



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 081



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 18 avril 2013



Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le jeudi 18 avril 2013

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):
Je déclare la séance ouverte.

Je vous souhaite tous la bienvenue. Nous avons une séance très spéciale aujourd'hui, car nous accueillons l'honorable Leona Aglukkaq, ministre de la Santé.

Je vous souhaite la bienvenue, madame la ministre. Nous sommes le meilleur comité sur la Colline, mais vous le savez bien entendu. Nous vous souhaitons la bienvenue parmi nous aujourd'hui.

Conformément au paragraphe 81(4) du Règlement, nous examinons le Budget principal des dépenses 2013-2014. Nous allons étudier précisément certains crédits, qui ont été renvoyés au Comité de la santé le 25 février dernier.

Nous allons commencer par l'allocution de la ministre. Je suis certaine que vous voulez présenter, madame la ministre, les personnes qui vous accompagnent.

L'hon. Leona Aglukkaq (ministre de la Santé): Merci.

Bonjour à tous.

Madame la présidente, membres du comité, c'est un plaisir d'être ici afin de discuter du Budget principal des dépenses du portefeuille de la santé. Les collègues qui m'accompagnent aujourd'hui sont Glenda, Krista, Greg et James. Je crois que ce sera la dernière comparution de James devant le comité, car il prend sa retraite vendredi.

Des voix: Bravo!

L'hon. Leona Aglukkaq: Je suis certaine qu'il en est très heureux, alors soyons gentils avec lui aujourd'hui.

Au cours de la dernière année, le comité s'est penché sur les plus importantes questions de santé de notre pays. Lors de ma dernière comparution devant le comité, en novembre, j'ai souligné les efforts de notre gouvernement pour réduire le déficit, et notre volonté de protéger les services de première ligne au sein du portefeuille de la santé. Je suis ravie de déclarer que nous avons honoré ces engagements et que nous continuons à leur donner suite.

Madame la présidente, nous maintenons notre engagement à l'égard d'une saine gestion financière. En nous appuyant sur les engagements du budget de 2012, nous haussons l'efficacité et l'efficacité à l'échelle du portefeuille. Nous réduisons les redondances et harmonisons les efforts s'il y a lieu. En outre, nous nous concentrons sur nos principaux mandats pour nous aider à répondre aux demandes émergentes et à nous adapter aux nouvelles réalités.

Le Budget principal des dépenses du portefeuille de la santé enregistre une diminution nette de 104,9 millions de dollars par rapport à l'an dernier. Cette diminution est principalement attribuable à des économies réalisées dans le cadre du Plan d'action économique de 2012, et aux programmes arrivés à échéance. Cependant, pour un

tableau plus complet de l'orientation future du portefeuille de la santé, nous devons aussi considérer les investissements en santé du gouvernement, tel qu'indiqué dans le Plan d'action économique de 2013.

Tel que souligné dans le Plan d'action économique de 2013, notre gouvernement consacre plus de 2,4 milliards de dollars chaque année à la santé des Premières Nations et des Inuits, notamment aux soins de santé primaires dans les réserves et aux services de santé non assurés. En plus de cet investissement, le Plan d'action économique de 2013 consacrera 52 millions de dollars au cours des deux prochaines années à l'amélioration de l'accès des Premières Nations et des Inuits à des services de santé de qualité. Ce financement aidera à étendre les services de santé électroniques, y compris télésanté, dans les communautés des Premières Nations éloignées et isolées, et il permettra d'augmenter le nombre d'installations de santé agréées dans les réserves, de même que le nombre d'équipes de mieux-être mental.

Ce financement s'ajoute au montant de 90 millions de dollars issu du Budget principal des dépenses qui sera aussi consacré à la mise en oeuvre continue de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens et au Plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées des Premières Nations. Une fois que ces fonds seront ajoutés au futur budget supplémentaire des dépenses, les dépenses prévues du portefeuille de la santé pour 2013-2014 dépasseront les niveaux du Budget principal des dépenses de 2013.

Notre gouvernement a une fois encore confirmé que la santé demeure au coeur des priorités du gouvernement fédéral. Comme le confirme le Plan d'action économique de 2013, le gouvernement n'équilibrera pas le budget aux dépens des provinces et des territoires. Nous procédons aux transferts en santé à long terme aux provinces et aux territoires, ce qui fera en sorte que le financement atteindra un sommet record de 30,3 milliards de dollars cette année et encore plus par la suite, afin d'assurer aux familles canadiennes un accès aux soins de santé dont elles ont besoin.

Les mesures fédérales en matière de santé ne s'arrêtent pas aux transferts annuels. Le gouvernement fédéral demeure le principal investisseur dans l'innovation en santé au Canada, principalement par l'entremise de subventions accordées par les Instituts de recherche en santé du Canada. Nous appuyons les innovations continues en santé issues de la recherche de pointe, grâce à un investissement supplémentaire de 15 millions de dollars par année dans la stratégie de recherche axée sur les patients. Les patients seront ainsi assurés d'être au coeur des soins de santé.

Le rôle fédéral en santé dépasse largement les soins de santé. Cette semaine, j'ai prononcé un discours sur le soutien de notre gouvernement aux familles canadiennes. J'ai annoncé plusieurs nouvelles initiatives qui prouvent que nous renforçons la sécurité des produits de consommation, des aliments et des médicaments.

Aujourd'hui, j'aimerais rappeler ces remarques dans le contexte du budget des dépenses et de nos priorités pour l'avenir.

• (1535)

Santé Canada est toujours à l'affût des menaces émergentes pour la santé. Par exemple, il est clair que certains produits contenant de petits aimants puissants présentent un danger pour les enfants. Ces aimants se trouvent dans certains ensembles d'aimants de fantaisie et dans certains jouets pour enfants. Si un enfant avale plus d'un aimant pendant une courte période, les conséquences peuvent être très graves, voire mortelles. En vertu de la Loi canadienne sur la santé des produits de consommation, Santé Canada prend des mesures pour détecter ces produits dangereux et communiquer avec les entreprises pour qu'elles retirent ces produits du marché.

Notre gouvernement veut s'assurer que les parcs pour enfants demeurent sécuritaires. C'est pourquoi Santé Canada propose de renforcer la réglementation de ces produits, en imposant notamment de nouvelles exigences aux accessoires des parcs pour enfants. Cette initiative signifie que les processus de fabrication et les caractéristiques de sécurité devront être conformes à des normes encore plus élevées.

J'ai aussi souligné cette semaine que l'innocuité de nos médicaments est d'une importance vitale pour les Canadiens et leurs familles. C'est pourquoi nous améliorons les normes de sécurité. Nous nous assurons que les hôpitaux disposent de systèmes rigoureux de déclaration des effets indésirables. Nous collaborons avec l'industrie pour améliorer les pratiques d'attribution de noms afin de réduire le nombre de produits confondants parce que leur nom a une présentation ou une consonance semblable. Les Canadiens pourront ainsi mieux comprendre ce qu'ils ingèrent, et prévenir les mélanges dangereux de médicaments, surtout chez les personnes âgées.

En ce qui concerne les produits de santé naturels, nous avons écouté les commentaires de l'industrie et les consommateurs, et avons simplifié nos approches tout en plaçant la sécurité au coeur de nos priorités. Cela signifie que les Canadiens auront accès à plus de 60 000 produits autorisés.

Les Canadiens ont besoin de savoir que les produits qu'ils achètent, utilisent et mangent sont assujettis à des normes de sécurité strictes. Ils doivent savoir que leur gouvernement peut détecter et corriger les problèmes rapidement. Ils doivent aussi savoir que l'information et l'étiquetage qu'ils voient sur les produits sont utiles et précis. Cela est particulièrement vrai pour la salubrité des aliments. Pour les personnes qui ont des allergies alimentaires, par exemple, un étiquetage approprié est essentiel. Maintenant, lorsque les gens se rendront à l'épicerie, ils verront que les étiquettes des ingrédients sont plus détaillées. Ces étiquettes déclarent des allergènes et des sources de gluten qui n'auraient peut-être pas été affichés dans le passé. Nous voulons aider les familles canadiennes à obtenir l'information dont elles ont besoin pour faire des choix sains et sûrs.

En ce qui concerne les préparatifs d'urgence, nous continuons à être prêts à répondre à diverses urgences en santé publique. Récemment, nous avons surveillé la situation relative au virus H7N9 en Chine. Bien que les risques pour les Canadiens demeurent faibles en ce moment, nous continuons de partager de l'information avec le public, de communiquer avec notre expert en santé publique de la Chine et de travailler de près avec nos nombreux partenaires.

Je suis aussi fière de signaler que nous élargissons notre programme de surveillance des maladies d'origine alimentaire, appelées C-EnterNet, en y ajoutant un troisième centre de

surveillance. Nous serons plus en mesure de détecter les maladies d'origine alimentaire et leurs sources, et de prévenir l'écllosion de maladies. Grâce à une collaboration étroite entre l'agence de la Santé publique du Canada, Santé Canada et tous nos partenaires de surveillance de la salubrité des aliments, nous nous engageons à fournir aux Canadiens la meilleure protection possible en matière de salubrité des aliments.

Nous avons aussi démontré notre engagement à protéger les familles quand et lorsqu'elles en ont besoin. En collaboration avec la Fondation des maladies du coeur, nous allons à la rencontre des Canadiens pour leur offrir des environnements actifs sûrs et sains. Par exemple, plus tôt cette année, le premier ministre Harper a annoncé une initiative quadriennale pour appuyer l'installation de défibrillateurs externes automatisés dans les arénas du Canada. Cette initiative permet de joindre les Canadiens dans leurs communautés. Nous savons que cette technologie fonctionne, qu'elle est facile à utiliser et qu'elle peut sauver des vies.

Nous devons être là pour les Canadiens lorsqu'ils veulent de l'aide et des conseils. C'est pourquoi notre gouvernement profite aussi du pouvoir et de la portée des médias sociaux. Canadiensensanté.gc.ca permet même aux parents les plus occupés de rester informés. Les dernières alertes sur les produits dangereux, de l'information sur les aliments, des conseils sur la nutrition ou sur l'abandon du tabagisme, tout ça se trouve sur le site des Canadiensensanté, sous forme de guichet unique.

• (1540)

Madame la présidente, les familles et tous les Canadiens veulent ce genre de partenaire dans la gestion de leur santé. Ils ne veulent pas que le gouvernement leur fasse la morale ou qu'il intervienne dans leur vie quotidienne. Cependant, ils veulent qu'il intervienne lorsqu'ils en ont besoin, qu'il prenne les décisions stratégiques judicieuses axées sur des recherches solides, qu'il fournisse des conseils pratiques et clairs alors que le monde change autour de nous.

Aujourd'hui, j'ai décrit certains de nos partenariats avec les familles à l'échelle du pays. Alors que nous nous tournons vers la prochaine année, je tiens à remercier tous les membres pour leur excellent travail et leur engagement commun à l'égard des Canadiens.

Si vous avez des questions, je serai ravie d'y répondre.

Merci, madame la présidente.

La présidente: Je vous remercie beaucoup, madame la ministre, pour vos commentaires très utiles. Nous sommes ravis de vous avoir avec nous aujourd'hui.

Nous allons commencer notre premier tour de sept minutes. La parole est d'abord à Mme Sellah.

[Français]

Mme Djaouida Sellah (Saint-Bruno—Saint-Hubert, NPD): Merci, madame la présidente.

Tout d'abord, j'aimerais remercier la ministre et ses collègues de comparaître devant nous aujourd'hui.

J'aimerais préciser une chose à l'intention de la ministre, à savoir que mes questions vont être courtes et claires et j'apprécierais que ses réponses le soient également.

D'abord, madame la ministre, croyez-vous aux principes de la Loi canadienne sur la santé?

[Traduction]

L'hon. Leona Aglukkaq: Le Conseil canadien de la santé a été créé en vertu de l'accord. Son mandat de 10 ans prendra fin l'année prochaine, et il sera aboli à ce moment-là.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Donc, y croyez-vous, oui ou non?

[Traduction]

L'hon. Leona Aglukkaq: Ah, l'interprète a fait...

La Loi canadienne sur la santé? Tout à fait.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: D'accord.

Croyez-vous que le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires doivent rendre des comptes à leurs citoyens à propos de leurs dépenses en matière de santé?

[Traduction]

L'hon. Leona Aglukkaq: Ce sont les provinces et les territoires qui assurent les soins de santé. En vertu de la Loi canadienne sur la santé, le gouvernement fédéral effectue des transferts aux provinces et aux territoires pour les soins de santé. Chaque gouvernement provincial ou territorial établit ses propres priorités pour les dépenses en santé, en fonction de ses propres besoins.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Par contre, vous croyez qu'ils doivent rendre des comptes à leurs citoyens?

[Traduction]

L'hon. Leona Aglukkaq: Madame la présidente, c'est une question qui s'adresse aux ministres de la Santé provinciaux et territoriaux, ce sont eux qui déterminent comment fournir les soins de santé.

Notre obligation en vertu de la Loi canadienne sur la santé consiste à transférer des fonds aux provinces et aux territoires. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont élus par la population et ce sont eux qui déterminent comment ils vont dépenser les fonds affectés à la santé, en fonction de leurs propres besoins.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Pourquoi alors, madame la ministre, abolissez-vous le Conseil canadien de la santé, un organisme qui permet aux Canadiens de suivre les résultats, ou plutôt le manque de résultats, de votre gouvernement concernant les accords sur la santé?

[Traduction]

L'hon. Leona Aglukkaq: Le Conseil canadien de la santé a pour mandat de surveiller le renouvellement des engagements en matière de soins de santé en vertu de l'accord et de faire rapport à ce sujet. L'accord de 2004 prend fin en 2014. Il s'agissait d'un accord d'une durée de 10 ans.

Il est logique que le gouvernement diminue le financement du conseil au cours des deux prochaines années. Le gouvernement lui fournira suffisamment de fonds pour qu'il puisse terminer son mandat, y compris pour produire son rapport final sur les progrès.

Merci, madame la présidente.

• (1545)

La présidente: Madame Sellah.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Combien de temps me reste-t-il, madame la présidente?

[Traduction]

La présidente: Il vous reste environ trois minutes.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: D'accord.

Madame la ministre, pouvez-vous nous expliquer comment vous comptez remplir votre mandat si, entre 2011 et 2016, votre ministère perdra 20 % de son financement et 10 % de sa main-d'oeuvre? Des domaines aussi importants que la salubrité des aliments et la nutrition seront réduits de 20 %. Dans le cas de l'abus de substances, la diminution sera de l'ordre de 35 % alors que vous venez de participer au lancement d'une stratégie pancanadienne sur l'abus des médicaments. Comment pourrez-vous y arriver?

Pouvez-vous également dire au comité si, oui ou non, vous allez continuer à financer Inforoute Santé?

[Traduction]

La présidente: Madame Yeates, voulez-vous...?

L'hon. Leona Aglukkaq: Je vais répondre à la question au sujet d'Inforoute Santé, madame la présidente. Oui, nous allons continuer de financer Inforoute Santé.

Je vais demander à la sous-ministre de répondre à la question concernant le financement du ministère.

Mme Glenda Yeates (sous-ministre, ministère de la Santé): Cette année, les chiffres dans le budget sont présentés un peu différemment. On voit les dépenses réelles et le Budget principal des dépenses. Dans certains cas, on peut voir qu'il y a des réductions importantes, comme l'a souligné la députée. En fait, les dépenses pour 2011-2012 incluent les dépenses supplémentaires, c'est-à-dire les Budgets supplémentaires des dépenses (A), (B) et (C), qui sont souvent étudiés par le comité.

Les réductions qu'on observe entre l'année dernière et l'année qui vient tiennent au fait qu'on a utilisé une base différente pour les calculs. Je tiens à assurer les membres du comité que le ministère, en ce qui concerne la salubrité des aliments, continue de mettre l'accent sur son mandat à cet égard. On constate certains petits changements au fil du temps, mais dans les domaines mentionnés, je pense qu'ils s'expliquent dans certains cas par les bases différentes utilisées pour les calculs.

La présidente: Il vous reste 45 secondes.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Votre ministère a vraiment mal géré la question du rappel de l'Alysena 28 en indiquant un rappel volontaire avant de faire un rappel obligatoire après qu'il y ait eu des pressions de la part des professionnels de la santé.

Pouvez-vous nous expliquer ce qui s'est passé et qu'allez-vous faire pour vous assurer que la situation ne se reproduit plus? Nous savons que des femmes auraient pu se retrouver enceinte sans l'avoir vraiment désiré.

[Traduction]

La présidente: Madame la ministre?

L'hon. Leona Aglukkaq: Je ne sais pas vraiment de quel rappel volontaire il s'agit. Pouvez-vous donner plus de précisions? Peut-être que l'interprète n'a pas bien saisi.

La présidente: Je vais vous laisser une autre minute pour expliquer votre question, madame.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Madame la ministre, je parle du rappel de l'Alysen 28, qui est une pilule contraceptive.

[Traduction]

L'hon. Leona Aglukkaq: Je vous remercie pour cette question.

Notre gouvernement s'est engagé à protéger la santé des Canadiens et à assurer leur sécurité. J'ai demandé à des fonctionnaires de Santé Canada de se pencher sur ce dossier et de déterminer si les processus ont été suivis et si ce qui a été fait était suffisant, conformément aux règles en vigueur.

Dans ce cas-là, la société Apotex a procédé à un rappel, avant d'aviser Santé Canada, qui était fondé sur sa propre évaluation des risques pour la santé. C'est ce que nous encourageons l'industrie à faire, c'est-à-dire procéder à des rappels en s'appuyant sur ses propres évaluations. Une fois que Santé Canada eut procédé à une évaluation des risques, le ministère a immédiatement publié l'information sur le site Web Canadiens en santé.

Merci, madame la présidente.

• (1550)

La présidente: Merci, madame la ministre.

La parole est maintenant à M. Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Je vous remercie beaucoup, madame la présidente.

Je tiens à vous remercier, madame la ministre, d'être ici avec des fonctionnaires. C'est toujours un plaisir de vous recevoir au Comité de la santé, et nous vous sommes reconnaissants de répondre franchement à nos questions.

Vous connaissez très bien le sujet qui m'intéresse au plus haut point. Avant d'entrer en politique, j'étais chiropraticien à Oshawa. Je recevais dans ma clinique des gens qui se préoccupaient beaucoup de leur bien-être, misaient sur la prévention et prenaient leur santé en main. Je traitais mes patients avec des vitamines, des minéraux, des herbes et d'autres produits de la sorte.

En 2004, le gouvernement libéral précédent a mis en place un nouveau règlement. Au cours des dernières années, j'ai entendu beaucoup d'entreprises et de consommateurs canadiens exprimer leur mécontentement à l'égard de l'arriéré bureaucratique qui s'est créé lorsque ce règlement est entré en vigueur.

Pourriez-vous dire au comité si des progrès ont été réalisés, car je crois qu'à un moment donné, il y avait un arriéré de plus de 10 000 produits. Pourriez-vous nous dire ce qui se passe à ce sujet?

L'hon. Leona Aglukkaq: Nous parlons des produits de santé naturels?

M. Colin Carrie: Oui, les produits de santé naturels.

L'hon. Leona Aglukkaq: Très bien.

Notre gouvernement sait que les Canadiens veulent qu'on leur offre une vaste gamme de produits de santé naturels sûrs et efficaces, alors il a adopté une nouvelle approche en ce qui concerne les produits de santé naturels, qui permet un traitement plus efficace des demandes, en vue d'accroître l'accès des consommateurs à des produits sûrs et efficaces.

Le temps nécessaire pour étudier une demande dépend maintenant de ce que nous savons à propos du produit. Nous consultons une banque d'informations sur plus de 60 000 produits de santé naturels

qui ont été homologués. Les demandes concernant les produits de santé naturels que nous connaissons le mieux sont examinées plus rapidement que les demandes portant sur des produits que nous connaissons peu ou qui sont plus complexes. Le fardeau administratif rattaché aux demandes liées à des produits à faible risque est moins important. Notre objectif est d'examiner les demandes dans un délai de 30 jours ou moins, la plupart étant étudiées dans un délai de 10 jours.

Cela signifie que nous pouvons concentrer nos efforts sur les produits moins connus ou plus complexes. Pour ces produits, notre objectif est d'effectuer les examens dans un délai de 180 jours ou moins. Au bout du compte, ces améliorations offrent à l'industrie une approche stable et prévisible et elles ont des répercussions très positives. La nouvelle approche a contribué à éliminer l'arriéré de plus de 10 000 produits de santé naturels. Nous avons donc réalisé d'importants progrès en ce qui a trait au traitement des demandes concernant les produits de santé naturels.

Merci.

M. Colin Carrie: Excellent.

J'aimerais poursuivre avec une autre question. En ce moment, comme vous le savez, le Comité de la santé est en train de mener une étude sur l'innovation technologique. Nous avons entendu des témoignages très intéressants, et nous avons constaté que le potentiel est énorme.

Pourriez-vous nous expliquer comment les dossiers de santé électroniques auront une incidence positive sur la santé? Je sais que vous vous intéressez vivement à l'Inforoute Santé et à ce genre de chose, mais pouvez-vous nous dire précisément comment les dossiers de santé électroniques entraîneront des changements dans les services de soins de santé, particulièrement dans les collectivités rurales?

L'hon. Leona Aglukkaq: L'Inforoute Santé et les dossiers de santé électroniques ont une incidence positive dans de nombreuses collectivités éloignées et isolées du Canada. Je crois fermement que nous devons commencer à avoir recours à la technologie, aux services de santé en ligne et à l'Inforoute pour améliorer les services dispensés dans les communautés éloignées et isolées.

Comment pouvons-nous utiliser les services de télésanté, par exemple, pour offrir des services de santé mentale aux personnes qui ont besoin d'une aide qu'elles ne peuvent pas obtenir là où elles habitent? Il existe des projets pilotes dans le cadre desquels des psychiatres offrent des services à des jeunes qui ont besoin de soutien. Dans les collectivités isolées et éloignées, on est en mesure de faire analyser des radiographies de personnes qui habitent dans l'Extrême Arctique en les envoyant à des hôpitaux.

Dans l'avenir, je crois que cette technologie doit faire partie de notre discussion sur les façons d'améliorer les soins de santé primaires, surtout dans les communautés les plus isolées du Canada.

C'était une excellente question. Je vous remercie.

• (1555)

M. Colin Carrie: Combien de temps me reste-t-il?

La présidente: Il vous reste encore environ deux minutes et demie.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup.

Nous avons eu notre dernier budget, le budget 2013, et je sais qu'il comportait des choses très intéressantes pour le milieu des soins de santé. Je me demande si vous pourriez nous parler de certaines des excellentes choses qui se trouvent dans le budget 2013 concernant la santé.

L'hon. Leona Aglukkaq: Pour nous, à la Santé, la première bonne chose, c'est qu'il y a du financement stable de longue durée pour les transferts aux provinces et aux territoires. La deuxième bonne chose réside dans notre responsabilité primaire, qui est la santé de la nation. Nous avons le budget nécessaire pour un financement prévisible à long terme dans ce domaine. Nous avons les ressources qu'il faut pour offrir des services plus novateurs aux Premières Nations — l'agrément en est un exemple. Il s'agit là, je pense, des aspects importants pour nous — la stabilité à long terme.

Il y a également l'intégration accrue de nos propres services au sein de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada, ainsi que la façon dont nous arrivons à mieux collaborer et à mieux travailler avec des ressources semblables à l'interne, ce qui nous permet de réduire les tracasseries administratives et, ainsi, d'offrir de meilleurs services. Nous avons pu apporter ce genre d'améliorations: réduire la paperasse nécessaire au traitement des demandes, par exemple.

Il y a donc un certain nombre d'investissements intéressants dans les soins de santé.

Je pense également que les provinces et territoires voient d'un bon oeil ce financement à long terme, stable et prévisible, lequel leur permet d'investir en fonction de leurs priorités.

L'autre aspect est celui de la recherche. Nous avons du financement pour la recherche. Les IRSC versent des fonds pour plus de 10 000 projets de recherche dans nos communautés. Cela aidera aussi beaucoup à résoudre certains des problèmes que nous connaissons concernant les soins de santé, notamment, pour la tuberculose. Par exemple, pour arriver à l'équité en santé, le programme cherche à combler le fossé qui sépare les peuples autochtones des autres Canadiens. Ce programme se concentre sur des aspects comme l'obésité, le diabète, la santé bucco-dentaire, le suicide et la santé mentale, ainsi que sur la tuberculose.

C'est la première fois qu'on investit en recherche de concert avec les peuples autochtones. L'un des principaux aspects à avoir changé, c'est que nous n'approuvons pas des projets de recherche qui étudient les peuples autochtones de loin. Il faut un partenariat entre les chercheurs en soins de santé et les peuples autochtones sur place, de sorte que nous puissions établir un lien entre les connaissances traditionnelles et la médecine moderne pour résoudre certaines des difficultés.

C'est un aspect très excitant et nouveau. Je suis impatiente de faire des annonces au sujet de certaines des propositions que nous recevons.

Merci.

La présidente: Merci, madame la ministre.

Nous passons maintenant à madame Fry.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je vais poser mes questions, mais puisque je n'ai que sept minutes, j'espère obtenir des réponses très concises, si c'est possible, je vous en prie.

Je vais commencer par vous interroger sur certaines des réductions budgétaires, sur leur justification et sur la façon dont le ministère de

la Santé va réussir à s'adapter, compte tenu de certaines des réductions. Par exemple, nous constatons que l'ensemble du portefeuille de la santé a subi, depuis 2012, des réductions de 200,6 millions de dollars, ce qui compromet beaucoup sa capacité de faire son travail. Ma question ne porte pas que sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, par exemple.

La stratégie relative au tabac a été éliminée, et le financement relatif à la toxicomanie et à l'abus d'alcool et d'autres drogues a été réduit — les réductions sont de 35 p. 100 pour le tabac seulement. Étant donné que 6 millions de Canadiens fument toujours, comment cela va-t-il alléger le fardeau que représentent, pour le système des soins de santé, la maladie cardiovasculaire et de la maladie pulmonaire, entre autres, ce qui va manifestement grever le système à l'autre extrémité?

L'hon. Leona Aglukkaq: En ce qui concerne le tabac, le Canada est un chef de file pour l'effet produit par les mesures de la lutte contre le tabagisme. Selon des rapports récents de la Société canadienne du cancer, le Canada s'est hissé au quatrième rang en 2012, pour ce qui est des avertissements sur les paquets de cigarettes.

Quand les cigarillos aromatisés ont gagné en popularité, nous avons immédiatement pris des mesures sévères, à la Chambre des communes, pour interdire la publicité s'adressant aux enfants. Nous allons continuer de le faire...

L'hon. Hedy Fry: Madame la ministre, excusez-moi. Je vous ai posé une question précise. Pourriez-vous y répondre?

La présidente: Silence, s'il vous plaît.

Docteur Fry, je n'accepte pas les interruptions. Laissez la ministre finir. Vous pourrez ensuite poser vos questions.

L'hon. Hedy Fry: J'aimerais obtenir une réponse à ma question, madame la présidente. Je n'ai que sept minutes.

La présidente: Non. Je vais arrêter maintenant si vous n'écoutez pas.

L'hon. Hedy Fry: Oui, bien sûr.

Merci.

La présidente: Madame la ministre, pourriez-vous continuer? La Dre Fry pourra ensuite poursuivre.

L'hon. Leona Aglukkaq: Le nouveau règlement sur le tabac exige maintenant des mises en garde nouvelles qui couvrent 75 p. 100 de la surface du paquet. Cette année, il y a aussi un numéro de téléphone pancanadien sans frais d'aide au renoncement du tabac que nous avons instauré de concert avec les provinces et territoires. C'est une autre mesure qui a été adoptée au cours de la dernière année.

Notre gouvernement est très fier de notre bilan en matière de consommation du tabac au Canada, laquelle est à son plus bas, à 17 p. 100. Seulement 8 p. 100 des Canadiens de 15 à 17 ans fument, et ce taux n'a jamais été aussi bas non plus. Ce sont des résultats importants qui découlent de nos investissements.

Merci.

●(1600)

L'hon. Hedy Fry: Madame la ministre, j'aimerais que vous répondiez à ma question, non que vous nous donniez une idée de ce qui s'est fait dans le passé. Je parle de l'avenir et de la façon dont vous allez répondre aux besoins des Canadiens.

Par exemple, les fonds destinés à l'abus de drogue et de substances ont été réduits de près de 50 p. 100, et le financement communautaire destiné à cela est en baisse de 16 p. 100.

Étant donné que c'est un problème qui n'a jamais été aussi criant et qu'il représente un coût élevé pour le système de soins de santé, étant donné que cela entrave la capacité des êtres humains à mener une vie enrichissante, et étant donné que ce genre d'abus est très courant dans les communautés inuites et autochtones, comment la ministre va-t-elle répondre aux besoins de ces communautés? De toute évidence, une réduction de 50 p. 100, c'est énorme.

L'hon. Leona Aglukkaq: Merci.

Nous envisageons, entre autres, de nous concentrer sur l'abus des médicaments sur ordonnance. Ceux-ci représentent un problème sérieux et très complexe. Il y a en ce moment de la publicité qui porte sur le cheminement d'une seule pilule. C'est la raison pour laquelle nous avons offert des fonds et du soutien au Centre canadien de lutte contre les toxicomanies: pour qu'on y conçoive une stratégie nationale sur l'abus des médicaments sur ordonnance. Le rapport et les recommandations qui en découleront contribueront sans nul doute à faire progresser le travail dans ce domaine.

En tant que fournisseur de services aux Premières nations et aux Inuits, notre gouvernement a fait preuve de leadership en sévissant contre l'abus de médicaments sur ordonnance sur notre propre territoire. Ces mesures se sont traduites par une réduction de 50 p. 100 de la quantité d'oxycodone à action prolongée donnée dans le cadre du Programme des services de santé non assurés, sans recours important à d'autres solutions à long terme.

Les provinces, les territoires, les professionnels de la santé, les pharmaciens et les médecins ont aussi un rôle clé à jouer dans la lutte contre l'abus de médicaments sur ordonnance. Je me suis engagée à travailler avec tous les partenaires — le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, les provinces et les territoires — pour résoudre ce problème.

Merci.

L'hon. Hedy Fry: Madame la ministre, l'Agence canadienne de la santé publique a subi, depuis 2004, des réductions de l'ordre de 14 p. 100, et il est particulièrement déconcertant de constater la réduction de 26 p. 100 du volet de surveillance de l'agence.

La ministre nous a assuré que la santé et la sécurité des Canadiens seront prioritaires pour elle. Comment pouvez-vous veiller à la santé et à la sécurité des Canadiens, alors que vous serez incapable d'exercer une surveillance, que vous ne pourrez avoir à l'œil la santé de la population, à une époque où les pandémies sont possibles à tout moment?

Vous amenuisez votre capacité de réponse — en particulier sur le plan de la santé et de la sécurité des Canadiens.

J'aimerais une réponse à cela, je vous prie.

L'hon. Leona Aglukkaq: Je vais laisser Krista répondre, mais cela ne touche pas les mécanismes de surveillance que nous avons avec les agences de santé publique, par l'intermédiaire des laboratoires de microbiologie. En réalité, nous évaluons aussi la mise en oeuvre des plans en cas de pandémie, de sorte que nous puissions continuer à améliorer la réaction que les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral ont eue pendant la flambée épidémique de la grippe H1N1. Nous poursuivons cela.

J'ai aussi dit, dans mon exposé, que nous ouvrons un autre emplacement pour la détection de maladies d'origine alimentaire. En matière de surveillance, ces mécanismes demeurent.

Pour ce qui est des montants, je vais demander à Krista de préciser les budgets dans ce domaine.

Merci.

Mme Krista Outhwaite (sous-ministre déléguée, Agence de la santé publique du Canada): Merci, madame la ministre.

Je vous remercie de cette question.

L'agence veille avec grand soin à la protection de son mandat principal, que vous avez mentionné et qui vise la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours, le leadership concernant la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection de la santé, la capacité relative à la santé publique et le leadership concernant la science. Cela englobe des aspects comme la surveillance.

Au moment de nous pencher sur les économies possibles, nous avons veillé à protéger notre capacité de surveillance. Nous nous sommes assurés de protéger notre capacité scientifique, grâce aux trois laboratoires que nous avons au Canada, de sorte que nous soyons prêts. Nous serons effectivement prêts pour la prochaine pandémie ou pour le prochain événement important touchant la santé publique.

Cette année, l'agence subit une réduction de 35,7 à 36 millions de dollars, et 80 p. 100 des économies proviennent du côté administratif, des services de soutien. Donc, quand nous parlons de surveillance, nous ne parlons pas des données que nous recueillons ou de ce que nous faisons dans le cadre de nos 55 programmes de surveillance, mais nous parlons plutôt de la façon dont nous y arrivons en fin de compte.

Merci.

●(1605)

La présidente: Merci infiniment, docteur Fry.

C'est maintenant le tour de M. Wilks.

M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC): Merci, madame la présidente.

Merci de votre présence, madame la ministre.

Les problèmes des Autochtones sont uniques et multiples, sur le plan des soins de santé. Le budget de 2013 proposait des investissements répondant à ces problèmes. Pouvez-vous nous dire de quelle façon ces investissements vont contribuer à améliorer les services de soins de santé et les résultats chez les Premières Nations et les Inuits du Canada?

L'hon. Leona Aglukkaq: Merci de cette question.

Comme vous le savez, tous les ordres de gouvernement et les partenaires autochtones conjuguent leurs efforts pour améliorer la santé des Autochtones. Le gouvernement fédéral travaille avec ses partenaires à offrir des programmes et services de soins de santé efficaces, durables et adaptés à la culture.

Comme le budget de 2013 l'indique, nous consacrons plus de 2,4 milliards de dollars par année à la santé des membres des Premières Nations et des Inuits, ce qui comprend les soins primaires dans les réserves et le Programme des services de santé non assurés. Nous proposons aussi un investissement de 48 millions de dollars à l'appui de l'adoption de technologies novatrices, comme les services de santé électroniques, dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations. Enfin — et j'en ai parlé plus tôt en réponse à la question de M. Carrie —, le budget de 2013 comprend aussi un investissement proposé de 4 millions de dollars sur deux ans qui servira à augmenter le nombre d'équipes et de services spécialisés en soins de santé mentale dans les communautés des Premières Nations.

M. David Wilks: Merci.

Vous avez mentionné les services de santé électroniques. Pourriez-vous expliquer au comité en quoi ces services donneront des résultats positifs, particulièrement dans les communautés rurales?

L'hon. Leona Aglukkaq: Je vous remercie de cette question.

L'un de nos plus grands défis est de veiller à réagir rapidement aux événements qui se produisent dans les communautés. Bon nombre des réserves des Premières Nations et des communautés inuites ont des postes de soins infirmiers, mais pas d'hôpitaux. L'un des coûts les plus importants que nous devons assumer, avant même de prodiguer des soins, c'est le coût du transport par avion des patients des communautés éloignées — entre autres, du nord de l'Ontario au sud, d'Iqaluit à Ottawa ou de Rankin à Winnipeg. Les difficultés sont variées, quand il s'agit d'y emmener les patients.

Entre autres choses, nous explorons la possibilité de recourir à la télésanté dans le Nord, de sorte que les médecins ou les infirmières praticiennes aient accès à des spécialistes des hôpitaux du sud qui pourront les conseiller ou prendre des décisions sur l'hospitalisation d'une personne. Nous explorons aussi les moyens de transmettre immédiatement les radiographies aux hôpitaux, plutôt que d'envoyer les patients par avion pour une consultation. Cela peut prendre du temps, parfois, à cause du temps qu'il fait, des horaires de vol, etc. Les investissements dans certains domaines peuvent entraîner la réduction des coûts et de la dépendance au transport, et les économies réalisées peuvent être investies ailleurs. Nous envisageons ce genre d'initiatives.

En tout ce que nous faisons, la technologie prendra de plus en plus de place dans le contexte des soins primaires, de sorte que les patients aient accès aux mêmes services que ceux qui sont offerts dans les centres urbains, comme ici, à Ottawa. Nous explorons ces options en vue de nous assurer d'offrir d'excellents services à nos communautés.

M. David Wilks: Merci.

Cela prouve — pour revenir un peu sur ce que nous disions plus tôt — que la consultation et les partenariats peuvent beaucoup contribuer à améliorer la santé des Premières Nations.

Pourriez-vous faire le point sur l'initiative qui a été prise en Colombie-Britannique et à laquelle participent divers paliers gouvernementaux et administratifs?

L'hon. Leona Aglukkaq: Le travail que nous accomplissons en Colombie-Britannique est historique et très novateur. Les communautés des Premières Nations et les chefs des Premières Nations de la région, de concert avec Santé Canada et le gouvernement provincial, ont établi une entente tripartite sur la santé des Premières Nations. La première étape de mise en oeuvre aura lieu cet été, quand l'autorité sanitaire des Premières Nations assumera la responsabilité de la prestation des services de santé — des services offerts par les

Premières Nations aux Premières Nations, de concert avec le gouvernement provincial.

Nous avons l'occasion de décloisonner la prestation des soins de santé en établissant des partenariats plus efficaces et en collaborant dans le cadre de programmes provinciaux semblables. Les provinces ont participé à cela. Il s'agit d'une première au Canada — dans un contexte provincial, du moins —, où Santé Canada n'assurera pas une application directe. C'est l'autorité sanitaire des Premières Nations qui appliquera les programmes.

Ce qui est excitant, en plus, c'est qu'ils auront une belle occasion de mieux intégrer les connaissances autochtones dans l'application de leurs programmes et de mieux concevoir les services communautaires de soins de santé de manière à ce qu'ils incorporent les connaissances traditionnelles des Autochtones dans la pratique médicale, par exemple.

C'est la première initiative du genre, et nous en sommes très excités. Le leadership des Premières Nations de la Colombie-Britannique est formidable, et travailler avec eux est réjouissant. Ils sortent des sentiers battus et établissent les plans et les priorités en fonction des besoins de leurs communautés.

Cet été et à l'automne, l'autorité sanitaire des Premières Nations va prendre cela en charge. C'est véritablement excitant.

D'après moi, nous pourrions faire connaître certains des types de modèles dans d'autres provinces et territoires qui veulent explorer les façons de décloisonner le système de soins de santé de manière à faire intervenir le gouvernement provincial, le gouvernement fédéral et l'autorité sanitaire des Premières Nations. Le travail s'est amorcé il y a cinq ans, et je félicite les Premières Nations de la Colombie-Britannique pour leur leadership.

•(1610)

M. David Wilks: Merci beaucoup.

La présidente: Merci, monsieur Wilks.

Nous passons maintenant au tour de cinq minutes.

Bienvenue au comité, madame Crowder.

Vous avez cinq minutes. Nous surveillons le temps très attentivement.

Mme Jean Crowder (Nanaimo—Cowichan, NPD): Parfait. Merci, madame la présidente.

Bienvenue à la ministre et à son personnel.

C'est toujours difficile, quand nous parlons de budget, car nous devons nous pencher sur les faits et les chiffres qui sont devant nous, et non sur ce qui pourrait surgir dans le Budget supplémentaire des dépenses. Quand on regarde le rapport du ministère sur les plans et priorités de Santé Canada, on constate qu'il y aura des réductions de 140 millions de dollars dans les soins primaires aux Premières Nations et aux Inuits, au cours des trois prochaines années. Ça va de 980 millions à 850 millions de dollars. Quand on regarde 2012-2013, par rapport à 2013-2014, on voit que Santé Canada réduira ses dépenses de 40,5 millions de dollars.

Dans votre exposé, madame la ministre, j'ai cru comprendre qu'il y aurait des fonds additionnels, au moyen du Budget supplémentaire des dépenses. Pouvez-vous me dire combien, exactement? Est-ce un montant de 52 millions qu'il y aura dans le Budget supplémentaire des dépenses, pour les dépenses additionnelles?

•(1615)

L'hon. Leona Aglukkaq: Voulez-vous répondre à la question?

Mme Glenda Yeates: Le comité a reçu de nombreux documents. Vous avez parlé du rapport sur les plans et les priorités.

Je peux dire que le budget de 2013 prévoit notamment la répartition, sur deux ans, de 48 millions de dollars, soit 24 millions par année, conformément à ces secteurs d'activités. Une partie ira aux infrastructures de la santé et une autre aux soins primaires.

Des montants supplémentaires, qui proviendront d'autres processus, permettront de majorer les chiffres que nous vous avons communiqués aujourd'hui. Ils paraîtront dans les Budgets supplémentaires des dépenses (A) et (B).

Dans certains programmes, je dirais les services de santé non assurés et les soins primaires, nous avons tendance, d'année en année, à jeter un coup d'oeil sur l'évaluation des besoins. Elle varie selon la population et l'utilisation. Ensuite, les dossiers du comité révéleront que les soins primaires et les services de santé non assurés ont bénéficié, au cours de l'année, d'un apport généreux grâce aux budgets supplémentaires des dépenses.

Mme Jean Crowder: Votre allusion à la prise en considération des besoins de la population est intéressante. Nous savons que, grâce aux naissances, les populations des Premières Nations et des Inuits ont le plus fort taux de croissance au Canada tout en faisant partie des groupes qui ont les revenus les plus faibles au pays. Il serait surprenant qu'on ait besoin de moins d'argent.

Vous avez dit qu'il y aura des montants supplémentaires dans les budgets supplémentaires des dépenses et qu'une partie de l'argent ira vers les soins primaires. Pouvez-vous nous dire exactement combien, y compris pour la lutte contre les maladies chroniques et la santé mentale? Je sais que madame la ministre a mentionné que 4 millions de dollars iraient, en deux ans, à la santé mentale, mais y aura-t-il des montants supplémentaires?

L'hon. Leona Aglukkaq: Tout d'abord, une précision en ce qui concerne les services aux Inuits, ils sont fournis par les transferts canadiens en matière de santé. Le Nunavut, par exemple, fournit ses soins de santé; les Territoires du Nord-Ouest aussi; le Québec, le Nord du Québec, le Labrador et ainsi de suite. Ici, les services sont destinés aux réserves des Premières Nations pour les soins primaires.

Merci.

Mme Glenda Yeates: Comme l'a dit madame la ministre, le budget prévoit de l'argent neuf pour les équipes qui s'occuperont de santé mentale. Cet argent s'ajoutera aux montants prévus pour les soins primaires. Mais, en plus des chiffres qui figurent expressément dans le budget de 2013, nous demanderons un financement supplémentaire, essentiellement pour assurer l'intégrité des programmes, et il devait se trouver dans le Budget supplémentaire des dépenses.

Je peux dire au comité, comme cela a été dit au cours des années antérieures, qu'on ne modifie pas les programmes. Ils ne subissent aucune compression. Nous obtiendrons l'argent qui répondra aux besoins du même niveau de programmes pour les services de santé non assurés et les services de soins primaires en 2013-2014.

Mme Jean Crowder: Uniquement en ce qui concerne les services électroniques de santé, est-ce que le ministère a évalué l'accessibilité d'Internet dans les communautés rurales et éloignées? Au comité des ressources humaines, nous avons entendu que certaines communautés éprouvaient des difficultés. Avez-vous effectivement fait cette évaluation?

Mme Glenda Yeates: Merci pour votre question.

Nous continuons d'augmenter notre appui aux communautés des Premières Nations. Grâce aux montants supplémentaires mis à notre

disposition par ces 24 millions de dollars, nous avons fait brancher un certain nombre de communautés. Nous nous attendons à ce que, de ce montant, 20 millions, par exemple, aillent expressément, dans certains cas, au branchement de plus de communautés. Mais dans d'autres cas, avec l'évolution de la technologie, nous élargissons en fait les services à large bande. Nous augmentons en fait la connectivité des communautés déjà branchées, mais qui n'ont peut-être pas la largeur de bande leur permettant d'utiliser les technologies les plus récentes.

Nous faisons donc un peu de tout cela à la fois.

La présidente: Merci, madame Yeates.

Bienvenue à notre comité, monsieur Gill. Heureuse de vous revoir.

Vous disposez de cinq minutes.

M. Parm Gill (Brampton—Springdale, PCC): Merci, madame la présidente.

Merci à Mme la ministre et à ses adjoints d'être ici.

Je ne suis plus un habitué du comité. Je remplace un collègue. Je suis heureux de revenir et de participer à ses travaux.

Madame la ministre, ma question concerne les maladies neurologiques. Les maladies, les troubles et les lésions neurologiques représentent l'une des principales causes d'invalidité dans la population canadienne. Ils produisent toute une gamme de symptômes et de handicaps fonctionnels qui compliquent le quotidien des patients et de leurs familles.

Pouvez-vous s'il vous plaît nous dire ce que notre gouvernement fait pour aider ceux qui souffrent de ces maux graves et les familles qui prennent soin d'eux?

L'hon. Leona Aglukkaq: Je vous remercie pour cette question.

Le gouvernement du Canada a investi 15 millions de dollars, en partenariat avec des organismes caritatifs compétents du Canada pour effectuer la première étude nationale canadienne de la population souffrant de maladies neurologiques. L'étude livrera de l'information digne de confiance sur l'ampleur des maladies neurologiques et leurs effets chez les Canadiens. On la terminera cette année, et le rapport intégral sera publié en 2015. Cette information aidera à façonner le programme qu'on mettra sur pied ainsi qu'à orienter les décisions que nous prendrons.

En mars 2011, le gouvernement a inauguré le système canadien de surveillance de la sclérose en plaques, pour appuyer les efforts visant à améliorer les soins et la qualité de vie des Canadiens souffrant de cette maladie. Ce système permettra de mieux comprendre les manifestations de cette maladie au Canada et de mieux la traiter.

Il reste beaucoup de choses à apprendre sur la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies neurologiques. Les Instituts de recherche en santé du Canada ont investi, depuis 2010, 255 millions de dollars dans la recherche sur les neurosciences. En outre, le budget de 2011 engageait un montant de 100 millions de dollars pour la création du Fonds canadien de recherche sur le cerveau, en partenariat avec Brain Canada. Ce fonds financera la crème des spécialistes canadiens des neurosciences et il contribuera à accélérer les découvertes visant à améliorer la santé et la qualité de vie des Canadiens souffrant de maladies neurologiques.

Merci.

M. Parm Gill: Merci.

Je laisse le reste de mon temps à mon collègue, M. Lobb.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Merci, monsieur Gill. C'est un geste très généreux.

Madame la ministre, en quatre ans et demi, depuis que vous occupez cette fonction, vous êtes passée cinq fois par le processus du Budget principal des dépenses. L'opposition me stupéfie. Pour les cinq derniers, cinq ans de suite, non seulement ici, mais aussi au Comité des anciens combattants, dont je fais partie, elle a chaque fois posé la même question sur le Budget principal des dépenses. Puis, sur le Budget supplémentaire des dépenses, elle pose la même question.

Que pouvons-nous faire pour l'aider à mieux comprendre le processus du Budget principal et du Budget supplémentaire des dépenses, pour que nous n'ayons plus à répondre à ces questions et pour que nous nous occupions plus en détail de la teneur réelle du Budget principal? Avez-vous des idées sur ce que nous pourrions faire pour l'aider?

• (1620)

L'hon. Leona Aglukkaq: C'est difficile.

En ce qui concerne les nouveaux programmes qui figurent dans les budgets, nous y consacrons beaucoup de montants importants par l'entremise de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada. Quant à l'élaboration du Budget principal des dépenses et ainsi de suite, les membres du comité possèdent à ce sujet une longue expérience, et je pense qu'ils connaissent le processus. Je n'en dirai pas plus.

Nous faisons beaucoup de bons investissements et nous essayons de souligner nos meilleurs coups, que ce soit dans la technologie, l'augmentation des transferts ou les initiatives de prévention que nous appliquons en réponse à la recherche et ainsi de suite. Nous continuerons de jouer notre rôle pour répondre aux besoins des Canadiens par le processus du Budget principal des dépenses.

Merci.

M. Ben Lobb: Je voudrais enfin ajouter un commentaire concernant les propos de Mme Outhwaite: je félicite votre ministère d'avoir réussi à trouver chez lui des moyens d'économiser et d'avoir pu améliorer l'efficacité de certaines opérations, tout en maintenant et, probablement, en améliorant les services fournis aux Canadiens.

C'est le quotidien des entreprises. Nous demandons aux Canadiens, à la maison, et des Canadiens l'ont fait d'eux mêmes, de trouver dans leur budget familial des moyens d'économiser. Vous avez réussi à le faire. J'en suis impressionné et heureux. Je pense que c'est la bonne méthode: on vérifie, on améliore, puis on recommence. Alors, merci pour cela.

Madame la présidente, est-ce qu'il me reste du temps?

La présidente: En fait, non...

M. Ben Lobb: Mon temps est écoulé?

Eh bien, je tenais simplement à ce que vous le sachiez, parce que je pense que ce que vous faites est important.

La présidente: Merci.

Monsieur Morin.

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Merci beaucoup.

Toutes mes questions s'adressent à madame la ministre. Je vous demande de bien vouloir répondre brièvement, en moins d'une minute. Sinon, je devrai vous interrompre, et je préférerais ne pas le faire.

Votre ministère participe à la feuille de route pour les langues officielles. Même si, cette année, on a renouvelé le financement, on l'a diminué de 16 millions de dollars. Pouvez-vous garantir que le financement des organisations locales, sur le terrain, n'en souffrira pas?

Mme Glenda Yeates: Comme ça été dit, le Budget principal des dépenses ne comprend pas le renouvellement du financement des minorités de langue officielle, mais le budget de 2013, qui est postérieur, a effectivement annoncé un renouvellement. Santé Canada, qui avait un programme solide de soutien des communautés des minorités de langue officielle dispose du même niveau de financement. Nous ferons des annonces, dans un proche avenir, sur l'appui effectif que cela fournira à ces communautés, mais c'est le même niveau de financement.

M. Dany Morin: D'accord. Cela pose un problème de taille, pas à cause du même niveau de financement, mais à cause du non-respect du délai fixé pour le financement de l'année prochaine. À cause de cela, les organisations locales n'auront pas d'argent. Votre ministère savait que le programme se terminait en mars et, à cause de votre retard, les organismes devront attendre jusqu'en janvier ou février de l'année prochaine. Pendant à peu près tout le reste de l'année, elles ne disposeront d'aucun argent neuf pour financer ces services aux minorités de langue officielle. Qu'en dites-vous?

Mme Glenda Yeates: Nous allons certainement être...

Oh! je suis désolée, madame la ministre.

L'hon. Leona Aglukkaq: Nous ne pouvons rien faire à cause des cycles budgétaires de la Chambre des communes. Les budgets sont annoncés, nous les votons et ainsi de suite. C'est donc le processus en soi. Je vous invite à voter rapidement le budget pour que nous puissions distribuer les fonds.

Mais, entre-temps, je demande à Glenda de...

Mme Glenda Yeates: Oui, nous continuerons de collaborer avec les organismes qui sont nos partenaires et à remettre le programme sur pied. Comme ces programmes temporaires font l'objet d'un examen périodique, qu'ils sont évalués et revus, puis renouvelés, ce processus intervient parfois, mais nous allons collaborer avec les communautés et les...

• (1625)

M. Dany Morin: D'accord. Je vais changer de sujet, mais je tiens simplement à dire que vous saviez depuis deux ou trois ans que cela se terminait à la fin de mars. Vous ne pouvez donc pas prétendre que vous deviez vous enfermer dans le cycle normal de la Chambre des communes. Vous saviez et vous auriez pu prévenir ce qui est arrivé et reconduire le programme à temps pour que ces organisations locales aient l'argent. Elles n'auront pas l'argent pour l'année qui vient, et c'est malheureux.

Ma prochaine question concerne les changements radicaux proposés dans le règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales. Ce nouveau règlement obligera ses consommateurs à se procurer le produit auprès de producteurs industriels. D'après votre propre ministère, son coût, actuellement de 1,80 \$ le gramme, passera à 8,80 \$.

Beaucoup de patients qui se soignent à la marijuana la cultivent eux-mêmes ou s'en procurent auprès de « clubs Compassion » locaux, parce que la maladie a causé une baisse considérable de leurs revenus ou qu'une invalidité les empêche de gagner plus. Pourquoi les obliger à s'approvisionner auprès de fournisseurs chers? Comment peuvent-ils se permettre ce traitement médical?

L'hon. Leona Aglukkaq: Merci.

Je ne pense pas que beaucoup de Canadiens savent qu'ils subventionnent généreusement les consommateurs de marijuana à des fins médicales. Les Canadiens acquittent les coûts du programme actuel pour les utilisateurs. Si les tribunaux ont jugé que l'accès doit être raisonnable, nous avons aussi entendu beaucoup de motifs d'inquiétude de la part de la police, des pompiers et des maires. C'est la raison pour laquelle...

M. Dany Morin: Je dois vous interrompre. Il ne me reste que quelques secondes.

L'hon. Leona Aglukkaq: ... nous allons de l'avant dans les modifications puis dans la publication dans la *Gazette du Canada*. C'est parce que...

M. Dany Morin: Franchement, êtes-vous en train de dire que le prix augmentera parce que vous êtes scandalisée par le fait que les contribuables paient le traitement de cancéreux en phase terminale et que le prix actuel est si bas que vous voulez le majorer et rendre le produit moins abordable pour ces patients?

L'hon. Leona Aglukkaq: Je n'ai absolument rien dit de tel. Ce sont vos paroles.

M. Dany Morin: Vous avez commencé par dire que vous avez entendu parler de contribuables qui pensaient que...

L'hon. Leona Aglukkaq: Actuellement, les Canadiens subventionnent la marijuana à des fins médicales à hauteur de plus de 15 millions de dollars.

La présidente: Monsieur Morin, votre temps est écoulé.

L'hon. Leona Aglukkaq: C'est un fait. Les abus étaient répandus et les services d'incendie, la police, les habitants des quartiers, les maires et ainsi de suite ont exprimé beaucoup d'inquiétudes. Ces deux dernières années, nous avons tenu des consultations et nous allons de l'avant. Nous apporterons les modifications nécessaires pour réformer le programme, pour que cessent les abus que nous constatons dans nos rues.

Les révisions interdiront la culture de leur propre marijuana par les particuliers, qui pourront se la procurer auprès d'un entrepôt. L'entrepôt la remettra au patient. Nous supprimons les cultures personnelles en raison de l'activité criminelle généralisée qui leur était associée.

Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci, madame la ministre.

C'est la fin. Nous n'avons pas le temps d'aborder d'autres questions. Il ne reste que deux minutes, et je dois suspendre la séance et inviter les agents du ministère à s'approcher.

Madame la ministre, je tiens à vous remercier de tout coeur d'avoir bien voulu comparaître devant nous. Je pense que les questions et les

réponses se sont très bien enchaînées et que, en majorité, le processus a respecté le temps prévu. Merci encore une fois d'être venue.

Je remercie aussi les membres du comité pour leurs questions perspicaces.

Je suspends la séance deux minutes. Les agents du ministère peuvent approcher.

• (1625)

_____ (Pause) _____

• (1630)

La présidente: Pouvons-nous reprendre? Merci beaucoup.

Qu'on se rappelle qu'il y aura des votes. Alors, vers 17 h 13, peut-être, nous nous arrêterons et nous remercierons les agents du ministère, puis nous irons voter.

Recommençons. Je pense que nous allons reprendre là où nous en étions.

Monsieur Lizon, nous allons terminer la série d'interventions d'une durée de cinq minutes. Je vais donc commencer par vous. Vous pouvez y aller maintenant.

M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC): Merci beaucoup.

Bienvenue à tous les témoins.

Pour ma première question, je remarque que des consultations ont lieu avec les premiers intervenants, y compris les pompiers, sur l'actualisation du plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

Pouvez-vous faire le point sur le déroulement de ces consultations?

Mme Krista Outhwaite: Merci de votre question. Je serai heureuse de vous renseigner.

Comme vous le savez, le Canada s'est doté d'un plan pour se préparer aux pandémies et à la grippe. À partir de l'expérience acquise lors de la pandémie de la grippe A H1N1, nous avons bien sûr voulu réviser et actualiser le plan en fonction des leçons reçues.

Parmi les nombreux intervenants qui s'intéressent au plan, il faut mentionner les premiers intervenants, y compris les pompiers. Nous entreprenons un processus de 8 à 10 semaines de consultations auprès de tous ces acteurs. Nous y inviterons des associations de professionnels de la santé et d'autres organisations. Nous ajouterons deux processus complémentaires pour les fournisseurs de services d'urgence, y compris les pompiers, ainsi que pour les populations autochtones et nous tiendrons aussi un certain nombre de webinaires. Il y aura donc beaucoup d'occasions pour faire part de ses idées, particulièrement pour les intervenants d'urgence.

Nous savons que le plan de lutte contre la pandémie les intéresse beaucoup. Le plan les concernait. Ils ont été un rouage indispensable de la lutte contre la dernière pandémie, et nous désirions vivement les entendre.

Nous prévoyons conclure les consultations avant la fin de juin. Ensuite, à partir des idées qui nous auront été communiquées, nous réviserons le plan, de concert avec les provinces et les territoires.

• (1635)

M. Wladyslaw Lizon: Merci beaucoup.

Ma prochaine question portera sur le budget. Au Canada, les gens de la génération des baby-boomers vieillissent. Bien entendu, par conséquent, il y aura des pressions sur les professionnels de la santé.

J'aimerais savoir si le budget de 2013 contient des propositions concernant les soins palliatifs et les soins de fin de vie.

Mme Glenda Yeates: Je vous remercie beaucoup de la question.

Je pense que de plus en plus, la question des soins palliatifs et des soins de fin de vie suscite l'intérêt des gens au pays. Nous estimons que c'est une situation qui se présente à bon nombre de familles, de collectivités et d'établissements, qui font face à une partie de la tâche ardue que nous avons de faire les choses le mieux possible pour les Canadiens.

Dans le budget de 2013, on a annoncé des fonds pour de la recherche visant à déterminer la meilleure façon de procéder dans le cas des soins de fin de vie, et 3 millions de dollars sur trois ans versés à la fondation Pallium du Canada. C'est un organisme d'envergure nationale qui offre du perfectionnement professionnel et des modules aux professionnels de soins familiaux — les médecins de famille ou les infirmières praticiennes, par exemple —, qui crée des modules de formation interdisciplinaires sur les soins palliatifs et qui offre de la formation. Il a déjà formé plus de 500 professionnels de la santé dans le cadre d'un certain nombre de projets d'apprentissage.

Le budget comprend des fonds pour les trois prochaines années afin que l'organisme puisse poursuivre ce travail. Nous considérons que c'est un secteur important, dans lequel le gouvernement fédéral peut jouer un rôle, non pas dans la prestation des services, mais dans leur amélioration au moyen de ressources.

M. Wladyslaw Lizon: En ce qui concerne les fournisseurs de services, prenons l'exemple de l'Ontario. Grâce à l'expérience que j'ai acquise au conseil d'administration d'une résidence pour personnes âgées, je sais que les provinces ont malheureusement refilé aux régions la responsabilité d'un grand nombre de services. C'est un autre problème, et peut-être que dans le nouvel accord sur la santé ou dans le budget...

Je présume que le budget ne contient aucune disposition sur le versement d'aide financière directe aux fournisseurs de soins de longue durée.

Mme Glenda Yeates: Comme l'a dit le ministre, les transferts en santé aux provinces constituent, évidemment, l'aide financière importante pour la prestation des services de santé. Santé Canada a des dispositions visant à soutenir certains des secteurs dans lesquels il est sensé de faire quelque chose une fois.

Nous travaillons donc à la planification des ressources humaines en santé et...

La présidente: Veuillez m'excuser, madame Yeates. Je n'aime pas vous interrompre, mais pouvez-vous s'il vous plaît regarder en ma direction, de sorte que lorsque votre temps est écoulé, je puisse vous le dire? Je suis désolée, mais votre temps est écoulé.

Nous passons à M. Kellway.

M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD): Merci, madame la présidente.

Je remercie les fonctionnaires de leur présence.

Monsieur Roberge, je vous félicite pour ces bonnes nouvelles.

Je veux dire à quel point il est regrettable que le ministre n'ait pas jugé bon de rester plus qu'une heure.

Madame la présidente, je dirais qu'il est également regrettable que vous laissiez M. Lobb perdre son temps, et nous faire perdre le nôtre, à tenter de prouver qu'il est la personne la plus brillante ici, plutôt que d'utiliser de façon constructive le temps de la ministre.

La présidente: Avez-vous une question à poser, monsieur Kellway?

M. Matthew Kellway: Oui, madame la présidente, et j'utilise le temps qui m'est accordé comme je le souhaite. Si vous avez des conseils à donner aux députés, vous auriez dû conseiller M. Lobb sur sa manœuvre perdue d'avance.

La présidente: Voulez-vous poser une question, monsieur Kellway?

M. Matthew Kellway: Oui, madame la présidente.

Je veux revenir sur les soins de longue durée et surtout les soins à domicile et les soins palliatifs dont M. Lizon parlait. Je remarque que cela fait des années que nous sommes tous conscients de la bulle démographique et du vieillissement de la population. Personne n'est surpris d'apprendre que cela a des répercussions sur les soins de santé. Toutefois, dans le budget de 2013, tout ce qui me semble utile quant aux services de soins à domicile, c'est une exemption de la TPS et de la TVH.

Je sais que vous n'êtes pas... Vous êtes responsables des politiques, et ce n'est pas vous, mais vous pourriez peut-être nous expliquer pourquoi, à votre avis, nous avons adopté une politique qui ne consiste pas à augmenter les efforts et les fonds pour répondre aux besoins évidents des Canadiens qui sont liés au système de soins de santé, aux soins palliatifs et aux soins à domicile de longue durée.

● (1640)

Mme Glenda Yeates: Je vous remercie de la question.

Comme on me l'a demandé, je vais essayer de garder un œil attentif sur la présidente. Je m'excuse de ne pas l'avoir vue me faire signe à quelques reprises.

Je pense qu'il y a une grande volonté... et en fait, les données nous indiquent qu'il y a une forte augmentation dans les soins à domicile que les provinces et les territoires, qui sont les fournisseurs directs de soins, fournissent partout au pays. Toutefois, comme la ministre l'a indiqué, le fait que le gouvernement fédéral augmente les fonds destinés aux provinces et aux territoires par le transfert canadien en matière de santé leur permet de déterminer dans quels volets les besoins sont plus grands.

Certaines provinces travaillent toujours à la couverture des médicaments. D'autres ont une population plutôt jeune ou plutôt vieille. Cependant, nous constatons que la plupart des provinces, voire toutes les provinces, investissent de plus en plus dans les soins à domicile et les soins de longue durée.

M. Matthew Kellway: Par contre, les leviers que détient le gouvernement fédéral — et je pense aux prestations de compassion de l'AE, par exemple —, pourraient être utilisés au moins pour aider la légion de bénévoles, d'êtres chers et d'amis qui aident les aînés qui ont besoin de soins à domicile au pays. Pourquoi ne pas se pencher là-dessus, par exemple?

Mme Glenda Yeates: Comme je l'ai dit, je sais que c'est un programme de RHDCC, et donc, il existe. Toutefois, je le répète, le rôle du ministère de la Santé consiste essentiellement à soutenir certains besoins en matière d'infrastructure, d'où notre contribution à une partie de l'information ou à l'Inforoute Santé du Canada et au financement permettant aux provinces et aux territoires de se concentrer sur leurs besoins les plus importants.

M. Matthew Kellway: Puisque ma dernière question porte sur le commerce du sang, puis-je lire très brièvement la première phrase du rapport du juge Krever? Il affirme qu'il décrit « un désastre sans précédent qui s'est abattu sur le système de santé publique au Canada et qui, dans la mesure où nous avons pu en tirer des leçons, ne se reproduira plus jamais ».

Ce désastre a coûté 20 000 vies et 5 milliards de dollars en compensation. J'ai su ce matin qu'on construirait une troisième banque de sang commerciale en Ontario. Le gouvernement ne fait rien pour mettre un frein à quelque chose qui mine notre système bénévole de collecte et de distribution du sang au pays, ce qui m'inquiète.

Mme Glenda Yeates: Je vous remercie de la question. Je pense que c'est une question de très grande importance pour les Canadiens. Le Canada a l'un des systèmes de collecte et de distribution du sang le plus sécuritaire au monde — voire le plus sécuritaire, selon certaines sources. Aucun changement n'a été apporté à la politique du gouvernement sur les dons de sang. Seul le sang de donneurs volontaires est utilisé pour les transfusions au Canada.

La fabrication de produits du plasma n'est pas quelque chose de nouveau. Dans certains cas, c'est la situation qui fait l'objet de discussion au Canada.

La présidente: Merci, madame Yeates.

Nous passons à M. Carrie.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup, madame la présidente.

Je veux remercier Mme Yeates d'avoir rectifié les renseignements trompeurs sur les produits du sang.

Je veux aussi profiter de l'occasion pour féliciter M. Roberge. Je suis au courant de tout le travail que vous avez effectué au fil des ans, et votre retraite est bien méritée. Je vous remercie beaucoup de ce que vous avez accompli pour les Canadiens.

Je voulais vous poser une question au sujet de la SRAP, car au bout du compte, il est question du patient. Je sais que Santé Canada fait preuve de leadership. Lors d'une autre séance cette semaine, une personne d'Oshawa, la Dre Carolyn McGregor, a comparu devant le comité. Elle a parlé du travail effectué dans le cadre de la Stratégie de recherche axée sur le patient, SRAP et de ses avantages pour le système canadien de soins de santé. Je me demandais si vous pouviez parler de la SRAP et du budget de 2013, de tout financement proposé qui sera versé à la SRAP, car nous entendons de bons commentaires à ce sujet.

• (1645)

M. James Roberge (chef des services financiers et vice-président exécutif, Portefeuille de la gestion et planification des ressources, Instituts de recherche en santé du Canada): Je vous remercie beaucoup de la question.

En effet, des fonds supplémentaires sont accordés à la SRAP, pour une troisième année consécutive. Le total cumulatif est de 45 millions; 15 millions pour le budget actuel. La SRAP est une stratégie très globale qui vise à faire profiter aux patients des fruits de la recherche de façon directe. Une bonne partie du travail consiste à établir des liens entre les résultats de la recherche et les obstacles à leur utilisation. Cela suppose de déterminer comment appliquer certaines interventions de façon efficace et également d'évaluer l'efficacité et la rentabilité de certains traitements. La recherche peut y contribuer et ainsi profiter aux patients directement.

M. Colin Carrie: De nombreux témoins nous ont parlé des pratiques exemplaires également. Êtes-vous en mesure de donner au

comité des exemples de travaux qui sont effectués dans le cadre de la SRAP actuellement et de projets qui sont déjà en cours ou qui ont été annoncés?

M. James Roberge: Je vous remercie de la question.

L'un des aspects sur lequel nous nous concentrons, pour lequel la recherche commence à donner des résultats remarquables, c'est l'efficacité de certains essais. On y a largement recours dans le cadre du système. Il a été démontré qu'ils sont surutilisés et que souvent, ils ne sont pas efficaces et qu'ils coûtent très cher. Il est donc extrêmement important de savoir quels essais sont requis et dans quelles situations. La médecine personnalisée, qui consiste à adapter les interventions médicales à la situation du patient — la génétique, par exemple —, est une façon de s'assurer que les interventions sont ciblées et efficaces et qu'il n'y a pas de gaspillage.

M. Colin Carrie: Y a-t-il des cas où nous faisons de la recherche sur des cliniques multidisciplinaires? Comment cela fonctionne-t-il? Des membres de collectivités rurales éloignées et de Premières Nations nous ont dit que la situation est parfois difficile sur le plan des ressources humaines en santé et qu'il est parfois difficile de trouver des gens pour servir leurs populations. Avons-nous des exemples de projets de recherche multidisciplinaires?

M. James Roberge: Les disciplines convergent de différentes façons. Elles collaborent de plus en plus. À titre d'exemple, nous le constatons dans le travail que nous faisons avec le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie. Nous réunissons des ingénieurs et des chercheurs en médecine pour la création de matériel médical plus efficace. Il peut s'agir de prothèses pour les gens qui ont des membres amputés, par exemple.

C'est ce que j'entends par convergence. Les disciplines collaborent, ce qui peut vraiment avoir des effets bénéfiques qui sont impossibles lorsque les chercheurs sont isolés les uns des autres. Par exemple, dans le cadre de la SRAP, notre travail consiste en grande partie à constituer des réseaux, et il s'agit parfois de gens qui n'ont jamais collaboré étroitement auparavant parce qu'ils ne venaient pas de la même discipline.

M. Colin Carrie: Les provinces utilisent-elles l'information que le gouvernement fédéral obtient dans le cadre des différents projets? De quelle façon les provinces et les territoires collaborent-ils avec le gouvernement fédéral à cet égard? Y a-t-il un partenariat? Ne font-ils qu'y jeter un coup d'oeil, examiner ce que nous avons fait et décider s'ils veulent y avoir recours?

M. James Roberge: Je vous remercie encore une fois de la question.

La SRAP a été établie en partant du principe que les coûts seraient divisés moitié-moitié entre nous et nos partenaires. Il n'y a aucune dépense à moins qu'il y ait des fonds de contrepartie. Par exemple, pour les unités de soutien, l'ensemble de centres de recherche nationaux qui sont établis partout au pays, les provinces payent leur part, soit 50 p. 100.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup.

Je cède maintenant la parole à M. Wilks, pour cinq minutes.

M. David Wilks: J'aimerais revenir sur ce dont M. Morin parlait en ce qui concerne la marihuana utilisée à des fins médicales. Je suis un retraité de la GRC, et j'ai travaillé un certain nombre d'années dans les affaires de drogues. Je félicite le ministère d'avoir pris l'initiative d'apporter des changements au règlement concernant la marihuana à des fins médicales.

Je crois que nous nous entendons tous ici pour dire que dans certains cas, il a été démontré que l'utilisation de la marihuana est une très bonne façon de soulager la douleur, comme d'autres possibilités, mais dans l'ancien système, il y a eu de l'abus. Je me demande si vous pouvez nous parler de certaines améliorations qui ont été apportées au nouveau règlement qui sauront mieux satisfaire non seulement les gens qui pourront avoir accès à de la marihuana à des fins médicales, mais également ceux qui sont inquiets de son utilisation abusive.

• (1650)

Mme Glenda Yeates: Merci beaucoup.

Madame la présidente, je suis très heureuse de répondre à cette question.

Comme le comité l'a déjà dit dans le passé, les tribunaux ont clairement indiqué qu'il nous faut maintenir un accès raisonnable à la marihuana à des fins médicales, mais la structure du système pose problème.

Le plan consiste à traiter autant que possible la marihuana comme d'autres narcotiques utilisés à des fins médicales. Nous voulons créer les conditions favorables à l'établissement d'une nouvelle industrie responsable de sa production et de sa distribution, où l'on contrôle la qualité.

Ainsi, dans le cadre de ce système, Santé Canada ne recevrait plus de demandes de la part des participants du programme. Un nouveau système d'approvisionnement et de distribution à partir de producteurs autorisés, qui feraient l'objet de vérifications et d'inspections par Santé Canada, serait établi. La production de marihuana dans les domiciles et dans les collectivités serait éliminée progressivement, et donc, comme je l'ai dit, ce médicament, qui est très utile lorsqu'il est utilisé à des fins médicales pour certaines personnes, serait traité comme d'autres substances — il serait contrôlé par des producteurs autorisés et envoyé directement aux patients, comme le prescriraient les praticiens.

M. David Wilks: De plus, madame la présidente, des patients m'ont dit qu'ils étaient inquiets de la possibilité que le taux de THC, ou tétrahydrocannabinol, soit grandement modifié, de sorte qu'il ne soit pas celui auquel ils s'attendent, et que les propriétés médicinales varient.

Je me demande si vous pouvez nous parler un peu de la possibilité que le nouveau programme encadre le type de variétés qui seront offertes aux patients.

Mme Glenda Yeates: Je vous remercie beaucoup de cette question.

Nous sommes en train de mener les consultations. Nous en sommes à l'étape de présenter des propositions et de recueillir des commentaires.

Nous avons transmis l'information aux producteurs autorisés potentiels. Nous dialoguons avec eux et nous leur avons demandé de réfléchir aux variétés potentielles de graines. Diverses variétés pourraient être disponibles, par exemple, et certaines pourraient être plus efficaces que d'autres pour soulager la douleur de certaines personnes.

Encore une fois, dans un contexte plus strictement réglementé, nous pourrions permettre aux producteurs autorisés d'offrir plusieurs variétés. À ce stade-ci, nous n'en sommes encore qu'au stade de l'élaboration, nous sommes en mode transition.

M. David Wilks: Je présume, et je suis d'accord, que le fait de préférer une culture commerciale viable en serre à la culture personnelle à la maison et à l'extérieur va aussi aider les acteurs du marché à faire pousser de la marijuana médicinale de qualité raisonnable à un prix raisonnable, n'est-ce pas?

La présidente: Je vous prierais d'être très brève.

Mme Glenda Yeates: Oui, nous croyons que ce pourrait être un marché très compétitif pour les producteurs autorisés. Nous allons vérifier la qualité des produits, et nous nous attendons à ce qu'ils déploient beaucoup d'efforts pour offrir le meilleur prix possible.

La présidente: Merci beaucoup.

Madame Fry.

L'hon. Hedy Fry: Merci infiniment, madame la présidente.

Je vous remercie de rester avec nous.

J'ai quelques questions à poser. La première porte sur les IRSC.

Comme vous le savez, les bourses des IRSC ont diminué de 30 p. 100. Cela ne semble pas conforme au programme du gouvernement, qui vise à faciliter la formation de travailleurs hautement qualifiés, particulièrement dans certains domaines biomédicaux et d'autres technologies. Je me demande quel sera l'effet de cette mesure sur la formation.

J'ai également une autre question sur les IRSC. Comme vous le savez, les IRSC affectent 510 000 \$ de leur budget aux efforts de commercialisation. Ces fonds proviennent-ils du budget réduit (nous savons que leur budget a été réduit d'environ 45 millions de dollars) ou s'agit-il d'argent frais octroyé aux IRSC à cette fin précise?

Ce sont mes deux questions, monsieur Roberge: les bourses et les fonds pour la commercialisation.

• (1655)

M. James Roberge: Je vous remercie beaucoup de ces questions.

D'abord, la valeur des bourses offertes n'a pas changé, donc je ne sais pas à quoi correspond le pourcentage de réduction que vous citez. Nos programmes existants, nos programmes de bourses Vanier, Banting et le Programme de bourses d'études supérieures du Canada demeurent stables. Ces programmes n'ont pas changé.

Pour ce qui est des fonds supplémentaires, de 500 000 \$, si l'on compare le Budget principal des dépenses de cette année au budget précédent, nous bénéficions d'une enveloppe d'environ 43 millions de dollars, donc la différence est assez petite. Encore une fois, ces fonds ne s'ajoutent pas à ceux prévus dans le budget de 2013. Cet argent va aller à la SRAP, donc il n'aura pas vraiment d'incidence sur cet article d'exécution du budget. Les ajustements seront assez modestes, et je ne peux pas vraiment vous expliquer en quoi ils vont consister, mais je pourrai vous transmettre de plus amples renseignements ultérieurement.

L'hon. Hedy Fry: Merci.

Je remarque que les contributions ont diminué d'environ 93 millions de dollars pour l'infrastructure destinée aux Premières Nations et aux Inuits. Ces groupes ont pourtant des statistiques en matière de santé qui s'apparentent à celles des pays du tiers monde, et elles ne s'améliorent pas. En quoi cette réduction permettra-t-elle de lutter contre les taux élevés de suicide, d'obésité, de diabète et une explosion des cas de tuberculose qui équivaut à 185 fois le taux d'incidence de la maladie chez les non-Autochtones au Canada? On ne parle plus de tuberculose ordinaire, vous le savez. On parle d'une forme de tuberculose résistante aux médicaments qui pourrait arriver chez nous bientôt.

Comment allons-nous régler ces graves problèmes qui se pointent à l'horizon?

Mme Glenda Yeates: Je vous remercie beaucoup de cette question, madame la présidente. C'est avec plaisir que je vais y répondre.

Comme nous comparons le financement d'une année entière avec les Budgets supplémentaires des dépenses (A), (B) et (C) de la dernière année, les sommes semblent très importantes, comme vous l'avez souligné, mais je peux très bien expliquer aux membres du comité pourquoi c'est ainsi.

D'abord, le fonds de l'innovation dont nous avons parlé (l'infrastructure pour la télésanté et l'accréditation) vient d'être renouvelé, et son financement a été annoncé dans le budget, donc les membres du comité vont voir les prévisions qui y sont associées dans le Budget supplémentaire des dépenses. C'est un programme d'infrastructure, donc il ne se trouve pas dans le Budget principal des dépenses, mais son financement va être soumis au comité.

Il importe aussi de souligner que nous avons versé un paiement forfaitaire unique à la First Nations Health Authority. Bien entendu, ce transfert très important à la Colombie-Britannique représente un projet immense, le gouvernement a donc versé un financement ponctuel à la First Nations Health Authority pour lui permettre de se préparer. Le transfert de la somme complète aura lieu en 2013-2014. Ce n'est qu'un volet de ce fonds.

Il y a également eu des changements dans les codes, d'après ce qu'on m'a dit, d'où certaines réductions chez les organismes qui ne fournissent pas de service, mais je pense que nous en avons parlé la dernière fois au comité. Par exemple, le financement de l'ONSA a été éliminé. Il y avait des fonds affectés aux services de première ligne qui ont été protégés, mais il y a tout de même certaines réductions chez les organismes non-fournisseurs de services ici aussi.

L'hon. Hedy Fry: Madame Yeates, l'argent frais qui sera injecté dans le budget équivaldrait-il aux 93 millions de dollars qui ont été éliminés?

Mme Glenda Yeates: La différence totale dépendra de la combinaison de ces quatre éléments.

L'hon. Hedy Fry: D'accord, merci.

Je remarque dans votre budget que les réseaux de centres d'excellence dirigés par l'entreprise subissent des compressions de taille. Qu'est-ce qui va les remplacer?

Mme Glenda Yeates: Je m'excuse, madame la présidente, je n'ai pas bien entendu le titre.

Une voix: C'est pour les IRSC.

Mme Glenda Yeates: Merci.

M. James Roberge: Je vous remercie de cette question.

Il y a trois conseils qui participent à ce programme, donc il est administré par les trois conseils subventionnaires. Il y a un concours

national. Les résultats de ce concours déterminent la part relative de chaque conseil. Ce concours n'a pas encore été lancé. L'argent a été prévu dans le cadre financier et il est là. Dès que nous connaîtrons les résultats du concours, si les chercheurs en santé sont aussi concurrentiels que d'habitude, nous nous attendons à recevoir un financement comparable au financement actuel. Cela dit, nous ne connaissons pas encore les résultats du concours. Il n'y a donc pas de compressions là.

• (1700)

La présidente: Merci, monsieur Roberge.

Merci, madame Fry.

Écoutons maintenant Mme Sellah.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Merci, madame la présidente.

Je remercie les adjoints de la ministre d'être restés parmi nous.

À mon tour, j'aimerais souhaiter une bonne retraite à M. Roberge.

Dans le Rapport sur les plans et les priorités, on dit ceci dans le cadre de la priorité intitulée « Promouvoir l'innovation dans le système de santé »:

[...] Collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres partenaires du domaine des soins de santé afin de soutenir l'innovation dans le système de santé ainsi que son renouvellement et sa viabilité.

Est-ce à dire que Santé Canada va participer au groupe de travail du Conseil de la fédération?

Le cas échéant, pouvez-vous nous éclairer à ce sujet?

Mme Glenda Yeates: Merci, madame la présidente.

Collaborer avec les provinces et les territoires fait partie de nos objectifs. Il arrive toutefois que les questions abordées changent un peu. Il y a quelques années, par exemple, on a mis l'accent sur la question des listes d'attente. On a parlé des ressources humaines en santé. Pour le moment,

[Traduction]

le Conseil de la fédération regroupe les premiers ministres des provinces, et le gouvernement fédéral n'a pas encore été invité à participer aux décisions de ce groupe.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: D'accord.

Madame la présidente, me reste-t-il du temps?

[Traduction]

La présidente: Oui.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Cette semaine, la ministre a répondu à la Chambre à des questions sur la chimiothérapie mal dosée.

Pouvez-vous, sur un plan plus technique, nous donner plus d'informations sur les prochaines étapes, s'il vous plaît?

Madame la présidente, j'aimerais vous informer que je partagerai mon temps avec mon collègue Matthew Kellway.

[Traduction]

Mme Glenda Yeates: Je vous remercie beaucoup de cette question.

Je comprends qu'elle porte sur les inquiétudes liées à la chimiothérapie en Ontario. Est-ce exact?

Mme Djaouida Sellah: Oui.

Mme Glenda Yeates: Évidemment, c'est un enjeu très important. Je crois que nous travaillons tous en très étroite collaboration avec la province de l'Ontario, avec les fonctionnaires provinciaux, ainsi qu'avec l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario pour corriger la situation.

D'après ce que nous comprenons, il semble que certains composés qui étaient mélangés à la pharmacie de l'hôpital pour des traitements de chimiothérapie (qui sont toujours mélangés à l'hôpital dans certains cas) ont été confiés à une société extérieure à l'hôpital par contrat. Nous travaillons en très étroite collaboration avec l'Ontario pour déterminer ce qui se passe, et pour nous assurer et assurer l'Ontario, bien sûr, que nous sommes prêts à lui offrir toute l'aide nécessaire pour gérer la situation comme il faut.

La situation évolue, et nous en apprenons de plus en plus. C'est la raison pour laquelle nous gardons des liens forts avec nos partenaires de l'Ontario. Nous souhaitons évidemment travailler aussi avec nos homologues de tout le pays.

La présidente: Merci.

Monsieur Kellway.

M. Matthew Kellway: Merci.

Madame Yeates, nous avons dû nous interrompre tout à l'heure quand vous disiez que le ministère ne modifierait pas sa politique sur la collecte de sang. Il y a toutefois une chose qui a changé dans le contexte, puisqu'un investisseur privé a investi 6 millions de dollars afin de construire une clinique de collecte de sang à but lucratif, une stratégie de prédation et d'exploitation, bien honnêtement. Ces cliniques sont construites bien trop près des refuges pour itinérants et des cliniques de méthadone.

Pouvez-vous me dire ce que le ministère compte faire à ce sujet, ou s'il n'a pas encore pris de décision, quelles options il envisage?

Mme Glenda Yeates: Je vous remercie encore une fois de me permettre de poursuivre notre dialogue sur cette question très importante.

Comme je l'ai dit, notre politique n'a pas changé. Le sang utilisé pour les transfusions par la Société canadienne du sang et Héma-Québec ne peut provenir que de donneurs bénévoles. Le plasma provient lui aussi de donneurs, et il est utilisé dans la fabrication de produits pharmaceutiques, de produits sanguins très nécessaires, et ces produits sont de plus en plus en demande.

Dans les faits, au Canada, 70 p. 100 de ces produits viennent depuis longtemps de donneurs de plasma qui ont reçu une rétribution. Ces dons proviennent en grande partie des États-Unis, parce qu'en réalité, le Canada n'est pas autosuffisant. Mais même au Canada, il y a une clinique en activité depuis longtemps au Manitoba. Il s'agit d'une société canadienne qui fabrique un produit de plasma et qui rétribue ses donneurs.

• (1705)

M. Matthew Kellway: Vous ne voyez pas de modification là parce que vous ne proposez rien pour régler le problème?

Mme Glenda Yeates: Si vous me permettez de poursuivre, madame la présidente, je dois clairement vous rappeler notre rôle. Santé Canada se préoccupe au plus haut point de l'examen strict de la sécurité, parce que nous sommes l'organisme de réglementation. Nous sommes très soucieux de la sécurité de ces produits. Nous avons pour rôle de veiller à ce que rien dans le processus ne mine la sécurité de ces produits.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont le pouvoir de régir la question de la rétribution, que ce soit pour les dons de sang,

de cellules, de tissus ou d'organes. Nous savons que certains gouvernements, notamment celui du Québec, ont déterminé qu'ils n'allaient rétribuer personne pour ce type de don. Dans les autres provinces, il y a au moins un endroit au Canada où il y a une pratique établie depuis longtemps. Nous sommes donc toujours en pour-parlers avec nos homologues provinciaux et territoriaux, mais il est de leur ressort de déterminer s'il est légal de payer les donneurs.

La Société canadienne du sang et Héma-Québec ont aussi leur mot à dire. Évidemment, les patients qui ont besoin de ces produits... Nous avons mené des consultations initiales auprès de groupes très dépendants de ce type de produits spécialisés. Comme je l'ai dit, à l'heure actuelle, 70 p. 100 des produits viennent de plasma prélevé chez des donneurs rémunérés, donc ce groupe a également voix au chapitre et suit l'évolution du dossier.

Nous travaillons avec nos collègues des provinces et des territoires. Nous avons le mandat de la sécurité; ils ont le mandat de régir la question des paiements.

La présidente: Je m'excuse, monsieur Kellway, vous avez déjà bénéficié d'un petit sursis. Merci beaucoup.

Merci de votre réponse, madame Yeates.

Monsieur Gill, je crois que vous et moi allons nous partager le temps pour la prochaine intervention. Commencez, et vous n'aurez qu'à me laisser la parole quand vous aurez terminé, s'il reste du temps. Est-ce que cela vous convient?

M. Parm Gill: J'ai deux brèves questions à poser, madame la présidente, puis je vais vous laisser le reste du temps.

Il y a quelques mois, le comité a entendu parler de l'importance de la recherche en génomique et des possibilités qu'elle présente pour l'avenir des soins de santé. Le budget de 2013 prévoit-il du financement pour appuyer la recherche sur cette technologie émergente?

Mme Glenda Yeates: Je vais vous répondre la première, madame la présidente, et mon collègue des IRSC voudra peut-être ajouter quelque chose.

Il y a une annonce dans le budget de 2013 — je fouille dans mes notes —, concernant le renouvellement du financement accordé à Génome Canada. Cet organisme ne relève pas du portefeuille de la santé, mais vous comprendrez que nous nous intéressons beaucoup à son travail, compte tenu de l'intérêt qu'il présente pour la santé et la science.

Le financement accordé aux chercheurs canadiens en génomique a donc effectivement été renouvelé dans le budget.

M. Parm Gill: Merci.

Ma deuxième question porte sur les isotopes médicaux, qui sont très utiles pour détecter et traiter certains cancers. Malheureusement, il y a eu des pénuries dans le monde ces dernières années.

Le budget de 2013 prévoit-il des fonds pour assurer la sécurité de l'approvisionnement en isotopes médicaux?

Mme Glenda Yeates: Je pense que la population a été très sensibilisée à l'importance de ces substances dans notre système de santé au cours des dernières années. Le budget de 2013 prévoit 141 millions de dollars sur deux ans pour assurer l'approvisionnement en isotopes médicaux ainsi que la sécurité et la fiabilité du fonctionnement des laboratoires d'Énergie atomique du Canada limitée à Chalk River. Comme vous le savez, c'est l'un des...

Compte tenu de l'évolution de la situation, le budget prévoit du financement pour le laboratoire de Chalk River.

• (1710)

M. Parm Gill: Merci.

Vous pouvez prendre le relais, madame la présidente.

La présidente: Merci, monsieur Gill.

La greffière va s'assurer que je ne dépasse pas le temps imparti, donc je vais respecter les mêmes limites que vous. Je vous remercie de l'occasion.

Madame Yeates, mesdames et messieurs les fonctionnaires, selon le rapport sur les plans et les priorités de 2013-2014, Santé Canada va investir dans des outils de cybersanté pour les Premières Nations et les Inuits. Pouvez-vous nous dire combien d'argent ces investissements devraient nous permettre d'économiser en voyages médicaux? Les voyages médicaux semblent être un enjeu de premier ordre. Il revient au comité chaque fois que nous recevons des gens des régions rurales.

Ensuite, ces investissements dans les outils de cybersanté serviront-ils à financer des innovations comme celle de Rosie le robot, qui est utilisée à Nain, au Labrador? C'est une très belle réussite. Nous avons l'impression de connaître Rosie personnellement.

Pouvez-vous répondre à ces deux questions?

Mme Glenda Yeates: Merci de ces questions, madame la présidente.

Pour ce qui est des économies de coût, nous avons beaucoup investi dans la cybersanté, et nous constatons qu'elle peut réduire les dépenses de voyage de deux façons. Premièrement, et c'est probablement l'élément le plus important, les patients eux-mêmes économisent si nous pouvons les mettre en lien avec des fournisseurs de services de la santé par la télésanté. Ces services peuvent leur éviter un voyage de plus d'une journée, qui aurait été très perturbateur et très coûteux aussi. Nous avons évalué la situation au Manitoba, où nous avons investi beaucoup et avons fait quelques études. Il y a également une étude externe qui a été réalisée dans le Nord de l'Ontario et qui a permis de conclure à des économies importantes.

Les économies prennent une autre forme aussi. Les infirmières et le personnel en service dans les villages éloignés doivent constamment se perfectionner. Ils veulent avoir accès à de la formation professionnelle. Nous pouvons maintenant offrir de l'éducation professionnelle à notre personnel grâce à la télésanté. Cela représente donc des économies importantes pour nos infirmières aussi.

Pour ce qui est de Rosie le robot, je vous dirai que la priorité pour l'instant est plutôt de nous concentrer sur des projets que le comité ne connaît pas aussi bien que celui de Rosie, des projets un peu moins éclatants, si je peux dire. Nous nous penchons sur des éléments comme la connectivité. Nous souhaitons lier 35 nouveaux villages aux services de télésanté cliniques. Nous souhaitons élargir la bande passante dans plus de 120 villages. Nous voulons également accroître l'usage des technologies de santé mobiles.

Le projet pilote du robot dont vous parlez est donc très intéressant, mais nous ne prévoyons pas le reproduire ailleurs pour l'instant. C'est un projet coûteux, et il y a des communautés qui nous disent avoir besoin de connexions de base avant tout.

La présidente: Merci beaucoup.

J'ai terminé mes questions, et il nous reste un peu de temps.

Madame Fry, je m'apprêtais à lever la séance à 17 h 15, mais je vais vous laisser poser une question très chère à votre cœur avant de le faire.

L'hon. Hedy Fry: Merci infiniment, madame la présidente.

Il y a une chose dont je voulais vous parler. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a été réduit d'environ 7,5 p. 100.

Il me semblerait pourtant logique d'augmenter son budget, parce qu'il est clair qu'il a besoin de plus de ressources pour s'attaquer à un problème relevé par le vérificateur général à maintes reprises, c'est-à-dire la lenteur excessive des déclarations des effets nocifs des médicaments, auxquelles il faudrait affecter beaucoup plus de ressources. J'aimerais que vous m'expliquiez un peu pourquoi on sabre ainsi dans le budget du conseil compte tenu de l'importance de cet enjeu.

Merci.

Mme Glenda Yeates: Je vous remercie encore une fois de cette question.

Madame la présidente, je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire que le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés est une institution fondamentale. Je décrirais cette réduction de deux façons.

Il y a d'abord des économies administratives que l'institution a ciblées, et je crois que ses dirigeants pensent pouvoir gérer ces réductions sans compromettre leurs services du tout.

Le conseil a également réussi à réduire les fonds réservés pour les audiences. Les audiences coûtent très cher au conseil et encore une fois, il peut y avoir de nombreuses audiences pendant de nombreuses années. Son budget a été augmenté de manière à en tenir compte. Ses dirigeants se sont rendu compte au cours des dernières années qu'ils ne dépensaient pas cet argent parce qu'ils n'en avaient pas besoin. Ces audiences n'étaient pas nécessaires. Ils nous ont dit que ces réductions ne devraient pas les empêcher de s'acquitter de leurs fonctions, parce qu'ils n'avaient pas besoin de ces fonds.

Merci.

• (1715)

La présidente: Merci, madame Fry.

Je vais maintenant remercier nos témoins d'être venus nous rencontrer et d'avoir partagé avec nous leurs observations très éclairées.

Monsieur Roberge, nous aurions apporté un gâteau si nous avions su que vous preniez votre retraite. Nous sommes très contents pour vous et nous vous souhaitons beaucoup de bonheur. Nous vous envious tous beaucoup.

Nous allons nous interrompre une minute, une minute seulement, parce que nous devons voter et qu'il y a des gens qui ont des vols à attraper.

Merci.

• (1715)

(Pause)

• (1715)

La présidente: J'aimerais que les délibérations du comité reprennent, s'il vous plaît. Pouvez-vous vous asseoir?

J'essaie de tenir compte de l'horaire serré des gens qui ont des avions à prendre après la réunion. Ils n'ont pas beaucoup de jeu pour retourner dans leurs circonscriptions, donc je veux en tenir compte.

Nous devons passer au vote. Je dois avoir votre consentement unanime pour pouvoir demander le vote sur tous les crédits en bloc. Ai-je votre consentement unanime pour les mettre aux voix en bloc plutôt qu'un à un?

Des voix: D'accord.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Oui, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Très bien. J'ai le consentement unanime, donc allons-y.

Les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 35, 40, 45, 50 et 55 sous la rubrique Santé sont-ils adoptés?

SANTÉ

Ministère

Crédit 1—Dépenses de fonctionnement.....1 716 556 576 \$

Crédit 5—Dépenses en capital.....28 640 700 \$

Crédit 10—Subventions et contributions.....1 420 761 830 \$

Instituts de recherche en santé du Canada

Crédit 15—Dépenses de fonctionnement.....46 367 765 \$

Crédit 20—Subventions.....915 350 465 \$

Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses

Crédit 35—Dépenses du Programme.....3 243 543 \$

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Crédit 40—Dépenses du Programme.....9 918 440 \$

Agence de la santé publique du Canada

Crédit 45—Dépenses de fonctionnement.....329 555 178 \$

Crédit 50—Dépenses en capital.....7 217 054 \$

Crédit 55—Subventions et contributions.....210 343 452 \$

La présidente: Voulez-vous le vote par appel nominal?

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Oui, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Nous allons tenir un vote par appel nominal.

Les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 35, 40, 45, 50 et 55 sont adoptés par 6 voix contre 5.

La présidente: Puis-je faire rapport du Budget principal des dépenses à la Chambre?

Des voix: D'accord.

La présidente: Je vais le faire lundi.

À ceux qui retournent dans leurs circonscriptions, je souhaite un bon week-end. À ceux qui seront fidèles au poste à la Chambre demain, amusez-vous bien.

Vous êtes libres. La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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