada, Carleigh, comme je l'ai dit, et Mark, qui est le conseiller juridique pour le bureau du DPB, se penchent sur tous les accords et s'assurent que nous allons obtenir les données acquises avec l'argent des contribuables. Nous faisons très attention sur ce plan.

C'est ce que je peux vous répondre. C'est la seule source avec laquelle nous devons négocier actuellement pour obtenir des données dispendieuses.

**Le président:** Merci beaucoup.

M. Webber est le suivant.

**M. Len Webber:** Je n'ai pas beaucoup de questions, ici, moi non plus. Je crois que tout a été dit.

Je veux demander au Comité de quelle façon nous en sommes venus à la décision d'étudier le formulaire de la province du Québec. A-t-on choisi le Québec de façon aléatoire ou le Québec possède-t-il un des formulaires les plus généreux? Vous rappelez-vous pourquoi nous avons choisi le Québec?

**Mme Karin Phillips (analyste, Bibliothèque du Parlement):** Comme vous le savez, nous avons eu une réunion, et plusieurs options avaient été présentées. Le Québec était l'une des provinces mises de l'avant parce qu'elle est parmi les plus généreuses.

On avait un peu réfléchi à... J'avais cru comprendre qu'on avait réalisé certains travaux relativement à ce qu'on appelle un formulaire implicite, qui serait une solution viable de formulaire national. Si les représentants du BDPB pouvaient y avoir accès, ils pourraient l'utiliser, mais, si un tel document n'était pas disponible ou qu'une telle option n'était pas possible, il fallait utiliser un formulaire provincial actuel. Lorsque le Comité a pris sa décision, il a choisi le Québec parce que cette province possède un formulaire plus complet.

● (0955)

**M. Len Webber:** Je comprends. Merci.

Savez-vous s'il serait peut-être plus facile d'obtenir les données d'une autre province? Est-il peut-être plus difficile d'obtenir des renseignements du Québec? Je pose la question. Je sais que c'est une question à laquelle vous ne pouvez probablement pas répondre, mais je me la suis posée, surtout qu'il est question de 100 000 \$. Ça me semble beaucoup d'argent pour obtenir une liste, un formulaire, et d'après moi, l'information qui figure sur cette liste ainsi que les coûts doivent être assez bien connus.

J'ai une question à poser au sujet des coûts. Y a-t-il certains enjeux liés à la confidentialité pour ce qui est de dire aux Canadiens exactement combien ils payent pour ces médicaments? Je sais que beaucoup de prix sont négociés, et il y a beaucoup de renseignements confidentiels.

Rencontrera-t-on certains problèmes en ce qui a trait à la confidentialité des prix établis avec les entreprises pharmaceutiques avec lesquelles nous avons négocié des accords?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Merci de la question.

Pour que ce soit bien clair, le gouvernement du Québec fournira — à la lumière de ma dernière discussion de vendredi — les renseignements dont nous avons besoin sans frais. Il n'y a aucun coût de ce côté-là. Il faut simplement avoir un support approprié. Comme je l'ai dit, nous avons besoin des dossiers électroniques, parce qu'il est plus facile de travailler avec de tels fichiers, entre autres, pour établir le modèle. Les coûts ne sont pas liés au gouvernement du Québec.

Pour ce qui est de votre question sur tout ce qui touche les enjeux fédéraux-provinciaux, ces jours-ci, particulièrement la semaine dernière en raison des négociations sur le programme de santé et toutes ces choses, bien sûr, c'est toujours un dossier délicat. Pour l'instant, nous ne semblons pas avoir de problème.

Permettez-moi de demander à Mark d'aborder la question de la confidentialité. Mark, en tant qu'avocat, vous fournira tous les renseignements à ce sujet.

**M. Mark Mahabir (directeur des politiques et avocat général, Bureau du directeur parlementaire du budget, Bibliothèque du Parlement):** Merci de la question.

Nous allons utiliser un prix composite. Le prix tiendra compte des coûts dans toutes les provinces sans cerner les coûts des provinces précises.

**M. Len Webber:** Parfait.

C'est tout pour moi. Je ne sais pas si je peux donner une partie de mon temps à un collègue...

**Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC):** Je tiens à préciser quelque chose. Vous dites que la base de données que nous voulons existe déjà, mais dans un autre ministère. Vous ai-je bien compris?

**M. Mostafa Askari:** Ce que j'ai dit, c'est que je crois que le ministère de la Santé a accès à ces genres de données à son propre usage, pour effectuer ses propres recherches et à des fins de réglementation des médicaments. Le ministère a toujours accès à une diversité de renseignements sur les produits pharmaceutiques, alors j'imagine qu'il a accès à ces données. Comme je l'ai dit, nous pourrions vérifier auprès du ministère pour nous assurer que, s'il a accès à ces données, c'est sous une forme qui pourrait nous être utile, une forme sous laquelle il pourrait nous les transmettre.

Voulez-vous ajouter quelque chose ici?

**M. Mark Mahabir:** Oui, les données de Santé Canada peuvent être vieilles. Ce ne seront peut-être pas des données récentes. Les données que nous obtiendrions du fournisseur seraient des données récentes.

**Mme Rachael Harder:** Il faut obtenir des précisions relativement à ces questions avant de pouvoir prendre une décision éclairée quant à savoir si nous irons de l'avant avec cette étude ou non. Doit-on vous demander de vous présenter à nouveau devant le Comité pour nous dire si ces données sont accessibles et, dans l'affirmative, de quelle année elles datent?

**M. Mostafa Askari:** Nous pouvons très certainement vérifier auprès du ministère de la Santé pour voir quelles sont les données qu'il possède et pour savoir s'il peut légalement nous les communiquer — il peut être sous obligation contractuelle de ne pas communiquer les données — et si les données sont à jour. Nous pourrions bien sûr informer le Comité des résultats.

**Mme Rachael Harder:** Merci.

**Le président:** Merci.

Allez-y, monsieur Oliver.

**M. John Oliver:** Pour revenir sur le point soulevé par Mme Harder, le Comité aurait-il la capacité d'exiger que l'information soit fournie par le gouvernement du Québec? A-t-on ce pouvoir?

**Le président:** Nous avons ce pouvoir.

**M. John Oliver:** S'agirait-il d'une façon de procéder appropriée ou procède-t-on habituellement par contrat...

**Le président:** J'imagine que la demande serait formulée par le DPB et que nous obtiendrions l'information nécessaire.

**M. John Oliver:** Je me demande de quelle façon on passera d'un cadre de référence préliminaire à un cadre de référence définitif. M. Davies a mentionné certaines modifications des exemptions, de façon à ce que l'on puisse s'assurer que nous avons la même liste d'exemptions que le Royaume-Uni. Y a-t-il d'autres éléments précis où vous avez besoin d'autres précisions du Comité, à part la décision quant au coût, afin de passer du cadre de référence préliminaire à un cadre de référence définitif? De quoi d'autre avez-vous besoin?

• (1000)

**Mme Carleigh Malanik:** Je crois que, essentiellement, c'est toujours une question de discussion. M. Davies a souligné certaines modifications des exemptions, mais nous avons présenté le cadre au Comité en y intégrant ce que nous pensions pouvoir y intégrer à la lumière de vos lettres, qui détaillaient certains des paramètres, et de nos recherches sur les données accessibles, ce à quoi on peut avoir accès et ce que nos intervenants croient pouvoir faire avec les données en question. Et là, nous vous présentons ce cadre, et j'imagine que ce sera à vous de donner votre accord afin que nous puissions poursuivre le travail de recherche.

**M. John Oliver:** Je vais poser ma question de nouveau: à part la liste des exemptions, je ne vois aucun autre aspect du cadre de référence que les membres du Comité trouvent problématique. Par conséquent, si nous revenons là-dessus, pouvons-nous considérer le cadre de référence comme étant parachevé?

**Mme Carleigh Malanik:** Si c'est ce que vous voulez.

**M. John Oliver:** Si, au bout du compte, on décide qu'il faut dépenser les 100 000 \$ et qu'il faut acheter les données, une lettre du président du Comité à l'organisme décideur devant attribuer les ressources vous aiderait-elle à obtenir les fonds dont vous avez besoin pour réaliser l'étude?

**M. Jean-Denis Fréchette:** C'est une excellente question. Comme je l'ai mentionné, l'approbation de principe doit venir des deux Présidents, le Président du Sénat et celui de la Chambre des communes, et je m'en remets donc au greffier du Comité et au responsable de l'administration du Comité, qui détermineront s'il faut ou non envoyer quoi que ce soit. J'imagine que vous pouvez sans problème envoyer une lettre au président de la Chambre des communes. Je ne suis pas sûr de la procédure si le Comité veut envoyer quelque chose au Sénat.

Si vous me le permettez, j'aimerais revenir sur ce que vous avez mentionné au sujet du ministère. Ce que nous pouvons faire, c'est présenter une demande de renseignements au ministère pour savoir s'il possède ou non l'information; c'est la procédure normale. Nous mentionnons souvent le Comité pour lequel nous réalisons l'analyse et pour lequel nous avons besoin de ce genre d'information, puis nous attendons une réponse du ministère.

La difficulté, ce serait de voir si le ministère est prêt à communiquer l'information d'avance, ou au moins nous laisser voir les données afin de déterminer si elles sont trop vieilles ou si elles ne sont pas appropriées pour le genre d'études que nous réalisons pour le Comité. Il y aura, j'en suis sûr, des négociations en ce qui a trait au fait de pouvoir regarder l'information d'avance.

**M. John Oliver:** Est-ce vous qui allez être responsable de voir à ce qu'on réponde à ces questions? Si nous pouvons faire baisser le prix en dessous de 100 000 \$, alors, nous pouvons procéder avec l'étude, et nous allons de l'avant. Je ne suis pas sûr de comprendre en quoi c'est au Comité de s'assurer que l'étude sera réalisée.

**M. Jean-Denis Fréchette:** J'imagine que la meilleure approche consistera à tenir le Comité informé des nouveautés, à présenter la demande de renseignements au ministère relativement à votre requête, à poursuivre nos négociations au sujet de l'accès et de l'achat des données d'IMS Brogan, afin de déterminer combien il nous en coûtera, et à fournir ensuite l'information au Comité.

Bien sûr, un entrepreneur préférerait que cette information reste entre le Comité et le DPB, parce que je ne suis pas sûr que l'entreprise privée voudrait que tout le monde sache le prix qu'elle demande pour les données et ainsi de suite.

Ce serait donc le processus. Nous allons donc tenir le Comité au courant de toutes les nouveautés et peut-être produire un rapport d'étape lorsque le Parlement reprendra ses activités.

**M. John Oliver:** Merci.

**Le président:** Nous passons à Mme Harder, des conservateurs.

**Mme Rachael Harder:** Merci. J'ai une question et j'espère que quelqu'un ici pourra y répondre.

En ce qui a trait au coût d'une étude, qui peut l'approuver? Avons-nous tout simplement de l'argent à notre disposition et nous pouvons dire: « oui, allez-y, réalisez l'étude »? Ou devons-nous plutôt obtenir une approbation pour le financement?

**Le greffier du comité (M. David Gagnon):** Habituellement, lorsque nous réalisons des études pour des comités, le dossier est transféré au Comité de liaison. Si les coûts sont inférieurs à 40 000 \$, alors, habituellement, c'est approuvé. Si les coûts sont supérieurs à 40 000 \$, le processus est différent. Le président doit habituellement présenter un budget au Comité de liaison aux fins d'approbation, et c'est le processus habituel que nous réalisons dans le cadre des études.

**Mme Rachael Harder:** D'accord. Et combien de temps ce processus dure-t-il?

**Le greffier:** Vous parlez de celui que je viens de décrire?

**Mme Rachael Harder:** Oui.

• (1005)

**Le greffier:** Si on parle d'une étude de moins de 40 000 \$, alors c'est habituellement très rapide. Le Comité doit adopter le budget que nous présentons, puis il est habituellement approuvé, alors on peut parler de deux ou trois jours, mais...

**Mme Rachael Harder:** Dans ce cas-ci, c'est plus de 40 000 \$, alors le président devra s'en occuper et présenter le dossier.

**Le greffier:** Je crois que, dans ce cas-ci — comme le BDPB l'a expliqué —, c'est différent. D'après ce que j'ai compris, actuellement, la balle est plutôt dans leur camp; il a décrit le processus. Le BDPD pourra peut-être mieux répondre à la question que moi, parce que ça relève de son mandat. Son processus est différent du nôtre.

**Mme Rachael Harder:** Si nous disons vouloir cette étude, le BDPB en assumera-t-il les coûts sans qu'il faille en discuter davantage ni obtenir d'autres approbations?

**M. Jean-Denis Fréchette:** C'est ce qui est prévu, et nous absorberons les coûts. Bien sûr, comme vous le savez, nous ne pouvons pas absorber un demi-million de dollars, mais, si, par exemple, on parle d'environ 100 000 \$, alors nous prévoyons absorber les coûts, réaliser l'étude et, au bout du compte, être propriétaire des données.

Il y a un seuil au-dessus duquel je ne peux pas approuver ce genre de contrat. Le contrat devra être présenté aux Présidents du Sénat et de la Chambre des communes...

**Mme Rachael Harder:** D'accord.

**M. Jean-Denis Fréchette:** ... comme le veut la procédure habituelle. Comme je l'ai dit tantôt, le BDPB n'a jamais réalisé une étude pour un comité. Dans le passé, la Bibliothèque a pour sa part conclu certains contrats — je crois qu'il s'agissait de contrats de TI ou quelque chose du genre — et elle a dû obtenir une approbation de principe, qui fait partie du document d'information qu'elle et moi préparons pour les nouveaux présidents. Une approbation de principe signifie qu'un examen d'impose. C'est un élément de procédure habituel associé à mes pouvoirs de signer des documents.

**Mme Rachael Harder:** D'accord. Je veux maintenant m'adresser à mes collègues.

Puisque cette étude pourrait assurément coûter 100 000 \$ et plus, ne serait-il pas logique de faire venir la ministre dès maintenant pour lui demander de plus amples directives en ce qui a trait au formulaire, afin que nous lui fournissions l'information recherchée par son ministère? Pourrait-on lui demander de venir ici ou de nous écrire une lettre et de nous fournir de plus amples directives? Je ne suis pas contre l'idée de dépenser de l'argent, mais je veux m'assurer que l'argent est dépensé comme il faut et que nous produirons quelque chose d'utile pour son ministère.

**Le président:** Je crois qu'elle répondrait à ce genre de demande. Elle s'intéresse beaucoup à ce que nous faisons. C'est nous qui avons décidé de réaliser cette étude, mais je sais qu'elle s'y intéresse. Je crois que le ministère et le gouvernement feront preuve de beaucoup de coopération dans le dossier afin de voir où cela peut nous mener, parce que nous avons estimé qu'il pourrait y avoir des économies de 0 à 11 milliards de dollars par année. S'il est possible de sauver en moyenne cinq, six ou sept milliards de dollars par année, le coût n'est vraiment pas élevé.

**Mme Rachael Harder:** Merci, Bill.

J'aimerais qu'on passe à l'action dans ce dossier. Nous pouvons tous partir tantôt, mais rien n'aura été accompli. Peut-on convenir d'écrire une lettre à la ministre pour lui demander des renseignements sur ce qu'elle attend de l'étude et le type de formulaire qu'elle aimerait voir appliquer?

**Le président:** Je suggère de lui écrire une lettre pour lui expliquer ce que le BDPB a proposé afin de voir si elle est d'accord.

**Mme Rachael Harder:** Habituellement, cette lettre est rédigée et présentée par le président, mais il faut obtenir l'accord du Comité pour aller de l'avant.

**Le président:** Ça me va.

Il reste maintenant du temps à Mme Harder.

**M. Don Davies:** J'invoque le Règlement. Avec tout le respect que je dois à Mme Harder et au temps qui lui est accordé — et elle peut poursuivre si tel est son désir —, je ne sais pas très bien où nous en sommes en ce moment. Mme Harder semble poser une question destinée à nos collègues. Faut-il en discuter maintenant ou ne devrions-nous pas plutôt le faire tantôt dans le cadre de nos travaux?

**Le président:** En fait cela relève des affaires du Comité.

**M. Don Davies:** Dans ce cas-là, pouvons-nous reporter cette question durant l'étude des affaires du Comité? Je le demande parce que j'ai certaines choses à dire sur la nature même de la question.

**Le président:** Oui, nous y reviendrons lorsque nous nous occuperons des affaires du Comité.

Votre temps est maintenant écoulé, madame Harder.

Allez-y, monsieur Kang.

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

Ma question concerne les coûts de 100 000 \$. Vous voulez obtenir des données... Et il y avait certains autres coûts. Avez-vous eu des problèmes au moment de cerner les données que vous vouliez obtenir ou y a-t-il eu une opposition à ce que vous obteniez ces données?

**Mme Carleigh Malanik:** Dans le cadre de nos discussions avec le détenteur des données, QuintilesIMS, nous n'avons pas vraiment rencontré d'opposition, nous discutons plutôt de la nature des données accessibles et de la façon dont elles pourraient nous être transmises.

Je tiens à formuler une déclaration générale: les données que nous demandons nous permettraient de bénéficier d'une certaine marge de manoeuvre en ce qui a trait à la nature délicate des renseignements. Actuellement, nous prévoyons appliquer le formulaire du Québec, mais nous pourrions utiliser un autre formulaire. Je tenais à le préciser.

• (1010)

**M. Darshan Singh Kang:** J'ai entendu dire que certaines des données étaient vieilles. Quelle est la fiabilité des données que vous allez obtenir? Est-ce que c'est pas mal à la hauteur ou...?

**Mme Carleigh Malanik:** Actuellement, nous croyons pouvoir obtenir les données pour toute l'année civile 2015. Si nous le désirons, nous pourrions obtenir des données partielles pour 2016, mais je crois que nous allons nous en tenir à l'année civile 2015, et cela inclut les données de l'Institut canadien d'information sur la santé pour la même année aussi.

**M. Darshan Singh Kang:** D'accord.

Si j'ai bien compris, vous fondez votre travail sur le formulaire du Québec. Ce formulaire, est-ce que c'est la Cadillac des formulaires ou un modèle intermédiaire ou inférieur? Pourra-t-il être mis en oeuvre? Si nous optons pour ce modèle, en ce qui concerne les coûts, le modèle québécois couvre-t-il tous les médicaments dont les Canadiens ont besoin en général? C'est ce qui me préoccupe au sujet du modèle québécois. Allons-nous devoir ajouter certains médicaments au formulaire ou, peut-être, en enlever?

**Mme Carleigh Malanik:** Nous n'avons pas commencé l'analyse détaillée pour comparer les différents formulaires provinciaux. Actuellement, nous nous appuyons sur le formulaire québécois, mais, comme je l'ai déjà dit, les données que nous achetons nous

permettront d'appliquer d'autres formulaires, et nous prévoyons réaliser une analyse de sensibilité afin d'au moins comprendre de quelle façon le formulaire québécois se compare aux autres formulaires en ce qui a trait à la liste des médicaments et ce genre de choses.

**M. Darshan Singh Kang:** Ce sera donc un pas dans la bonne direction et non l'approche définitive?

**Mme Carleigh Malanik:** Non. Notre projet s'appuiera sur le formulaire du Québec. Nous allons bien sûr réfléchir à la nature du formulaire et au nombre de médicaments couverts, ce que nous allons comparer au nombre de médicaments vendus au Canada et ce genre de choses, mais nous allons fonder tous nos calculs sur le formulaire du Québec.

**M. Darshan Singh Kang:** D'accord.

Une fois la décision prise, pourrez-vous nous fournir des renseignements sur les méthodes techniques, comme les méthodes utilisées pour les estimations? Pouvez-vous communiquer tous ces renseignements au Comité?

**Mme Carleigh Malanik:** Je suis désolée. Pouvez-vous répéter la question?

**M. Darshan Singh Kang:** En ce qui a trait à toutes les méthodes que vous allez utiliser pour définir certains formulaires et certains coûts, cette information pourra-t-elle nous être transmise avant la communication du document définitif?

**M. Mostafa Askari:** Pour que ce soit clair, dès que nous réalisons des activités d'établissement des coûts, nos rapports contiennent une section à la fin, habituellement une annexe, qui explique la méthode que nous avons utilisée, nos sources de données et tout autre renseignement lié au rapport. Nous ne fournissons habituellement pas de mises à jour hebdomadaires ou mensuelles sur ces genres de choses. Lorsque nous avons une orientation claire définie dans un cadre de référence, nous produisons notre rapport, puis soumettons le rapport final au Comité.

**M. Darshan Singh Kang:** D'accord.

Nous parlons d'enjeux de compétence qui font intervenir les provinces et les territoires. Selon vous, quels genres de défis allons-nous rencontrer dans le dossier de l'assurance-médicaments? Y avez-vous réfléchi?

**M. Mostafa Askari:** Lorsque vous parlez d'enjeux et de compétences, vous parlez des compétences provinciales?

**M. Darshan Singh Kang:** Oui.

**M. Mostafa Askari:** En fait, de façon générale, ce que nous faisons actuellement n'a rien à voir avec les provinces. La seule chose dont nous avons besoin des provinces, c'est l'information qu'il faut obtenir du Québec, soit la liste de ses formulaires sur support numérique, afin que nous puissions utiliser les données.

Le coût, c'est le coût d'un programme d'assurance-médicaments national. Reste à voir de quelle façon le tout sera structuré et géré sous la forme d'une politique. Ce que nous faisons ne concerne absolument pas cet aspect de la question. Tout ce que nous dirons, c'est que si le gouvernement fédéral veut créer un programme national d'assurance-médicaments, qui offre la couverture que nous avons mentionnée ici, voilà ce que sera le coût général, maintenant et au fil du temps. Puis, évidemment, l'étape suivante pour le gouvernement fédéral et les provinces sera de négocier et de créer un genre de structure pour y arriver et composer avec les programmes actuellement offerts par les provinces et les territoires.

•(1015)

**Le président:** Votre temps est écoulé, monsieur Kang.

M. Davies est le suivant.

**M. Don Davies:** Merci.

Je crois que vous avez répondu à la plupart de mes questions. Je ne suis pas tout à fait sûr de comprendre les réponses aux questions de M. Oliver sur la possibilité de limiter les coûts à moins de 100 000 \$ et si c'est possible. Si je vous ai bien compris, cependant, vous dites que vous n'aurez pas besoin d'une autorisation spéciale si le coût est inférieur à 100 000 \$.

**M. Mostafa Askari:** C'est exact.

**M. Don Davies:** Le Comité pourrait-il vous demander de dépenser jusqu'à 99 000 \$ pour recueillir les données?

**M. Jean-Denis Fréchette:** C'est inclus... toujours.

**M. Don Davies:** Toujours, puis on voit où on est rendu ou...?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Nous sommes de retour à la question de la qualité de l'information et des renseignements requis pour le modèle et les projections. Je m'en remets au Comité. Bien sûr, le Comité peut demander n'importe quoi au PDPB et lui demander de dépenser seulement 9 \$. Vous recevrez la qualité ou la quantité de données que vous pouvez obtenir en fonction de l'argent investi.

**M. Don Davies:** Devez-vous acheter les données d'un seul coup, ce qui coûterait plus de 100 000 \$, pouvez-vous le faire de façon progressive? Par exemple, si nous vous disons de dépenser 99 000 \$ et de voir jusqu'où cela vous mène, vous pourriez revenir devant le Comité — disons, dans trois mois ou quatre mois — et, ensuite, acheter d'autres données. Ou est-ce que vous devez tout acheter d'un seul coup dès le début?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Tout dépend du contrat. Avec certaines entreprises, c'est possible, par exemple, de séparer les renseignements sur deux exercices. Ce n'est pas toujours le cas. Dans ce cas-ci, nous ne savons pas.

Comme je l'ai dit, nous sommes en négociations. Nous négocions encore le contrat. Parfois... Je vais revenir sur la procédure ou ces pouvoirs de signer des documents. C'est très difficile pour moi de dire que je vais dépenser 98 000 \$ durant l'exercice 2016-2017, pour ensuite dépenser 1 000 \$ de plus le 2 avril, au tout début du nouvel exercice. Vous voyez le problème? Vous comprenez la situation? On examinera ce que j'ai fait. Pour ce qui est de mes pouvoirs de signer des documents, même si, techniquement, j'avais ainsi respecté les pouvoirs qui me sont délégués, mon comportement ne serait pas considéré comme étant tout à fait juste.

**M. Don Davies:** Je ne vous demande pas de quelle façon, si vous dépensez plus de 100 000 \$, vous pourriez séparer ce montant en deux exercices. J'essaie de vous demander si vous pouvez garder le montant total en dessous de 100 000 \$ et s'il est possible de dire à l'entreprise que vous voulez acheter pour 95 000 \$ de données. Vous pourriez obtenir ces données, déterminer si c'est suffisant, puis, si ce n'est pas le cas, revenir devant le Comité pour obtenir plus d'argent. Est-ce possible?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Des fonds supplémentaires du Comité? Le Comité ne fournit pas... Pour le moment, l'accord ne prévoit pas que le Comité fournisse de l'argent. Le coût sera...

Pourquoi le BDPB ne demande-t-il pas d'argent au Comité? Si nous devons dépenser ce montant d'argent — 50 000 \$, 90 000 \$ ou plus de 100 000 \$ —, nous prévoyons le faire à même notre budget, ce que nous avons fait jusqu'à présent. C'est prévu dans le budget.

Nous pouvons assurément y aller de façon progressive... Je dis que c'est sûr, mais, en même temps, je regarde Mark du coin de l'oeil. Nous allons peut-être essayer de négocier une série de contrats au fil du temps, mais, si c'est le cas, on ne pourra pas respecter le délai de six mois.

**M. Don Davies:** Monsieur Fréchette, quand croyez-vous pouvoir revenir nous présenter un cadre de référence plus définitif?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Puis-je vous revenir là-dessus? Puis-je en discuter avec des représentants du bureau puis...

**Le président:** Oui.

Votre temps est écoulé.

**M. Don Davies:** Merci.

**Le président:** Voilà qui termine la période des questions.

J'ai cependant une question. Lorsque vous dites que l'intervention du Président est nécessaire, est-ce le Président qui décide? Y a-t-il un comité ou c'est seulement le Président?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Voici le processus: nous, la Bibliothèque du Parlement, avons un contrat. Avant de le signer, nous l'envoyons aux deux Présidents. Dans leurs procédures, c'est écrit: « pour approbation de principe ». C'est le libellé qui est utilisé. Puis, ils rendent une décision à ce sujet.

**Le président:** D'accord.

**M. Jean-Denis Fréchette:** Ils peuvent dire non comme ils peuvent dire oui. Les deux Présidents peuvent décider de transférer le dossier au Comité de liaison. Je ne sais pas. Je n'ai aucun contrôle sur la décision, bien sûr. Elle leur revient.

•(1020)

**Le président:** Merci beaucoup.

Afin de mettre les choses en perspective, j'ai lu une manchette ce matin dans le *Hill Times*. On mentionne que nous avons dépensé 134 000 \$ pour dîner avec des représentants mexicains. Nous parlons d'un enjeu lié aux soins de santé, un dossier où on pourrait possiblement — nous ne le savons pas encore — économiser des milliards de dollars chaque année. Je crois que nous devrions réaliser une étude appropriée et la financer comme il faut. C'est ce que nous déciderons, j'imagine, plus tard.

Merci beaucoup de la mise à jour. Je vous remercie de votre contribution. Nous allons probablement vous demander conseil à nouveau bientôt l'année prochaine.

**M. Jean-Denis Fréchette:** Merci.

**Le président:** Nous allons ajourner la séance quelques instants, puis nous allons traiter des affaires du Comité à huis clos.

[La séance se poursuit à huis clos.]





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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

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

---

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