



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 010 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 20 avril 2010

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mardi 20 avril 2010

• (0900)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bonjour tout le monde.

J'aimerais commencer à l'heure, nous sommes d'ailleurs un peu en retard.

Avant de commencer, je dois m'assurer que le budget sera...

Non, nous n'avons pas quorum pour notre demande de budget. Alors, nous reviendrons à la question du budget entre les témoignages et la période des questions.

L'ordre du jour, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, porte sur l'étude sur les taux élevés de tuberculose au sein des premières nations et des communautés inuites.

C'est avec grand plaisir que nous accueillons nos témoins ce matin. Nos sommes très heureux de pouvoir entendre ce que vous avez à dire sur ce sujet très important.

Nous avons parmi nous, du ministère de la Santé, Shelagh Jane Woods. Bon retour parmi nous, madame Woods. Nous sommes heureux de vous revoir. La docteure RoseMarie Ramsingh, est également parmi nous. Bienvenue.

De l'Assemblée des Premières Nations, accueillons le chef Angus Toulouse, chef régional. Bienvenue chef. Et nous avons Mme Kimberley Barker, conseillère en matière de santé publique. Bienvenue.

De l'Inuit Tapiriit Kanatami, Mme Elizabeth Ford, directrice du département de la santé et de l'environnement. Merci de venir nous rencontrer. Je crois que Mme Gail Turner est là aussi; je ne peux voir votre nom mais je crois qu'il s'agit bien de vous. Merci Gail. Mme Turner travaille auprès du Comité national sur la santé et est directrice des services de santé.

De la première nation Northlands Denesuline, nous avons le chef Joseph Dantouze. Bienvenue, nous sommes heureux de vous voir ici.

Nous allons également tenir une téléconférence, alors nous communiquerons par téléphone avec Dr Richard Long à Edmonton, Alberta. Dr Long est directeur de l'Unité d'évaluation et de recherche sur les programmes de tuberculose, plus récemment ex-médecin hygiéniste en matière de tuberculose pour les premières nations et les Inuits dans la province de l'Alberta.

Bien, commençons. Notre horaire est très serré. Nous voulons entendre le témoignage de tout le monde, alors vos déclarations seront de trois à cinq minutes et je serai très rigoureux sur le temps alloué.

Pouvez-vous commencer, madame Woods, s'il vous plaît?

[Français]

Mme Shelagh Jane Woods (directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé): Bonjour, mesdames et messieurs. Je m'appelle Shelagh Jane Woods. Je suis directrice générale de la Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

[Traduction]

Au nom de Santé Canada, j'aimerais vous remercier de m'avoir invitée à m'adresser à vous aujourd'hui. Je suis heureuse d'être des vôtres, tout comme ma collègue, la docteure RoseMarie Ramsingh, directrice exécutive, Médecine communautaire, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Je tiens d'abord à souligner le fait que Santé Canada travaille avec diligence avec tous ses partenaires à combler le retard que l'on doit encore déplorer au niveau de la situation sanitaire globale des membres des premières nations vivant dans les réserves et des communautés inuites, notamment le fardeau de la tuberculose.

Je crois qu'il est assez juste de dire, qu'au cours des 30 dernières années, nous avons contribué à une importante diminution des taux de tuberculose parmi les membres des premières nations vivant dans les réserves, et dans les communautés inuites. Cependant, comme nous le savons tous, ces taux demeurent beaucoup plus élevés que ceux de la population non autochtone née au Canada et de la population en général.

Au cours de la période de trois ans qui s'échelonne de 2005 à 2008, globalement, le taux de tuberculose chez les Autochtones est demeuré relativement stable se situant en moyenne à 27,3 cas par 100 000 personnes. Évidemment, ce taux est beaucoup plus élevé que le taux de tuberculose chez les immigrants du Canada qui atteignait 13,4 cas par 100 000 personnes en 2008, et que le taux global de l'ensemble de la population, incluant les premières nations et les Inuits, qui était de 4,8 cas, un taux beaucoup plus bas.

Le Canada a repris à son compte les cibles de réduction du programme de partenariat Halte à la tuberculose, soit 3,6 cas par 100 000 habitants d'ici 2015, visant toute la population du Canada, y compris les premières nations et les Inuits. L'atteinte de ces cibles passe par un effort concerté de tous les partenaires visés. Nous avons mis de l'avant un certain nombre d'activités actuellement en cours pour atteindre cet objectif.

Santé Canada a pour mandat de fournir des services de santé, ou d'en appuyer la prestation, auprès des communautés des premières nations dans les réserves situées au sud du 60° parallèle. De plus, Santé Canada contribue au financement des programmes de lutte antituberculeuse à Nunatsiavut, au Labrador. Comme vous le savez tous, les trois territoires du Nord sont responsables de la prestation de tous les services liés aux programmes de santé, ce qui comprend les activités de lutte antituberculeuse pour tous les résidents des territoires, y compris les membres des premières nations et des communautés inuites. Pour leur part, Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada fournissent des fonds pour appuyer certaines activités de promotion de la santé et de prévention des maladies dans les territoires.

Les bureaux régionaux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits collaborent étroitement avec les principaux partenaires afin que les membres des premières nations dans les réserves reçoivent des services de prévention et de guérison de la tuberculose comparables à ceux que reçoivent ceux qui vivent hors réserve. Ces partenariats existent dans toutes les régions et englobent les organismes provinciaux, les autorités sanitaires locales ou régionales et, évidemment, les plus importantes, les communautés des premières nations.

Nous contribuons à réduire l'incidence de la tuberculose en appliquant les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, qui constituent les normes à suivre tant pour le volet santé publique que pour le volet clinique de la lutte antituberculeuse.

Bien que chaque bureau régional de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ait établi ses propres partenariats pour la prestation de ces services, le but est toujours le même: assurer aux personnes qui ont été exposées au bacille tuberculeux un accès équitable à un diagnostic rapide, aux personnes atteintes de tuberculose un accès tout aussi équitable à un traitement et un suivi. De plus, la prévention de la tuberculose et la sensibilisation à la maladie sont des volets importants de ces programmes dans chaque région.

En cinq ans, soit entre l'année financière 2004-2005 et l'année financière 2009-2010, Santé Canada a consacré 42,4 millions de dollars au programme national de lutte antituberculeuse. Le programme est présentement doté d'un financement de 6,6 millions de dollars par année. En 2009-2010, soit le dernier exercice financier, Santé Canada a investi un montant additionnel de 3 millions de dollars pour appuyer les activités de promotion de la santé, de prévention de la tuberculose et, plus important encore, les services de lutte contre les épidémies dans les réserves partout au Canada. Ces activités englobent le soutien apporté aux communautés dans les réserves pour créer leur propre capacité en matière de lutte antituberculeuse. Nous appuyons également certains projets lancés par Inuit Tapiriit Kanatami et l'Assemblée des Premières Nations.

Les dernières années, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a affecté des fonds additionnels, plus particulièrement dans la région du Manitoba qui fait face à une forte incidence de la tuberculose, pour soutenir son programme de lutte antituberculeuse et lui fournir les sommes supplémentaires nécessaires pour mettre en place des ressources « de pointe » lors d'éclousions sporadiques de la maladie. D'ailleurs, c'est ce que nous faisons chaque fois qu'il y a une épidémie.

Le Programme national de lutte antituberculeuse, qui relève de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, à Santé Canada, est étroitement lié au programme de l'Agence de santé publique du Canada sur la tuberculose. Cette agence travaille

actuellement à l'élaboration d'une stratégie canadienne de lutte antituberculeuse. Parallèlement, nous sommes en train de renouveler notre stratégie nationale d'élimination de la tuberculose qui touche les premières nations, laquelle constituera un volet de la stratégie de l'Agence de santé publique du Canada.

Le renouvellement de notre stratégie a été confié à un groupe de travail qui réunit des partenaires du gouvernement fédéral, des spécialistes externes de la tuberculose, des intervenants et...

● (0905)

La présidente: Je suis désolée madame Woods, votre temps est écoulé. Je vous ai d'ailleurs donné quelques minutes supplémentaires. Pouvez-vous conclure rapidement?

Mme Shelagh Jane Woods: Ainsi que j'étais sur le point de le dire, nous avons la chance de pouvoir compter sur le Dr Paul Gully qui collabore avec nous à cette tâche très importante. Il souhaitait être avec nous à cette tâche, mais il est au Vietnam. Toutefois, il continue d'entretenir d'étroites communications avec nous sur le sujet.

Je termine ici afin de laisser plus de temps aux autres témoins.

La présidente: Merci beaucoup madame Woods.

Nous passons maintenant au chef Toulouse, chef régional de l'Assemblée des Premières Nations.

Le chef Angus Toulouse (chef régional, Assemblée des Premières Nations): Merci.

Je suis ici aujourd'hui pour vous parler des causes profondes des taux élevés de tuberculose dans les communautés des premières nations. Selon les renseignements récemment publiés par l'Agence de santé publique du Canada, en 2008, les taux de tuberculose chez les membres des premières nations étaient 31 fois supérieurs à ceux d'autres personnes nées au Canada. Il est important de noter que ce chiffre représente une hausse du taux de tuberculose chez les premières nations comparativement à celui d'il y a seulement quelques années. Il est inconcevable que les taux de tuberculose continuent de grimper chez les membres des premières nations dans un pays qui peut se vanter d'avoir l'un des taux de tuberculose les plus faibles au monde.

Derrière cette augmentation des taux, on trouve des disparités importantes entre les services de santé offerts aux premières nations et ceux offerts aux autres Canadiens, de même que des disparités au niveau des facteurs sociaux liés à la santé. Si nous voulons mettre fin à cette hausse des taux de tuberculose chez les membres des premières nations, nous devons attaquer sur deux fronts.

Tout d'abord, nous devons améliorer la qualité du programme de lutte antituberculeuse de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits afin qu'il corresponde aux normes et aux ressources mises en oeuvre ailleurs au Canada.

Deuxièmement, nous devons nous pencher sur les facteurs sociaux de la santé qui contribuent à la propagation de la tuberculose dans les communautés des premières nations.

Permettez-moi d'en dire un peu plus sur le premier point, à savoir améliorer la qualité du programme de lutte antituberculeuse de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Il y a un besoin criant de mettre au point des normes uniformes pour le programme qui seront appliquées dans toutes les régions visées par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Ces normes devraient se comparer à celles visant les autres Canadiens et pourraient même inclure des mesures additionnelles pour régler certains aspects comme la présence latente de la tuberculose qui, selon les preuves que nous avons, continue de se maintenir à des taux élevés parmi les citoyens des premières nations.

Pour ce qui est des normes du programme, la Direction de la santé des Premières nations et des Inuits, à Ottawa, assure le financement des activités de lutte antituberculeuse dans les services régionaux. Lorsque nous examinons ce qui se produit dans chaque région, nous pouvons constater qu'il n'y a aucune uniformité quant à la façon dont les régions mènent les activités du programme ou de surveillance de la tuberculose dans les communautés des premières nations. Ainsi, la définition d'une épidémie de tuberculose diffère d'une région à l'autre. En l'absence d'une épidémie déclarée, les ressources ne suffisent pas à contrôler le traitement de la maladie ni à en surveiller l'écllosion. Par exemple, on ne fait appel ni aux autorités sanitaires régionales ni aux services régionaux pour obtenir de l'aide pas plus que le chef ou le conseil ne sont informés que des personnes sont atteintes de la tuberculose dans leur communauté.

Autre exemple de cette incohérence: la recherche de personnes touchées ou, en d'autres mots, la détermination des personnes qui peuvent avoir été en contact avec la maladie et qui peuvent être des personnes à risque. On laisse aux bureaux régionaux de la santé des Premières nations et des Inuits le soin de déterminer le nombre de personnes à risque qu'ils doivent chercher et la portée de ces recherches. Encore une fois, nous proposons l'instauration de normes nationales.

J'ai également dit plus tôt que les activités du programme au sein de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits devraient être semblables aux normes et aux ressources que l'on retrouve ailleurs au Canada. Nous avons examiné les systèmes de soins de santé des provinces et des territoires. Dans chacun de ces systèmes, on fixe des cibles annuelles concernant les cas de tuberculose et on rend compte à l'Agence de santé publique du Canada de l'évolution de la situation au regard de ces cibles. Par exemple, les responsables peuvent chercher des moyens de faire baisser d'un certain pourcentage chaque année le nombre de cas ou se fixer comme objectif d'élargir leur recherche de personnes en contact avec la maladie.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ne fixe aucune cible annuelle de réduction du nombre de cas de tuberculose, ce qui pourrait permettre aux régions ou au gouvernement fédéral de suivre les progrès réalisés au niveau de la lutte contre cette maladie ou de la réduction des taux. En fait, dans le cadre d'une évaluation récente de l'écllosion des maladies transmissibles menée par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, on a établi des tableaux où l'on pouvait constater de multiples écarts et espaces libres là où on aurait dû y voir des renseignements sur un certain nombre de cas. C'est une lacune importante qui requiert des mesures immédiates. Les normes en matière de programmes et de surveillance visant les premières nations doivent être comparables à celles appliquées pour les autres Canadiens.

Si vous avez des doutes au sujet des programmes de lutte et de surveillance de la tuberculose des premières nations qui sont

inférieurs aux niveaux visant les autres Canadiens, permettez-moi de vous citer des données réunies par l'Organisation mondiale de la santé qui montrent que le Canada investit en moyenne 47 000 \$ pour chaque cas de tuberculose détecté chez des patients non autochtones. Cependant, dans un rapport demandé par l'Agence de la santé publique du Canada, on signale que la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits investit moins de la moitié, soit seulement 16 700 \$ par cas, pour le traitement des citoyens des premières nations, y compris ceux qui vivent dans des communautés éloignées.

● (0910)

Ce tableau fait partie du dossier. Manifestement de nouveaux investissements sont essentiels pour refermer l'écart entre les soins offerts aux membres des premières nations et ceux offerts aux autres Canadiens.

J'ai également dit que des mesures additionnelles doivent être prises pour traiter entre autres les questions de tuberculose latente entre autres.

La présidente: Chef Toulouse je suis désolée. Je vous ai déjà donné plus de temps. Nous devons laisser la parole à d'autres. Pourriez-vous conclure s'il vous plaît?

Le chef Angus Toulouse: Oui bien sûr. Permettez-moi simplement de vous dire que la surpopulation dans les logements, la mauvaise nutrition et le manque d'accès aux soins de santé sont les causes la hausse du taux de cette maladie au sein des premières nations. Il s'agit là des mêmes conditions qui avaient été observées pour la grippe H1N1.

La présidente: Merci, chef.

Nous allons nous tourner maintenant vers Gail Turner.

Mme Gail Turner (présidente, Comité national sur la santé et directeur des services de santé, ministère de la Santé et du Développement social, Gouvernement du Nunatsiavut, Inuit Tapiriit Kanatami): Bonjour.

Les données actuelles indiquent que le taux de tuberculose dans l'ensemble du Nunangat inuit est 185 fois plus élevé que chez les non Autochtones nés au Canada. On ne peut sous-estimer l'importance de ces données. La recherche sociale fournit d'amples preuves que la tuberculose est une maladie liée à la pauvreté et à l'inégalité sociale. Cette même pauvreté marginalise les collectivités et constitue une menace pour la santé en raison des logements inadéquats, de la piètre sécurité alimentaire et d'un accès difficile aux soins de santé.

Les logements inuits sont les plus peuplés au Canada. Selon les estimations, 53 p. 100 des logis inuits sont surpeuplés en raison de la pauvreté et de la promesse du gouvernement de fournir des logements aux personnes qui accepteraient de se déplacer, ce qui a suscité une grande dépendance à l'égard du logement social. Les Inuits éprouvent de grandes difficultés dans les quatre régions où ils habitent et en subissent les conséquences psychosociales et physiques. On estime qu'au Nunavut seulement, 3 300 unités d'habitations sont nécessaires pour répondre aux besoins immédiats.

Les Inuits détiennent le taux de natalité le plus élevé au Canada, une réalité démographique qui crée un besoin encore plus grand de logements et qui aboutit à un surpeuplement multigénérationnel, situation qui constitue un milieu parfait pour la transmission de la tuberculose réactivée chez les gens âgés et les jeunes qui sont vulnérables.

Les familles inuites souffrent sept fois plus d'insécurité alimentaire que les autres familles canadiennes. La sécurité alimentaire est une question complexe dans le Nord. L'augmentation des coûts de carburant a un effet immédiat sur le coût des denrées provenant du Sud et sur la capacité de chasser et pêcher afin d'obtenir des aliments traditionnels essentiels à une santé optimale. Les variations météorologiques découlant du changement climatique ont une incidence profonde sur la sécurité alimentaire comme on a pu le constater l'an dernier, en raison du temps doux et du manque de glace marine, la glace étant essentielle au transport et à la chasse.

La colonisation et le déplacement des populations ont abouti à des collectivités en état de crise: les mécanismes d'adaptation sont poussés à la limite, alors que la toxicomanie et les problèmes liés à la santé mentale sont courants. Ces problèmes ont à leur tour une incidence sur le mieux-être et l'immunité sanitaire, rendant les gens plus vulnérables à la tuberculose et créant des défis en cours de traitement en raison de la toxicité des drogues et du maintien du traitement.

Peu de collectivités disposent du soutien en counselling nécessaire pour adopter une démarche holistique à l'égard de la tuberculose.

Dans les régions où les taux de tuberculose latente ou active sont élevés, un diagnostic tardif peut augmenter encore plus le taux de transmission. Dans plusieurs collectivités, il n'y a pas d'accès à des radiographies pulmonaires et les gens doivent prendre l'avion pour avoir accès au service.

Pourquoi les technologies permettant un diagnostic de la tuberculose ne sont-elles pas disponibles là où elles sont le plus nécessaires? La tuberculose est un diagnostic médical simple dans une situation sociale complexe. La maladie ne peut pas être mentionnée sans faire référence aux conditions historiques, biologiques, culturelles, politiques, sociales et économiques qui ont contribué et qui continuent de contribuer à cette préoccupation en santé publique.

Pour les Inuits, il semble qu'il y ait un décalage entre ce que nous savons au niveau communautaire et ce que les différents niveaux de gouvernance et de politique savent à propos de ce qui est nécessaire pour modifier les résultats en matière de santé. Est-ce un problème juridictionnel? Est-ce un manque de clarté sur la responsabilité fiscale envers les Inuits? Est-ce le manque de ressources qui nous force à compter sur les experts du Sud alors que ceux-ci ne sont pas sensibilisés à la culture et nuisent à une communication adéquate?

Le Dr Ellis, qui gère le programme de lutte antituberculose de l'Agence de la santé publique du Canada, décrit la situation par rapport à la tuberculose chez les Inuits canadiens comme « l'orage parfait », où la combinaison d'éléments qui, pris séparément, peuvent susciter des inquiétudes, crée une situation sérieuse quand ils se regroupent.

Sans intervention appropriée, la situation actuelle va continuer de s'aggraver. Traiter la tuberculose sans se préoccuper de ses causes profondes serait comme prendre des analgésiques sans chercher la cause du mal. Le mal ne s'en ira pas. Pour leur santé, les Inuits ont besoin d'une démarche pangouvernementale, avec des buts concrets établis maintenant, à court et à long terme, pour tenir compte des déterminants sociaux qui ont la plus grande incidence sur la tuberculose chez les Inuits: le logement, la sécurité alimentaire, les revenus et l'accès aux soins de santé.

Nous demandons une prise de conscience qui exige un très fort engagement, tant humain que fiscal, et les Inuits doivent participer à chacune de ces étapes.

Nakurmiik. Merci.

● (0915)

La présidente: Merci beaucoup.

Donnons la parole maintenant au chef Joseph Dantouze, s'il vous plaît.

Chef Joseph Dantouze (Northlands Denesuline First Nation):
Bonjour à tous.

J'aimerais remercier le comité d'avoir eu la gentillesse de m'inviter à cette réunion. Je m'appelle Joe Dantouze. Je suis le chef de la première nation des Dénés de Northlands près du lac Brochet, au Manitoba. C'est une communauté isolée, accessible par avion, au sud de la frontière du Nunavut et à 1 009 kilomètres au nord de Winnipeg.

Notre communauté connaît très bien la tuberculose. Cette maladie affecte notre peuple depuis plus de 100 ans. Nos gens se souviennent encore d'avoir été enlevés à notre communauté pour être emmenés dans des sanatoriums. Nous ne savons même pas où plusieurs ont été enterrés. Le taux de tuberculeux est plus élevé que la plupart des pays développés. De 1994 à 2004, le taux annuel de tuberculeux était de 636 pour 1 000 personnes. La tuberculose était en problème endémique sur nos terres il y a bien longtemps et continue de l'être aujourd'hui.

Pour mon peuple, la tuberculose est une question sociale, une question de santé ainsi qu'une question juridique. Ces trois questions doivent être attaquées de front. C'est la seule façon de contrôler la tuberculose.

Certaines conditions sociales permettent à la tuberculose de se répandre dans les communautés des premières nations et des mesures doivent être prises sur-le-champ pour enrayer ces conditions, notamment les logements insalubres et le manque de sécurité alimentaire. Nos communautés n'ont pas accès aux éléments de base qui pourraient leur permettre de rester en santé. Dans ma communauté, 763 personnes logent dans 130 maisons. En moyenne, chaque maison de ma communauté loge 5,2 personnes. La moyenne canadienne est de 2,5. Les systèmes de ventilation sont soit absents ou dysfonctionnels. Dans plus de 80 p. 100 de nos maisons, les deux tiers des habitants font état de moisissures dans leur maison. Nous craignons que ces moisissures affectent nos systèmes respiratoire et immunitaire. Les fenêtres sont endommagées, l'air ne circule pas et ces conditions mènent à la propagation de la tuberculose et d'autres maladies. Les faibles revenus et le coût élevé des aliments sont une autre difficulté qui rendent presque impossible une alimentation adéquate: élément essentiel à la prévention non seulement de la tuberculose, mais aussi du diabète et d'autres maladies.

Pour s'attaquer au problème de santé qu'est la tuberculose, des programmes solides et proactifs en partenariat avec les peuples des premières nations et nos communautés doivent être mis en place. Les gens souffrant de tuberculose doivent être diagnostiqués tôt et ne doivent pas être écartés pendant des mois à cause d'un mauvais diagnostic. Les gens qui ont été en contact avec la tuberculose doivent être repérés à temps et être traités de manière préventive. Ces cas ne peuvent être égarés à cause d'un manque de suivi. Les travailleurs doivent être membres de nos communautés, connaître notre culture et faire preuve de respect envers notre peuple. L'infirmière de notre communauté est issue de notre peuple et est très efficace. Ceux qui travaillent pour traiter la tuberculose doivent être de vrais partenaires dans le programme et doivent participer à sa planification, à sa mise en oeuvre et à son évaluation. Les objectifs, les statistiques et l'évaluation du programme anti-tuberculose des premières nations doivent respecter les normes nationales et internationales et être facilement accessibles. C'est une question de responsabilité et de transparence. Nous avons rencontré des représentants en santé ainsi que des représentants des Affaires indiennes et du Nord et chaque groupe se lance la balle lorsque nous demandons que les aspects médicaux et sociaux de la tuberculose soient traités ensemble de manière coordonnée et rigoureuse.

Il y a aussi un aspect juridique à la tuberculose. Les soins de santé sont un droit conféré par traité. Les conditions sociales causent des maladies et des mesures doivent être prises. En ce qui concerne les soins de santé, le logement et les droits de la personne, l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme stipule :

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux [...]

Dans le Discours du trône du mois de mars 2010, le premier ministre Harper s'est engagé à signer la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, qui confirme les droits des peuples autochtones au logement, à la santé et à la sécurité sociale dans les articles 21, 23 et 24.

• (0920)

Nous demandons un partenariat équitable pour combattre cette maladie. Nous demandons à ce que les programmes communautaires soient tenus de rendre des comptes.

• (0925)

La présidente: Merci, monsieur. Vous aurez du temps tout à l'heure. Je vous ai permis de dépasser le temps alloué et je dois passer au Dr Long. Pourriez-vous conclure rapidement?

Chef Joseph Dantouze: Je demande la collaboration du gouvernement pour régler cette question. Nous attendons depuis trop longtemps et quelque chose doit être fait pour ma communauté, la Première nation de Northlands.

Merci beaucoup.

La présidente: Merci, chef Dantouze.

Nous passons maintenant au Dr Long, qui se joint à nous par téléphone.

Docteur Long, êtes-vous là?

Dr Richard Long (professeur, directeur de l'Unité d'évaluation et de recherche sur le programme de tuberculose, Plus récent ex-médecin hygiéniste en matière de tuberculose pour les Premières nations et les Inuits, Université de l'Alberta): Oui. M'entendez-vous?

La présidente: Nous vous entendons très bien, docteur Long. Je suis désolée, mais vous n'aurez que trois minutes. Pouvez-vous commencer sans plus attendre?

Dr Richard Long: J'aimerais tout d'abord remercier le comité de me donner l'occasion de prendre part au débat.

Les programmes de lutte antituberculeuse sont une responsabilité provinciale-territoriale au Canada, sauf dans les collectivités des premières nations et certaines collectivités inuites, principalement celles du Canada atlantique et du sud du 60^e parallèle, où la lutte antituberculeuse est une responsabilité que se partagent les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Il faut se méfier lorsqu'on parle des taux d'incidence de la tuberculose chez les Autochtones, puisque les deux seuls groupes autochtones pour lesquels on trouve des données fiables utilisées comme dénominateurs sont les Indiens inscrits et les Inuits. Toutefois, si on met de côté ces données et qu'on tient compte de tous les groupes autochtones, la gravité de la situation de la tuberculose parmi cette population saute aux yeux. Le nombre absolu de cas de tuberculose chez les Autochtones au Canada n'a pas changé au cours des 15 dernières années ou plus, tandis qu'il recule d'année en année chez les non Autochtones.

Depuis 2003, le nombre absolu de cas de tuberculose chez les Autochtones du Canada, qui ne représentent que 4,7 p. 100 des Canadiens nés au Canada, dépasse celui observé dans le reste de la population née au Canada. L'ignominie des cas persistants et, semble-t-il, intractables de tuberculose chez les Autochtones du Canada — tandis que continuent de décroître les taux de tuberculose chez les non Autochtones nés au Canada et que continue de se creuser l'écart entre ces deux groupes — n'a pas à être assumée par des gens de conscience dans un pays développé.

J'encouragerais le gouvernement fédéral à voir cette question d'une optique élargie. Tout d'abord, plus que jamais, il est nécessaire de faire une place aux peuples autochtones autour des tables fédérale, provinciales et territoriales. Par le passé, les Autochtones n'ont pas été invités à s'asseoir à ces tables. Si, en tant que société dominante, nous négligeons d'inclure ce groupe, nous ne ferons que perpétuer notre héritage auprès des peuples autochtones, un héritage d'impuissance acquise que nous devons dénoncer comme indéfendable si nous souhaitons progresser dans ce dossier. Une éducation des deux sociétés s'impose, dans le but d'accroître la compréhension de notre histoire et de nos caractéristiques communes.

En outre, la bactérie qui cause la tuberculose est particulièrement bien adaptée pour exploiter les faiblesses au niveau du développement social de son hôte. La maladie prospère là où existent des conditions de pauvreté. Cet irréductible pathogène attaque chaque nouvelle génération hôte au niveau de son incapacité à répondre aux besoins sociaux fondamentaux de tous et chacun. Il faut porter une attention urgente aux déterminants en amont de la santé, qui ont une incidence sur les facteurs de risque immédiats liés à la tuberculose. En moyenne, les Autochtones sont plus souvent en contact avec des tuberculeux, sont plus susceptibles de vivre dans des logements surpeuplés et mal aérés, disposent de peu d'installations convenables pour cuisiner, souffrent davantage d'insécurité alimentaire, sont moins sensibilisés aux comportements à adopter pour favoriser la santé et/ou n'ont pas les moyens de mettre en pratique leurs connaissances à cet égard, et ont un accès limité aux soins de santé de grande qualité.

La nécessité de tenir compte des déterminants sociaux de la santé constitue un paradigme de prévention de la tuberculose au même titre que le paradigme traditionnel de prévention biomédicale qui consiste à offrir une thérapie préventive aux personnes qui présentent une infection latente. Tous les Canadiens ont l'impératif historique et moral d'agir en vue d'éliminer cette disparité socioéconomique. Cet impératif s'étend bien au-delà de la tuberculose, mais cette dernière, en tant que maladie sociale, s'apparente à un baromètre permettant de mesurer l'efficacité de nos efforts.

Enfin, pour toutes les questions dont je viens de parler, le gouvernement doit reconnaître que les réalisations en matière de santé publique peuvent parfois dépendre de mesures adoptées à l'extérieur du cercle des soins de santé. Le gouvernement doit être disposé à mettre différents ministères à contribution en vue d'élaborer, de façon neutre et à l'abri des cycles électoraux, des politiques sociales qui visent à promouvoir l'équité en matière de santé.

Je m'arrêterai ici.

• (0930)

La présidente: Merci, docteur Long.

Docteur Long, nous ne vous oublierons pas. Puisque vous ne voyez pas le comité et que nous ne sommes pas non plus en mesure de vous voir, je vais m'assurer de vous inclure dans les délibérations; je ne manquerai pas de vous demander si vous avez des commentaires pendant les séries de questions.

Avant d'entreprendre cette première série de questions — je ne pouvais le faire au début de la réunion —, je dois faire adopter le budget.

Je soumetts donc à l'adoption le budget d'exploitation proposé de 20 600 \$ pour l'étude des taux élevés de tuberculose au sein des premières nations et des communautés inuites.

(La motion est adoptée.)

La présidente: Merci.

Nous passons maintenant à notre première série de questions et réponses de sept minutes. Je vais surveiller l'horloge de près pour faire en sorte que chacun puisse poser ses questions.

Nous allons commencer avec Mme Murray et le Dr Bennett. Qui veut commencer?

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Je vais commencer. J'ai quelques brèves questions.

Madame Woods, à l'annexe 9 de l'ébauche de la stratégie canadienne de lutte antituberculeuse rédigée à l'hiver 2009, on peut lire que la stratégie visant à contrer la tuberculose chez les Inuits est en cours de préparation et d'élaboration. Déjà aujourd'hui, nous avons entendu que cette stratégie n'existe pas. De plus, ce qu'on nous dit aujourd'hui, c'est que nous n'avons pas de données qui permettent d'élaborer une stratégie qui tiendrait compte des « où, quand, comment et pourquoi » de la chose. En l'absence de ces données, j'estime que la tuberculose constitue un baromètre — un signe quasi-mesurable — de l'iniquité. C'est ce qu'on nous dit. Pour ma part, j'entends les gens dire qu'il existe différentes normes, selon les indicateurs de rendement dans chaque région. Si nous n'avons pas de stratégie, comment pouvons-nous véritablement nous atteler à la tâche? Quelles sont les normes? Que faisons-nous pour les respecter? Pourquoi les choses sont-elles différentes d'une collectivité autochtone à l'autre ou dans l'ensemble du pays?

Comme nous l'avons dit au moment de discuter du budget, quand les services médicaux de CIC reçoivent presque le double du

montant accordé à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pour la tuberculose... s'agit-il vraiment d'une question de ressources? Est-ce parce que nous n'avons pas de plan? Comment les choses peuvent-elles s'empirer d'année en année chez les Autochtones alors que l'incidence de cette maladie décroît au sein de la population non autochtone? Comment pouvons-nous laisser nos populations autochtones ainsi à l'abandon? J'imagine que les machines à rayons X sont une denrée plutôt rare dans toutes ces collectivités accessibles seulement par avion.

Je m'arrêterai là pour les questions. Peut-être pourrions-nous laisser Joyce poser ses questions, avant que vous y répondiez tous?

Que faisons-nous des déterminants sociaux de la santé? Nous n'arriverons pas à gagner de terrain sans l'aide d'AINC et des autres ministères qui peuvent collaborer à ce dossier.

Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.): Merci pour vos témoignages et merci de nous aider à comprendre les faits et l'étendue de cette injustice.

Le sous-groupe de travail sur la tuberculose avait pris la résolution de réduire l'incidence de la tuberculose à 3,6 par 100 000 habitants dans les réserves et chez les Inuits. J'ai noté dans certains des témoignages que les taux étaient stables à 27,3 p. 100 jusqu'en 2008. Toutefois, j'ai aussi entendu qu'ils étaient en hausse. Quel est le taux actuel? Quelle est la tendance? Vers où nous dirigeons-nous? Je ne cherche vraiment qu'à comprendre les taux et à saisir vers où se dirige la situation.

Deuxièmement, est-ce qu'une approche holistique, assortie de buts et de mesures, s'impose? Cette constatation semble se dégager des témoignages et je présume que c'est une opinion que tous partagent. Dans quelle mesure aborde-t-on la question de la tuberculose du point de vue de la santé globale des Indiens inscrits, des Inuits et des Métis, plutôt que de la voir comme une maladie distincte?

Enfin, si cette question est associée aux déterminants sociaux comme tous semblent l'indiquer, quel rôle doit jouer le gouvernement fédéral du point de vue du leadership et pour favoriser la collaboration avec les autres ordres de gouvernement? Que faut-il faire pour rendre ces choses possibles?

• (0935)

La présidente: Excusez-moi. Vous avez moins de deux minutes et je ne sais pas par où vous allez commencer.

Mme Shelagh Jane Woods: Moi non plus, mais je finirai bien par mettre de l'ordre dans mes idées.

La présidente: Madame Woods, êtes-vous prête à répondre?

Mme Shelagh Jane Woods: Oui.

La présidente: D'accord, merci.

Mme Shelagh Jane Woods: Merci pour les questions. Ce sont des questions très complexes. Je vais essayer de donner une réponse brève.

La stratégie de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits est en voie d'être renouvelée. Nous avons une stratégie depuis longtemps, mais celle-ci n'a pas été renouvelée depuis un bon moment.

Je ne dirais pas qu'il existe différentes normes; comme vous avez pu l'entendre de la bouche de nombreux autres intervenants ici, nos bureaux régionaux suivent habituellement les normes, les pratiques et les lignes directrices en matière de soins cliniques des provinces où ils sont établis et ces normes ne varient pas de façon marquée d'un endroit à l'autre. Les approches peuvent différer, mais les normes sont à peu près toutes les mêmes. Il existe un plan. Comme je le disais, nous en sommes à le mettre à jour. C'est une tâche importante que nous devons faire en collaboration avec nos partenaires.

Je ne suis pas certaine qu'on puisse attribuer la situation au manque d'argent, mais le processus de renouvellement de la stratégie nous l'indiquera bien. Nous arrivons toujours à trouver les fonds nécessaires lorsque surviennent des éclosions; cette façon de faire n'est pas forcément indicatrice d'une bonne planification, mais elle nous permet du moins de réagir lorsqu'il le faut.

Je tenterai de rendre justice aux déterminants sociaux de la santé. Oui, nous saisissons leur importance. Nous travaillons depuis de nombreuses années avec nos partenaires d'Affaires indiennes et du Nord Canada, par exemple. Les déterminants sociaux de la santé revêtent d'autant plus d'importance pour eux. Je pense que nous pourrions réaliser des percées à cet égard, mais seulement si nous unissons nos efforts.

Pour ce qui est de la situation du logement, je suis d'accord avec les propos soulevés ici. Bien entendu, le surpeuplement est un très gros problème. Nous devons évidemment travailler en étroite collaboration avec l'Assemblée des Premières Nations et avec les organisations des premières nations et les collectivités elles-mêmes au niveau régional. C'est exactement de cette façon que nous procédons au renouvellement de la présente stratégie et que nous abordons toutes les autres activités.

Le temps m'oblige à m'arrêter. Nous tentons définitivement de considérer la tuberculose comme un indicateur des déterminants sociaux de la santé plutôt que comme une maladie indépendante. C'est définitivement l'approche que nous tentons d'adopter.

La présidente: Merci beaucoup, madame Woods.

Monsieur Malo, vous avez sept minutes.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci d'être avec nous.

Je vais continuer sur votre lancée, madame Woods. On voit, dans le cas actuel, les mêmes éléments qui font habituellement défaut dans l'ensemble des problématiques touchant les populations autochtones, on les retrouve ici. C'est l'habitation, c'est l'alimentation, c'est l'ensemble des déterminants sociaux de la santé qui sont interpellés.

Je vous ai vue tout au long de la rencontre, lors des témoignages, prendre des notes. J'imagine donc que ce sont des réponses que vous aviez envie de donner à l'ensemble des questions qui ont été posées par les intervenants: y aura-t-il des cibles intermédiaires? pourquoi dépense-t-on moins dans le traitement de la tuberculose chez les populations autochtones que chez les populations allochtones? pourquoi y a-t-il des problématiques liées au diagnostic? pourquoi les communautés autochtones ne sont-elles pas plus impliquées dans l'ensemble du processus lié au traitement de la maladie? J'aurais le goût d'ajouter une autre question: comment arriverez-vous, d'ici 2015, à atteindre une cible de 3,6 p. 100? Car, selon les chiffres d'incidence qu'on nous a fournis, cela me semble être une cible audacieuse, c'est le moins qu'on puisse dire.

● (0940)

Mme Shelagh Jane Woods: Ce sont les questions? Oui, je suis d'accord pour dire que les éléments sont les mêmes parmi tous les déterminants de la santé. Je ne suis pas certaine qu'on dépense moins. C'était une...

M. Luc Malo: ... une question du chef Toulouse.

Mme Shelagh Jane Woods: Oui, et c'est exactement pourquoi j'ai pris des notes. En effet, cela m'intéresse beaucoup, et je vais probablement travailler avec ma collègue Dre Barker.

[Traduction]

Beaucoup de choses doivent être prises en compte dans le renouvellement de notre stratégie. Pour chacun des éléments dont vous avez parlé, nous devons savoir quels facteurs expliquent les différences au niveau des dépenses. Je ne connais pas ces facteurs, alors je ne peux pas vraiment formuler de commentaires à ce sujet en ce moment.

Il est très audacieux d'établir un objectif de 3,6 d'ici 2015. Je ne vois pas comment on pourrait viser 3,6 pour la population canadienne globale et ne rien faire pour les Autochtones. Si nous faisons les choses correctement d'ici 2015, si les premières nations participent activement et volontairement au processus et si nous leur offrons le soutien nécessaire à cet égard, je crois que nous pouvons y arriver.

Je ne peux pas m'imaginer qu'on puisse s'entendre sur une cible moins ambitieuse pour les premières nations et les Inuits. Ce ne serait ni juste ni honnête.

[Français]

M. Luc Malo: Le chef Toulouse vous demande des cibles intermédiaires. Est-ce quelque chose qu'on va retrouver?

Mme Shelagh Jane Woods: C'est exactement pourquoi j'étais si intéressée. Je partage la même idée: ce serait très utile de les avoir, mais on doit les développer ensemble. Car c'est sûr que

[Traduction]

Ce n'est pas à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de faire ces choses seules. Nous devons travailler avec nos partenaires dans ce dossier.

Mme Kimberley Barker (consultante en matière de santé publique, Assemblée des Premières Nations): Merci.

Je crois que l'une des choses qui freinent le gouvernement fédéral dans ce dossier est que les régions habitées par les premières nations et les Inuits n'assument pas la responsabilité de l'argent dépensé. De l'argent est donné à chacune des régions pour appuyer ses programmes contre la tuberculose, mais il n'y a aucun mécanisme de reddition de comptes; personne ne s'attend à ce que les régions soient responsables des montants déclarés chaque année. En fait, nous dépendons des provinces et des territoires pour déterminer les cas existants dans ces collectivités et nous obtenons ces données uniquement par l'intermédiaire de l'Agence de la santé publique du Canada. Nous ne les obtenons pas par la DGSPNI.

Le rapport sur l'évaluation du groupe dont nous avons parlé indique que même la DGSPNI ne connaît pas le nombre de cas ni les sommes dépensées en raison de son manque de contrôle sur les régions. C'est la structure qui est en place. Ce n'est certainement pas de sa faute, mais ça signifie que la vulnérabilité des collectivités n'est pas due aux décisions d'Ottawa, mais aux décisions de chacune des régions habitées par les premières nations et les Inuits. Il faudra apporter des changements à la stratégie afin que les premières nations et les Inuits assument en partie la responsabilité de ces programmes.

Dre RoseMarie Ramsingh (directrice exécutive, Médecine communautaire, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé): Je veux simplement dire que les régions habitées par les premières nations et les Inuits ne travaillent pas en vase clos. Elles collaborent étroitement avec les directeurs provinciaux des programmes liés à la tuberculose. Alors les services dans ce domaine qui sont fournis à tous dans la province sont les mêmes que ceux fournis dans les autres provinces.

Il y a un genre d'entente tripartite dans la plupart des régions.

Mme Kimberley Barker: J'ai hâte d'entendre nos experts provinciaux pendant le prochain tour à 10 heures — ils déclareront que ce n'est pas le cas.

La présidente: Vous avez encore une minute.

[Français]

M. Luc Malo: D'autres personnes veulent-elles intervenir?

[Traduction]

La présidente: Madame Turner.

Mme Gail Turner: Je vis dans une région inuite d'une province qui fait partie de la région de l'Atlantique de la DGSPNI, où les gens sont très déconnectés. Les plus déconnectés, ce sont nous, les Inuits; nous communiquons avec la DGSPNI, mais pas avec la province, qui est responsable de notre santé publique. Ça constitue un véritable défi.

En fait, si vous lisez le document sur le contrôle de la tuberculose au Canada, vous verrez qu'on n'a pas établi clairement qui avait la responsabilité des Inuits. Le document se contredit lui-même; aussi, j'ai entendu aujourd'hui une autre contradiction, en particulier pour le Nunavik et le Nunatsiavut, au Québec, et la province de Terre-Neuve-et-Labrador.

À mon avis, c'est une partie du problème. Il n'y a qu'un paragraphe dans les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse qui porte sur les préoccupations spéciales concernant les collectivités isolées et éloignées. Pour ceux qui cherchent des indications sur la pratique, ça ne donne pas grand-chose. Dans ce paragraphe à la page 292, on mentionne les problèmes particuliers associés à ces régions et on indique que des appareils de radiologie mobiles peuvent devoir être transportés dans les collectivités. Si ce n'est pas fait, qui sera tenu responsable?

• (0945)

La présidente: Merci, madame Turner.

Nous passons maintenant à Mme Wasylcia-Leis.

Mme Judy Wasylcia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci, madame la présidente.

Merci beaucoup d'être ici aujourd'hui en réponse à ce que je considère comme une urgence nationale. Je ne suis pas certaine que nous entendons aujourd'hui du gouvernement du Canada une réponse qui soit à la mesure de l'urgence de la situation.

Je ne suis pas ici pour critiquer Shelagh Jane Woods, mais pour dire que je ne crois pas qu'une stratégie créée en 1992, dont on vient tout juste de commencer l'examen et qui ne figure pas sur le site Web de Santé Canada, soit appropriée. Les taux sont presque les mêmes qu'en 1992. Je crois que la véritable question que nous devons nous poser aujourd'hui consiste à savoir ce qu'a fichu le gouvernement pendant tout ce temps. Qu'a fait la DGSPNI? Et Santé Canada? Et l'Agence de la santé publique du Canada?

En fait, les chiffres sont renversants. Comme beaucoup l'ont dit, les taux de tuberculose sont plus élevés que ceux de pays du tiers monde comme le Bangladesh. Nous sommes ici aujourd'hui en raison de la recherche sans précédent de Jen Skerritt et des employés de la *Winnipeg Free Press*. Ils sont allés à Lac Brochet, ont parlé au chef Dantouze et à d'autres, ont trouvé la tombe de Catherine Moise et ont voulu attirer notre attention sur l'aspect humain de la question. Nous espérons aujourd'hui obtenir des réponses. Je n'entends pas grand-chose du gouvernement, excepté que la stratégie est en cours d'examen.

J'aimerais que vous me disiez tous ce que nous pouvons faire pour que le gouvernement travaille pour nous en établissant des normes en matière de soins et en accordant une plus grande importance aux déterminants de la santé. Comme l'a dit le chef Toulouse, il faut examiner les sommes dépensées par personne dans le cas d'un Inuit ou d'un membre d'une première nation. On parle de 17 000 \$, par rapport à 47 000 \$ pour un non Autochtone ou un non Inuit. Il y a un écart immense. Quelqu'un ne fait pas son travail. Je crois qu'il est temps que nous établissions une stratégie pour lutter contre cela.

Premièrement, Kimberley Barker et le chef Toulouse m'ont déjà dit que les premières nations avaient demandé l'aide de Santé Canada ou de la DGSPNI pour obtenir un appareil de radiologie mobile afin de tester les gens — rien de bien compliqué — et qu'elles ne l'ont pas obtenu. J'aimerais partir de cela, et ensuite j'aimerais entendre d'autres recommandations de votre part et de Gail Turner, du chef Toulouse et du chef Dantouze.

Mme Kimberley Barker: Merci.

Un certain nombre de collectivités — probablement cinq ou six, en fait — semblent être au cœur de l'éclosion. Elles ont déjà demandé à la DGSPNI de procéder à des examens de la collectivité entière. Ce n'est pas une demande déraisonnable en vertu des normes internationales. Si une collectivité est aux prises avec des taux élevés de tuberculose ou des éclosions fréquentes, on suggère de faire un examen de la collectivité entière afin de déceler les cas de tuberculose latente.

Prenons le cas de Garden Hill comme exemple. Lorsque le chef Harper est allé à Ottawa, en 2006, et a demandé à la DGSPNI d'appuyer un examen de la collectivité entière, on lui a dit qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments de preuve attestant que c'était nécessaire. En plus, il aurait fallu pouvoir compter sur du personnel infirmier 24 heures sur 24 pendant au moins un an. À cause de la pénurie d'infirmiers et du manque de fonds, il était impossible d'appuyer l'examen d'une collectivité comptant 3 000 personnes. Si vous demandez aux experts qui sont ici aujourd'hui, ils vous diront qu'il n'est pas déraisonnable de demander un examen de la collectivité entière dans une telle situation.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Pensez-vous qu'il est possible que le gouvernement fédéral refuse de procéder à ces examens et d'offrir de l'aide à cet effet, c'est-à-dire de fournir des appareils de radiologie mobiles, parce qu'il ne veut pas connaître les chiffres réels étant donné que les résultats seraient trop embarrassants sur le plan national et international?

Mme Kimberley Barker: Peut-être, mais je crois que c'est un problème de ressources. Je crois que ça revient à dire que nous déshabillerons Pierre pour habiller Paul. Le gouvernement finira par dire: « Dans quelle collectivité doit-on aller piger pour trouver un infirmier et l'affecter à l'examen que vous demandez? »

Mme Judy Wasylcia-Leis: Laissez-moi poser une question à Gail Turner. Lorsque la ministre a témoigné devant nous, et que nous lui avons fait remarquer que le taux chez les Inuits était 185 fois plus élevé que dans le reste de la population, elle a essentiellement répondu qu'il fallait se tourner vers les provinces et les territoires pour obtenir des solutions.

Pouvez-vous me dire ce que le gouvernement fédéral devrait faire, à votre avis? Que devraient faire Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada pour au moins aider les responsables à coordonner les services et à établir une stratégie hautement prioritaire à l'égard de ce problème d'envergure?

• (0950)

Mme Gail Turner: Je crois qu'il faut d'abord et avant tout établir clairement de qui relèvent les Inuits. Nous ne disposons pas de loi, comme c'est le cas pour nos frères des premières nations. Cela pose un défi.

Je crois qu'il faut reconnaître qu'étant donné les facteurs géographiques et culturels rattachés aux Inuits, il convient d'établir une stratégie distincte. Nos taux sont extrêmement élevés; en fait, dans certaines collectivités, les taux atteignent 500 pour 100 000 habitants. Il faut mobiliser les Inuits. Nous connaissons les solutions possibles, mais les gens ne nous consultent pas. Les solutions nous seront donc encore imposées, et elles ne seront pas pertinentes.

Je crois aussi qu'il faut vraiment examiner l'accès aux soins de santé. J'ai une anecdote très courte à ce sujet. Il y avait un cas de tuberculose dans l'une de nos collectivités, en octobre dernier. L'une des personnes dont le test était positif — et les gens dans la salle savent que nous parlons probablement d'une forme latente de la maladie — est terrifiée à l'idée de prendre l'avion. Elle refuse de quitter la collectivité pour avoir une radiographie pulmonaire, qui est essentielle pour établir un diagnostic définitif, jusqu'à ce que la glace fonde et que les navires commencent à parcourir les mers, en juin.

Mme Kimberley Barker: Je veux souligner, pour vous qui pensez peut-être ne pas posséder l'expertise médicale requise afin de bien comprendre la situation, que ce n'est pas une maladie compliquée. C'est une maladie traitable, et on peut facilement y arriver à peu de coûts. Ce n'est pas sorcier. Il faut simplement des ressources dévouées, une surveillance continue et un programme décent associé à des normes acceptables.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Est-ce que ça vaut la peine d'établir des cibles s'il n'y a pas de stratégie qui les appuie? Il semble que nous avons beaucoup parlé d'adopter la stratégie de l'Organisation mondiale de la Santé pour stopper la progression de la tuberculose, mais il n'y a rien sur papier et aucun plan d'action n'a été conçu à cette fin.

Pouvez-vous me dire ce que nous avons demandé à la ministre de la Santé de faire dans notre rapport au Parlement après la fin de cette session — puisque nous n'avons qu'une petite session pour régler cette urgence nationale?

La présidente: Qui aimerait répondre à cette question? Il ne nous reste que très peu de temps.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Pour être juste, on devrait peut-être demander au Dr Long.

La présidente: Docteur Long, voudriez-vous répondre à cette question?

Dr Richard Long: Je vais faire quelques commentaires pour tenter d'y répondre.

J'ai soulevé quelques points, qui devraient être sérieusement examinés par le gouvernement fédéral, à mon avis. Ces points brossent un tableau global de la situation. Il y a un ensemble de normes pour la lutte antituberculeuse, mais elles sont appliquées différemment dans chacune des régions. Il n'y a aucun doute là-dessus.

Il faut reconnaître l'interdépendance des déterminants sociaux et des facteurs de risque, mais il faut aussi reconnaître que la lutte antituberculeuse dans les collectivités autochtones est une entreprise fragmentée, et les problèmes que nous avons à déterminer les compétences de chacun empêcheront toute lutte efficace tant qu'ils ne seront pas réglés. À titre d'exemple, prenons la situation au Manitoba et en Saskatchewan qui a précipité la tenue de cette réunion. Dans ces deux provinces qui, avec les territoires, comptent les principaux foyers tuberculeux chez les Autochtones, la forme endémique de la maladie frappe, en règle générale, de 10 à 15 p. 100 de la population dans 192 collectivités.

La présidente: Docteur Long, je vais devoir passer à la prochaine personne. Merci.

Madame Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Et merci beaucoup aux témoins que nous recevons ce matin.

Il est certain que nous avons beaucoup entendu parler de cette question. J'aimerais tout d'abord m'adresser à Mme Woods. Je vais revenir sur certains des points que vous avez soulevés dans votre déclaration préliminaire.

Vous avez dit que Santé Canada travaillait de manière diligente à combler le retard que l'on doit déplorer dans la situation des membres des premières nations vivant dans les réserves et des communautés inuites. Vous avez dit qu'il y avait eu une diminution importante des taux de tuberculose au cours des 30 dernières années, mais que ces taux demeurent beaucoup plus élevés que dans la population non autochtone. J'aimerais tout d'abord savoir ce que vous faites précisément pour combler ce retard.

Vous avez ensuite parlé de l'utilisation des cibles de réduction du programme mondial Halte à la tuberculose. Pourriez-vous nous parler davantage de ce programme, parce que je ne crois pas que vous ayez eu la possibilité d'aller dans le détail pendant votre exposé. Pouvez-vous nous dire comment cela va se dérouler et comment vous allez vous y prendre pour atteindre cet objectif?

Vous avez aussi parlé du financement supplémentaire de trois millions de dollars en 2009-2010. J'aimerais savoir exactement à quoi ces fonds ont été consacrés et si ce financement supplémentaire a donné des résultats ou si nous en avons eu des échos.

• (0955)

Mme Shelagh Jane Woods: D'accord. Merci pour ces questions. Il y a beaucoup de matière à couvrir.

Je vais répondre d'abord à votre dernière question. Le financement supplémentaire de trois millions de dollars est un montant que nous avons réussi à obtenir à grand-peine l'an dernier. Une bonne partie de ces fonds ont été consacrés à la lutte contre les poussées épidémiques au Manitoba, mais l'argent a été réparti plus largement. Je pense que c'était peut-être la moitié du montant total. L'argent a permis d'améliorer toute une gamme d'activités dans diverses régions, mais c'était principalement au Manitoba et en Saskatchewan l'an dernier.

Vous avez demandé comment nous allons faire pour atteindre les cibles de réduction du programme mondial Halte à la tuberculose. Je n'aurai pas de réponse satisfaisante à cette question avant que nous ayons fini de réévaluer la stratégie nationale, parce que la stratégie nationale comportera un certain nombre de démarches ciblées dans des domaines clés. Comme l'a dit la Mme Barker, il y a un épicycle; ce que nous devons faire maintenant, c'est de nous concentrer sans détour sur cet épicycle et trouver des solutions qui vont donner des résultats. À cette fin, nous allons devoir travailler en étroite collaboration avec les communautés, avec Mme Barker et avec d'autres personnes pour mettre au point des solutions qui fonctionnent pour chacune des communautés.

Il va sans dire que la situation est complexe sur le plan de la compétence, comme plusieurs personnes l'ont dit je crois, plus particulièrement le Dr Long. Il y a des problèmes déconcertants liés à la compétence. Il est évident que nous ne devons pas nous y arrêter. Nous devons passer par-dessus. Nous devons nous asseoir et discuter avec nos partenaires.

J'entends beaucoup parler de divergence d'opinions; nous allons devoir travailler avec nos bureaux régionaux sur ce dossier afin de mieux comprendre ce qui se passe. Je désapprouve ce que Mme Barker a dit concernant le fait qu'ils ne sont pas du tout responsables; bien sûr ils sont responsables, mais peut-être pas de la façon dont elle le voudrait. Je le répète, nous pouvons nous asseoir et discuter de la façon dont nous pourrions établir des cibles provisoires réalistes en nous fondant sur des observations factuelles afin d'en arriver à la réalisation de quelque chose, plutôt que de revenir s'asseoir chaque année pour expliquer pourquoi nous n'avons fait aucun progrès.

Mme Patricia Davidson: Est-ce que d'autres personnes devraient prendre part à cette discussion?

Mme Shelagh Jane Woods: Oui, je pense que vous devriez peut-être parler à quelqu'un du ministère des Affaires indiennes. On se souviendra que le budget prévoyait beaucoup d'argent pour le logement. Nous espérons vraiment qu'il y aura... Comme je l'ai dit au début, on comprend de mieux en mieux l'importance des déterminants sociaux de la santé dans tous les ministères fédéraux. Cela ne relève pas de nous; c'est de compétence fédérale. Et on comprend de mieux en mieux, surtout au ministère des Affaires indiennes, l'importance de ce dossier, et on a de plus en plus tendance à tenir compte de l'aspect social du logement plutôt que de l'aspect économique uniquement.

Un certain nombre d'initiatives plus vastes que celles dont il est question ici ont été entreprises. Vous devriez peut-être parler à ma collègue Kathy Langlois à propos des efforts déployés dans le dossier de la sécurité alimentaire, puisque ce point a été soulevé par tout le monde. Ce sont d'importantes initiatives à comprendre.

Comme je l'ai dit plus tôt, cette question ne touche pas uniquement la tuberculose, et nous avons peut-être fait une erreur en nous intéressant d'un peu trop près à la tuberculose comme telle. Bien sûr, nous savons maintenant que le problème est beaucoup plus vaste.

Mme Patricia Davidson: Me reste-t-il du temps?

La présidente: Vous avez environ une minute.

Mme Patricia Davidson: D'accord. J'aimerais la laisser à Mme McLeod, s'il vous plaît.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): J'aimerais aborder la question des services de santé par rapport aux déterminants sociaux, qui sont très importants.

J'ai un peu une impression de déjà-vu. Je risque de trahir mon âge, mais dans les années 1980, nous avions un service de radiographie pulmonaire mobile qui allait dans chaque communauté. Nous avions des vaccins BCG, nous avions un processus très systématique pour le prélèvement d'expectoration, nous avions des gens qui observaient les traitements, et cela semble nous avoir menés nulle part. Ai-je raison de croire que nous avons délaissé ce type de processus d'une certaine façon? Avez-vous des observations générales à formuler à cet égard? C'est la façon dont on procédait dans les années 1980, si je me souviens bien.

• (1000)

La présidente: Qui voudrait répondre à cette question?

Dre RoseMarie Ramsingh: Pourriez-vous simplement préciser? Voulez-vous savoir si le processus qui était en place dans les années 1980 existe toujours aujourd'hui?

Mme Cathy McLeod: Nous entendons parler des unités de radiographie mobiles. C'est ce qui se faisait à l'époque, et on donnait le vaccin BCG aux nouveaux-nés; mais après toutes ces années, ils veulent avoir de nouveau ces services. Ne semblaient-ils pas donner de bons résultats? Vous pourriez peut-être décrire les tendances relativement à ce que nous avons fait.

La présidente: Vous n'avez que 30 secondes.

Dre RoseMarie Ramsingh: D'accord.

Eh bien, je vais simplement dire rapidement — vous pourrez peut-être ensuite ajouter quelque chose — que nous suivons les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse. Ces normes ont évolué au fil du temps notamment en ce qui a trait à leur contenu et à ce qu'elles recommandent compte tenu des données disponibles. Richard Long est en fait l'un des rédacteurs de la dernière version de ces normes. Certaines choses qui se faisaient dans les années 1980 ont probablement été laissées de côté. Nous avons adopté de nouvelles technologies et de nouvelles façons de faire.

Alors nous essayons de nous adapter aux lignes directrices les plus récentes.

La présidente: Merci beaucoup.

Je vais suspendre la séance pour deux minutes seulement.

Je vous demanderais de ne pas venir rejoindre les membres du comité pour leur parler. Si vous voulez leur parler, sortez simplement de la salle.

Je demanderais à notre prochain groupe d'experts de venir prendre place rapidement.

Deux minutes: merci.

• _____ (Pause) _____

• **La présidente:** Nous allons commencer.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins. Merci beaucoup.

Je vous invite à accueillir nos témoins.

Le Dr Earl Hershfield, qui est professeur en médecine à l'Université du Manitoba, bienvenue. Je suis heureuse que vous soyez ici.

La Dre Pamela Orr, elle aussi professeure au département de médecine à l'Université du Manitoba. Bienvenue. Je suis toujours heureuse d'accueillir des gens de ma province natale.

Nous recevons aussi M. Brian Graham, de l'Association pulmonaire du Canada; il est président de la Politique des maladies chroniques. Bienvenue monsieur Graham. Je suis très heureuse de vous recevoir.

De l'Association canadienne de santé publique, nous recevons Elaine Randell, consultante en prévention des maladies infectieuses au Nunavut. Merci beaucoup de vous joindre à nous, Elaine.

Nous avons ensuite James Chauvin, directeur des politiques à l'Association canadienne de santé publique. Merci aussi à vous d'être ici, James.

De la Société canadienne de santé internationale, nous recevons Jane Hatcher Roberts, directrice générale. Bienvenue.

Et de l'Université de l'Alberta, la Dre Anne Fanning, professeure émérite de la faculté de médecine.

C'est un privilège de vous avoir parmi nous et nous en sommes très honorés. Les déclarations préliminaires devront être d'une durée maximale de trois à cinq minutes. Je suis désolée, mais je vais devoir vous chronométrer; je ne peux permettre à une personne ou à un membre du comité de monopoliser le temps dont nous disposons. Nous devons avoir suffisamment de temps pour tous les exposés et toutes les questions.

Merci pour votre patience.

Docteur Hershfield.

• (1005)

Dr Earl Hershfield (professeur en médecine, Université du Manitoba, Ancien directeur de Tuberculose, Province du Manitoba, à titre personnel): Merci, madame la présidente.

Pour moi, le fait d'être ici me rappelle une citation de Yogi Berra: « C'est encore et toujours du déjà-vu. » J'ai pris part à plusieurs réunions de ce genre au fil des ans.

J'aimerais vous parler brièvement de ce que je considère être un programme efficace de lutte contre la tuberculose. Et nous pourrions discuter plus tard de la question de savoir s'il s'applique à l'ensemble du pays.

La tuberculose, comme l'ont dit d'autres intervenants, est facile à contrôler, et elle comporte quatre ou cinq éléments. Il faut détecter les cas, surtout les cas infectieux. Il faut les inscrire au registre. Il faut obtenir tous les détails pertinents pour bien comprendre chaque cas. Il faut traiter le patient, quel que soit le régime utilisé — il peut s'agir d'un ancien régime ou d'un nouveau régime — l'important, c'est que le patient prenne ses médicaments pendant la durée voulue. Donc, le régime utilisé n'est pas un aspect important du traitement dans le cadre du programme de lutte contre la tuberculose. Et il faut trouver les personnes qui ont été en contact avec le patient.

On dit que pour chaque cas infectieux, de quatre à 20 personnes sont infectées en un an. S'il y a par exemple, 100 cas sur un territoire donné et que chacun des patients a été en contact avec dix personnes, cela représente beaucoup de travail pour le système de santé publique, notamment pour ce qui est de suivre les patients, de faire le diagnostic, de retrouver les personnes ayant été en contact avec les patients, de traiter ces personnes ou de les surveiller, et c'est

cumulatif au fil des ans. Alors même si la lutte contre la tuberculose est facile, c'est un processus lourd sur le plan administratif.

Parmi les aspects connexes, mentionnons que toutes les cultures positives doivent faire l'objet d'un test de sensibilité liée à la tuberculose. Toutes les provinces ont des laboratoires pour mener ce genre de test. Toutes les personnes atteintes de tuberculose doivent subir un test de VIH, puisque le VIH est le problème le plus grave associé à la tuberculose, surtout en Afrique.

Tous les patients atteints de tuberculose devraient subir un test de dépistage du diabète. Le diabète se classe au deuxième rang des maladies les plus courantes associées à la tuberculose dans le monde, et au Canada, dans la population des premières nations, il est probablement la maladie secondaire la plus importante. À un moment donné, il faut considérer ces deux maladies ensemble, parce que nous ne réglerons pas le problème de la tuberculose sans tenir compte du diabète.

Le patient doit pouvoir obtenir les médicaments contre la tuberculose gratuitement. Vous pensez peut-être que cela va de soi, mais, dans de nombreux pays du monde, les patients doivent payer leurs médicaments. Nous devons veiller à ce que tous les médicaments soient gratuits pour ces patients au Canada.

Tous les patients atteints du sida ou séropositifs doivent subir un test de dépistage de la tuberculose. Il existe des priorités en matière de prévention. Une autorité doit décider si elle veut traiter ses patients atteints au moyen de médicaments. Les priorités les plus importantes sont les personnes ayant été en contact avec un patient, les personnes ayant un virage tuberculique, les personnes séropositives et l'immunosuppression.

Malheureusement, la tuberculose n'est pas une maladie unique en ce sens qu'on ne peut la traiter de façon isolée. De multiples facteurs et déterminants socio-économiques entrent en jeu: la toxicomanie, le surpeuplement, les logements insalubres, la malnutrition, l'absence d'eau potable, les problèmes d'égout, ainsi que les relations avec le système de soins de santé établi, qui constituent un problème énorme au Manitoba, de ce que j'ai pu constater, pour les membres des premières nations lorsqu'ils doivent être en contact avec la médecine de l'homme blanc. Très souvent, ils n'iront pas de leur propre chef. Et il y a de nombreux autres problèmes.

La présidente: Docteur Hershfield...

Dr Earl Hershfield: J'aimerais faire une dernière remarque, si vous le permettez.

La présidente: Soyez très bref.

Dr Earl Hershfield: La compression ou l'interruption trop rapide d'un programme de santé publique entraîne souvent la réapparition du problème qui semblait être maîtrisé. C'est une maxime qu'on répète dans le monde de la santé publique, et la littérature en a maintes fois confirmé la véracité. Si on met un terme à un programme...

La présidente: Merci, docteur Hershfield.

Docteure Orr.

Dre Pamela Orr (professeure, Département de médecine, de microbiologie médicale et de sciences de la santé communautaire, Université du Manitoba, à titre personnel): Je tiens à remercier le comité de m'avoir invitée. Je suis ici aujourd'hui à titre personnel, et je ne représente pas une organisation.

J'ai quatre recommandations à faire.

Premièrement, il doit y avoir, dans chaque province, un programme harmonisé sur la tuberculose qui s'adresse tant aux Autochtones qu'aux personnes non autochtones. C'est l'administrateur en chef de la santé à l'échelle provinciale qui doit en être tenu responsable. Le système actuel, dans lequel il y a deux programmes sur la tuberculose, dont l'un est administré par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et l'autre par le ministère provincial de la Santé, est non seulement inefficace mais aussi contre-productif. La tuberculose ne respecte pas les frontières et ne peut être maîtrisée par un système fragmenté. À l'heure actuelle, la reddition de compte est tout sauf transparente. La collaboration et la communication ne devraient pas être tributaires de la personnalité des intervenants; elles devraient être obligatoires. Certains allégueront que la présence de deux systèmes de santé publique, l'un fédéral et l'autre provincial, parvient à régler les problèmes dans le cas d'autres maladies comme l'hépatite, mais manifestement, ce système n'est pas efficace pour la tuberculose.

Deuxièmement, il doit y avoir des objectifs clairement définis, des objectifs de rendement et des évaluations annuelles qui respectent les normes nationales et internationales. Les données doivent être diffusées ouvertement et disponibles pour que les gens soient informés des résultats et des lacunes des programmes canadiens de lutte contre la tuberculose chez les Autochtones. À l'heure actuelle, les données utiles ne sont pas toujours faciles à obtenir. On blâme souvent les patients, mais il faudrait peut-être examiner attentivement les programmes. On garde certaines choses secrètes souvent sous prétexte de protéger la confidentialité; cependant, il est possible de communiquer des renseignements tout en préservant la confidentialité de l'identité des patients et des collectivités. Si nous disposions de l'information nécessaire, nous constaterions que certains programmes sont une réussite et que d'autres sont un échec. Il arrive qu'on pose des diagnostics trop tard, qu'on établisse des diagnostics erronés, qu'on prescrive un traitement inapproprié, qu'on ne procède pas à la recherche des contacts et qu'on n'offre pas de thérapie préventive. Ces erreurs sont attribuables notamment à un manque de ressources humaines dans le domaine de la fiscalité, de connaissances et de main-d'oeuvre qualifiée ou stable, au non-respect des lignes directrices établies et à l'absence de mobilisation des collectivités. Il faut inciter les Autochtones à prendre part aux programmes. Il faut rendre des comptes non seulement aux autorités du domaine de la santé, mais aussi aux Autochtones.

Troisièmement, il faut établir, dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose, un véritable partenariat avec les gens de toutes les collectivités qui ont les compétences pour mener cette lutte, soutenir ce partenariat et le faire progresser de façon à ce que les collectivités prennent elles-mêmes leurs problèmes en main et trouvent des solutions. Les programmes de lutte contre la tuberculose sont souvent tellement axés sur la maladie qu'ils ne font pas appel aux personnes qui vivent dans les collectivités touchées. Les Navahos gèrent eux-mêmes un programme qui obtient de bons résultats. Ils doivent rendre des comptes aux Services de santé des Indiens, mais les membres de la collectivité ont l'impression d'être partie prenante au programme parce qu'il est mis en oeuvre par des gens qu'ils connaissent.

Quatrièmement, il faut s'attaquer avec sérieux et crédibilité aux déterminants sociaux de la tuberculose, par exemple l'insalubrité des logements et la mauvaise alimentation. Malheureusement, les programmes de lutte contre la tuberculose ont tendance à imputer l'échec des mesures de contrôle de la maladie à ces déterminants sociaux. Mais il faut se rappeler que la régression de tuberculose la plus rapide qui ait été recensée est survenue chez les Inuits entre

1960 et 1980, et que cette régression était en grande partie attribuable à un programme médical.

● (1010)

La présidente: Merci, docteure Orr.

Je cède maintenant la parole à M. Graham.

M. Brian Graham (président de la Politique des maladies chroniques, président-directeur général de l'Association pulmonaire de la Saskatchewan, Association pulmonaire du Canada): Merci, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du comité. C'est un plaisir d'être ici aujourd'hui pour représenter l'Association pulmonaire du Canada. Je suis heureux que le comité soit conscient qu'il s'agit d'un enjeu sérieux qui mérite l'attention du Parlement, et je l'en remercie.

Je ne répéterai pas les renseignements que vous avez déjà entendus ce matin; je vais plutôt mettre l'accent sur deux points que l'Association pulmonaire considère importants, à savoir la nécessité d'améliorer le traitement de la tuberculose et la nécessité de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé.

Mais j'aimerais aussi porter d'autres points à votre attention. En fait, j'aimerais aborder le type de soutien qui doit être offert en ce qui concerne la tuberculose; il faut un soutien viable et à long terme, notamment en raison de la nature de la maladie. Certaines maladies sont dangereuses parce qu'elles prennent de l'ampleur très rapidement, mais dans le cas de la tuberculose, le danger vient du fait que les germes se développent très lentement. Dans notre société assoiffée de vitesse, cette notion peut être difficile à comprendre; une personne atteinte de tuberculose doit prendre un éventail de médicaments pendant six mois et parfois plus pour guérir sa maladie. Sans intervention, une épidémie de tuberculose pourrait perdurer de 200 à 300 ans.

L'Association pulmonaire combat la tuberculose depuis 110 ans; nous avons un mandat à long terme. Les solutions aux problèmes de la tuberculose chez les collectivités des premières nations, des Métis et des Inuits exigeront des programmes à long terme assortis d'indicateurs de réussite et d'un financement à long terme. Pour ce qui est des indicateurs, il faut être conscient qu'en améliorant les programmes de surveillance de la tuberculose, on diagnostiquera, au départ, probablement plus de cas de cette maladie et les taux de tuberculose pourraient même augmenter, mais il ne faudrait pas interrompre le financement pour autant. Il faut avoir une vision à long terme.

J'en viens aux taux actuels de tuberculose au sein de la population autochtone. Les taux au sein de la population non autochtone étaient comparables il y a 30 ans environ. Il a fallu 30 ans pour voir tomber les taux de tuberculose à un cas par tranche de 100 000 personnes. Nous avons de meilleurs outils qu'avant. Comme le Dr Long l'a dit plus tôt, c'est surtout dans les collectivités isolées que les risques et les taux de tuberculose sont élevés. Nous pouvons accélérer la diminution des taux de tuberculose chez les Autochtones, mais nous devons nous donner les moyens de le faire et collaborer avec les chefs et les dirigeants des collectivités des premières nations, des Métis et des Inuits pour pouvoir maîtriser efficacement la tuberculose.

Un certain nombre de programmes ont porté fruit, par exemple le programme SCRAP-TB mis sur pied en Colombie-Britannique et le programme PAL de l'Organisation mondiale de la santé, qui semble prometteur. Ces deux programmes tiennent compte du fait qu'une seule et même solution ne s'applique pas dans tous les cas.

•(1015)

La présidente: Merci, monsieur Graham.

M. Brian Graham: Est-ce que je peux faire une dernière remarque?

Pour conclure, nous avons des outils et un savoir-faire, mais nous devons collaborer avec les collectivités des premières nations et des Métis. Comme je l'ai dit précédemment, nous devons tous travailler main dans la main.

La présidente: Merci, monsieur Graham.

C'est maintenant au tour de l'Association canadienne de santé publique.

Monsieur Chauvin, j'ai cru comprendre que vous aimeriez dire quelques mots avant Mme Randell. Mais sachez que votre temps de parole sera inclus dans les trois minutes qui vous sont allouées...

M. James Chauvin (directeur des politiques, Association canadienne de santé publique): Merci, madame la présidente.

Ce n'est pas moi qui ferai la déclaration préliminaire, mais je tenais à vous remercier, au nom de l'Association canadienne de santé publique, de nous donner l'occasion de comparaître devant le comité.

Je cède maintenant la parole à ma collègue, Elaine Randell, infirmière autorisée et consultante en prévention des maladies infectieuses au ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut. Elle vient vous faire part aujourd'hui, en tant que membre de l'Association canadienne de santé publique, de son expérience personnelle sur le terrain.

Mme Elaine Randell (consultante, prévention des maladies infectieuses, ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Nunavut, Association canadienne de santé publique): Je vous remercie.

Pour bien comprendre le problème de la tuberculose dans la majorité des communautés autochtones du Canada, il est important de nous attarder à l'histoire de cette maladie au sein de ce groupe, de savoir d'où vient cette épidémie et de connaître les déterminants sociaux de la santé qui expliquent dans une large mesure que les taux d'infection et de maladie demeurent élevés.

Les peuples autochtones du Canada sont entrés en contact avec des marchands et des commerçants européens les uns après les autres. Ces contacts ont d'abord eu lieu dans les provinces atlantiques au XVI^e siècle, puis en Ontario et au Québec au XVII^e siècle, dans la région du Pacifique au XVIII^e siècle, dans les Prairies au XIX^e siècle, puis dans les territoires, au XX^e siècle. Dans les territoires, les premiers contacts ont eu lieu à l'Ouest, au Yukon, puis des contacts ont eu lieu à l'Est, dans le territoire qui correspond actuellement au Nunavut. Lorsqu'est arrivée la vague de colons suivante, le mode de vie des Autochtones a changé. Alors qu'ils étaient des nomades vivant en petits groupes isolés, ils se sont regroupés en vastes communautés et ont adopté un mode de vie sédentaire.

C'est cette colonisation sociale qui a été le vecteur de la tuberculose. C'est dans les endroits où l'épidémie s'est déclarée le plus tôt qu'elle a atteint son apogée et a commencé à décliner le plus rapidement, jusqu'aux quinze dernières années environ, comme on l'a dit, ce qui explique la répartition des taux de tuberculose que nous observons parmi les peuples autochtones: les taux les plus bas s'observent dans les populations où la colonisation sociale s'est faite en premier, et les taux les plus élevés, dans des régions comme le Nunavut, où la colonisation a eu lieu plus tard.

L'inadéquation des déterminants sociaux de la santé compte parmi les facteurs clés qui expliquent la persistance du cycle des éclosions de tuberculose, ainsi que les taux élevés que l'on observe chez les Autochtones. Des habitations surpeuplées et mal aérées accroissent le risque de contagion. J'ai entendu parler de situations où des personnes infectées demeuraient dans la même habitation que 13 autres personnes, y compris de jeunes enfants, qui sont particulièrement vulnérables. Le taux de contagion est très élevé dans un tel contexte. Et il y a des gens sans domicile, qui passent d'une maison à une autre en tant qu'invités, ce qui accroît le nombre de personnes exposées et infectées. Les longues périodes de froid et de noirceur qui sont caractéristiques du Nord font en sorte que les gens passent plus de temps à l'intérieur, dans des maisons surpeuplées et mal ventilées. Il y a donc une exposition accrue, dans un milieu où l'aération est limitée, et cela accroît le risque de contagion. Par ailleurs, des apports nutritionnels déficients augmentent le risque que l'infection se transforme en maladie. Dans un grand nombre de collectivités éloignées, l'offre d'aliments nutritifs, comme des fruits et des légumes frais, est extrêmement réduite, et ces produits sont vendus à prix prohibitifs. Les gens qui ont des cartes de crédit peuvent facilement bénéficier de programmes comme le Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste, qui permet de se procurer des produits nutritifs, mais un grand nombre d'Inuits n'ont pas de carte de crédit et n'ont même pas de compte bancaire.

Des diagnostics d'infections tardifs peuvent prolonger la durée d'exposition des personnes en contact. Les personnes infectées sont diagnostiquées avec retard dans les régions où des capacités et une expertise locales en matière de diagnostic font défaut.

Certaines collectivités éloignées ne bénéficient pas en continu des services de fournisseurs de soins de santé. Un programme efficace de lutte contre la tuberculose est tributaire d'une relation de confiance entre les résidents d'une communauté et leurs fournisseurs de soins de santé. Pour que cette relation puisse exister, il faut que des employés et des travailleurs de la santé expérimentés et formés à la détection précoce de la tuberculose soient présents en permanence.

La colonisation sociale est la cause profonde de la prévalence de la tuberculose au sein des populations autochtones. Ce sont les problèmes liés aux déterminants sociaux de la santé, comme les habitations surpeuplées et inadéquates, les apports nutritionnels insuffisants, et la présence intermittente des fournisseurs de soins de santé, qui sont les causes profondes des taux élevés qui se maintiennent au sein des populations inuites. Les taux de tuberculose ont commencé à décliner en Europe avant même que les premiers traitements n'apparaissent, grâce à l'amélioration des conditions de vie. En s'attaquant à des problèmes comme la pauvreté, le logement et l'accès à des soins de santé et à des aliments nutritifs, nous pouvons nous attendre à ce que le même phénomène se produise ici.

•(1020)

La présidente: Merci beaucoup pour votre exposé.

Nous allons maintenant passer à notre avant-dernier exposé, qui nous sera présenté par la Société canadienne de santé internationale.

Madame Roberts.

Mme Janet Hatcher Roberts (directrice générale, Société canadienne de santé internationale): Merci.

Comme l'a dit Rosemary Brown: « Tant que nous n'aurons pas tous réussi, personne n'aura réussi. » Or, il est manifeste que nous n'avons pas encore réussi, ici, au Canada.

Ce qui est stupéfiant, comme l'a remarqué le Dr Hershfield, c'est que les causes profondes sont toujours les mêmes. Si le Dr Hershfield a eu une impression de déjà-vu, je suis persuadée que le Dr Osler serait quant à lui consterné, lui qui, en 1900, a affirmé que la tuberculose était une maladie sociale qui avait un aspect médical, et qu'il fallait se pencher sur la question du logement et de l'alimentation.

Quand on considère le problème de la tuberculose dans une perspective globale, on constate que les inégalités que nous observons au sein des premières nations du Canada se retrouvent de manière identique dans les pays à faible revenu, où la pauvreté et la répartition de la pauvreté sont extrêmement inéquitables, comme en Afrique et en Asie du Sud. En outre, les dépenses en santé reflètent cette situation; elles sont elles-mêmes inéquitables. Cette situation a des répercussions, puisqu'il s'agit d'un des déterminants de la santé, et il s'agit donc d'un des déterminants de la tuberculose.

On dénombre 370 millions d'Autochtones dans le monde. Personne ne connaît la prévalence de la tuberculose, parce que la majorité des programmes nationaux de lutte contre cette maladie ne tiennent pas compte des Autochtones, et que des obstacles très importants les empêchent d'accéder aux soins.

Le Canada s'est engagé auprès du reste du monde à combattre la tuberculose au moyen de diverses initiatives. Les objectifs du Millénaire pour le développement incluent la lutte contre la tuberculose, et un partenariat international a été réclamé pour que l'on s'attaque à ce problème. Les objectifs du Millénaire pour le développement nous tiennent à cœur. Néanmoins, nous avons constaté, ici, au Canada, une augmentation de la tuberculose au sein de nos communautés des premières nations. Donc, s'il reste vrai que nous devrions nous soucier de l'atteinte des objectifs du Millénaire à l'échelle mondiale, nous devrions également nous inquiéter de notre incapacité à améliorer la situation de nos premières nations. Le Canada a consacré 124 millions de dollars à la lutte contre la tuberculose dans le monde, et nous serons appelés à contribuer à nouveau au fonds mondial l'année prochaine.

Ce dont nous avons besoin, c'est d'une approche axée sur les systèmes de santé, et non d'une approche axée sur les soins de santé en eux-mêmes. Nous l'avons déjà entendu dire aujourd'hui. Nous avons préparé un petit diagramme qui vous aidera à faire le lien entre toutes ces idées. Cette approche intègre les déterminants sociaux et la santé dans toutes les politiques; elle établit des processus pour mesurer la qualité, la portée et les résultats, et elle se fonde sur des systèmes d'information en santé, des systèmes de surveillance, les ressources humaines et des approches fondées sur des données empiriques, adaptées aux particularités culturelles. Il faut que les communautés soient mobilisées, pour qu'elles soient habilitées et responsables et qu'elles soient capables de communiquer avec les gouvernements, les chercheurs, le secteur privé et d'autres intervenants de la société civile.

L'an dernier, dans le cadre d'une rencontre mondiale sur la tuberculose chez les peuples autochtones, un certain nombre de recommandations, que nous avons reproduites dans notre rapport, ont été présentées dans un document cadre sur les possibilités en matière de leadership qui s'offrent au Canada, au pays et à l'étranger. Le comité pourrait se pencher sur ces recommandations.

Il est clair, en terminant, que les politiques doivent être uniformisées. Nous devons harmoniser les exigences des différentes politiques. Je suggère qu'un comité interministériel soit chargé d'examiner cette question.

Je vous remercie.

La présidente: Merci, madame Roberts.

Tout le monde sera très attentif pendant la période des questions. Les membres vous poseront différentes questions, alors vous pourrez aborder d'autres sujets.

Je vais maintenant céder la parole à Mme Fanning, de l'Université de l'Alberta.

Dre Anne Fanning (professeure émérite, Faculté de médecine, Université de l'Alberta): Merci beaucoup. Je vais mettre de côté l'exposé que j'avais préparé pour en résumer l'essentiel.

C'est une excellente chose que le comité se penche sur cette question. Félicitations. Les Canadiens n'ont guère de quoi s'enorgueillir d'un écart aussi grand que celui qui existe.

Pour contrôler la tuberculose, il est nécessaire d'adopter une approche globale et très normalisée, comme celle dont on vous a parlé. Il faut trouver les malades, puis guérir les malades. Il faut trouver les gens qui ont été en contact avec la maladie et prendre les mesures préventives nécessaires, et il faut faire tout cela en toute hâte, pour les raisons qui ont déjà été expliquées. C'est une évidence incontestable.

Le Canada a adopté de telles normes, mais nous ne disposons d'aucun indicateur de rendement qui nous permette de déterminer, au niveau régional, si elles sont observées. Cela devrait être mesuré chaque année, et l'évaluation devrait faire état d'une réussite ou d'un échec. Nous avons mis en oeuvre ce programme afin de sauver des vies, de prévenir la contagion, et de pouvoir mener à terme les stratégies d'éradication.

Il est hors de doute que nous pouvons y arriver, car nous l'avons fait dans les années 1950, quand il y avait de 2 000 à 3 000 cas par 100 000 personnes. De nos jours, ce taux s'établit à quatre cas par 100 000 personnes. Mais dans le Nord, où une certaine politique ou un programme canadien a été mis en place — à grands frais, j'en suis sûre —, les taux ont diminué plus rapidement que n'importe où ailleurs dans le monde. Ils ont atteint leur point le plus bas vers le milieu des années 1980.

Depuis, les taux augmentent, parce que nous nous sommes détournés de ce problème. Nous n'avons pas poursuivi nos efforts comme nous aurions pu le faire afin de nous assurer d'éradiquer la maladie, et les taux n'ont cessé d'augmenter dans toutes les régions du pays, et tout particulièrement chez les Inuits du Nunavut. Les taux ont diminué dans une province seulement: l'Alberta.

Je ne veux pas vanter notre programme, mais je vais vous dire ce qu'on en dit. On dit qu'il a une « tête de cochon », parce que nous sommes déterminés à le mener à bien. Ce programme fonctionne parce que les autorités fédérales et provinciales collaborent ensemble et qu'il y a des indicateurs de rendement qui sont évalués chaque année. Il y a une bonne communication entre les intervenants, et lorsqu'un cas surgit, on le considère comme une urgence, et des mesures d'urgence sont prises. C'est ainsi que les choses devraient se passer partout, à mon avis.

•(1025)

La présidente: Merci, madame Fanning, et je vous remercie d'avoir résumé votre exposé. Cela nous aide beaucoup.

Nous allons maintenant passer à notre tour de question de sept minutes. Mme Neville et Mme Murray vont partager leur temps.

Qui aimerait commencer?

L'hon. Anita Neville (Winnipeg-Centre-Sud, Lib.): Je vais commencer. Merci.

Madame Fanning, pourriez-vous déposer l'exposé que vous aviez préparé mais que vous avez mis de côté? Pourriez-vous le remettre à la présidente afin que nous puissions bien comprendre toute la portée de vos observations?

Dre Anne Fanning: Je vais tâcher de me rappeler ce que j'ai dit.

L'hon. Anita Neville: Non, c'est l'exposé qui a été préparé que nous aimerions avoir, pas celui que vous nous avez présenté de vive voix.

J'ai toutes sortes de questions sans suite à vous poser. En vous écoutant et en écoutant le groupe qui vous a précédé, j'ai été frappée par une prévalence et un accroissement de la prévalence de la tuberculose que je qualifierais d'insensés, à défaut d'une expression plus précise, dans un pays aussi riche que le nôtre.

Ma première question s'adresse au Dr Hershfield. Je crois que le poste de directeur du contrôle de la tuberculose est actuellement vacant, au Manitoba. Est-ce exact? J'aimerais que vous nous parliez brièvement de cette situation et de ses répercussions.

Dr Earl Hershfield: Il n'y a pas de poste vacant, mais il se trouve que le directeur du contrôle de la tuberculose est le médecin chef, qui doit également assumer 117 autres fonctions. Il n'y a donc pas en tant que tel de programme de contrôle de la tuberculose, auquel un chef aurait été affecté. Voilà le problème tel que je le conçois au Manitoba.

L'autre problème qu'il y a au Manitoba, en ce qui concerne la DGSPNI, c'est qu'ils se sont déchargés de leur responsabilité en passant un contrat avec l'Office régional de la santé de Winnipeg en ce qui a trait à la prestation des services dans les réserves. À mon sens, l'Office régional de la santé de Winnipeg doit s'occuper de la santé à Winnipeg. Je ne comprends pas du tout ce que ces gens font dans les réserves.

Il n'y a donc pas de programme régulier de lutte contre la tuberculose, auquel seraient dédiés un directeur et des subordonnés. C'est l'un des problèmes qui se pose au Manitoba, et c'est pour cette raison, à mes yeux, que le Manitoba a le taux de tuberculose le plus élevé du Canada, après le Nunavut.

L'hon. Anita Neville: Vous avez mis le doigt sur l'autre sujet dont je souhaitais parler. Le groupe de témoins d'aujourd'hui et le groupe précédent nous ont donné à entendre qu'il y avait un manque d'uniformité, un manque de cohérence dans les programmes.

Docteur Orr, vous avez dit qu'une organisation ou une juridiction devrait assurer la direction. Nous avons tout un éventail d'organisations en présence, aujourd'hui. Est-ce qu'il n'y a aucune communication entre les gouvernements, le secteur privé et le secteur des organismes sans but lucratif? Que pourrait-on faire?

Vous vouliez aborder quatre points, docteur Orr, mais vous avez dû vous interrompre après le troisième. Si vous le souhaitez, vous pourriez nous parler du quatrième. Ensuite, j'aimerais que vous nous parliez de ce qui devrait être fait pour assurer une certaine cohérence. Nous avons déjà entendu le Dr Hershfield en ce qui concerne la situation au Manitoba.

• (1030)

Dre Pamela Orr: En réponse à votre première question, je dirais simplement que, d'après mes observations, il y a certaines régions — et l'Alberta est l'une d'entre elles — où la DGSPNI et la province entretiennent de très bonnes relations et collaborent ensemble. Mais ce n'est pas le cas dans d'autres parties du Canada. Les personnes entrent en jeu, et ça ne devrait pas être le cas. C'est pour cette raison qu'à mon avis, seul un programme uniformisé pourrait fonctionner. La communication ne devrait pas être tributaire des personnalités.

En ce qui concerne votre deuxième question, je dirais qu'essentiellement, l'amélioration concernant les déterminants sociaux de la santé doit avoir lieu en même temps que l'intervention médicale. C'est une question d'équité, comme le chef Dantouze et le chef Toulouse l'ont dit de manière si éloquente. Toutefois, ça ne doit pas être une excuse. Le programme médical ne doit pas pointer un doigt accusateur vers les déterminants sociaux. Les responsables des programmes médicaux doivent se livrer à un auto-examen minutieux avant de rejeter le blâme sur les déterminants sociaux.

L'hon. Anita Neville: Quelqu'un veut-il ajouter quelque chose? Madame Roberts? Personne d'autre ne veut se prononcer là-dessus?

Allez-y, Joyce.

Mme Joyce Murray: Docteur Fanning, vous m'avez beaucoup intéressée quand vous avez dit que l'Alberta semblait obtenir plus de succès que les autres régions pour ce qui est de la réduction du taux de tuberculose en milieu rural et dans les communautés des premières nations. Comment le gouvernement fédéral pourrait-il étendre l'approche de l'Alberta aux autres provinces sans excéder sa compétence, à votre avis? Avez-vous réfléchi à cette question?

Dre Anne Fanning: C'est une question difficile, mais je crois que nous avons le devoir d'offrir le meilleur programme possible dans chacune des régions. Il n'y a aucune excuse pour ne pas le faire. Je crois qu'il faut que les autorités compétentes aient à leur disposition l'argent nécessaire. Il devrait être obligatoire que l'on satisfasse aux indicateurs de rendement que nous avons établis. Ils sont là, mais ils ne sont pas évalués annuellement. Je crois que le programme de l'Alberta pourrait être imité mais, à mon avis, il s'appliquerait plus ou moins bien dans bien des régions. Et si l'on effectuait des mesures chaque année dans chacune des régions relativement à l'exécution — le nombre de cas diagnostiqués, le nombre de guérisons, la prévention, les mesures prises...

Mme Joyce Murray: Je veux m'assurer de bien comprendre la situation en Alberta. Est-ce l'administrateur médical de votre province, le gouvernement provincial ou le milieu universitaire qui a fait fonction de force motrice, en ce qui concerne la méthode appliquée et l'entêtement dont vous nous avez parlé? Qui a donné le branle et qui a maintenu l'impulsion?

Dre Anne Fanning: Je crois que c'est une philosophie qui prévaut depuis plus de 30 ans. Et je crois que, malgré certaines tentatives qui ont été faites dans la province pour qu'il y ait un relâchement à cet égard, les responsables ont continué de faire preuve d'entêtement et ont maintenu l'approche en place. Je crois qu'il y a un ensemble de facteurs, mais cela fonctionne manifestement, et c'est un modèle qui pourrait être imité.

Mme Joyce Murray: Madame Roberts, que peuvent nous apprendre les autres pays? Les défis particuliers qui doivent être relevés dans nos communautés inuites et les changements historiques que Mme Randell a décrits ont-ils été déjà observés dans d'autres pays? Y a-t-il eu des exemples, ailleurs dans le monde, dans des régions en particulier, que vous pourriez nous recommander d'examiner?

Mme Janet Hatcher Roberts: D'abord, je crois qu'il y a une importante distinction à faire entre l'idée d'imposer un modèle et celle d'en imiter un. L'idée, c'est qu'il s'agit de pratiques exemplaires. Si on attribue à chacun un bulletin de rendement, tout le monde s'orientera vers ces pratiques exemplaires. On n'impose rien; le modèle est adopté et imité. Je ne crois donc pas que nous ayons à nous préoccuper autant des questions de juridiction. Il y a certainement de merveilleux exemples de contrôle de la tuberculose dans d'autres pays, comme l'a d'ailleurs dit le Dr Hershfield.

La présidente: Merci, madame Roberts.

Mme Janet Hatcher Roberts: Si on suit ces étapes, on y arrivera.

La présidente: Monsieur Dufour.

[Français]

M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ): Merci beaucoup, madame la présidente.

Avant toute chose, je voudrais poser une question à Mme Hatcher Roberts.

Avant d'approfondir certaines questions, je voudrais savoir, moi aussi, ce qui se fait sur la scène internationale. De quoi a l'air le Canada sur la scène internationale en ce qui a trait à la tuberculose chez les Autochtones? Je sais que vous nous disiez, un peu plus tôt, que dans certains pays développés, les programmes nationaux ne comptaient pas nécessairement la population autochtone. A-t-on des chiffres comparatifs, pour savoir si le Canada fait bonne figure sur la scène internationale? Y a-t-il de bonnes pratiques qu'on pourrait aussi importer?

• (1035)

[Traduction]

Mme Janet Hatcher Roberts: Quand nous mettons en oeuvre des programmes, nous faisons appel à des personnes comme la Dre Fanning et le Dr Hershfield pour assurer la réalisation de ces programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Nous adoptons donc les meilleures pratiques qui sont utilisées ici au Canada, qui ont été testées et éprouvées. Exactement comme l'a dit le Dr Hershfield — et je suis certaine que la Dre Fanning pourrait en témoigner —, ce sont les étapes à suivre.

Dans le cadre de ces programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, nous nous efforçons non seulement de suivre ces étapes, mais aussi d'améliorer les capacités et de faire participer les collectivités. Je crois que quelqu'un d'autre en a parlé. Si vous faites participer les gens des collectivités et que vous les formez, il n'est pas nécessaire qu'ils soient tous médecins, mais il faut recourir à une équipe interdisciplinaire: services de laboratoire, infirmières, médecins et travailleurs de la santé du milieu communautaire. Et ça fonctionne, mais ça implique un investissement global.

Peut-être que la Dre Fanning ou le Dr Hershfield pourraient en parler, mais un des exemples à citer est la Guyane, où j'ai travaillé avec le Dr Hershfield. Je sais que l'Association pulmonaire du Canada a travaillé beaucoup en Équateur, et que la Dre Fanning a travaillé à d'autres endroits.

Si vous adoptez cette méthode, ça fonctionne, mais ça nécessite des investissements continus. Vous pouvez voir quels ont été les résultats au Canada, où il n'y en a pas eu.

Dre Anne Fanning: J'ai récemment examiné la situation en Australie, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis et au Groenland, parce qu'ils ont des données séparées sur les Autochtones. Dans les collectivités autochtones de chacun de ces pays, les taux sont plus élevés et les coefficients par rapport au reste de la population varient de 1,5, aux États-Unis, jusqu'à celui du Canada, qui est le plus élevé.

Dans tous les pays sauf les États-Unis, les taux sont plus élevés chez les populations autochtones, mais la différence n'est pas aussi marquante qu'au Canada, sauf au Groenland.

Le Groenland a connu la même situation avec les Inuits dans les années 1950. Les taux ont diminué considérablement grâce à un excellent programme. Ils ont atteint leur plus bas niveau en 1987, et ils sont maintenant plus élevés que ceux qu'on retrouve chez les Inuits du Canada.

Cela repose sur la capacité d'offrir des programmes de façon soutenue et engagée, en assurant un financement adéquat et une bonne participation, en mobilisant les collectivités et en veillant à ce que les ressources soient présentes dans les collectivités grâce à des professionnels de la santé qui connaissent leur situation.

J'ajouterais seulement que la raison pour laquelle ça fonctionne aux États-Unis, c'est qu'ils ont des indicateurs pour leurs programmes, et chaque État doit faire un compte rendu de ses résultats chaque année.

La présidente: Docteur Hershfield, aimeriez-vous faire un commentaire à ce sujet?

Dr Earl Hershfield: Oui.

Un des problèmes au Canada est que nous n'avons pas de programme national de lutte contre la tuberculose. Nous avons des programmes provinciaux qui permettent aux provinces de faire ce qu'elles veulent quand ça leur convient, mais nous n'avons pas de programme national. C'est pourquoi il est difficile de comparer le Canada avec d'autres pays.

Un des points que j'espérais voir ressortir d'un comité comme celui-ci est la nécessité de créer un programme national. Il peut être administré par les provinces au nom des personnes qui en sont responsables au niveau fédéral.

Le problème est que chaque province doit avoir son propre programme de lutte contre la tuberculose. Le programme peut varier d'une province à l'autre, mais la façon de le mettre à exécution est simple et claire, et on le fait depuis 50 ans.

La présidente: Il vous reste deux minutes.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Vous parliez d'un programme national. Bien entendu, il va falloir que non seulement les provinces soient consultées, mais qu'elles en assument la maîtrise d'oeuvre.

Il y a aussi la problématique du manque de communication, dont on a entendu parler un peu plus tôt. Il semble y avoir un flou, on ne sait pas qui exactement doit s'occuper de la problématique et comment la gérer. Mme Turner nous disait que non seulement il n'y avait qu'un paragraphe, mais aussi qu'il était très vague. Il n'y a pas de précision sur qui doit gérer la problématique. Quelle est votre appréciation? La question s'adresse à tous les témoins.

• (1040)

[Traduction]

Dr Earl Hershfield: Je reviens à ce que j'ai dit plus tôt: chaque province doit avoir un programme vertical de lutte contre la tuberculose. Il y a des gens qui l'acceptent mal dans le domaine de la santé publique. Ça ne veut pas dire que le directeur du programme de lutte contre la tuberculose est tout-puissant, et d'ailleurs, il devrait être responsable devant le médecin hygiéniste en chef, mais le programme de lutte contre la tuberculose dans chaque province doit être simple et vertical. Il peut être horizontal au niveau de la collectivité, et il devrait l'être, mais la gestion et la prise de décisions et le programme lui-même devraient être verticaux. Certaines personnes dans la santé publique sont contre, je le comprends, mais c'est la seule façon d'en venir à enrayer la tuberculose au Canada.

La présidente: Avez-vous fini de poser vos questions, monsieur Dufour? Il ne vous reste qu'environ 30 secondes.

[Français]

M. Nicolas Dufour: M. Graham nous a dit, un peu plus tôt, qu'il a fallu plus de 30 ans pour voir les taux de tuberculose tomber à 30 cas pour 100 000 habitants dans la population non autochtone. Le gouvernement s'est fixé l'objectif de ramener ce taux à 3,6 par 100 000 habitants d'ici 2015. Croyez-vous vraiment que ce soit réaliste?

[Traduction]

M. Brian Graham: Oui. Je crois que cela s'explique entre autres par le fait que, pour la population canadienne en général, la lutte s'étendait à l'ensemble du pays. C'est l'un des points qu'a fait ressortir le Dr Long, et en particulier si l'on se fie à notre expérience en Saskatchewan, où nous avons vu, comme il l'a fait remarquer, que les taux de tuberculose sont élevés dans peut-être six ou sept collectivités. Ce n'est donc pas très étendu sous ce rapport. Nous avons également de meilleurs outils qu'auparavant. Nous disposons de meilleurs moyens pour diagnostiquer la tuberculose et pour dépister et traiter les cas latents.

La présidente: Merci, monsieur Graham.

Passons maintenant à Mme Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci, madame la présidente, et merci beaucoup à chacun de vous de venir discuter de cette urgence nationale.

Pour commencer, je tiens à dire que j'ai beaucoup apprécié les commentaires de la Dre Fanning. Elle est ici non seulement à titre de spécialiste, de médecin et de professeure, mais elle est également récipiendaire de l'Ordre du Canada pour son travail sur la tuberculose. Je crois que nous devons prendre vraiment au sérieux ses recommandations très claires, et je souhaite qu'on puisse les mettre directement dans un rapport à l'intention du Parlement et qu'elles soient par la suite mises en oeuvre par le gouvernement.

À écouter tout cela, assise ici, je tiens à dire que j'ai tellement honte d'être canadienne quand j'entends ce que vous dites, qui est si simple et si réalisable, mais qui ne se fait pas, soit par manque de volonté politique ou par pure incapacité — ou peut-être incompétence — de coordonner le travail de tous à l'échelle du pays en fonction d'une seule norme nationale, et d'évaluer chaque année si les résultats visés sont atteints et de prendre des mesures s'ils ne le sont pas. Que peut-il y avoir de plus simple que ça?

J'aimerais savoir deux ou trois choses. Selon le ministère, comme elle l'a dit aujourd'hui, nous avons dépensé 42 millions de dollars pour la lutte contre la tuberculose au cours des cinq dernières années, et pendant tout ce temps les chiffres ont augmenté. Ce qui est clair, c'est que l'argent est dépensé, alloué aux régions, sans objectifs, sans critères de rendement, de sorte que nous ne savons même pas où va l'argent. Peut-être qu'il est tout dépensé dans les sondages. Qui sait? Et peut-être que ce que nous devrions faire, madame la présidente, c'est demander à la vérificatrice générale d'examiner ce financement et de découvrir où s'en va ce fichu argent et pourquoi il n'est pas investi là où il le devrait.

Je veux poser une question à la Dre Orr, et je ne sais pas si ça vous va, docteur Orr. Selon ce que je comprends, vous étiez directrice de la lutte contre la tuberculose au Manitoba, et vous êtes devenue frustrée et vous avez démissionné, en partie je crois à cause de l'impossibilité absolue de coordonner quoi que ce soit avec la DGSPNI. Je ne veux pas vous faire dire ce que vous n'avez pas dit — j'aimerais beaucoup que vous nous racontiez votre histoire —, mais la question que j'aimerais vous poser, c'est comment peut-on faire en sorte que la DGSPNI et l'Agence de la santé publique du

Canada suivent les recommandations que vous avez faites aujourd'hui, les prennent au sérieux, relancent cette question et commencent à mettre en place les ressources et les normes nécessaires en vue de s'occuper d'un nombre de cas de tuberculose qui est en progression absolue dans cette société soi-disant civile qui ne fait pas partie du tiers-monde?

• (1045)

Dre Pamela Orr: Je tiens à dire que j'ai constaté beaucoup d'initiative sur cette question de la part du Dr Ed Ellis de l'Agence de la santé publique du Canada, et qu'il est un héros dans ce domaine. Je dirais seulement que, dans le cas d'un programme de lutte contre la tuberculose, et c'est encore plus vrai pour les programmes de lutte contre le VIH, l'hépatite ou le cancer, qui relèvent de diverses autorités et compétences, il y a une fragmentation, et cela peut être acceptable pour ce qui est de l'hépatite ou du cancer — mais je ne le crois pas —, mais pas dans le cas de la tuberculose. Il faut avoir un programme unique dans chaque province, et le médecin hygiéniste en chef rendra compte de ce qui se passe dans sa région selon les résultats visés. Autrement, on ouvre la porte à des disparités entre certaines régions du Canada où les intervenants sont entêtés et efficaces et s'entendent entre eux et coopèrent, et d'autres endroits où les liens sont coupés et où il n'y a pas de communication.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Vous avez raison à propos du Dr Ellis. Et il faut mentionner que le 20 janvier dernier, il a publié un rapport sur la situation de la tuberculose au Canada, où il dit que la maladie est tombée dans l'oubli mais n'a pas disparu, qu'un nouveau cas de tuberculose se déclare toutes les six heures au Canada, et qu'une personne en décède chaque deux semaines. Il fait ressortir bon nombre de problèmes, comme l'augmentation du nombre de cas chez les peuples autochtones, ce qui englobe la lenteur des fournisseurs de soins de santé à soupçonner la maladie, ainsi que les retards de diagnostic attribuables aux délais d'obtention des résultats des analyses d'expectorations et des rayons X... toutes des interventions qui tombent sous la compétence du gouvernement fédéral et qui ne sont pas réalisées. C'est pourquoi j'ai si honte.

Je suis allée à Dhaka, au Bangladesh, et j'ai vu des gens effectuer des tests d'expectorations dans une petite tente dans des petits villages ruraux extrêmement pauvres. Les tests étaient expédiés, et si des rayons X étaient nécessaires, les cas étaient suivis et des médicaments étaient administrés. Des infirmières bénévoles s'assuraient que les patients prenaient leurs médicaments. Voilà comment ils vainquent la maladie. Nous n'en faisons même pas autant au Canada.

Ma question est la suivante: ne serait-il pas logique de demander au moins à Santé Canada et à la DGSPNI, ainsi qu'aux agences de santé publique, d'envoyer des équipes spéciales dans les régions sensibles du pays, comme le lac Brochet, où il n'est même pas possible d'obtenir une équipe pour effectuer des radiographies et où on s'attend à une vaste propagation de la tuberculose parmi la collectivité qui compte seulement 750 habitants? Pourquoi n'est-il pas possible de dire simplement: « Voici ce que nous ferons aujourd'hui, nous enverrons une équipe spéciale dans ces 10 à 15 régions sensibles du pays et nous nous attaquerons au coeur du problème »? Ou du moins obtenir les chiffres exacts, faire de la prévention, obtenir les médicaments et commencer à travailler.

La présidente: Docteur Hershfield.

Dr Earl Hershfield: C'est un problème de compétence. Je ne crois pas que le gouvernement fédéral puisse dire à la province du Manitoba qu'il s'en va faire ceci ou cela au lac Brochet sans au moins avoir consulté les responsables du programme provincial.

Mme Judy Wasylcia-Leis: D'accord, mais ce que je comprends, tout d'abord, c'est que c'est de la compétence fédérale dont on parle — c'est-à-dire des réserves.

Deuxièmement, il me semble que, selon ce que j'ai entendu d'autres personnes et de vous, il n'y a aucune forme de critère de rendement ou manifestation de volonté de la part...

La présidente: Madame Wasylcia-Leis, sauf votre respect, voulez-vous continuer à parler, ou voulez-vous qu'il vous réponde?

Mme Judy Wasylcia-Leis: Je veux seulement qu'il aborde le sujet du point de vue de...

La présidente: Bien, le temps est écoulé.

Aimeriez-vous répondre, docteur Hershfield?

Dr Earl Hershfield: Oui.

Je suis d'accord avec vous, mais le fait est que, quand j'étais directeur au Manitoba, nous avions régulièrement des rencontres avec la DGSPNI, la province et tous les autres. C'est de cette façon que le programme se déroulait. Actuellement, au Manitoba, le travail est divisé parmi une foule d'organismes ou de régions. Voilà le problème. Pour que le gouvernement fédéral puisse intervenir et dire qu'il veut faire des radiographies au lac Brochet, il faudrait un an de négociations. C'est un problème.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Oui, c'est vrai, il n'existe aucune norme nationale de rendement pour orienter le processus. C'est ce qui donne lieu à cette division. Et cela doit assurément faire partie de nos recommandations.

Est-ce qu'il me reste du temps?

La présidente: Je suis désolée, madame Wasylcia-Leis. Merci.

Passons maintenant à Mme McLeod.

Mme Cathy McLeod: Merci, madame la présidente. Merci encore à tous les témoins.

J'aimerais d'abord faire une mise au point et poser une question.

Monsieur Graham, vous avez parlé du programme SCRAP-TB en Colombie-Britannique. Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur ce qui se passe là-bas?

M. Brian Graham: Oui. SCRAP-TB signifie « Programme d'évaluation des risques et de planification communautaire contre la tuberculose ». Le programme a démarré en Colombie-Britannique. Il s'agissait d'engager la communauté et de former des champions de la lutte contre la tuberculose au sein des communautés des premières nations afin de soutenir l'exécution du programme de contrôle de la tuberculose.

Un autre aspect important du programme était qu'il ne constituait pas un gabarit qu'il fallait suivre à la lettre. C'était plutôt une façon de dire que tout le monde n'a pas les mêmes besoins. Nous avons parlé de ce problème tout l'avant-midi en utilisant des mots comme « Autochtones » comme s'il s'agissait d'un groupe homogène, alors que ce n'est pas le cas. Même chez les premières nations, on sait que certaines sont à des étapes différentes, avec des joueurs différents, des personnes différentes, des cultures différentes. Nous devons le reconnaître. Nous élaborons ce type de programmes afin d'avoir des personnes dans la communauté qui prennent conscience de la tuberculose et qui s'impliquent dans le processus en faisant de la sensibilisation, en apportant des améliorations, ou en participant à quelques-uns des programmes de traitement sous observation directe contre la tuberculose.

• (1050)

Mme Cathy McLeod: Pourriez-vous me parler de la manière dont le gouvernement fédéral a interagi avec le gouvernement provincial et les communautés autochtones? Comment tout ce monde travaille-t-il ensemble?

Mme Brian Graham: Le fédéral a fourni une partie du financement du programme, mais d'autres organismes ont également participé à l'élaboration de l'idée. Je crois qu'on en a fait l'essai chez six ou sept premières nations en Colombie-Britannique et en Alberta, ainsi que chez une première nation en Saskatchewan.

En ce qui concerne la participation directe, ce n'est pas parce que quelqu'un l'a imposée. L'effort est plutôt venu de la communauté et il a pris de l'ampleur grâce à ce type de financement. Je crois qu'on évalue actuellement le programme pour examiner les possibilités d'expansion.

Mme Cathy McLeod: Nous avons entendu des commentaires concernant les services de santé et nous avons entendu que la communauté médicale ne pouvait se départir de ses responsabilités en raison de certains déterminants sociaux. En reconnaissant dans ces commentaires qu'il y a un besoin de viser une plus grande équité, et que pour y arriver, il faudra du temps, si nous avons un excellent système sans barrières du côté des champs de compétence, des traitements appropriés pourraient-ils réduire drastiquement le nombre de cas? Je reconnais que nous devons rendre le système beaucoup plus équitable, mais je parle strictement en termes de services médicaux.

Dr Earl Hershfield: Pam sera d'accord avec ce que je vais dire. En théorie, oui. Le traitement est connu. On peut guérir la tuberculose. Si on ne tient pas compte des autres facteurs, le taux de guérison est de 98 p. 100 chez ceux qui prennent leurs médicaments. Si on traite des personnes qui étaient porteuses ou qui ont eu une réaction positive à la tuberculine et qu'elles prennent leurs médicaments, elles ne contracteront pas la tuberculose plus tard. La réponse est donc oui, en théorie. Le problème est sur le plan de l'administration et de la mise sur pied sur le terrain.

Dre Pamela Orr: Oui. Au risque de me répéter, de 1960 à 1980, le célèbre médecin Stefan Grzybowski a supervisé un programme médical très vigoureux de traitement contre la tuberculose dans des circonstances sociales très difficiles sur le territoire actuel du Nunavut — les conditions de logement et d'alimentation étaient bien pires que ce qu'on connaît aujourd'hui — et il a réussi à obtenir la plus remarquable diminution de l'incidence de la tuberculose au monde. Oui, on peut le faire. Bien entendu, le fait de travailler sur les déterminants sociaux est une question de justice et de crédibilité avec les Autochtones. On n'obtiendra pas de collaboration sur le terrain si on ne s'occupe pas de l'autre élément. C'est ce qu'il faut faire, mais l'intervention médicale fonctionne.

Mme Janet Hatcher Roberts: Comme tout le monde l'a dit, rien n'est plus désarmant que la vérité. Si on avait un bulletin sur lequel on chiffrait des indicateurs, beaucoup d'autres choses en découleraient parce que les gens devraient rendre des comptes sur tout. Pourquoi ne sommes-nous pas rendus là? Que se passe-t-il?

Il existe des mécanismes entre le fédéral, les provinces et les territoires, ainsi qu'entre les ministères fédéraux et provinciaux, qui permettent une vraie approche en matière de santé publique pour lutter contre la tuberculose dans un programme vertical, qui tient également compte des autres déterminants sociaux. Le bulletin et la prise de décisions sur les indicateurs centraux pourraient fonctionner parce que nous l'avons fait à l'échelle fédérale pour d'autres domaines. Nous pouvons le faire pour celui-ci et l'approche interministérielle permet à cet élément horizontal de jouer son rôle.

• (1055)

Mme Cathy McLeod: Je ne sais pas si quelqu'un peut répondre à ma question, mais existe-t-il des statistiques sur l'incidence de la tuberculose dans les réserves et hors réserve?

Dr Earl Hershfield: Le Manitoba tient de telles statistiques. Je croyais les avoir apportées, mais on dirait bien que non.

Dre Pamela Orr: Le gouvernement fédéral publie des statistiques sur le Web. Je les aies dans ma valise. On fait des distinctions entre les Autochtones, les non Autochtones, les Inuits, les premières nations et les Métis. De nombreuses provinces ne font pas de distinction entre les personnes qui vivent dans les réserves ou hors réserve. Ça fait partie de ce qu'on pourrait appeler la culture du secret, parce qu'on s'inquiète pour la confidentialité. Néanmoins, on peut publier de l'information tout en préservant la confidentialité du patient et de la communauté.

Dr Earl Hershfield: Le gouvernement fédéral produit des statistiques où on distingue les Indiens inscrits ou non inscrits, les Métis et les Inuits. Ce sont les seules distinctions. Pour les provinces, les Autochtones hors réserve se trouvent dans le total provincial plutôt que dans celui des Autochtones, à moins qu'ils n'aient deux adresses, ce qui est le cas pour beaucoup. On doit ensuite choisir quelle adresse utiliser pour eux.

La présidente: Merci, docteur Hershfield.

Nous n'avons plus que quelques minutes mais il nous reste quelque chose à régler. Le comité a adopté une motion dans laquelle on parle de la présentation d'un rapport à la Chambre des communes. Nous devons en discuter, mais tout d'abord, je voudrais remercier les témoins pour leur présence aujourd'hui.

Vous n'aurez plus à témoigner aujourd'hui. Vous pouvez partir quand vous voulez.

L'hon. Carolyn Bennett: J'invoque le Règlement, madame la présidente.

Comme nous allons présenter un rapport à la Chambre, relativement aux témoignages d'aujourd'hui, si quelqu'un désire que des recommandations particulières figurent au rapport...

En raison des problèmes liés aux champs de compétence fédéraux-provinciaux, et puisque, comme l'a souligné le Dr Hershfield, il arrive souvent que nous ne disposions même pas de données nationales, il est très important que nous soyons exacts. Pour ce faire, madame la présidente, je me demandais si vous pouviez envisager le fait que nous risquons d'avoir besoin d'une expertise, même à l'étape de l'ébauche du rapport pour avoir l'heure juste. Dans certaines situations, nous avons pu faire circuler une ébauche avant de soumettre le document pour nous assurer que les experts étaient à l'aise avec ce qui s'y trouvait. C'est notre seule occasion. Nous ne pourrions pas retourner en arrière et essayer certaines idées...

La présidente: Nous pouvons demander qu'on nous envoie les recommandations. En règle générale, nous ne demandons pas au

public d'écrire nos rapports à notre place — c'est le travail du comité — mais je suggère très fortement que vous présentiez toutes vos recommandations ainsi que tout ce que vous aimeriez voir dans ce rapport. Ce serait acceptable.

Allez-y, madame Wasylycia-Leis.

L'hon. Carolyn Bennett: Madame la présidente, en ce qui concerne le rapport du comité sur les handicaps...

La présidente: La parole est à Mme Wasylycia-Leis. C'est à elle que je me suis adressée en premier.

Allez-y, madame Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je suggère que nous demandions à nos analystes de préparer une ébauche du rapport le plus rapidement possible — en une semaine, s'il le faut. On pourrait alléger le contexte pour nous concentrer sur les recommandations.

Il me semble que quatre ou cinq points ont déjà été soulevés. On nous demande de ne pas tarder à mettre en oeuvre cette initiative fédérale, que ce soit fait immédiatement plutôt qu'en octobre. On recommande également l'élaboration de normes nationales comprenant des processus de reddition des comptes et d'évaluation, la vérification des livres par la vérificatrice générale, la tenue d'une rencontre fédérale-provinciale-territoriale à ce sujet, sans tarder, ainsi que l'élaboration d'une stratégie d'urgence afin d'envoyer immédiatement des équipes aux points chauds. Ainsi, ils pourront évaluer la situation et nous pourrions commencer à régler le problème.

La présidente: Notre temps est écoulé. Pourrais-je vous demander d'inclure toutes vos suggestions et de les envoyer aux analystes? Nous aurons du temps pour y jeter un coup d'oeil et évaluer combien de temps nous aurons besoin lors de la prochaine séance.

Mesdames et messieurs les témoins, pouvez-vous nous faire part de vos recommandations? Les suggestions de tous ceux qui gravitent autour de ce comité sont également les bienvenues.

Je vous remercie. Vous pouvez y aller.

• (1100)

L'hon. Carolyn Bennett: Non, j'invoquais le Règlement relativement à la séance de jeudi. J'ai expliqué à la greffière que je voulais demander une mise à jour concernant les réponses aux invitations pour la séance de jeudi.

Une voix: Oui, c'est une bonne question.

La présidente: Oh, oui, bien entendu. Nous avons des réponses.

La greffière du comité (Mme Christine Holke David): En ce qui a trait à la séance de jeudi sur l'Initiative canadienne de vaccins contre le VIH, j'ai reçu une réponse du Dr Butler-Jones et du Dr Plummer, qui seront présents. J'ai également reçu des réponses des cabinets des ministres Toews, Aglukkaq et Clement, qui ont décliné l'invitation. Je n'ai pas eu de nouvelles de la Dre Jo Kennelly.

L'hon. Carolyn Bennett: Madame la présidente, je crois que nous devrions avertir les ministres que s'ils ne se présentent pas jeudi et qu'ils ne se conforment pas à la motion du comité, nous devrions aviser la Chambre des communes qu'ils ont refusé de comparaître devant un comité du Parlement. J'aimerais obtenir le consentement du comité pour que Jo Kennelly soit citée à comparaître.

La présidente: C'est entendu. Je dois lever la séance. Nous n'avons plus de temps et d'autres personnes entrent dans la salle.

La séance est levée.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les
Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

Additional copies may be obtained from: Publishing and
Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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