



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 084



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

ThLe jeudi 7 décembre 2017

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

ThLe jeudi 7 décembre 2017

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): Mesdames et messieurs, la séance est ouverte. Bienvenue à la 84^e réunion du Comité permanent de la santé.

Nous étudions maintenant le Budget supplémentaire des dépenses. Souhaitons la bienvenue à notre ministre de la Santé, l'hon. Ginette Petitpas Taylor, qui s'est jointe à nous aujourd'hui.

Je vois dans vos notes, madame la ministre, que vous allez nous présenter les collègues qui vous accompagnent. Habituellement, je me charge de faire les présentations.

Nous vous prions d'ouvrir la séance en nous présentant votre allocution de 10 minutes. Vos observations nous intéresseront beaucoup. Ensuite, nous passerons aux questions.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor (ministre de la Santé): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vous remercie de m'avoir invitée à vous présenter un aperçu du portefeuille de la Santé dans le Budget supplémentaire des dépenses (B) de 2017-2018.

J'ai le grand plaisir d'être accompagnée aujourd'hui par mon sous-ministre, Simon Kennedy, par notre administratrice en chef de la santé publique, la Dre Theresa Tam, par Carolina Giliberti, première vice-présidente de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, par Yves Bacon, vice-président et dirigeant principal des finances, Gestion intégrée, Agence canadienne d'inspection des aliments, et par Michel Perron, vice-président directeur des Instituts de recherche en santé du Canada.

[Français]

Nous sommes tous heureux d'avoir eu l'occasion de discuter des ressources que nous demandons pour maintenir et améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes.

[Traduction]

Le portefeuille de la Santé continuera à viser plusieurs initiatives prioritaires du gouvernement. Le Budget supplémentaire des dépenses (B) augmente les crédits de la santé d'un peu plus de 297 millions de dollars, ce qui accroîtra ses pouvoirs proposés à 7,16 milliards de dollars, soit une augmentation d'environ 6 % jusqu'à présent.

Ce financement nous permettra d'atteindre des objectifs cruciaux dans plusieurs domaines prioritaires que je vais maintenant vous décrire.

[Français]

Notre gouvernement reconnaît que les Canadiens et les Canadiennes s'attendent à ce que le système de soins de santé soit adapté à leurs besoins en évolution. Ils s'attendent aussi à ce que les

gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent pour affermir notre système de soins de santé.

En août, le gouvernement du Canada et ceux des provinces et des territoires ont accepté l'énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé. Cet énoncé de principes communs indique les grandes lignes des principales priorités en matière d'investissements fédéraux dans la santé mentale et dans la lutte contre la toxicomanie, ainsi que dans les soins à domicile, palliatifs et communautaires. Il engage le gouvernement à travailler avec l'Institut canadien d'information sur la santé sur un ensemble d'indicateurs communs pour mesurer le progrès dans ces secteurs. Il réaffirme également un engagement fédéral, provincial et territorial commun en vue d'améliorer l'abordabilité, l'accessibilité et l'usage approprié des médicaments sur ordonnance.

Chaque province et territoire a aussi accepté sa part de 11 milliards de dollars, échelonnée sur une période de 10 ans, provenant du financement fédéral pour les soins à domicile et la santé mentale. Les provinces et les territoires ont également accepté les accords de financement élargi dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé, qui fournira plus de 200 millions de dollars en financement fédéral en matière de santé pour les cinq prochaines années.

Santé Canada est maintenant en négociation avec chaque province et territoire pour enfin élaborer des ententes bilatérales pluriannuelles qui énonceront les modalités pour le financement restant pour les 10 prochaines années.

[Traduction]

Le gouvernement du Canada s'est engagé à renouveler ses relations avec chacune des nations autochtones. Il devra pour cela assurer aux membres des Premières Nations et aux Inuits l'accès à des programmes et à des services en santé adaptés à leurs particularités culturelles.

En décembre, le gouvernement du Canada a annoncé la création formelle du ministère des Services aux Autochtones Canada. La transformation des services aux Autochtones a ainsi fait un pas de géant. En les réunissant dans un seul ministère, nous améliorerons l'échange d'information afin de mieux répondre aux besoins des gens que nous servons.

Par conséquent, les crédits substantiels affectés aux programmes destinés aux Autochtones dans ce Budget supplémentaire des dépenses seront désormais du ressort de la ministre Philpott.

Je tiens sincèrement à appuyer l'objectif important que notre gouvernement s'est donné afin d'améliorer la santé des Autochtones. Pendant cette période de transition, je soutiendrai mes collègues, la ministre Bennett et la ministre Philpott afin que les membres des Premières Nations et les Inuits reçoivent des services et des programmes en santé de grande qualité. Je m'efforcerais aussi d'entretenir des relations efficaces avec nos partenaires autochtones.

[Français]

Un autre dossier essentiel faisant partie du portefeuille de la santé est la légalisation et la réglementation du cannabis. Nous savons que l'approche actuelle en matière de cannabis ne fonctionne pas. Elle permet aux criminels et aux groupes criminels organisés de faire des bénéfices et échoue à garder le cannabis hors de la portée des jeunes. C'est pour cette raison que le gouvernement a déposé le projet de loi C-45, qui vise à légaliser la consommation de cannabis tout en la réglementant de manière rigoureuse.

Dans ce budget supplémentaire des dépenses, nous demandons 39,1 millions de dollars pour élaborer, mettre en œuvre et administrer un cadre fédéral pour légaliser et réglementer le cannabis. Cela comprendra l'octroi de permis et la supervision des personnes qui produisent du cannabis à des fins médicales et non médicales.

[Traduction]

Nous nous attaquons aussi à la crise des opioïdes. Nous continuons à utiliser tous les outils possibles pour freiner le nombre croissant de surdoses et de décès qu'ils causent. Comme vous le savez, en 2016, nous avons eu au Canada plus de 2 800 décès apparemment reliés aux opioïdes. Les données préliminaires indiquent déjà que ce nombre dépassera 3 000 en 2017. Le Budget supplémentaire des dépenses (B) affecte 6,2 millions de dollars de plus à la résolution de cette crise. Ces fonds contribueront également à augmenter l'accès aux mesures d'atténuation du préjudice et à prévenir l'écllosion de maladies infectieuses dues au partage de matériel d'injection de drogues.

Nous nous trouvons devant un problème médical et social complexe qui ne se réglera pas du jour au lendemain. Notre gouvernement va donc continuer, avec ses partenaires de tout le pays, à lutter contre cette crise de santé publique.

[Français]

En ce qui a trait à l'incidence des changements climatiques sur la santé des Canadiens et des Canadiennes, je suis heureuse que le budget de 2017 ait attribué 47,1 millions de dollars sur une période de cinq ans à Santé Canada, à l'Agence de la santé publique du Canada et aux Instituts de recherche en santé du Canada pour faire face aux risques associés aux changements climatiques.

L'Agence de la santé publique du Canada a récemment accepté les propositions au titre du Fonds du programme de maladies infectieuses et de changements climatiques. Ces propositions combleront les lacunes dans les connaissances liées aux maladies infectieuses d'origine alimentaire, hydrique et zoonotique au Canada. Cela comprend la préparation en vue des maladies infectieuses liées à la variabilité climatique et la préparation des Canadiens et des Canadiennes contre celles-ci, y compris la maladie de Lyme et le virus du Nil occidental.

• (1540)

[Traduction]

Notre gouvernement s'est aussi engagé à promouvoir et à améliorer la santé publique en augmentant les taux de vaccination dans tout le pays. La vaccination demeure l'un des outils de santé

publique les plus efficaces pour protéger les Canadiens. Nous affectons donc un million de dollars à des campagnes de promotion et d'éducation du public afin d'aider les Canadiens à prendre des décisions éclairées au sujet de l'immunisation.

Les vaccins sont efficaces et sûrs. Ils contribuent énormément à la protection de la santé des particuliers et des communautés. Je suis très heureuse que le gouvernement se soit allié aux provinces et aux territoires pour fixer des objectifs et des cibles visant à réduire, par la vaccination, l'incidence des maladies évitables d'ici à 2025.

[Français]

Ce budget supplémentaire des dépenses tient compte d'une augmentation de 7 millions de dollars dans le budget de l'Agence canadienne d'inspection des aliments qui permettra de soutenir le travail continu important de l'ACIA en ce qui concerne la protection des végétaux, la santé des animaux et la salubrité des aliments.

La salubrité des aliments demeure une priorité principale pour l'ACIA. Même si le Canada a déjà un des systèmes de salubrité alimentaire les plus sécuritaires au monde, notre gouvernement est résolu à améliorer ce système afin que les familles canadiennes continuent d'avoir confiance dans les aliments qu'elles consomment.

L'ACIA a mis un accent accru sur la prévention, la préparation et les interventions afin de réduire au minimum les risques pour la santé des humains, des animaux et de l'écosystème. Cela comprend la protection de la santé des plantes et des animaux, les premiers liens de la chaîne alimentaire.

En conclusion, je suis persuadée que les montants indiqués dans ce budget supplémentaire des dépenses et les fonds précisés dans le budget de 2017 permettront au portefeuille de la santé d'atteindre de meilleurs résultats en matière de santé pour tous les Canadiens et toutes les Canadiennes et à bâtir un pays meilleur en meilleure santé.

Encore une fois, je tiens à remercier le Comité de m'avoir invitée cet après-midi. J'ai bien hâte de répondre à vos questions.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à des rondes de questions de sept minutes, en commençant par le Dr Eyolfson.

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

Je vous remercie beaucoup d'être venue, madame la ministre. Nous sommes heureux que vous soyez avec nous aujourd'hui.

Comme vous le savez, je me spécialise en médecine à la salle de réveil. J'ai travaillé pendant 20 ans dans des services d'urgence. Les problèmes de santé publique se manifestaient souvent dans ces services, et nous en observons les tendances. Nous constatons par exemple que les patients qui ne peuvent pas payer leurs médicaments d'ordonnance tombent malades simplement par manque d'argent.

Comme vous le savez, nous étudions la structure et la mise en œuvre d'un programme national d'assurance-médicaments. Nous avons découvert que le Canada se classe deuxième parmi les pays où le coût des médicaments est le plus élevé. Le Bureau du directeur parlementaire du budget a produit un rapport, qui n'a pas encore été publié, dans lequel on souligne qu'avec un programme national d'assurance-médicaments, notre pays économiserait chaque année environ 4 milliards de dollars.

Pourriez-vous nous décrire les mesures que vous et la Dre Philpott avez prises pour réduire le coût des médicaments que paient les Canadiens?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Il est certain que notre gouvernement s'efforce de renforcer le système de santé du Canada. Il doit pour cela, entre autres choses, améliorer l'accès et l'abordabilité des médicaments d'ordonnance et assurer des modes de prescription adéquats. En fait, il considère cela comme une priorité cruciale.

Dans le budget de 2017, nous avons réussi à injecter 140 millions de dollars pour réduire le prix des médicaments, pour améliorer l'accès aux médicaments d'ordonnance et pour soutenir l'usage adéquat des médicaments. Nous avons aussi pu nous joindre à nos partenaires provinciaux et territoriaux qui sont membres de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Cela nous a permis d'acheter des médicaments d'ordonnance en gros, et nous avons ainsi fait des économies considérables.

Comme vous avez déjà mené quelques études à ce propos, vous savez aussi que nous modernisons le Règlement sur les médicaments brevetés de la Loi sur les brevets. Cela nous aidera beaucoup à effectuer notre travail. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés n'a pas subi de modernisation depuis des années. Il est donc urgent de le faire. Je serai heureuse de participer à cette tâche.

Je sais aussi que votre comité a effectué des recherches approfondies à ce sujet. Je vais examiner vos recommandations avec beaucoup d'intérêt et je me ferai un plaisir de poursuivre cette conversation avec vous.

Enfin, en octobre dernier, j'ai eu l'occasion de rencontrer pour la première fois les ministres de la Santé des provinces et des territoires. Dans le cadre de nos discussions sur les prix des médicaments, nous nous sommes tous entendus sur l'urgence d'améliorer l'accès aux médicaments. Nous reconnaissons que les Canadiens paient beaucoup trop cher pour leurs médicaments, et nous tenons à aborder ce problème.

Ces premières étapes nous ont déjà bien orientés vers la bonne direction.

• (1545)

M. Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

J'ai aussi remarqué l'excellent travail que le ministère a accompli dans sa lutte contre la crise des opioïdes. Je ne peux m'empêcher de penser à la profession que j'exerçais avant d'entrer en politique. Je n'ai que trop souvent assisté à la fin tragique de ces victimes.

J'ai donc été ravi que l'on adopte le projet de loi C-37. Il a permis aux organismes de santé communautaire d'ouvrir un plus grand nombre de sites de consommation supervisée. Nous savons qu'il sauvera bien des vies. Les initiatives de dispensation de naloxone sauvent elles aussi de nombreuses vies.

Nous avons mené une étude sur la crise des opioïdes et avons produit un rapport présentant 38 recommandations. Pourriez-vous indiquer au Comité les progrès de la mise en oeuvre de ces recommandations?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Tout d'abord, comme je l'ai dit dans mon allocution, le gouvernement et tous les Canadiens reconnaissent que la consommation des opioïdes s'est transformée en crise de santé publique. Aujourd'hui encore, nous avons vu les chiffres que vient de publier l'Ontario. C'est un vrai désastre. Nous voyons bien que ce ne sont pas seulement des chiffres, mais des enfants, des mères et des pères. Chaque incident est personnel, et les torts que ces pertes causent aux familles et aux communautés sont énormes. Dans mon rôle de ministre de la Santé, cette crise est une priorité absolue.

En fait, la première séance d'information que j'ai reçue en entrant en fonction portait sur la crise des opioïdes. C'est ma plus grande priorité, et je m'en occupe régulièrement jour après jour. Comme vous l'avez souligné, le projet de loi C-37a été l'une de nos principales mesures, un pas dans la bonne direction qui nous a permis de simplifier le processus de demande d'établissement de sites de consommation supervisée.

Il est certain que nous devons établir une méthode d'atténuation des torts dans ce contexte. Nous sommes heureux de constater les progrès que nous avons déjà faits.

À l'arrivée au pouvoir de notre gouvernement, il n'y avait qu'un seul site de consommation supervisée au Canada. Nous offrons maintenant 28 endroits de consommation sûrs. De nouveau, nous avons fait de grands pas dans la bonne direction.

Vous avez mentionné la naloxone. En veillant à la vendre sans ordonnance, nous permettons à un plus grand nombre de personnes de l'utiliser. Les travailleurs sur le terrain ont vraiment besoin de cet outil pour maîtriser la situation. Certaines provinces veillent à distribuer ce produit sans frais. Toutefois, cette décision relève uniquement des provinces et des territoires. Il est urgent de faire tout notre possible pour faciliter l'accès à la naloxone.

Nous avons aussi investi des sommes importantes pour aborder cette crise. Pendant les négociations de l'Accord sur la santé, l'année dernière, quelques provinces nous ont dit qu'il était absolument urgent de s'attaquer à la crise des opioïdes dans certaines régions. Ces provinces, par exemple la Colombie-Britannique, ont reçu un financement direct de 10 millions de dollars en plus de leurs transferts relatifs à la santé pour lutter contre cette crise sur le terrain.

L'Alberta a reçu, je crois, 6 millions de dollars pour régler cette crise sur le terrain. Le Manitoba avait aussi ciblé plusieurs problèmes pour lesquels il fallait des fonds, mais la crise des opioïdes figurait parmi ses besoins les plus urgents. Il a aussi reçu des fonds supplémentaires.

N'oublions pas non plus que les Canadiens considèrent aussi la santé mentale et la toxicomanie comme de grandes priorités. Avec les crédits de notre budget de 2017 et les accords sur la santé, nous avons investi la somme considérable de 6 milliards de dollars pour traiter la santé mentale.

Ces mesures nous entraînent dans la bonne direction, mais nous ne pouvons absolument pas nous reposer sur nos lauriers face à cette crise. Il faut continuellement surveiller la situation. Il faut répondre aux besoins auxquels notre pays fait face. Il n'y a pas de solution unique à tous ces problèmes, et nous savons qu'il est crucial de collaborer avec les provinces et les territoires et de soutenir les travailleurs de première ligne. C'est d'une importance capitale.

•(1550)

M. Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

Le président: Monsieur Webber.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci, monsieur le président, et merci à vous, madame la ministre, et à vos collaborateurs, d'être venus aujourd'hui.

Madame la ministre, dans votre allocution vous avez brièvement mentionné la maladie de Lyme. Au bout de six mois, notre comité a enfin reçu, hier seulement, la lettre dans laquelle vous répondez à l'examen que notre comité a effectué sur la maladie de Lyme. Votre réponse, madame la ministre, n'a certainement pas enchanté les groupes concernés, et cela ne me surprend pas du tout.

Comme vous le savez, madame la ministre, des centaines ou même des milliers de Canadiens souffrent de la maladie de Lyme. Nous savons qu'un plus grand nombre encore n'ont pas reçu le bon diagnostic et qu'ils ne sont donc pas traités comme il le faudrait. Des congrès ont eu lieu. Nous avons étudié ce problème dans notre comité. Des experts nous ont présenté leurs opinions et leurs recommandations et nous avons tenu des consultations publiques. On en a énormément parlé, mais nous ne voyons pas beaucoup d'action. Sans financement adéquat, nous n'arriverons à rien.

Comme vous le savez, le gouvernement y a bien entendu affecté 4 millions de dollars, mais plaçons cela dans son contexte. Nous avons dépensé une plus grande somme pour installer une patinoire sur la Colline du Parlement que la somme investie sur ce grave problème de santé publique. Pour quelle raison pensez-vous, madame la ministre, qu'il serait possible d'investir moins de fonds dans la recherche sur la maladie de Lyme que dans la construction d'une patinoire sur la Colline du Parlement?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Je suis heureuse que vous ayez reçu ma lettre, qui a été envoyée, je crois, vers la fin de la semaine dernière.

Tout d'abord, je vais dépeindre la situation générale. Notre gouvernement reconnaît que la maladie de Lyme est une nouvelle maladie infectieuse qui se propage dans de nombreuses régions du Canada. Je viens du Nouveau-Brunswick, alors je sais que dans notre province, nous avons cerné plusieurs secteurs à forte incidence. J'en suis tout à fait consciente. Je sais aussi que les personnes qui vivent avec cette maladie souffrent à long terme de maux physiques terribles.

Dans ma circonscription de Moncton—Riverview—Dieppe, j'ai participé l'année dernière aux réunions d'un groupe de soutien après avoir reçu de nombreux courriels de personnes qui souffrent de la maladie de Lyme. Je tenais à les rencontrer et à les entendre décrire leur expérience, parce que je n'en savais pas beaucoup à ce sujet. Ces témoignages m'ont frappée et m'ont profondément touchée.

Je sais aussi qu'une personne de votre comité, Mme Ludwig, a beaucoup travaillé dans le domaine de la maladie de Lyme. Je le répète, je reconnais les effets dévastateurs que cette maladie produit dans les familles qui en sont atteintes.

M. Len Webber: Madame la ministre, pensez-vous qu'un financement de 4 millions de dollars suffirait pour lutter contre cette maladie?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: En ce qui concerne les fonds affectés à cette maladie, je suis sûre que vous savez fort bien qu'en mai 2017, nous avons réussi à publier le cadre fédéral. Le rôle du gouvernement fédéral s'articule en trois piliers, en trois domaines prioritaires que nous devons diriger. Pour celui de la surveillance, nous devons réunir de meilleures données afin de vraiment

comprendre ce qui se passe et pour déterminer l'ampleur de ce problème.

M. Len Webber: Les membres de ce comité le comprennent parfaitement.

•(1555)

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Le deuxième pilier, qui est très important à mon avis, est celui de l'éducation et de la sensibilisation. Je sais que de nombreux Canadiens ont entendu parler de cette maladie, mais nous devons fournir plus d'information sur sa détection, sensibiliser le public et en faire bien plus encore.

Le troisième domaine dans lequel nous avons un rôle à jouer, selon moi, est celui des lignes directrices et des pratiques exemplaires. Nous savons que le gouvernement fédéral tient à se concentrer sur ce domaine clé. Nous avons beaucoup investi pour élaborer ce cadre fédéral. C'est un excellent début et un pas dans la bonne direction.

Il faudrait demander à la Dre Tam de nous donner un peu plus d'information sur les travaux en cours.

M. Len Webber: Nous avons déjà entendu tout cela. Nous avons mené toute une étude à ce sujet, madame la ministre, mais je vous remercie quand même. Vous pourriez peut-être répondre à ma question, docteure Tam?

Je m'inquiète, comme bien des gens d'ailleurs, de la sûreté du système d'approvisionnement en sang.

Madame la ministre, dans votre lettre, vous écrivez que rien n'indique que la maladie de Lyme peut se transmettre par les réserves de sang. C'est bien différent que d'affirmer que la science a prouvé que la maladie de Lyme ne se transmet pas par les réserves de sang. C'est un peu comme de dire que vous ne l'avez jamais constaté vous-même, par conséquent cette maladie ne se transmet pas de cette manière.

Je voudrais que la Dre Tam ou vous-même me disiez ce que font les scientifiques pour prouver que la maladie de Lyme ne peut pas se transmettre par les réserves de sang. Madame la ministre, pouvez-vous affirmer sans équivoque qu'il est impossible de contracter la maladie de Lyme en recevant du sang du système d'approvisionnement national?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Docteure Tam, pourriez-vous répondre à cette question, s'il vous plaît?

Dre Theresa Tam (administratrice en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Je crois que la Société canadienne du sang a déjà répondu à cette question.

On n'a encore jamais trouvé d'indices de la maladie de Lyme dans le système d'approvisionnement en sang. On ne fait pas passer le test à tous les donneurs de sang, mais la Société canadienne du sang refuse les donneurs malades. Elle mène aussi des études ponctuelles sur le groupe des donneurs, mais sans résultat.

Je voudrais aussi revenir sur le fait qu'avec les Instituts de recherche en santé du Canada, nous investissons 4 millions de dollars dans la recherche. Une partie de ces fonds soutiendra les diagnostics. De plus, en ciblant d'autres domaines de la recherche, nous obtiendrons de l'information plus courante.

M. Len Webber: Pensez-vous que ces 4 millions suffiront? Ils devront soutenir non seulement la recherche, mais il s'y ajoute maintenant la surveillance, l'éducation ainsi que les lignes directrices et les pratiques exemplaires. Je ne crois pas que cette somme suffira.

Dre Theresa Tam: Du côté de l'Agence de la santé publique très certainement, et probablement du côté des Instituts de recherche en santé du Canada, nous nous réjouissons de ce financement réservé. C'est la première fois que nous le recevons. Nous avons annoncé les 4 millions de dollars pour le réseau de recherche. En plus de cela, 3,7 millions de dollars sont réservés pour d'autres activités.

Seule une partie des 4 millions de dollars est destinée à la recherche. Il est important de noter que le reste va au financement de la formation de professionnels de la santé de première ligne et de patients. Nous mettons également à contribution des organisations responsables comme les associations de professionnels de la santé, qui ont un rôle à jouer, de même que la surveillance.

M. Len Webber: Je ne soulignerai jamais assez l'insuffisance de ce financement. On semble accorder plus d'importance aux célébrations du 150^e anniversaire sur la pelouse de la Colline parlementaire.

Madame la ministre, je suis certain que votre bureau, tout comme le mien, est inondé de courriels de gens qui sont mécontents de la taxe d'accise sur la marijuana thérapeutique. Ces Canadiens nous font remarquer qu'aucun autre médicament sur ordonnance n'est assujéti à une taxe d'accise.

Madame la ministre, pourquoi ce gouvernement frappe-t-il un médicament sur ordonnance d'une taxe d'accise et pas les autres? Est-ce que le gouvernement a l'intention de maintenir cette politique ou de traiter la marijuana de la même façon que les autres médicaments sur ordonnance sur le plan de la taxation?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Comme vous le savez, le Comité permanent sur la santé a travaillé très fort à l'étude du projet de loi C-45 et vous avez fait un travail formidable au début de l'été. Si ma mémoire est bonne, vous étiez ici bien avant nous tous et vous avez entendu de nombreux témoins pendant cinq longues et intéressantes journées, à ce qu'on me dit. Nous devons également reconnaître que le groupe de travail a rencontré des gens d'un bout à l'autre du pays et émis des recommandations au gouvernement en ce qui a trait à certains sujets de réflexion.

En ce qui concerne la taxation, comme vous le savez tous, le ministre Morneau rencontre ses collègues des provinces et des territoires la semaine prochaine, je crois, et le sujet de la taxe d'accise sera abordé, de même que la manière dont les profits seront emmagasinés et les coffres où se retrouveront les sommes perçues. C'est une conversation qui a lieu également à ce niveau. Mon sous-ministre voudrait peut-être ajouter quelque chose.

M. Simon Kennedy (sous-ministre, ministère de la Santé): En ce qui a trait aux remarques de la ministre, les affaires de politique fiscale relèvent généralement du ministère des Finances, alors nous nous en remettons à lui dans ce domaine. Ce serait une bonne question à soulever avec des collègues du ministère des Finances.

Le président: Le temps est écoulé.

Monsieur Davies.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPd): Merci d'être avec nous et merci à votre personnel.

Madame la ministre, en 2009 le virus de la grippe H1N1 a causé 428 décès au Canada. En réaction à cela, le gouvernement a mis sur pied un Centre des opérations d'urgence ouvert 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Ceci a rendu disponibles 6 000 jours-personnes d'assistance afin d'aider à coordonner les interventions d'urgence dans tout le pays. À présent, à titre de comparaison, la crise des opioïdes a causé 2 800 décès en 2016 et 3 000 décès cette année. Pourtant, seulement 113 jours-personnes d'assistance ont été

rapportés par l'Agence de la santé publique du Canada et c'est pour aider à rédiger deux rapports.

De plus, durant l'épidémie de H1N1, l'Agence de santé publique du Canada a dépensé 322 millions de dollars, seulement en communications et en publicité. En revanche, l'engagement de votre gouvernement pour combattre la crise des opioïdes se chiffre à 123,5 millions de dollars, échelonnés sur 5 ans.

Madame la ministre, vu la gravité et la persistance de la crise des surdoses d'opioïdes et le nombre de décès qu'elle laisse dans son sillage, pourquoi la réaction de votre gouvernement a-t-elle été de bien moindre envergure que lors de la crise du H1N1?

• (1600)

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Nous avons eu l'occasion de discuter de cela en privé et je suis ravie que vous reposiez la question aujourd'hui. Nous devons également reconnaître que la crise des opioïdes, comme je l'ai dit dans mes remarques précédentes, est dévastatrice si l'on se fie aux chiffres qui nous sont communiqués actuellement. Une fois de plus, après lecture du rapport issu de l'Ontario, il est très alarmant de constater que ces chiffres augmentent.

Je dois dire que notre gouvernement a pris des mesures pour corriger la situation. Lorsque nous avons été élus, l'un des premiers projets de loi proposés était le projet de loi C-37, un projet de loi qui a allégé le processus de demande pour faire en sorte que les personnes aient accès à des sites de consommation supervisée et nous avons reconnu que cela sauvait des vies.

Nous savions que la naloxone, dont nous nous sommes assurés qu'elle soit un médicament sans ordonnance disponible à tous, sauvait également des vies. Lorsque les provinces et les territoires nous ont informés qu'ils faisaient face à un problème ciblé dans leur province, une fois de plus, nous leur avons octroyé un financement spécifique. La Colombie-Britannique, votre province, a reçu 10 millions de dollars supplémentaires en financement spécifique et l'Alberta a aussi reçu des fonds supplémentaires.

Le mois dernier encore, alors que je me trouvais à Calgary, nous avons procédé à des annonces. Dans le cas de la stratégie canadienne en matière de toxicomanie chez les jeunes, qui a été mise en oeuvre, nous avons également réalisé des investissements pour examiner le problème. Une fois de plus, quand il s'agit de services sur le terrain, il est vraiment important de poursuivre le travail amorcé avec les provinces et les territoires. Le gouvernement fédéral a très certainement un rôle à jouer et nous ne pouvons sous-estimer cette crise.

M. Don Davies: Non, absolument pas.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: En ma qualité de ministre de la Santé, c'est ma principale priorité et quand je dis que cette situation m'empêche de dormir la nuit, c'est vrai.

M. Don Davies: Madame la ministre, la question portait sur les raisons pour lesquelles le gouvernement fédéral a dépensé trois fois plus d'argent pour le H1N1 qu'il ne le fait aujourd'hui et je n'ai pas entendu de réponse à cette question, mais je vais passer au cannabis thérapeutique. Mon collègue a amené le sujet.

Sur le plan de la santé, nous savons que le cannabis thérapeutique n'est pas exonéré. Les utilisateurs de cannabis thérapeutique doivent déjà payer la TPS et la TVH. Nous savons que la plupart des assurances-médicaments au pays ne couvrent pas le cannabis thérapeutique, alors des hommes et des femmes qui sont déjà en difficulté doivent payer des sommes supplémentaires pour leur cannabis thérapeutique.

Ironiquement, les opioïdes sont couverts par la plupart des assurances et sont exonérés de taxes. Également ironique, on incite les patients à choisir une option plus risquée, alors que les études sont maintenant à même de démontrer que le cannabis est très efficace pour les gens qui veulent se sevrer des opioïdes. Faire en sorte que le cannabis thérapeutique soit plus cher que les opioïdes constitue clairement une mauvaise politique.

Je me demande seulement, madame la ministre, si au Conseil des ministres, vous préconisez, du point de vue de la santé, de traiter le cannabis thérapeutique de la même façon que les opioïdes.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Comme l'a indiqué le dernier intervenant, tout ce qui a trait à l'imposition de taxes est du seul ressort du ministre des Finances et c'est son travail.

Une fois de plus, le ministre des Finances rencontrera la semaine prochaine ses homologues des provinces et des territoires. Je suis certaine que cet enjeu sera abordé. Si le ministre des Finances vient s'exprimer au Comité sur la santé, on devrait certainement lui poser la question.

M. Don Davies: Nous savons que le gouvernement fédéral rembourse le coût du cannabis thérapeutique pour plus de 3 000 vétérans canadiens. À ce comité, le 14 septembre, nous avons entendu le témoignage du directeur régional des Premières Nations, le chef Isadore Day, selon lequel le gouvernement ne rembourse pas le coût du cannabis thérapeutique pour les patients autochtones.

Pouvez-vous m'expliquer cette politique discriminatoire?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: En toute honnêteté, le ministère de la ministre Philpott y travaille. Je pourrais demander à mon sous-ministre d'aborder cette question.

• (1605)

M. Don Davies: Madame la ministre, si je peux me permettre, j'aimerais vous poser la question directement. Je crois que les employés resteront après la séance et nous pourrions faire le suivi à ce moment-là. Vous n'êtes ici que pour une heure environ. Je vais passer outre, si vous me le permettez.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Oui, absolument.

M. Don Davies: Je voudrais passer aux médicaments sur ordonnance. J'aimerais lire un passage:

Médicaments sur ordonnance...

L'État prend en charge tous les soins hospitaliers, y compris les médicaments prescrits. Or, l'État ne prend pas nécessairement en charge les médicaments indispensables pour les malades qui terminent leur convalescence à la maison.

L'État couvre les frais pharmaceutiques engagés sur prescription médicale par certains groupes ou certaines personnes, dans certaines circonstances, mais les médicaments délivrés sur ordonnance ne font pas encore entièrement partie des dispositifs de remboursement provinciaux de l'assurance santé. De nombreux citoyens ont une assurance privée fournie par leur employeur, mais 12 % de la population n'ont aucune protection.

Cet état de choses va tout à fait à l'encontre des valeurs qui sous-tendent notre assurance santé. Il est injuste et illogique, sur le plan financier aussi, de prendre en charge les diagnostics, mais non les thérapeutiques. Les malades qui ne peuvent pas se procurer les médicaments sur ordonnance voient leur état de santé se détériorer, ce qui alourdira les dépenses de santé à terme.

La prise en charge des médicaments sur ordonnance indispensables, que recommande le Forum national sur la santé, permettrait non seulement de mieux universaliser les traitements, mais aussi de diminuer l'ensemble de la consommation médicale en augmentant les bienfaits d'un dispositif unique de prise en charge.

Le président: Il faut poser une question.

M. Don Davies: J'y arrive, monsieur le président.

Parmi ces avantages, mentionnons une gestion simplifiée, les ristournes accordées aux gros clients et un meilleur suivi du perfectionnement des méthodes dans le domaine des prescriptions...

Un nouveau gouvernement libéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, et des représentants des dispensateurs de services de soins de santé, des contributeurs, syndicats et employeurs, et des usagers...

Le président: Il nous faut une question.

M. Don Davies: ... mettra en oeuvre une stratégie axée sur l'importance des médicaments dans les soins de santé. Il formulera, en collaboration avec ces groupes, un calendrier et un cadre budgétaire en vue de la prise en charge universelle des médicaments indispensables délivrés sur ordonnance.

Madame la ministre, je vous lis le programme libéral de 1997, celui de Jean Chrétien. Nous avons entendu le rapport du directeur parlementaire du budget. Il a déjà été démontré que nous pouvons assurer tous les Canadiens et épargner 4 milliards de dollars par année.

J'ai déposé une motion à la Chambre des communes qui demandait à votre gouvernement d'amorcer les discussions avec les provinces au cours des 12 prochains mois et vous avez qualifié cette proposition de « prématurée ».

Madame la ministre, pouvez-vous m'expliquer pourquoi, après 20 ans à promettre un programme national d'assurance-médicaments, vous attendez toujours?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Je tiens pour acquis que la plupart des membres du Comité permanent de la santé ont lu ma lettre de mandat. Je vais vous en citer un extrait:

Collaborer avec les provinces et les territoires pour:

... améliorer l'accès aux médicaments sur ordonnance essentiels. À cet égard, il faudra unir nos efforts à ceux des gouvernements provinciaux et territoriaux pour négocier ensemble les prix des médicaments, réduire les coûts que doivent payer les gouvernements canadiens pour ces médicaments et les rendre plus abordables pour les Canadiens, et déterminer s'il est nécessaire d'établir une liste nationale...

Quand j'ai eu l'occasion et le privilège de rencontrer les ministres de la Santé lors de la rencontre des premiers ministres, nous sommes arrivés au consensus selon lequel tous veulent travailler à améliorer l'accès à des médicaments abordables pour tous les Canadiens. Si nous voulons améliorer notre système de soins de santé, nous devons nous assurer qu'y soient absolument mentionnés l'amélioration de l'abordabilité et de l'accessibilité des ordonnances de même que leur usage adéquat.

Le président: C'est tout ce que nous pouvons entendre.

Nous allons maintenant passer à madame Sidhu et je comprends que vous allez partager votre temps avec Mme Ludwig.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, madame la ministre, de votre présence aujourd'hui.

Plus tôt cette semaine, vos fonctionnaires sont passés et nous avons parlé du Guide alimentaire canadien et du développement d'une stratégie en matière de saine alimentation. Il s'agit d'un enjeu très important. Au sujet de la stratégie en matière de saine alimentation, comment pouvons-nous améliorer la santé des Canadiens? Le taux d'obésité est de plus en plus élevé. Comment faire diminuer le taux d'obésité, particulièrement chez les jeunes?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Merci beaucoup pour cette question.

Un autre portefeuille dont on m'a rapidement informée et que j'ai rapidement appris à connaître est celui de la stratégie en matière de saine alimentation. Comme le savent nombre d'entre vous, l'an dernier, l'ancienne ministre de la Santé, la ministre Philpott a lancé la stratégie en matière de saine alimentation. Il y a beaucoup de travail à faire, mais certaines avancées ont été réalisées.

Si je songe à la stratégie en matière de saine alimentation, je vois trois piliers, trois domaines qui requièrent du travail. Le premier est le Guide alimentaire canadien, que certains d'entre vous examinent en ce moment, je crois. Un autre est le marketing destiné aux enfants, et le troisième est l'étiquetage sur le devant des emballages.

Nous reconnaissons que les Canadiens sont véritablement aux prises avec une crise de l'obésité. Un enfant sur trois est soit en surpoids ou obèse. Deux Canadiens sur trois sont en surpoids ou obèses. Nous comprenons que notre alimentation contribue certainement à la crise de santé chronique à laquelle nous faisons face, de même qu'au niveau de maladie chronique dans notre pays.

Notre gouvernement est conscient qu'il dépense plus de 26,7 milliards de dollars par année pour les maladies chroniques au pays, alors il y a du travail à faire.

En ce qui a trait à notre stratégie en matière de saine alimentation, nous savons que ce n'est pas la seule solution pour combattre cette crise, mais cela représente certainement un pas dans la bonne direction.

Je suis vraiment enthousiaste à l'idée qu'un examen du Guide alimentaire canadien est en cours et j'attends les résultats de votre étude avec impatience. Nous voyons bien que le Guide alimentaire canadien a pris de l'âge, mais c'est un document que beaucoup de Canadiens utilisent. C'est le deuxième document le plus demandé par les Canadiens, alors nous savons que les gens reconnaissent encore l'importance d'avoir un Guide alimentaire canadien.

Je pense que nous devons certes nous assurer de la modernisation et de la mise à jour de notre Guide alimentaire. Nous vivons dans un pays multiculturel à présent et un grand nombre de diètes coexistent, alors la recherche revêt une importance particulière. Je vois le Guide alimentaire canadien comme un modèle qui indiquerait aux Canadiens non pas quoi manger, mais le type d'aliments qu'ils peuvent consommer pour obtenir les nutriments dont ils ont besoin. Au bout du compte, c'est la raison d'être de la nouvelle version du Guide alimentaire.

C'est là le travail en cours quant au Guide alimentaire et je me réjouis du fait que le ministère sera en mesure de faire rapport sur l'évolution de ce projet au milieu de l'année 2018.

• (1610)

Mme Sonia Sidhu: Le Canada possède une importante population d'aînés, qui ont des besoins variés en matière de santé. Je suis heureuse de l'investissement réalisé dans les soins à domicile dans tout le Canada. Êtes-vous en mesure de me dire quel effet cela a eu et comment nous pourrions contribuer à maintenir les personnes âgées en santé dans tout le Canada?

Quelles mesures prenons-nous pour améliorer la santé des personnes âgées? Prenons-nous d'autres mesures innovatrices dans le système de soins de santé? Pouvez-vous m'en parler?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Nous avons entendu très clairement, lors des négociations de l'an dernier sur les paiements de transfert en santé, que les aînés, les services de soins de longue durée, la santé mentale et les soins palliatifs constituaient des priorités dont les Canadiens se préoccupaient.

Nous sommes heureux de pouvoir contribuer au financement des services de soins à domicile dans les provinces et les territoires, de façon à ce que chacun puisse concevoir les services et les modèles qui lui conviennent le mieux. Nous ne voulons certainement pas d'une approche autoritaire où nous leur dicterions quoi faire, mais si nous pouvons offrir du financement, ils seront en mesure de mettre en place ce qui convient le mieux à leurs besoins dans ce domaine.

Nous admettons que les aînés veulent vivre plus longtemps dans leur maison et nous devons nous assurer que des services adéquats soient mis en place. Nombre de ces responsabilités relèvent des provinces et des territoires, mais l'octroi de fonds supplémentaires par des paiements de transfert en santé peut certainement aider les provinces et les territoires à prendre les mesures nécessaires pour fournir des soins adéquats à notre population vieillissante.

Le président: D'accord, nous allons maintenant passer à Mme Ludwig.

Mme Karen Ludwig (Nouveau-Brunswick-Sud-Ouest, Lib.): Merci, madame la ministre, d'être parmi nous aujourd'hui.

J'ai deux questions. Je vous les pose sans ambages. La première fait suite à la question de ma collègue sur l'alimentation saine. Je me demande quelles sommes seront allouées annuellement à la sensibilisation du public et à l'éducation en ce qui a trait à la stratégie en matière de saine alimentation.

La seconde concerne la maladie de Lyme. J'ai été franchement surprise cet été, après que le gouvernement fédéral et la province du Nouveau-Brunswick se soient associés pour la mise en place d'un programme de surveillance, du peu d'argent requis pour déterminer quelles étaient les zones endémiques. Je me demandais si vous pouviez également décrire les activités et les mesures d'incitation qu'entend adopter l'Agence de santé publique du Canada pour sensibiliser la population et appuyer l'éducation en ce qui a trait à la maladie de Lyme, spécialement dans les zones endémiques.

C'étaient là mes deux questions. Merci.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Merci beaucoup, madame Ludwig.

En ce qui concerne l'éducation du public sur notre stratégie en matière de saine alimentation, nous ne lui avons pas encore attaché un montant déterminé, mais je peux vous affirmer, après avoir consulté nombre de mes collègues au caucus — pas seulement au caucus, mais également des députés de tous les partis, en fait — et après avoir entendu de nombreux Canadiens, qu'il est très important de fournir des outils aux Canadiens afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées en la matière.

Nous avons également entendu que le volet éducatif est très important. Il est certain que nous sommes disposés à envisager la mise en place de services quand viendra le temps de déployer notre stratégie.

En ce qui a trait à la maladie de Lyme — je sais que c'est une question qui vous passionne —, je pourrais demander à la Dre Tam de nous fournir une mise à jour fondée sur les résultats de la surveillance.

•(1615)

Dre Theresa Tam: La sensibilisation du public et le dépistage de la maladie de Lyme sont des aspects très importants du cadre fédéral. Comme vous l'avez dit, même si cela ne coûte pas très cher, il est possible de faire beaucoup grâce, par exemple, à la recherche de tiques positives, dans les collectivités et au moyen de partenariats avec différentes organisations, qu'il s'agisse de Parcs Canada, des médecins de famille travaillant en première ligne ou des groupes de patients. Il y a eu de très bons exemples, et vous venez d'en citer un, de partenariats qui ont vraiment bien fonctionné. En Ontario et au Manitoba, des groupes de patients atteints de la maladie de Lyme ont indiqué que ces partenariats avaient vraiment bien fonctionné pour eux, du point de vue de leur engagement à sensibiliser davantage le public à ce problème croissant.

À l'Agence de la santé publique du Canada, nous avons intensifié les activités de surveillance et fait des projections à partir des données climatiques, afin de déterminer jusqu'où se rend la maladie de Lyme dans les différentes régions du Canada. Je crois qu'avec ce soutien financier supplémentaire, nous continuerons d'améliorer les campagnes de sensibilisation.

Le président: Votre temps de parole est écoulé.

Nous allons maintenant passer à notre série de questions de cinq minutes.

Je dois dire que les discussions se sont poursuivies en longueur aujourd'hui. Je vous inciterais donc à écouter vos questions et vos réponses, afin de stimuler à nouveau la discussion.

Nous nous sommes un peu éparpillés.

M. Don Davies: Monsieur le président, j'invoque le Règlement à ce sujet.

Le président: Vous vous rendez compte que vous allez empiéter sur le temps de la ministre, n'est-ce pas? Vous allez en priver tout le monde.

M. Don Davies: Tant pis, monsieur le président. Je souhaite invoquer le Règlement.

Vous m'avez interrompu à trois reprises pendant la série de questions de sept minutes, monsieur le président. Vous avez tout à fait le droit de me dire quand mon temps de parole est écoulé, ou que j'approche de la fin de mon intervention. Toutefois, avec tout le respect que je vous dois, vous n'avez pas le droit de me censurer ou de limiter mon préambule. Je peux utiliser les sept minutes dont je dispose comme bon me semble. Je peux parler pendant sept minutes si je le souhaite. Ce n'est pas à vous de déterminer la longueur des préambules ou le moment de poser nos questions. Il s'agit d'une violation de mon privilège à titre de parlementaire et de membre de ce comité.

En tout respect, monsieur le président, nous avons cinq minutes, et vous avez tout le loisir de m'interrompre après cinq minutes, si c'est votre choix, même si je m'attends à ce que vous adoptiez la même attitude qu'avec les autres. Toutefois, avec tout le respect que je vous dois, vous ne pouvez pas m'interrompre au milieu de mon intervention et m'obliger à poser une question parce que vous croyez que mon entrée en matière est trop longue.

Le président: Vous avez pris neuf minutes et 15 secondes pour une question de sept minutes.

M. Don Davies: Excusez-moi?

Le président: Vous avez consacré neuf minutes et 15 secondes à une question de sept minutes. Je viens de vous demander de poser votre question, mais lorsque je l'ai fait, vous aviez déjà dépassé votre

temps de parole d'une minute. Vous n'avez pas manqué de souligner que la ministre est ici pour une heure seulement et que nous devrions tous pouvoir lui poser nos questions. Toutefois, vous empiétez sur le temps des autres maintenant, et vous êtes intervenu beaucoup plus longuement que ce qui vous était autorisé.

M. Don Davies: C'est bien, monsieur le président. Vous auriez alors dû me dire que mon temps de parole était écoulé.

Le président: Je vous ai dit de poser votre question.

M. Don Davies: Ce n'est pas la même chose. Je croyais que mon temps de parole de sept minutes n'était pas écoulé...

Le président: Eh bien, ce n'était pas le cas.

M. Don Davies: ... et vous m'avez pressé de poser ma question.

Tout ce que je veux préciser, monsieur le président, c'est que nous avons tous notre temps de parole et que nous devrions avoir la possibilité, dans le délai qui nous est imparti, de faire l'entrée en matière que nous souhaitons. C'est cela que je voulais préciser pour le Comité.

Le président: Vous aviez dépassé de beaucoup votre temps de parole, mais passons à autre chose. La ministre doit partir à 16 h 30, et nous avons perdu suffisamment de temps.

Madame Gladu, vous avez cinq minutes.

Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, monsieur le président. Je vais respecter mon temps de parole à la seconde près.

Merci à madame la ministre et au représentant du ministère d'être ici aujourd'hui.

Dans le budget de 2016, on avait annoncé 3 milliards de dollars pour les soins à domicile. En 2017, cette somme est passée à 11 milliards de dollars pour les soins à domicile, les soins palliatifs et les soins en santé mentale. Ma question pour la ministre est la suivante. Pouvez-vous me dire combien de cet argent a été dépensé et me donner des exemples de la façon dont il l'a été, particulièrement dans le domaine des soins palliatifs?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Je m'excuse, mais je vais devoir soumettre cette question au représentant de mon ministère.

Simon, pouvez-vous répondre à cela?

M. Simon Kennedy: Je ne suis pas certain, madame la ministre, d'avoir une ventilation précise dans ce cas. Ce que je peux dire, c'est que la somme de 11 milliards de dollars s'échelonne sur une période de 10 ans. Tous les paiements de la première année ont été versés à tous les secteurs de compétence. Cela a été fait dans le cadre d'une des deux lois d'exécution du budget. Nous en sommes maintenant aux dernières étapes de la négociation d'ententes concernant le transfert de la prochaine tranche de financement à toutes les administrations. Nous espérons que certaines de ces ententes seront conclues avant la fin de l'année. L'objectif est que tout soit signé avant la fin de mars, afin que nous puissions commencer à verser les paiements pour la deuxième année, en date du 1^{er} avril, soit au début du nouvel exercice.

Je peux fournir au Comité les détails de la première année de financement. Je dois avoir cela dans mes notes, mais je dois chercher et je ne veux pas vous faire perdre votre temps.

•(1620)

Mme Marilyn Gladu: Ce n'est pas grave. Vous pouvez nous envoyer les chiffres. Ce serait très utile.

Ma deuxième question porte sur les victimes de la thalidomide qui restent. Elles ne sont pas très nombreuses, mais un certain nombre de cas sont encore en suspens. Je sais que j'ai déjà abordé cette question avec la ministre auparavant. Pouvez-vous faire le point concernant la date à laquelle ces cas seront résolus?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Je vous remercie beaucoup, madame Gladu, pour la question. Vous n'êtes peut-être pas au courant, mais la semaine dernière, j'ai eu l'occasion de rencontrer une des survivantes de la thalidomide, alors qu'elle était à Ottawa. Cela m'a certainement donné encore une fois l'occasion de prendre connaissance de sa situation, de même que des obstacles auxquels de nombreux survivants sont confrontés au quotidien. Le temps que j'ai passé avec Mme Sampson m'a été très précieux, parce qu'elle m'a fait part de son point de vue, ainsi que de certains des besoins des personnes dans sa situation.

À cet égard, comme vous le savez sans doute, j'en suis sûre, le Programme de contribution pour les survivants de la thalidomide vient en aide à 122 Canadiens à l'heure actuelle, et parmi ces 122 Canadiens, 25 ont été identifiés dans le cadre du processus objectif d'examen, ce qui constitue un pas dans la bonne direction. Je tiens aussi à souligner que le Comité a soumis des recommandations, par suite de l'étude de cette question, et encore une fois, je suis impatiente de les passer en revue.

Par ailleurs, lorsque j'ai rencontré Mme Sampson, je lui ai indiqué que je souhaitais m'occuper personnellement de cette question, afin de savoir exactement ce qui peut être fait d'autre pour aider efficacement les gens.

Mme Marilyn Gladu: J'aimerais soulever une autre question, à savoir celle du dédommagement des victimes du sang contaminé, il y a quelques années. L'affaire a été réglée, mais il a été porté à mon attention par certains des intervenants qu'il reste un montant en souffrance de 65 millions de dollars relativement aux indemnités devant être versées aux personnes jugées admissibles. Je ne sais pas si vous êtes au courant de cela, c'est pourquoi j'ai voulu soulever la question ici.

Si vous savez quelque chose, dites-le-moi, et si ce n'est pas le cas, veuillez vérifier et voir ce qui peut être fait.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Je peux vérifier cela. Je peux aussi demander aux représentants de mon ministère.

Êtes-vous au courant...?

M. Simon Kennedy: Oui, nous sommes au courant de cela. Deux règlements différents ont été conclus en ce qui a trait au problème du sang contaminé, et dans un des cas, on se demande si le financement est suffisant. Je crois qu'une partie du débat a porté sur la question de savoir s'il peut y avoir un transfert d'un fonds à l'autre. Je pense que l'explication simple est qu'il s'agit de règlements indépendants qui sont régis par les tribunaux, et qu'il n'y a pas de pouvoir légal. Il s'agit de règlements qui ont été conclus il y a 20 ans, qui sont régis dans les faits par un processus judiciaire et qui sont distincts, ce qui fait qu'il n'y a aucun moyen de transférer de l'argent de l'un à l'autre.

Toutefois, je sais que la question a été soulevée précédemment.

Mme Marilyn Gladu: En effet, et il serait bien de régler cela pour les bénéficiaires.

En ce qui a trait à la crise des opioïdes, j'ai aussi pris connaissance de chiffres aujourd'hui qui montrent une augmentation de 68 % des décès attribuables aux opioïdes en Ontario, et nous savons que la Colombie-Britannique était aux premières lignes de cette crise, et que 16 Canadiens par jour en meurent. J'ai entendu parler des sommes que le gouvernement fédéral propose, les 6,2 millions de

dollars, ainsi que de certains des paiements qui sont allés aux différentes provinces, mais lorsque je compare cela aux 500 millions de dollars que le gouvernement dépense pour légaliser la marijuana, il semble y avoir un déséquilibre entre les deux.

Madame la ministre, quelles sont les mesures prises dans la crise des opioïdes, en vue de prévenir l'entrée de drogues au pays, ainsi que la surprescription de médicaments, afin de veiller à ce que nos premiers répondants soient bien protégés, ainsi que d'investir dans le traitement, afin que les gens ne consomment plus de drogue?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Lorsque nous examinons la situation avec laquelle nous sommes aux prises en ce moment, il est certain, comme nous l'avons indiqué, que nous sommes confrontés à une crise de santé publique dans ce cas. Je le répète, les chiffres que j'ai entendus ce matin m'ont fait constater le nombre effarant de pertes de vie qu'entraîne ce problème.

Nous ne pouvons pas minimiser les mesures que notre gouvernement a prises jusqu'à maintenant en ce qui a trait aux modifications de la réglementation, ainsi qu'au projet de loi C-37. J'aimerais rappeler que le fait de donner accès à des sites de consommation supervisée permet de sauver des vies. Nous le savons bien. De plus, en mettant des trousse de naloxone facilement à la disposition des personnes, on sauve aussi des vies.

Par ailleurs, en ce qui a trait aux changements apportés pour donner aux provinces et aux territoires la possibilité d'ouvrir des centres de prévention des surdoses, il s'agit d'une annonce que j'ai faite il y a environ deux semaines, je crois. Lorsque nous avons rencontré les ministres de la Santé à la réunion d'octobre, certaines provinces ont indiqué qu'elles pensaient qu'il serait approprié qu'elles aient plus de pouvoirs. Elles sont plus près de leurs électeurs et savent ce qui se passe sur le terrain. Nous avons fait marche arrière et, il y a deux semaines, nous avons indiqué que nous étions prêts à envisager d'accorder des exemptions de catégorie aux provinces si elles décident d'ouvrir des centres de prévention des surdoses.

Il y a une différence entre un centre de prévention des surdoses et un site de consommation supervisée. Il arrive parfois, lorsque ces termes sont mentionnés, que les gens ne fassent pas la différence. En ce qui a trait aux sites de consommation supervisée, les municipalités ou les régions qui choisissent de soumettre une demande doivent entrer en rapport avec Santé Canada, par qui passe l'homologation. Cela peut prendre un peu de temps.

Pour ce qui est des centres de prévention des surdoses, toutefois, il est certainement possible d'examiner les demandes très rapidement. Le ministre Hoskins nous a contactés hier, et pas plus tard qu'aujourd'hui, nous avons pu approuver une exemption de catégorie. À partir de là, la province de l'Ontario pourra déterminer les services qui doivent être mis en place, compte tenu des besoins des personnes dans les collectivités. En fin de compte...

● (1625)

Le président: Nous devons poursuivre.

Monsieur McKinnon, vous avez cinq minutes.

M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.): Merci, monsieur le président.

Selon des reportages dans les médias, les forces de l'ordre ne sont toujours pas au courant de la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose, qui a pris effet au printemps, ce qui fait qu'il leur est arrivé d'accuser des personnes de possession, accusations qui ont été annulées par la suite. Tous ceux qui ont écouté attentivement la déclaration faite par un député de mon parti, plus tôt à la Chambre, savent aujourd'hui que le Réseau juridique canadien VIH/sida et le Conseil de prévention du crime de la région de Waterloo ont mis en circulation des cartes de format portefeuille et un feuillet d'information financés par la Fondation du droit de l'Ontario. Ils seront distribués aux personnes qui consomment des drogues, aux fournisseurs de services et aux organismes bénévoles au service des personnes risquant de connaître une urgence liée à une surdose ou d'en être témoins, ainsi qu'aux intervenants dans les domaines de la santé et des services sociaux, aux gouvernements et aux responsables de l'application de la loi partout en Ontario.

Madame la ministre, pouvez-vous nous expliquer les efforts déployés par Santé Canada pour promouvoir les dispositions de la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose, partout au Canada, afin que les consommateurs de drogue et que les forces de l'ordre soient bien informés?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Tout d'abord, je dois vous féliciter d'avoir soumis ce projet de loi. Si ma mémoire ne me fait pas défaut, il a obtenu un consentement unanime. Il a passé le test haut la main. Nous reconnaissons de toute évidence qu'il existe un besoin, alors bravo pour le travail accompli.

Un peu plus tôt dans l'année, j'étais à Kelowna, en Colombie-Britannique. J'ai visité à ce moment-là mon premier site de consommation supervisée. En parlant aux infirmières, j'ai vu une affiche portant exactement sur votre projet de loi. Nous voyons que le mot se répand et nous devons certainement déployer plus d'efforts pour veiller à ce que les Canadiens prennent connaissance de ces dispositions législatives.

Pour répondre à votre question, je peux dire que Santé Canada collabore avec ses partenaires, et non pas uniquement avec les responsables de l'application de la loi, pour informer les Canadiens au sujet de ces nouvelles dispositions législatives. À cette fin, nous avons eu recours aux médias sociaux, aux espaces publics, ainsi qu'au contenu Web. Nous voulons certainement poursuivre le travail, parce qu'il s'agit de dispositions législatives réellement importantes. Comme vous l'avez indiqué, nous souhaitons véritablement qu'il n'y ait pas d'obstacles pour que les gens appellent le 911, surtout s'il s'agit de sauver une vie. Au bout du compte, nous continuerons de veiller à ce que nos fournisseurs de services de première ligne et les Canadiens en général soient au courant de la réglementation.

M. Ron McKinnon: Merci, madame la ministre.

Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada demandent environ 11,8 millions de dollars, dans le Budget supplémentaire des dépenses (B), pour appuyer la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances, qui viendra soutenir les activités de réduction des conséquences négatives, l'éducation du public, l'élargissement des connaissances scientifiques dans le domaine des drogues, les activités de contrôle et la recherche.

Pouvez-vous nous expliquer pourquoi il est nécessaire d'élargir les connaissances scientifiques en matière de drogues et comment cela sera fait grâce à ces fonds?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Absolument. Je suis très heureuse de répondre à cette question.

De passage en Alberta, il n'y a pas si longtemps, j'ai pu rencontrer de nombreuses personnes, et plus particulièrement des personnes ayant une expérience concrète. Elles nous ont fait part de leur situation personnelle et de leurs défis, mais aussi de ce qui a fonctionné et n'a pas fonctionné pour elles. En ce qui a trait aux investissements que nous faisons dans la recherche en santé, ce que nous souhaitons, c'est d'examiner des projets ou des programmes pilotes qui se déroulent sur le terrain et, à partir de là, déterminer les pratiques exemplaires. Si nous pouvons tirer des leçons de ces pratiques, nous pourrions peut-être les adapter dans d'autres régions du pays.

Il est vraiment important de s'assurer de disposer des données nécessaires, parce que si nous n'avons pas une bonne idée de l'ampleur de la situation, nous ne pourrions certainement pas y faire face efficacement. Il est primordial d'investir dans la recherche, et il s'agit certainement d'une priorité pour notre gouvernement.

• (1630)

M. Ron McKinnon: Merci.

En vertu de la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances, quelle proportion des fonds servira à appuyer une plus grande disponibilité des options de traitement?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Dans le cas de la stratégie proprement dite, 100 millions de dollars ont été réservés. Pour ce qui est de la ventilation des sommes, je vais céder la parole à M. Kennedy.

M. Simon Kennedy: En ce qui concerne le financement supplémentaire qui sera accordé cette année à la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances, nous avons un programme appelé Programme sur l'usage et les dépendances aux substances, qui bénéficie d'un financement d'environ 28 millions de dollars par année. Du financement additionnel est prévu au cours des prochaines années, dans le cadre de la stratégie, pour compléter ce programme.

En plus des fonds existants, qui sont permanents cette année, du financement additionnel de 2 millions de dollars est prévu, et 2 autres millions de dollars l'an prochain, puis 3 autres millions de dollars par la suite. Il s'agit de sommes supplémentaires que nous consacrerons à des projets pilotes de traitement innovateurs, dans le cadre de ce programme.

M. Ron McKinnon: Merci.

Le président: Votre temps de parole est écoulé.

Madame la ministre, êtes-vous prête pour une autre série de questions?

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: On vient de me dire que j'ai un autre...

Le président: Vous deviez être parmi nous jusqu'à 16 h 30. C'est ce que nous avons compris. Il est 16 h 30.

L'hon. Ginette Petitpas Taylor: Si je reçois une autre invitation, je serai très heureuse de revenir.

Le président: Très bien.

Merci beaucoup d'être venue. Nous avons apprécié vos réponses.

Nous allons donner la parole à M. Van Kesteren, pour cinq minutes.

M. Dave Van Kesteren (Chatham-Kent—Leamington, PCC): Merci, monsieur le président.

Je suis désolé de voir la ministre partir, parce que j'avais des questions réellement importantes pour elle.

Je voulais parler du projet de loi S-5 et des paquets de cigarettes neutres. Je me demande parfois qui voudra encore fumer en voyant les nouveaux emballages proposés. Il s'agit d'une bonne approche qui, je crois, a été efficace. Je pense que nous avons fait du très bon travail en tant que société pour réduire les méfaits du tabagisme.

À la lumière de cela, je me demande si Santé Canada fera la même chose pour les emballages de marijuana. Dans l'un de ses propres rapports, Santé Canada affirme très clairement que personne de moins de 25 ans ne devrait utiliser ce produit.

Cela fera-t-il partie du nouvel emballage que nous verrons lorsque la marijuana sera en vente libre, le 1^{er} juillet 2018?

M. Simon Kennedy: C'est l'une des questions que nous abordons dans nos consultations. Il y a environ deux semaines, nous avons présenté un document de consultation passablement détaillé aux fins de discussion et les consultations se poursuivront jusqu'à la fin janvier. Ce document explique en détail la proposition du gouvernement quant aux restrictions qui seront imposées en matière de commercialisation et de publicité.

L'intention et la stratégie proposées dans ce document préconisent, de manière générale, l'adoption d'une approche rigoureuse en matière de commercialisation et d'image de marque du cannabis. Il y aura certes des dispositions exceptionnellement strictes pour les jeunes qui n'ont pas l'âge légal pour en consommer.

Le document est très détaillé. Bien entendu, nous n'avons pas publié la version définitive du règlement, mais ce sont là les questions que nous abordons avec les Canadiens, l'industrie d'autres intervenants.

M. Dave Van Kesteren: Y aura-t-il sur l'emballage une mise en garde contre la conduite automobile après avoir fumé de la marijuana?

M. Simon Kennedy: Je ne veux pas devancer le gouvernement, mais je peux vous dire que le but, c'est d'avoir des mises en garde appropriées sur l'emballage, par exemple, les renseignements sur la santé. Ce serait une exigence pour la vente de ces produits.

Je le répète, monsieur, nous tiendrons des consultations avant de trancher; l'idée est que ces mises en garde soient présentes sur l'emballage.

M. Dave Van Kesteren: Des mesures directes seront-elles prises pour que ce produit ne se retrouve pas entre les mains d'adolescents ou d'enfants? Le rapport publié par Santé Canada révèle, en effet, que plus les fumeurs sont jeunes, plus ils risquent de développer une dépendance?

Est-ce qu'il y aura également une mise en garde à ce sujet sur l'emballage?

M. Simon Kennedy: L'intention générale de la stratégie de réglementation et du travail de Santé Canada, c'est de travailler en partenariat avec d'autres ministères pour se préparer à la légalisation du cannabis et de déployer tous ces efforts dans une optique de santé publique. Notre organisation est évidemment bien au courant de la recherche sur les effets potentiellement néfastes pour les jeunes et elle en tient compte.

Si vous prenez l'exemple du tabac, les efforts déployés ces 20 dernières années dans le cadre d'une réglementation rigoureuse ont contribué à la baisse des taux de consommation au point que les taux de consommation de cannabis chez les jeunes dépassent, dans certains cas, les taux de consommation de produits du tabac.

Pour être franc, nous espérons que l'adoption d'une approche très stricte, accompagnée des restrictions dont nous venons de parler,

rendrait encore plus difficile l'accès des enfants et des jeunes à ce produit. Notre objectif est de réduire les taux de consommation.

• (1635)

M. Dave Van Kesteren: Interdirez-vous aux spécialistes en commercialisation du cannabis de cibler les jeunes consommateurs, comme cela a été fait, et à juste titre, pour la cigarette? Cela fait-il partie de vos priorités?

M. Simon Kennedy: Il serait peut-être prudent de faire parvenir au Comité une réponse détaillée par écrit à ses questions. L'idée n'est pas de les esquiver, mais je pense qu'elles méritent une réponse plus détaillée que celle que je pourrais vous offrir.

Il est clair que notre objectif est d'interdire rigoureusement cette substance aux jeunes qui n'ont pas l'âge légal et d'éviter de les y exposer. Si l'âge légal — que ce soit 19 ou 18 ans — a été fixé par les provinces, la consommation sera rigoureusement interdite aux jeunes qui n'ont pas atteint cet âge et des mesures seraient prises pour s'assurer que le produit ne se retrouve pas entre leurs mains.

Il serait peut-être utile de vous revenir avec plus de détails que je peux vous en donner aujourd'hui.

Le président: Votre temps est écoulé.

M. Dave Van Kesteren: Vous êtes très sévère avec moi, monsieur le président.

Le président: Vous avez dépassé votre temps, quoique pas autant que certains autres.

Monsieur Oliver, c'est à vous.

M. John Oliver (Oakville, Lib.): Merci beaucoup.

Ma première question concerne la recherche en santé. Je me demande si nos investissements dans la recherche en santé et notre soutien aux IRSC sont suffisants. Presque toutes les études que nous avons effectuées nous ont appris que la recherche est nécessaire. Des témoins nous ont dit combien la recherche sur les antimicrobiens était importante. Comme les sociétés pharmaceutiques n'investissent pas dans ce domaine, il faut investir dans la recherche sur les antimicrobiens. Au sujet du projet de loi sur le cannabis, des témoins nous ont dit qu'il fallait mener des recherches sur le cannabis, ses effets sur la santé et ses conséquences à long terme. Concernant l'étude sur les opioïdes, la quasi-totalité des témoins que nous avons entendus nous a parlé de la nécessité d'établir des protocoles de traitement et d'énoncer des lignes directrices. Messieurs Kennedy et Perron, je ne vois pas quelle est votre position à cet égard.

À votre avis, les IRSC sont-ils suffisamment financés? Je dois dire que la majorité des groupes qui viennent me voir sont l'avis que les fonds versés aux IRSC et aux autres organismes subventionnaires ne suffisent pas à couvrir l'ampleur de la recherche requise.

M. Michel Perron (vice-président directeur, Instituts de recherche en santé du Canada): Merci pour cette question, monsieur Oliver.

En ce qui concerne le Budget supplémentaire des dépenses que vous étudiez, il est clair que nous avons été ravis de recevoir cinq millions de dollars de plus, des fonds que nous avons affectés aux postes que vous avez mentionnés, par exemple au financement de la stratégie canadienne sur les drogues et autres substances dont le sous-ministre a parlé. Cet argent servira surtout à régler bon nombre des problèmes liés à la crise des opioïdes.

Cette somme s'ajoute à notre budget annuel d'environ un milliard de dollars en crédits disponibles. C'est une grosse somme d'argent que nous essayons de répartir le plus largement possible, compte tenu des attentes très élevées et des demandes générales en matière de recherche sur la résistance aux antimicrobiens dont vous venez de parler. Au cours des cinq dernières années, par exemple, nous avons consacré plus de 100 millions de dollars à la recherche sur la résistance aux antimicrobiens, soit en moyenne 22 millions par année. Nous travaillons en étroite collaboration avec l'Agence de la santé publique et d'autres organismes similaires.

Concernant les opioïdes, je dirais simplement que les sommes récemment investies — que ce soit dans le cadre de la stratégie canadienne sur les drogues ou de notre budget général — visent surtout à recueillir des données probantes sur ce qui fonctionne le mieux dans chaque contexte et à fournir des directives directes aux cliniciens et aux intervenants de première ligne pour que les efforts déployés portent des fruits. Par exemple, une étude est en cours évaluer les modèles de soins. Est-ce la méthadone ou...

M. John Oliver: Je sais que des recherches ont été menées.

Corrigez-moi si je fais erreur, mais je pense que le montant total transféré aux IRSC s'élève à environ un milliard de dollars et que vous aviez obtenu une augmentation de cinq millions de dollars, est-ce exact?

M. Michel Perron: C'est exact. Le budget annuel est de 1,1 milliard de dollars, avec une augmentation de 5,5 millions de dollars pour...

• (1640)

M. John Oliver: C'est intéressant. L'un des chercheurs de l'Université McMaster nous a dit qu'après avoir découvert un nouvel agent antimicrobien potentiel dans un champignon dans le sol de la Nouvelle-Écosse, son équipe avait besoin de 600 000 \$ pour le commercialiser. Elle n'a pu le faire parce qu'elle a été incapable de réunir les fonds en 2014. Ce chercheur a dit que la plupart de ses étudiants de cycle supérieur — je pense qu'il a dit la totalité — partent aux États-Unis.

Je crains que la recherche nous échappe, mais surtout, que nous perdions notre potentiel, notre prochaine génération de chercheurs à cause du manque de financement. Avez-vous une idée de ce qu'il faut investir dans les IRSC pour regagner notre place de chef de file de la recherche en santé au Canada?

M. Michel Perron: À cet égard, j'insiste sur l'importance des jeunes chercheurs et sur notre bassin de candidats. Nous y accordons une grande attention. Nous avons investi 20 millions de dollars de plus par année pour que ces jeunes chercheurs aient la chance d'intégrer notre réseau de recherche en santé et de progresser.

Comme vous le savez sans doute, en commentant le rapport de l'examen du soutien aux sciences présenté à la ministre Duncan, cette dernière et sa collègue, la ministre Petitpas Taylor, ont fait état d'améliorations dans la coordination de la Fondation canadienne pour l'innovation et des trois conseils subventionnaires, soit les IRSC, le CRSCG et le CRSH.

Nous savons que les montants indiqués dans ce rapport sont très élevés et qu'ils ont été confirmés par un certain nombre d'analyses approfondies que le gouvernement est en train d'examiner. Nous attendons d'avoir plus de détails à mesure que se déroule cet examen.

Merci.

M. John Oliver: J'ai une très brève question pour vous, monsieur Kennedy.

Dans sa nouvelle lettre de mandat, la ministre est invitée à examiner la pertinence d'établir une liste nationale. Quel est votre avis à cet égard et comment entreprendriez-vous cet examen?

M. Simon Kennedy: En collaboration avec les provinces et les territoires, nous examinons la possibilité d'établir une liste de médicaments. Il s'agit manifestement là d'un important enjeu stratégique sur lequel les gouvernements doivent se pencher; en tant que fonctionnaire, je peux seulement vous parler des gains possibles. Évidemment, l'établissement d'une liste soulève des questions. D'abord, quels médicaments figureront à cette liste? Plus important encore, quelles seront les conditions d'accès aux médicaments? Quelles sont les conditions d'accès actuellement appliquées dans les provinces et territoires?

Dans le cadre de nos travaux, l'une des complexités que nous avons découvertes, c'est qu'il ne s'agit pas seulement de comparer les médicaments disponibles dans chaque province ou territoire, mais de savoir dans quelles circonstances les paiements seront effectués.

S'il était possible de faire avancer ces travaux et de mieux harmoniser les médicaments disponibles, la manière dont ils sont utilisés et les conditions d'accès, il serait beaucoup plus facile d'amorcer des négociations conjointes pour adopter une démarche commune pour offrir ces produits. Il y a beaucoup de recommandations à faire. Collaborer avec les provinces et les territoires dans le but de mieux harmoniser cette approche pourrait être, à mon avis, une piste de solution.

Le président: Votre temps est écoulé.

Très bien, monsieur Davies, vous avez trois minutes.

M. Don Davies: Je vais essayer de poser des questions très succinctes.

J'aimerais des réponses courtes, si possible.

La lettre de mandat adressée à la ministre au moment de l'entrée en fonction de ce gouvernement préconisait une réduction des coûts des médicaments pour les Canadiens. Les prix payés par les Canadiens ont-ils baissé?

M. Simon Kennedy: Je dirais que nous avons un programme très ambitieux. Il existe, à notre avis, des données probantes démontrant que dès que les mesures que nous avons proposées seront en place — nous venons justement de publier dans la *Gazette du Canada* le projet de règlement visant le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés —, elles permettront de réduire sensiblement les prix des médicaments.

M. Don Davies: Monsieur Kennedy, j'ai une autre brève question pour vous.

Les prix n'ont pas encore baissé. Ce commentaire vous semble-t-il juste?

M. Simon Kennedy: Il serait plus juste de dire que pour changer la manière dont les prix des médicaments sont établis ici au Canada, la manière dont ils sont achetés et tous les mécanismes du système pharmaceutique... C'est un exercice complexe. Les choses vont bon train, mais il faudra patienter un peu avant de constater les effets.

M. Don Davies: Je fais une troisième tentative. Les prix des médicaments ont-ils baissé par rapport à ce que les Canadiens payaient il y a deux ans?

M. Simon Kennedy: Les prix des médicaments ont certes diminué dans divers domaines. Par exemple, d'après mon expérience à Santé Canada où nous gérons un régime d'assurance-médicaments assez complexe pour les Premières Nations et les Inuits, je peux vous dire franchement que notre adhésion à l'alliance pharmaceutique pancanadienne a permis de réduire considérablement les prix que nous payons pour certains médicaments grâce au travail que nous effectuons avec les provinces et les territoires.

M. Don Davies: Très bien.

En ce qui concerne la santé des Autochtones, le premier ministre a claironné que c'était la relation la plus importante pour lui. L'état de santé des Autochtones du Canada, je pense que vous en conviendrez tous, est extrêmement préoccupant. En réponse aux rapports du vérificateur général du Canada du printemps 2015, notamment au rapport 4 intitulé *L'accès aux services de santé pour les communautés éloignées des Premières Nations*, Santé Canada s'est engagé à effectuer une analyse comparative de l'accès aux services de santé entre les collectivités éloignées autochtones et les collectivités éloignées non autochtones. Santé Canada s'est fixé comme échéance l'été 2016, mais nous avons appris, au moment du dépôt du Budget principal des dépenses au printemps dernier, que ce rapport n'avait en fait jamais été rédigé.

Pourquoi ce rapport n'a-t-il pas été rédigé?

• (1645)

M. Simon Kennedy: Désolé, mais je vais devoir reporter...

M. Don Davies: Nous revenir là-dessus?

M. Simon Kennedy: Non, je pense qu'il faut poser cette question à la ministre des Services aux Autochtones. Par décret...

M. Don Davies: C'est Santé Canada qui a pris cet engagement.

M. Simon Kennedy: Oui, mais par décret, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits ne relève plus de Santé du Canada et j'en suis plus l'administrateur général.

M. Don Davies: D'accord.

M. Simon Kennedy: Je répondrais au nom d'un collègue, en fait.

M. Don Davies: Si le temps me le permet... Concernant le projet de loi S-5, en attendant la réglementation sur l'emballage neutre pour les produits du tabac, nous savons que, tous les jours, de jeunes Canadiens commencent à fumer et que beaucoup en mourront. Pourquoi le projet de loi S-5 stagne-t-il au *Feuilleton*?

Pourquoi l'étude du projet de loi S-5 ne progresse-t-elle pas, alors que chaque jour compte?

M. Simon Kennedy: C'est une question qu'il vaudrait mieux poser aux fonctionnaires parlementaires plutôt qu'aux fonctionnaires administratifs. Je peux cependant dire que nous travaillons très fort pour que la réglementation soit mise en oeuvre dès l'adoption du projet de loi. Je peux vous donner l'assurance, ne serait-ce que pour le processus parlementaire, que cela ne ralentit pas le travail de Santé Canada pour se préparer à l'éventuelle adoption de cette mesure législative.

M. Don Davies: Je suis certain que mon temps est écoulé.

Le président: Il vous reste 15 secondes.

M. Don Davies: Le gouvernement fédéral verse-t-il des fonds directement aux sites de prévention des surdoses au Canada?

M. Simon Kennedy: Comme l'a expliqué la ministre, les fonds seraient versés directement aux provinces et aux territoires. Il incomberait ensuite aux gouvernements provinciaux et territoriaux de décider de leur affectation.

M. Don Davies: Il n'y a donc pas de financement direct?

M. Simon Kennedy: À ma connaissance, non, monsieur.

Le président: Très bien, votre temps est écoulé.

Merci à tous. Cela met fin à notre séance.

Nous allons faire une pause de quelques minutes avant de passer aux travaux du comité.

M. John Oliver: J'invoque le Règlement, du moins, je crois bien que c'est un rappel au Règlement. Je veux revenir sur le cafouillis qui s'est produit au cours de notre première heure avec la ministre et parler du temps alloué aux questions. Compte tenu du nombre de questions que nous avons à poser, du temps accordé à chacune et de l'allocation d'introduction de 10 minutes, nous avons assez d'une minute — à condition que chacun respecte ce temps alloué — pour poser nos questions et obtenir une réponse. À condition que tout le monde respecte le temps alloué.

Pour être honnête avec vous, monsieur le président, je sais qu'ici au Comité, nous sommes plutôt tolérants à cet égard. Comme il nous reste souvent du temps, vous êtes très indulgent et laissez parfois des intervenants poser leur question, même s'ils ont dépassé la minute allouée. Ou vous autorisez la personne qui répond à poursuivre. Comme les questions sont intéressantes, nous voulons entendre les réponses et nous y portons intérêt.

Mais lorsque nous accueillons la ministre de la Santé et que nous disposons d'une heure seulement, vous devez veiller à ce que tous les intervenants respectent le temps qui leur est imparti. Un député a posé une question près de 30 secondes après la fin de son temps de parole et un autre, une minute et demie après. Il nous manquait environ 15 à 18 minutes. Le rappel au Règlement de M. Davis n'a pas pris tellement de temps, deux minutes peut-être. Nous avons perdu près de 15 minutes pour nos questions et certains n'ont pas pu intervenir parce que deux blocs de cinq minutes et un bloc de trois minutes ont été escamotés.

Lorsque nous accueillons la ministre de la Santé ou tout autre ministre et que nous disposons d'une heure seulement pour poser nos questions, je vous demanderais de veiller à ce que le temps alloué aux questions soit rigoureusement respecté. Si les députés veulent faire un long exposé, libre à eux, mais ils n'obtiendront pas de réponse.

Le président: Chacun utilise son temps comme il l'entend.

M. John Oliver: Certains utilisent tout leur temps pour exposer leur point et posent une question à la toute fin. J'ai siégé à certains comités où le président les interrompait avant qu'ils obtiennent une réponse afin que les délibérations se poursuivent.

Pour ces importantes séances au cours desquelles nous recevons un ministre, nous avons tous des questions à poser. Je pense que vous devez vous assurer que chacun respecte son temps de parole.

Le président: Je vous fais remarquer que nous en avons déjà discuté. La règle que j'applique, c'est que s'il reste suffisamment de temps à un intervenant pour qu'il pose une question... Je ne l'autorise jamais à poser une question s'il a écoulé son temps de parole, mais s'il lui reste du temps, je lui permets de la poser. M. Davies avait commencé à poser sa question avant la fin de son temps de parole, mais c'était une longue question qui a exigé plus de temps. Il n'est pas le seul...

M. John Oliver: J'en reviens à ce que je disais. Je pense que dans ces...

Le président: Je sais. Je vous ai entendu.

M. John Oliver: Je comprends que c'est votre manière de fonctionner...

Le président: Je suis à la disposition du Comité. C'est-à-dire si vous le désirez, quoi que vous attendiez de moi.

D'après mon expérience, cela fonctionnait, mais il est vrai que, aujourd'hui, cela n'a pas marché. Si la ministre est présente et que nous n'avons qu'une heure, je m'en tiendrai strictement au temps imparti si c'est le désir du Comité. Je pense que c'est une bonne suggestion.

Monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci.

Je voudrais m'excuser, monsieur le président, parce que, quand vous m'avez interrompu, je croyais avoir encore du temps dans mes sept minutes. C'est ce que je croyais.

J'ai participé aux travaux d'autres comités dont les présidents — et vous ne l'avez jamais fait — essaient d'entraver les questions en les orientant. Il m'est arrivé de me faire dire « Posez la question, posez la question ». Je parlais au nom du principe selon lequel chaque membre du Comité peut faire ce qu'il veut du temps qui lui est imparti, et c'est valable pour tous.

J'allais dire que je pense que vous faites de l'excellent travail, avec discernement, et je pense que tout le monde dépasse... tous les membres du Comité dépassent parfois leur temps de parole...

Le président: Comme aujourd'hui.

M. Don Davis: ... à moins que ce soit le témoin qui soit autorisé à parler plus longtemps. Vous vous montrez très équitable à cet égard.

Je dirais ceci. Très franchement, je pense qu'il faut demander à la ministre de nous consacrer deux heures et non pas une la prochaine fois. La ministre de la Santé peut sûrement trouver deux heures tous les six mois pour le Comité permanent de la santé. Ce serait préférable afin que les membres du Comité aient effectivement le temps de poser des questions plus exhaustives à la ministre.

Certaines des questions que j'ai posées à son très compétent personnel ont été, avec raison, différées sur le mode de « Il faut poser la question à la ministre ». J'aimerais avoir l'occasion de poser ces questions à la ministre. La prochaine fois que nous lui demanderons de venir nous voir, au lieu de découper le temps en périodes de sept minutes ou de trois minutes, je préférerais qu'elle nous consacre deux heures.

Enfin, je dirais que je pense aussi que l'habitude de la ministre de demander à ses fonctionnaires de répondre lorsqu'elle est présente n'est pas une bonne chose, parce que ces fonctionnaires restent généralement après son départ. Ils sont généralement présents durant la deuxième heure. C'est alors que nous pouvons adresser nos questions au personnel du ministère, mais nous n'avons que peu de temps pour poser des questions à la ministre. Si la ministre ne veut pas répondre ou préfère répondre plus tard, c'est sa prérogative, mais que le temps que nous avons avec elle soit utilisé à inviter le personnel ministériel à répondre réduit nos périodes de cinq ou de sept minutes.

C'est ce que je souhaitais proposer.

•(1650)

Le président: La dernière chose qu'a dite la ministre est qu'elle est prête à revenir nous voir n'importe quand. Donc, lorsque nous

l'inviterons de nouveau, nous lui demanderons de le faire dès qu'elle pourra nous consacrer deux heures, si c'est ce que souhaite le Comité.

Madame Gladu.

Mme Marilyn Gladu: Merci, monsieur le président.

Concernant le même rappel au Règlement, je voudrais dire que j'apprécie la marge de manoeuvre collégiale que vous laissez habituellement dans la façon dont nous répondons aux questions et j'y ajouterais simplement un peu de ce que j'ai appris au Comité de la condition féminine. Je me suis rendu compte que plus on laisse de latitude aux députés, plus ils ont tendance à poser une dernière question à la limite du temps imparti en espérant quand même obtenir une réponse. Il est arrivé que nous leur coupions l'herbe sous le pied en empêchant le témoin de répondre s'ils avaient agi ainsi. Vous pourriez peut-être envisager d'appliquer cette tactique.

Le président: J'y songerai.

Monsieur Oliver.

M. John Oliver: Je voudrais juste éclaircir les choses sur la façon dont nous fonctionnons ici et sur la latitude que vous nous laissez. Vous êtes assez généreux dans le temps que vous laissez aux témoins pour répondre. C'est correct d'une manière générale, mais nous avons peu de temps avec notre ministre, et je pense donc que, dans ce cas, une répartition rigoureuse du temps de parole entre les questions et les réponses... La plupart des ministres viennent pour une durée d'une heure. Je pense que c'est généralement la règle. Notre ministre n'est jamais restée plus d'une heure ici.

Ce que je souhaiterais, c'est une série complète de questions avec la ministre, puis une série complète de questions avec les représentants de la direction exécutive et d'autres, c'est-à-dire une série avec la ministre d'un côté et une série avec les autres. Ce serait une méthode plus solide.

Le président: J'ai trouvé que les réponses, et pas seulement les questions, étaient longues aujourd'hui.

M. John Oliver: Vous avez dû couper court aux réponses.

Le président: Monsieur Van Kesteren.

M. Dave Van Kesteren: Merci, monsieur le président.

Lorsque nous savons que nous aurons la ministre pendant une heure, nous pourrions simplement décider ensemble de fonctionner à raison de séries de cinq minutes. Le problème est en partie attribuable aux séries de sept minutes.

Vous faites de l'excellent travail, mais vous avez raison: les réponses se font parfois un peu trop longues. Peut-être pourrions-nous, dès le début de la réunion, rappeler à tout le monde que les exposés préliminaires, quels qu'ils soient, sont suivis de périodes de questions et que nous essaierons de nous en tenir à cinq minutes à la fois. Ceux qui répondent voient bien l'horloge eux aussi. C'est une simple question de collaboration générale, mais, si nous décidions collectivement de nous en tenir à des séries de cinq minutes, je crois que cela permettrait de donner du temps à tout le monde.

Le président: Nous avons fixé un ensemble de règles, mais si nous voulons les modifier, il faut le faire dans les formes...

M. Dave Van Kesteren: Avant la réunion... c'est vrai.

•(1655)

Le président: Monsieur Davies.

M. Don Davies: Je voudrais simplement ajouter une remarque. Il faut bien reconnaître que c'est un jeu qui se joue à deux. Il n'y a pas que la personne qui pose la question, il y a aussi celle qui répond. Le fait est que, si l'on resserre la règle applicable au temps imparti aux questions, il s'ensuivra que ceux qui posent des questions resserreront leur contrôle sur les longues réponses décousues et parfois complètement sans rapport de la ministre. Il faut également noter cela. J'ai posé plusieurs questions auxquelles la ministre n'a pas répondu. C'est sa prérogative, mais peut-être a-t-elle décidé de donner une réponse qui lui convenait.

Le président: Je ne sais pas si vous avez remarqué, mais les témoins dont les réponses ont été les plus courtes étaient des membres de la GRC et de différents services de police. Leurs réponses sont très brèves.

Un député: Contentez-vous de me fournir les faits, madame.

Le président: C'est tout.

C'est compris. Le président a bien reçu le message.

Oui.

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, si vous permettez... J'ai trouvé un chiffre que demandait madame Gladu. Je pourrais le lire tout de suite pour qu'il soit enregistré et m'éviter ainsi d'avoir à l'écrire au Comité plus tard.

Le président: Allez-y.

M. Simon Kennedy: Le crédit attribué par le gouvernement aux soins à domicile pour l'exercice en cours se chiffre à 200 millions de dollars. Le total attribué aux soins à domicile, à la santé mentale, etc. est de 300 millions de dollars. Le crédit augmentera d'ici les dix prochaines années, mais le montant initial est de 200 millions de dollars pour cette année.

Mme Marilyn Gladu: Est-ce que cela comprend les soins palliatifs?

M. Simon Kennedy: Les soins palliatifs sont inclus dans les 200 millions attribués aux soins à domicile.

Merci.

Le président: Nous allons suspendre la séance quelques minutes. Puis nous nous occuperons des affaires du Comité, ce que nous faisons d'ailleurs déjà depuis dix minutes.

•(1655)

(Pause)

•(1655)

Le président: Très bien. Reprenons.

Nous avons la motion de M. Davies.

Avant d'aller plus loin, monsieur Davies, je vais lire la motion pour que tout le monde sache de quoi on parle. Je ferai ensuite quelques commentaires parce que j'en ai discuté avec la présidente du Comité des affaires autochtones, en plus de ce que nous avons appris aujourd'hui de M. Kennedy et de la ministre.

La motion se lit comme suit:

Que le Comité permanent de la santé étudie l'état de santé des populations et des soins de santé dans les communautés autochtones du Canada, notamment l'état de santé des Indiens inscrits et non inscrits et vivant à l'intérieur et à l'extérieur des réserves ainsi que dans les centres urbains, dans le but de mieux comprendre les besoins particuliers en matière de soins de santé de ces populations ainsi que les lacunes dans la prestation des services, qu'il examine l'efficacité de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada et qu'il fasse rapport de ses conclusions à la Chambre.

Je me suis entretenu avec la présidente du Comité des affaires autochtones, et ils ont l'intention de s'en occuper. Ils ont déjà fait

deux études et ils veulent continuer. C'est la troisième étude du genre.

De plus, M. Kennedy vient tout juste de dire... qu'il ne répondrait pas à une question sur la santé des Autochtones, parce que cela relève entièrement du secteur de la santé des Autochtones. Dans son exposé préliminaire, la ministre a déclaré ceci: « par conséquent, les crédits substantiels affectés aux programmes destinés aux Autochtones dans ce Budget supplémentaire des dépenses seront désormais du ressort de la ministre Philpott ». On dirait bien que le secteur de la santé des Autochtones est en train de passer sous le contrôle de la ministre des Services aux Autochtones.

Je voulais simplement rappeler ces éléments.

Monsieur Davies, c'est à vous.

•(1700)

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Je voudrais simplement faire un petit tour d'horizon. Je vais citer un passage de la réunion du 17 février.

Vous aviez dit:

Dans un autre ordre d'idées, je suis d'accord avec M. Davies sur la question de la santé des Autochtones. Le sujet a été soulevé dans mes discussions avec certains membres. En passant, la ministre ne m'a donné aucune directive. Je n'ai pas reçu une seule consigne de sa part à ce sujet et j'en suis ravi. Nous finirons par en recevoir, car il y aura des projets de loi, et j'espère qu'elle viendra nous présenter ses intentions, mais personne ne tente de diriger le Comité. Nous sommes autonomes, et j'espère que nous le resterons. J'en suis heureux.

J'ai parlé à la ministre des Affaires autochtones et du Nord parce que la question des Autochtones avait été soulevée et je me demandais si elle s'opposerait à ce que nous examinions le dossier. Elle a dit: « Non, j'aimerais beaucoup que vous meniez une étude sur la santé des Autochtones. » Juste pour que vous le sachiez, c'est ce qu'elle m'a dit, et j'étais très content.

C'était le 16 février 2016. Le 22 février de la même année, notre sous-comité s'est réuni, et c'est là que nous avons classé certaines questions en ordre de priorité. Nous avons retenu notamment l'assurance-maladie, la résistance aux antimicrobiens, les soins communautaires et l'approvisionnement en sang, plus une autre. Nous les avons toutes abordées, sauf les soins à domicile et la santé des Autochtones. Le 7 mars 2016, le Comité a adopté le rapport du sous-comité et adopté officiellement ces cinq priorités. Il est indiscutable que le Comité a déjà adopté les priorités que nous avons proposées.

Pour ce qui est de savoir si nous pouvons ou devrions entreprendre cette étude, comme vous l'avez déclaré longuement — et tout à fait justement, monsieur le président — les comités sont les maîtres de leurs propres affaires. Personne ne nous donne de consignes, ni la ministre, ni d'autres comités. Rien ne nous empêche de... Je pense qu'il est important que mes collègues sachent que, même si un autre comité étudie quelque chose, cela ne nous empêche pas d'entreprendre notre propre étude si nous le souhaitons, bien que nous puissions en tenir compte.

Deuxièmement, j'ai vérifié auprès de Charlie Angus, notre critique, et il m'a dit qu'aucune motion n'a été présentée devant le Comité des affaires... Vous avez dit que vous avez discuté avec la présidente du Comité, monsieur le président, mais...

Le président: C'est ma voisine de banquette.

M. Don Davies: ... je crois savoir, sauf erreur de ma part, qu'aucune motion n'a été présentée au Comité des affaires autochtones pour proposer une étude sur la santé des Autochtones. Nous avons ici une motion en souffrance depuis pas mal de temps.

Je voudrais signaler une ou deux autres choses. M. Oliver a exprimé quelques préoccupations la dernière fois. Il se demandait si nous n'étions pas en train de reprendre ce que le Comité des affaires autochtones a étudié jusqu'ici.

J'ai ici un exemplaire du rapport intitulé *Point de rupture: La crise de suicides dans les communautés autochtones*. Il y est surtout question du suicide. Je crois que le Comité s'est intéressé à certains déterminants de la santé entourant cette question, c'est sûr, mais il ne s'agissait pas du tout d'un examen des principaux indicateurs de la santé des Autochtones au Canada.

Il y avait aussi la question de savoir si le gouvernement du Canada exerce une compétence à l'égard des Autochtones qui ne vivent pas dans des réserves. Je n'ai pas trouvé de renseignements précis, mais je crois pouvoir dire que, selon l'information connue, le gouvernement fédéral exerce une compétence, absolument, à l'égard des Canadiens autochtones où qu'ils se trouvent dans le pays. Il n'y a donc pas d'obstacle de ce côté-là.

Enfin, il faut déterminer si nous devrions le faire.

Je crois avoir dit la dernière fois que la durée de vie moyenne des membres des Premières Nations au Canada est de cinq à sept ans moindre que celle de la moyenne des Canadiens. C'est l'indicateur de santé numéro un: la durée de vie.

Deuxièmement, les taux d'infection à la tuberculose sont 37 fois supérieurs à la moyenne nationale. En matière de santé mentale, le taux de suicide parmi les Autochtones est cinq fois supérieur. Il y a des problèmes chroniques, on le sait, en matière de diabète, d'obésité et de toutes sortes d'autres problèmes de santé découlant des conditions de logement médiocres et des difficultés d'accès à de l'eau potable.

Le premier ministre a déclaré qu'il n'y a rien de plus important que les relations du gouvernement avec les Premières Nations. J'aimerais le prendre au mot.

Je pense que, si notre comité entreprend une étude sur la santé au Canada, il devrait commencer par le groupe le plus nombreux et celui où se posent le plus de problèmes en matière de santé, et il devrait commencer à s'interroger sur les causes de cet état de choses, de façon générale, en tenant compte de l'expérience des intéressés, puis de recommander des mesures au gouvernement. Je suggère respectueusement que c'est la priorité numéro un de notre comité et que nous aurons à aborder de nombreux problèmes importants.

Comme je l'ai dit la dernière fois, notre comité n'a pas encore voyagé. Nous n'avons pas quitté Ottawa. Je ne crois pas qu'on puisse comprendre les problèmes de santé réels de ce pays sans aller sur place, dans les collectivités, pour en faire un peu l'expérience directe. Et c'est notamment le cas quand il s'agit des communautés autochtones.

À la dernière réunion, nous avons reçu des représentants du ministère de la Santé qui nous ont dit que l'état de santé bucco-dentaire des membres des Premières Nations est tout à fait alarmant. Nous savons que le ministère de la Santé a ordonné que des études soient entreprises pour comparer les services offerts aux Autochtones et les services offerts aux non-Autochtones dans les régions éloignées et les services offerts aux non-Autochtones dans les régions éloignées. Ces études n'ont pas été réalisées.

J'ai été très troublé d'apprendre aujourd'hui qu'une jeune fille s'est suicidée à Attawapiskat. Elle avait 13 ans. En dehors du suicide et de la question de la santé mentale, quand on découvre l'histoire de cette jeune fille, on se rend compte qu'il s'agit d'un microcosme absolu de tout ce qui ne va pas dans le système de santé et dans la vie des

Autochtones de ce pays. Elle vivait avec 20 autres personnes dans un même logement. Il y avait des problèmes de moisissure dans la maison, et la jeune fille souffrait d'asthme. L'état du logement exacerbait son asthme. Il y a eu refoulement des eaux usées, de sorte que la maison sentait l'égout, ce qui a eu d'autres effets sur sa santé. Elle n'a pas pu avoir accès à des soins pour ses problèmes de santé. Tout cela l'a plongée dans le découragement et la dépression et l'a poussée au suicide. Je ne crois pas que cette histoire soit exceptionnelle.

Pour toutes ces raisons, la question prioritaire pour notre comité, la priorité accordée par le gouvernement à la santé des Autochtones, le besoin criant d'examiner...

● (1705)

Et, au fait, même si le Comité des affaires autochtones décide effectivement d'examiner certains aspects de la santé, je ne crois que cela devrait nous empêcher de le faire. Nous pouvons peut-être même nous y associer. Nous pourrions coordonner nos services, parce que c'est un domaine si vaste qu'aucun des comités ne pourra tout couvrir.

Je suis convaincu que le Comité des affaires autochtones abordera d'autres questions, par exemple la structure juridique, les questions constitutionnelles, le système provincial ou fédéral de... Il examinera peut-être d'autres questions l'intéressant spécifiquement et que nous n'aborderions pas dans le cadre de nos propres travaux.

Je demande à mes collègues d'appuyer ma motion, dont vous avez déjà donné lecture, pour que notre prochaine étude importante porte sur la santé des Autochtones.

Merci, monsieur le président.

Le président: Monsieur Eyolfson.

M. Doug Eyolfson: Je suis entièrement d'accord: cette étude est nécessaire. J'ai voyagé dans l'avion-ambulance pendant 13 ans et j'ai passé beaucoup de temps dans les communautés nordiques éloignées. J'ai vu les conditions de vie effarantes et l'état de santé de ces populations, ainsi que les services auxquels elles ont accès.

Mais il existe aujourd'hui quelque chose qui n'existait pas quand nous avons soulevé la question en février: c'est un nouveau ministère, doté de toutes sortes de services, des services complets. La présidente de l'autre comité a bien dit que son comité s'intéresse à ce projet.

Je ne dis pas que ce serait un obstacle, mais peut-être un double emploi inutile des services. Si l'étude de l'autre comité entame cette étude et qu'il se rend compte qu'il ne peut pas faire quelque chose ou qu'il constate que quelque chose serait plutôt de notre ressort, nous pourrions alors revoir la question. Mais, actuellement, je pense que, compte tenu des déclarations de la présidente du Comité des affaires autochtones, c'est son comité qui est le mieux placé pour entreprendre cette étude.

● (1710)

Le président: Monsieur Davies.

M. Don Davies: Je ne suis pas sûr à 100 %, mais je crois bien — que le président ou le greffier me corrigent si je me trompe — que le nouveau ministère dirigé par Mme Philpott et qui est chargé de cette partie du domaine de la santé dans les affaires autochtones, eh bien je ne pense pas qu'il y ait un ministère à proprement parler ni un comité.

Pour autant que je sache, Santé Canada — et l'analyste pourrait peut-être nous éclairer à ce sujet — reste responsable de la prestation des soins de santé aux Autochtones. Si ce n'est plus Santé Canada, qui s'en occupe? Je ne crois pas que ce soit un autre ministère, et je ne crois pas qu'il y ait un autre comité parlementaire.

Est-ce que quelqu'un peut m'aider à comprendre?

Le président: Je ne le peux pas. Premièrement, je n'ai parlé à personne d'autre qu'à la présidente, qui est ma voisine de banquette. Je suis très fier que notre comité détermine son propre programme de travail. Personne ne m'a rien dit, ou du moins je n'ai parlé à personne d'autre qu'à la présidente de l'autre comité.

Ces questions sont valables, mais je... M. Kennedy n'a tout simplement pas voulu répondre à une question sur les soins de santé fournis aux Autochtones parce que, à ce qu'il a dit, cela relève désormais du portefeuille autochtone. Cela vient tout juste d'arriver. Il n'a pas voulu répondre à la question.

Alors je ne sais pas. Je ne peux pas vous répondre.

M. Don Davies: Si vous permettez, monsieur le président, ce n'était pas clair pour moi. Premièrement, une réponse de bureaucrate à une question ne devrait pas suffire à dérouter le Comité. Je ne comprenais pas bien où cela... Il a détourné une question en la renvoyant à un autre ministère. Je ne suis pas tout à fait sûr, mais je crois bien que les soins de santé fournis aux Autochtones sont un domaine qui a été récemment délégué au ministère des Affaires autochtones.

Je sais qu'il y a une répartition des services. En fait, je ne sais pas trop comment c'est réparti au sein des Affaires autochtones, mais je ne crois pas que les soins de santé aient été retirés à Santé Canada.

Le président: Je suis d'accord avec M. Eyolfson à ce sujet. Je crois qu'on devrait vraiment entamer une étude, que ce soit notre comité ou l'autre qui s'en charge.

Voici ce qu'a dit le ministre dans son exposé préliminaire. J'ai souligné ce passage quand elle l'a lu: « les crédits substantiels affectés aux programmes destinés aux Autochtones dans ce Budget supplémentaire des dépenses seront désormais du ressort de la ministre Philpott ». C'est le budget réservé à la santé pour la ministre des Services aux Autochtones.

M. Don Davies: J'en finis avec cela. Je comprends bien que d'autres personnes veulent s'exprimer, mais il s'agit de la même question, monsieur le président.

En effet, c'est possible, mais Mme Philpott n'est pas la ministre à qui le Comité des affaires autochtones rend compte, je ne crois pas. Et elle n'a pas de ministère. C'est un peu flou.

Le président: Monsieur McKinnon.

M. Ron McKinnon: Je voulais simplement dire que j'ai entendu la sous-ministre dire qu'un décret ou un protocole avait été signé pour, effectivement, transférer cette responsabilité au nouveau ministère. Je crois également que le Comité des affaires autochtones ne rend pas compte à une ministre — et, quoi qu'il en soit, évidemment, c'est la ministre qui rend compte au Comité —, mais qu'il sera lié à ce nouveau ministère.

Je suis tout à fait d'accord avec ce qu'a dit M. Eyolfson et avec les priorités que vous avez rappelées en date de février 2016. Je n'étais

pas ici à l'époque, mais le paysage a changé depuis. Nous avons un nouveau ministère. Je suis très à l'aise à l'idée de leur laisser les rênes à cet égard et je suis curieux de voir ce qu'ils vont en faire. C'est une étude importante, en effet, mais je vais voter contre cette motion.

Le président: Je ne vois pas d'autres interventions. Nous allons donc passer au vote.

Monsieur Davies.

M. Don Davies: Je ne tiens pas à mettre les analystes sur la sellette, mais pourraient-ils nous donner un peu d'information sur la responsabilité de la santé des Autochtones et nous dire à qui elle incombe du point de vue ministériel?

• (1715)

Mme Marlisa Tiedemann (attachée de recherche auprès du comité): Je n'ai vu aucune annonce précise dans le site Web du gouvernement, mais, selon les médias, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits ne relève plus de Santé Canada et a été transférée au nouveau ministère.

M. Don Davies: D'accord.

Le président: Que ceux qui sont en faveur de la motion de M. Davies lèvent la main, s'il vous plaît.

(La motion est rejetée.)

Le président: Sur ce, je vais conclure notre réunion, à moins qu'il y ait d'autres questions à régler.

Madame Gladu.

Mme Marilyn Gladu: Donc, pour notre prochaine étude, je propose que nous passions au sujet suivant de la liste, à savoir les soins à domicile.

Le président: Voulez-vous proposer une motion?

Mme Marilyn Gladu: Je voudrais proposer que notre prochaine étude porte sur les soins à domicile, qui est le sujet suivant dans notre liste.

Le président: Monsieur Davies.

M. Don Davies: Nous devrions probablement présenter cette motion, parce que je crois qu'il s'agissait des soins communautaires et des soins à domicile, de la question de l'extension des services en milieu communautaire et de la transition entre les soins intensifs en milieu hospitalier et les soins communautaires. Je crois que cette motion couvrirait plus que les soins à domicile. Je ne sais pas si je peux la retrouver pour clarifier ce sur quoi nous votons.

Le président: La motion était « d'entreprendre une étude sur les soins à domicile et les soins palliatifs et d'en faire rapport à la Chambre ».

Mme Marilyn Gladu: Excellent. Je propose cette motion.

Le président: Y a-t-il débat au sujet de cette motion?

Monsieur Eyolfson.

M. Doug Eyolfson: Je propose que le débat soit ajourné.

(La motion est adoptée.)

Le président: La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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>