



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 002



1<sup>re</sup> SESSION



42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mercredi 17 février 2016**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le mercredi 17 février 2016

• (1540)

[Traduction]

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

J'espère que tout le monde a passé une belle semaine.

J'aimerais reprendre là où nous étions rendus à la dernière réunion. M. Davies a soulevé des préoccupations, et je remarque que vous avez retiré une motion. J'aimerais que vous en parliez.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD)** Merci, monsieur le président.

À la dernière réunion, j'ai présenté une motion pour donner au Comité des paramètres à suivre en ce qui concerne ses séances à huis clos. M. Carrie nous a recommandé — selon moi, à juste titre — de prendre le temps de l'étudier, et nous l'avons écouté.

J'ai eu le temps de m'entretenir avec vous, monsieur le président, et je tiens à vous remercier d'être venu vers moi pour en discuter.

En gros, je crois que la majeure partie des travaux du Comité devrait être menée en public pour que nous puissions rendre des comptes à la population canadienne et que, par souci de transparence, il existe un compte rendu de nos délibérations et de nos votes. Ce qui me préoccupe surtout, c'est que dans les législatures précédentes, il était monnaie courante de discuter des affaires du Comité à huis clos. J'estimais que ce n'était pas une utilisation appropriée de cette méthode. À mon sens, il convient de tenir une séance à huis clos lorsqu'il est nécessaire de permettre aux membres de discuter librement et ouvertement de rapports provisoires et de témoignages, ou de questions confidentielles, personnelles ou financières. Cependant, l'étude des affaires du Comité devrait toujours être publique.

Après notre discussion, monsieur le président, je suis vraiment ravi de savoir que vous êtes du même avis que moi. Voilà pourquoi j'ai décidé de retirer ma motion. Je suis heureux de laisser la question à votre discrétion et de voir ce qui se passera. Je suis persuadé que vous gérerez le Comité en tenant bien compte de sa nature publique. Sinon, ma motion sera suspendue au-dessus du Comité comme l'épée de Damoclès.

**Des députés:** Oh, oh!

**M. Don Davies:** En passant, monsieur le président, pendant que j'ai la parole, j'aimerais en profiter pour retirer la motion pour affaire courante que j'ai rédigée et qui figure à l'ordre du jour. Elle portait sur les 8 ou 10 minutes dont les témoins disposent, selon les circonstances. Après avoir tenu compte de la façon dont le Comité alloue le temps, je ne crois pas que cette motion soit nécessaire, alors je la retire aussi.

**Le président:** La présidence vous en remercie.

Je suis très satisfait du dénouement de la situation. Je sais gré à M. Carrie d'avoir fait en sorte que nous ayons le temps de discuter de

la motion. J'ai pu parler à d'autres présidents de comité pour comprendre votre préoccupation avant de vous revenir. Nous en avons discuté un certain nombre de fois.

J'espère que nous pouvons régler les questions de procédure de cette façon si possible. C'est ce que j'espère. Cela nous empêche de polariser le débat plus qu'il ne le faut. Nous avons une énorme responsabilité au sein du Comité, et j'espère que nous pourrions avancer ensemble — je l'espère vraiment.

Quoi qu'il en soit, merci beaucoup.

Le greffier vous a envoyé une note de service pour vous demander de penser aux sujets que vous aimeriez aborder pendant la session. Je suppose que nous devrions écouter ce que tout le monde a à dire. Je crois que personne n'a fait de suggestions.

Le greffier a-t-il reçu des suggestions? Non.

Monsieur Kang, commençons par vous. Avez-vous des idées ou des suggestions à formuler sur des sujets que nous devrions aborder et pourquoi nous devrions le faire?

**M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.):** Je ne suis pas encore prêt. J'ai perdu mon téléphone et je le cherchais partout.

Est-ce que je pourrais passer mon tour pour l'instant et revenir plus tard?

**Le président:** D'accord.

Monsieur Oliver.

**M. John Oliver (Oakville, Lib.):** Oui, j'aimerais parler brièvement de deux points en particulier.

Le premier est que nous sommes l'une des rares nations à offrir des soins de santé universels sans que notre définition de couverture « exhaustive » englobe les médicaments ou l'assurance-médicaments. Lorsque je suis allé de porte en porte dans ma circonscription, j'ai rencontré bien des personnes qui occupent maintenant des emplois temporaires, à temps partiel ou à contrat, et j'ai vu que ce n'est plus vrai que les gens bénéficient d'une assurance-médicaments par le truchement de leur employeur. Les temps changent. Le coût des médicaments pour une personne au chômage est considérable. Il y a aussi les jeunes dans la vingtaine qui habitent chez leurs parents. Je prends, par exemple, ma circonscription d'Oakville: si un diabétique retourne vivre à la maison, il pourrait engager des dépenses de 1 000 \$ auxquelles personne dans la famille ne se serait attendu.

Il existe un certain nombre de solutions provisoires, notamment des programmes dans le cadre desquels il vous est possible de présenter une demande si vous pouvez prouver que vous êtes démunis, mais ils varient d'un endroit à l'autre au Canada. Chaque province a ses propres règles, alors nous n'avons pas de demande universelle d'assurance-médicaments, en particulier pour les personnes sans emploi qui ont besoin d'aide. Je crois que cette question mérite d'être étudiée.

Nous pourrions nous pencher sur les médicaments d'ordonnance pour commencer. À quoi ressemblerait un formulaire national des médicaments? Comment nous y prendrions-nous pour contrôler les coûts? Comment les gérerions-nous? Pourrions-nous faire en sorte que les médicaments soient abordables? Je pense qu'il y aurait plusieurs façons d'étudier les coûts abordables des médicaments. Il y a eu beaucoup d'études récentes sur le coût des médicaments homologués au Canada. Pourrions-nous réduire ces coûts grâce à des processus de négociations concurrentiels pour rendre les médicaments homologués plus abordables?

Enfin, il y a des questions concernant le mauvais usage de médicaments que font les personnes qui n'ont pas les moyens de se les payer. Elles prennent quelques doses d'antibiotiques et arrêtent pour s'en garder pour la prochaine fois, si bien qu'elles les utilisent mal. Certaines personnes ne prennent pas du tout les médicaments qu'elles devraient, car elles ne peuvent pas se le permettre financièrement. Selon moi, pareille étude nous brosseait un portrait national des pratiques de prescription et nous permettrait de nous pencher sur la prescription excessive et insuffisante, et la façon dont les médicaments sont utilisés efficacement au Canada.

C'est mon premier point.

Mon second point — et il s'agit là de mes deux points principaux — est que j'estime vraiment qu'il est temps de mettre en place une stratégie exhaustive de soins aux aînés. L'AMC la réclame, tout comme la majeure partie de la communauté médicale. Pareille stratégie viserait à examiner la combinaison de soins actifs, de soins primaires, de soins à domicile et de services afin d'offrir une gamme complète de services axés sur les aînés.

J'ai une très bonne histoire courte à vous raconter pour vous donner une idée de la façon dont cela pourrait fonctionner.

Il y a une douzaine ou une quinzaine d'années, j'étais à Rochester, dans l'État de New York, où on offre un programme de soins tout compris pour les personnes âgées. Il regroupe tous ces services pour des clients ou des résidents qui seraient dans des centres de soins de longue durée au Canada. Il s'agit de personnes assez frêles et affaiblies. Nous y sommes allés en matinée. On a reçu l'appel d'un intervenant — pas une infirmière — qui travaillait avec une dame clairement en détresse. Celle-ci avait reçu un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique et avait du mal à respirer. C'était la fin d'août et il faisait environ 29 °C, et elle vivait dans un appartement d'une chambre à coucher non climatisé. La chaleur y était étouffante. On a reçu l'appel et dans l'heure environ qui a suivi, une infirmière a été envoyée sur place. Elle a confirmé que les troubles pulmonaires s'aggravaient, et environ trois heures plus tard — j'essaie de me souvenir de la séquence des événements — la dame avait un climatiseur. Une équipe communautaire est allée chez elle lui installer un appareil d'environ 600 \$. Quand nous sommes partis vers 16 h 35, l'intervenant a rappelé pour dire que la dame allait bien, que ses poumons se dégageaient. Comme elle se rétablissait et allait mieux, ils l'ont quittée pour la journée.

Autrement dit, ils ont dû payer un intervenant, une visite d'infirmière et quelques appels à des médecins et à d'autres

personnes à l'administration centrale. Ils ont évité l'exacerbation d'une maladie pulmonaire obstructive chronique pour environ 600 \$ et peut-être 600 \$ supplémentaires pour couvrir le salaire des personnes qui sont allées chez la dame en question.

• (1545)

Dans notre système, la dame serait restée seule et aurait pu avoir de graves troubles pulmonaires. Lorsque sa maladie pulmonaire obstructive chronique s'est exacerbée, elle aurait eu à appeler au 911 pour qu'une ambulance l'emène à l'urgence. Normalement, après un passage à l'urgence et aux soins intensifs, ces personnes âgées fragiles ont besoin d'être hospitalisées pour se rétablir avant de rentrer chez elles. Dans notre système, il faudrait déboursier des centaines de milliers de dollars, mais cette crise a été réglée grâce à l'interaction d'une équipe communautaire et d'une équipe de soins à domicile.

Comment notre système peut-il offrir ce type de souplesse et d'intervention aux aînés, en particulier ceux qui sont très frêles? Je crois qu'il vaut la peine que nous nous penchions nous aussi sur la question.

Voilà mes deux points.

**Le président:** Quel était votre rôle là-bas?

**M. John Oliver:** Nous examinons différents modèles pour savoir comment offrir ces types de soins uniformes. Nous observons leur façon de gérer le programme.

**Le président:** Qui a payé le climatiseur?

**M. John Oliver:** Les coûts étaient prévus dans le budget de l'organisme. Il s'agissait d'un programme de soins complets. Il comptait des volets soins communautaires, soins à domicile, services à domicile et soins primaires intégrés dans un modèle de financement et un modèle de prestation de services coordonné.

• (1550)

**Le président:** Je pense que ces...

**M. John Oliver:** Permettez-moi de vous dire qu'ils n'ont rien à voir avec nos modèles à nous.

**Le président:** Ces deux sujets pourraient nous prendre deux ou trois ans.

**M. John Oliver:** Oui. Quoi qu'il en soit, ce sont les deux sujets que je propose.

**Le président:** C'est maintenant au tour de M. Webber.

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** Merci, monsieur le président. Je suis ravi d'être la deuxième personne à proposer des sujets de discussion.

Premièrement, j'aimerais vous parler un peu de moi et de mon expérience, car cela explique le sujet qui me passionne et que j'aimerais que nous abordions.

En tant que ministre et député au provincial pendant un certain nombre d'années en Alberta, aux côtés de mon collègue Darshan Kang, j'ai beaucoup œuvré dans les domaines des relations avec les Autochtones et des relations internationales. Pendant de nombreuses années, je me suis concentré sur ces domaines.

Pendant les trois dernières années environ de ma carrière comme député provincial, je me suis penché sur une question particulière dans le domaine de la santé. Une jeune femme est venue vers moi un soir lors d'un événement pour me dire qu'elle était en train de mourir d'une maladie du foie. Elle ne voyait pas comment elle pourrait avoir de transplantation du foie dans un avenir proche et elle allait partir bien avant le temps. Son témoignage m'a beaucoup touché. Elle me demandait de l'aide. Bien sûr, que faites-vous quand vous êtes politicien? Vous étudiez la question lorsqu'elle vous passionne. Cette rencontre a eu une incidence énorme sur ma vie.

J'ai consacré les trois dernières années de ma vie à cette question en particulier. J'ai présenté un projet de loi émanant d'un député à l'Assemblée législative de l'Alberta, le projet de loi 207. J'ai le projet de loi avec moi. J'en suis assez fier. Je l'ai présenté comme projet de loi émanant d'un député.

J'ai passé mes dernières années comme député à l'Assemblée législative de l'Alberta, et j'ai présenté ce projet de loi. Il s'agissait du Human Tissue and Organ Donation Amendment Act, 2013. M. Darshan Kang le connaissait très bien. Il a voté en sa faveur, de concert avec ses collègues du caucus. Il a été appuyé à l'unanimité à l'assemblée.

C'était un projet de loi qui visait à constituer un organisme de dons de tissus et d'organes humains dans la province de l'Alberta, lequel nécessiterait l'inclusion d'un système électronique d'enregistrement des organes relié au permis de conduire. Chaque fois que vous renouvellez votre permis de conduire, vous pourriez choisir d'être donneur d'organe. Le projet de loi prévoyait aussi une campagne de sensibilisation. C'était un projet de loi très intensif qui a demandé énormément de travail à bien des gens passionnés avec qui j'y ai travaillé.

J'ai été heureux qu'il soit adopté et qu'un certain nombre de points soient mis en oeuvre. Bien sûr, il y a eu un changement de gouvernement avec l'arrivée au pouvoir de la première ministre Notley. Je dois lui donner le mérite qui lui revient: elle continue à faire progresser le dossier. J'en suis très heureux.

J'aimerais demander aujourd'hui au comité permanent d'entreprendre une étude pour examiner les preuves relatives à l'état du système d'approvisionnement en dons de tissus et d'organes humains au pays, ainsi que pour examiner le niveau de sensibilisation des Canadiens et le niveau de préparation de nos travailleurs de la santé au pays, dans chaque hôpital, afin de saisir une occasion quand elle se présente.

J'ai entendu parler de bien des cas où on n'a pas pu saisir des occasions faute d'avoir l'infrastructure adéquate. Le personnel ne reçoit pas la formation nécessaire, et nous ne faisons pas grand-chose pour que la situation change. À l'heure actuelle, 4 500 personnes sont sur des listes de transplantation d'organes au Canada et, chaque année, en moyenne 256 personnes meurent avant d'en avoir reçu. Les maladies du rein sont à la hausse. Les baby-boomers vieillissent. Je m'attends à ce que notre système soit de plus en plus sollicité.

• (1555)

À l'heure actuelle, 2 000 personnes sont en attente d'une greffe de la cornée. Au Canada, chaque année, 1 600 personnes s'ajoutent à cette liste; la demande continue donc de croître. Je demanderais bien humblement que nous menions une étude sur cette question et que nous fassions venir des experts.

J'ai une liste de nombreux experts qui peuvent venir nous parler, nous souligner les besoins et nous dire ce que nous avons besoin de faire pour avoir un système d'approvisionnement rigoureux au pays. Je pense que c'est très important. Je demande humblement à mes

collègues autour de la table d'étudier sérieusement la question. Je serais le premier à donner au président une liste de noms de personnes qui pourraient venir témoigner devant nous.

Merci.

**Le président:** Premièrement, félicitations pour votre projet de loi émanant d'un député. Honnêtement, qu'est-ce qui pourrait surpasser cela? Les nombreuses personnes dont vous parlez... Connaissons-nous des pays dotés de programmes efficaces qui ont donné de bons résultats?

**M. Len Webber:** Nous sommes en retard sur des pays comme l'Espagne, le Portugal, les États-Unis, la France, la Belgique, l'Italie, l'Australie, l'Irlande et le Royaume-Uni pour ce qui est de nos réussites en matière d'approvisionnement en organes humains et en transplantations.

Je dois reconnaître le grand mérite de la province de l'Ontario, par contre. Elle a mis en place le système de dons d'organes et d'approvisionnement du Réseau Trillium pour le don de vie. Elle a opté pour un modèle que les autres provinces devraient être encouragées à suivre et à mettre en oeuvre. Le rôle du gouvernement fédéral est ici d'encourager les autres provinces à se joindre aux efforts, à élaborer des systèmes positifs pour le mettre en place et à avoir peut-être un accord-cadre. Le gouvernement fédéral devrait aider ces provinces et ces cloisonnements — en gros, ces cloisonnements des transplantations — à travailler ensemble à renforcer le système au Canada.

**Le président:** Monsieur Davies.

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

Je vais donner au Comité une liste de questions générales que j'estime qu'il devrait examiner. Je vais ensuite la raffiner et m'attarder à quelques points qui, selon moi...

**Le président:** Un instant, s'il vous plaît. Je suis désolé. Je croyais que vous vouliez formuler un commentaire sur l'idée de M. Webber.

Je n'ai pas posé la question. Quelqu'un souhaite-t-il commenter l'idée de M. Webber à ce stade?

Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.):** Oui. J'ai pratiqué la médecine pendant 20 ans et je suis tout à fait d'accord avec lui sur ce que nous devons faire.

Je suis désolé. Vous l'avez peut-être mentionné; je m'excuse si cela m'a échappé. Il y a des administrations dotées d'un système de consentement présumé. Si vous ne voulez pas donner vos organes, vous devez porter quelque chose qui précise que vous refusez de le faire. Ce serait un point que je serais prêt à étudier pour y apporter des précisions.

Je pense que vous avez raison. Dans ma propre expérience clinique, j'ai rencontré de nombreux patients qui auraient été des donneurs d'organes idéaux, mais à cause de lacunes systémiques, nous avons perdu des organes. C'est tragique.

**Le président:** Merci.

Monsieur Leitch.

**L'hon. K. Kellie Leitch (Simcoe—Grey, PCC):** Je pense que c'est une excellente question à examiner. Nous devons connaître les champs de compétences provinciaux et fédéraux dans le cadre de nos travaux; cela étant dit, je pense toutefois qu'il serait très constructif pour notre groupe de demander à M. Webber, si vous le voulez bien, de nous expliquer par écrit ce qu'il propose.

Le volet sur la sensibilisation est, selon moi, formidable. Cela relève tout à fait du champ de compétences fédéral. Il y a peut-être deux ou trois autres points et suggestions, mais cela pourrait nous donner l'occasion de tenir un débat exhaustif afin de décider si nous donnons suite ou non à cette idée. J'ai l'impression que le sujet suscite un certain intérêt.

**Le président:** Je pense que nous pourrions avoir une incidence.

**M. Len Webber:** Je serais plus qu'heureux de m'exécuter. J'ai un dossier épais comme cela, monsieur le président, et je me ferais une joie de le résumer sur papier.

**Le président:** Pourquoi ne nous remettez-vous pas un dossier... épais comme cela?

**Des députés:** Oh, oh!

**Le président:** Non, donnez-nous-en un résumé. C'est une bonne idée.

Y a-t-il d'autres commentaires?

Madame Sidhu.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** La semaine dernière, j'ai parlé aux représentants d'un fonds de bienfaisance destiné aux donneurs d'organe. Selon eux, même si les gens signent leur permis de conduire pour autoriser le don d'organe, leur famille l'ignore. La moitié des familles ne sont pas au courant. Il faudrait apporter une modification pour que les gens puissent aviser un membre de la famille, qui saurait ainsi que la personne concernée souhaite faire un don d'organe. Je pense qu'il y a une lacune à cet égard.

• (1600)

**Le président:** Monsieur Kang.

**M. Darshan Singh Kang:** Merci, monsieur le président.

Je pense qu'il y a un manque de sensibilisation et d'éducation. Après ce projet de loi, une campagne de sensibilisation au don d'organe s'est tenue au temple sikh de ma communauté. Un homme a épousé la cause. Presque tous les gens qu'il a abordés ont signé leur permis de conduire pour faire un don d'organe. Je considère que le Comité devrait se pencher sur la question de l'éducation afin d'informer les Canadiens qu'ils peuvent signer leur permis de conduire pour faire un don d'organe. Bien des gens l'ignorent. Les gens sont prêts à faire un don d'organe, mais il sont peut sensibilisés à la question.

**Le président:** Merci.

Est-ce que quelqu'un souhaite ajouter quelque chose?

D'accord, monsieur Davies. Vous avez la parole.

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

Quand j'ai réfléchi aux grands domaines que le Comité pourrait examiner, j'ai dressé une liste comprenant plusieurs sujets. Nous ne pouvons évidemment les étudier tous; je vous en lirai donc la liste générale. Je mettrai ensuite en exergue ceux qui pourraient figurer dans le programme du Comité.

J'ai pensé que nous pourrions nous pencher sur les soins communautaires, les soins à domicile et les soins palliatifs, des sujets parfois liés, parfois distincts.

M. Oliver a déjà proposé d'étudier les médicaments d'ordonnance et la myriade de questions à régler pour nous assurer que les Canadiens obtiennent les médicaments dont ils ont besoin.

Il y a aussi la santé des Autochtones. D'après mes échanges avec les analystes, ni notre Comité ni celui des affaires autochtones n'a

vraiment étudié la question, pas depuis assez longtemps, du moins. Je pense que c'est quelque chose que nous pourrions examiner.

Je me préoccupe aussi à propos de la privatisation, des tickets modérateurs et simplement de l'application de la Loi canadienne sur la santé en général. À titre de politiciens fédéraux, nous avons l'obligation de veiller à ce que les principes de cette loi soient respectés par les provinces. Nous avons eu vent d'un litige en Colombie-Britannique. Je crois qu'une clinique d'imagerie par résonance magnétique a ouvert ses portes en Saskatchewan, et le Québec a adopté certaines mesures législatives à ce sujet également. C'est donc un autre domaine que nous pourrions étudier.

La résistance aux antimicrobiens est, à mon avis, une question intéressante que nous aurions intérêt à bien comprendre.

Les dossiers médicaux électroniques et les soins de santé virtuels font partie de notre avenir; ce serait là des sujets intéressants à étudier.

Enfin, il y a la question de notre réserve de sang. En Saskatchewan, il y a eu un problème en raison de donneurs rémunérés par une clinique à but lucratif. En raison du virus Zika, il y a peut-être lieu de se préoccuper de notre réserve de sang. J'ai pensé qu'il serait intéressant, essentiellement 20 ans après la commission Krever, de voir comment en sont les choses à cet égard. Nous attendons généralement qu'une catastrophe ou une urgence de santé publique survienne avant d'examiner les choses.

Ce sont là les sujets que je propose. Ils pourraient nous tenir occupés pendant une décennie.

En fait, j'ai présenté ces sujets sous la forme de motions. Voici ce que je proposerais comme processus digeste pour les semaines et les mois à venir.

Tout d'abord, j'ai découvert que le Comité a réalisé une étude sur la santé mentale au Canada et l'a présentée à la Chambre des communes en mai 2015. Dans cette étude, il demandait au gouvernement de préparer un rapport, ce qui n'a jamais été fait. Le dossier n'est donc pas clos. Je ne verse pas dans la calomnie; je pense que les élections ont peut-être interrompu le processus.

**Voici la motion:** Que le Comité permanent de la Santé demande officiellement que la ministre de la Santé fournisse une réponse au Comité relativement aux conclusions de l'étude sur la santé mentale au Canada soumise à la Chambre des communes en mai 2015.

Je pense que le Comité devrait aller au bout des choses pour que le bon travail qu'il a accompli à ce sujet ne reste pas inachevé.

Je propose ensuite que le Comité entame une étude sur la santé des Autochtones. Je vais vous lire ma motion:

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

Je fais respectueusement remarquer que cette étude offrirait au Comité une belle occasion de présenter une demande de voyage. Personnellement, je ne me suis jamais rendu dans une communauté autochtone pour réaliser une étude sur la santé. Je ne suis jamais allé à Iqaluit.

Monsieur le président, je vous remercie d'avoir distribué la lettre dans laquelle l'honorable Larry Bagnell nous invite au Yukon, une province où, selon ce qu'on m'a dit, 25 % de la population est autochtone.

•(1605)

C'est une bonne façon pour le Comité de... Tout d'abord, nous restons au Canada. Ensuite, nous sortons d'Ottawa pour aller sur place afin de commencer à recueillir directement des renseignements et des témoignages sur le sujet. Étant donné que le premier ministre Trudeau a accordé la priorité aux relations avec les Premières Nations et que le Comité ne s'est pas penché sur la question, je pense que ce serait un bon point de départ.

Il faudrait probablement plusieurs semaines simplement pour organiser cette étude. Il nous faudrait convoquer des témoins et tout le tralala. Entre-temps, voici ce que je propose pour les prochaines semaines:

Que le Comité permanent de la Santé demande la tenue d'une séance d'information avec des fonctionnaires de Santé Canada concernant le Rapport annuel de 2015 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé et l'état du système de soins de santé canadien.

Il pourrait être bénéfique pour tous les membres du Comité de recevoir une séance d'information de la part des fonctionnaires du ministère sur le plus récent rapport annuel et de pouvoir leur poser quelques questions. Je pense que cette séance pourrait probablement être organisée la semaine prochaine.

Le quatrième point concerne ce qui se passe dans les autres comités. J'ai remplacé un membre du comité des pêches hier, et voici ce que nous avons fait. La motion est la suivante:

Que le Comité permanent de la santé demande à la ministre de la Santé de comparaître à la première occasion devant le Comité pour discuter de sa lettre de mandat et répondre aux questions.

J'admets que les ministres sont occupés et je ne veux certainement pas déranger la ministre Philpott. Je pense toutefois que nous pourrions l'inviter à témoigner, tout en reconnaissant que cela pourrait prendre du temps. Ce serait bien qu'elle témoigne devant le Comité pour nous faire part de ses opinions et de ses priorités en fonction de sa lettre de mandat. Cela nous donnerait l'occasion de lui poser quelques questions.

Je vais m'arrêter ici. J'ai d'autres sujets que nous pourrions également étudier, mais j'arrêterai au cinquième. C'est autre chose que nous pourrions faire en attendant si nous organisons une étude aux fins de rapport. Voici en quoi tient la motion:

Que le Comité permanent de la santé demande la tenue d'une séance d'information avec des fonctionnaires de l'Agence de santé publique du Canada et de la Société canadienne du sang respectivement en ce qui concerne l'état actuel de l'écllosion du virus Zika, les menaces du virus pour la santé des Canadiens et les efforts actuellement déployés par l'Agence de santé publique du Canada ainsi que la Société canadienne du sang pour lutter contre les répercussions sur le plan de la santé publique.

Je terminerai en disant que je sais que le moustique ne vit pas au Canada, mais l'OMS a déclaré qu'il s'agit d'un problème d'envergure mondiale. L'Organisation prévoit qu'il y aura 4 000 000 cas l'an prochain. Hawaï vient de déclarer une urgence de santé publique. Les États-Unis avisent maintenant la population que le virus pourrait être transmissible sexuellement. Nous ne connaissons pas vraiment les effets du virus et ne savons pas s'il cause ou non la microcéphalie. Des théories de la conspiration fusent déjà sur Internet. Certains pensent que c'est la faute de Monsanto.

J'aborde la question parce que l'épicentre de l'épidémie se trouve au Brésil et que les Jeux olympiques se dérouleront à Rio cet été. Le monde entier y enverra d'importantes délégations, et de nombreux athlètes canadiens participeront à l'événement.

Quelques cas d'infection au virus Zika ont été détectés au Canada. Une Ontarienne a dû rendre sa situation publique pour obtenir les tests qu'elle considérait devoir subir. Je pense qu'elle est enceinte.

Évidemment, la microcéphalie préoccupe les femmes enceintes ou celles qui pourraient envisager de le devenir.

Cela nous permettrait de recevoir quelques séances d'information dans un laps de temps relativement court. Nous convoquerions la ministre pendant que nous organisons une étude sur le sujet que je considère que nous devrions aborder en premier, c'est-à-dire la santé des Autochtones au Canada.

•(1610)

**Le président:** Vous proposez deux ou trois motions.

**M. Don Davies:** Je peux les proposer l'une après l'autre si vous le voulez.

**Le président:** Pourrions-nous les examiner après que tous les sujets aient été proposés?

**M. Don Davies:** Certainement.

**Le président:** Merci. Vous vous êtes tenu occupé pendant votre semaine de pause.

Monsieur Ayoub.

**M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.):** Avec votre permission, je m'exprimerai en français simplement pour équilibrer un peu les choses, et si je peux pratiquer mon anglais, ce serait formidable.

[Français]

Deux strates de population m'intéressent: les aînés et les plus jeunes — la famille, les enfants. En ce qui concerne les soins à domicile pour les aînés, je voudrais savoir ce qu'il se fait ailleurs au Canada. Au Québec, certains actes médicaux sont effectués. De plus en plus, nous voulons que nos aînés restent à la maison. Les soins à domicile sont l'une des façons de leur procurer une certaine autonomie de façon à ce qu'ils puissent rester plus longtemps à la maison.

Mon expérience en tant que maire m'a permis de constater ce genre de demandes. Les gens venaient demander comment ils pouvaient éviter d'aller habiter dans des résidences où tout est inclus et rester dans leur communauté. Ils vivent plus vieux, peuvent être en meilleure santé et veulent rester chez eux. Cette question m'intéresse beaucoup. Quelles sont les perspectives d'avenir en ce qui concerne ce genre de soins? J'aimerais savoir ce qui se fait ailleurs dans le monde et quelles sont les meilleures pratiques. Lesquelles pourrions-nous emprunter et mettre en pratique au Canada?

Par ailleurs, le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, ou TDAH, est un sujet qui m'intéresse beaucoup également. Ce trouble a été identifié il y a plusieurs années. Beaucoup de médicaments sont prescrits aux enfants chez qui on a diagnostiqué ce trouble. Il semble que ce soit un trouble de l'ère moderne. Je suis très curieux de savoir comment il a évolué et de quelle façon il varie avec l'âge. Les enfants sont traités de plus en plus jeunes et continuent de l'être par la suite. On ne sait pas quand cesse le traitement. Il y a beaucoup de médication et, par conséquent, beaucoup de frais. J'aimerais entendre des spécialistes à ce sujet et savoir ce qui se fait ailleurs. Cette situation est-elle propre au Québec ou au Canada, ou la retrouve-t-on partout?

Enfin, je suis très sensible à ce que M. Webber a annoncé au sujet du don d'organes. Chaque province a déjà des programmes à cet égard. Nous pourrions trouver un terrain d'entente quant à la façon d'aborder cette question.

J'imagine qu'il sera difficile de choisir parmi tous les sujets intéressants qui s'offrent à nous, mais il faudra le faire et commencer quelque part.

Je vous remercie.

[Traduction]

**Le président:** Y a-t-il des commentaires sur ces propositions?

Monsieur Darshan Singh Kang.

**M. Darshan Singh Kang:** Je reprends un peu mon souffle.

Je voulais simplement revenir sur certains points abordés.

Je pense que nous devrions étudier de nouveau le Conseil canadien de la santé. Nous devrions examiner la question et revenir aux recommandations initiales du Conseil pour veiller à ce que les Canadiens puissent participer et présenter des commentaires au gouvernement sur le fonctionnement du système de soins de santé. En outre, nous devrions rétablir en partie le mandat précis du Conseil pour continuer de soutenir les Canadiens et les divers ordres de gouvernement en ce qui concerne les préoccupations que suscite le système de soins de santé du pays.

En ce qui concerne l'assurance-médicaments, le Conseil a recommandé d'établir un comité national public des produits pharmaceutiques composé d'experts indépendants du domaine des régimes d'assurance-médicaments nationaux. Nous devrions nous pencher sur la question. Nous devrions également examiner la possibilité de recourir à un système exhaustif national d'achat en vrac et d'acquisition de produits pharmaceutiques.

Il y a aussi l'initiative nationale en matière de santé mentale. Nous devrions...

Les soins à domicile sont également très importants.

Je me préoccupe aussi de la privatisation. En Alberta, mon collègue Len Webber sait qu'on jongle avec l'idée.

Le premier ministre Klein envisage une troisième solution. Des efforts ont été déployés pour privatiser les soins de santé et peut-être instaurer un système à deux ou à trois paliers. Qui sait?

Quoi qu'il en soit, comme les coûts des soins de santé ne cessent d'augmenter, nous tentons de trouver une solution rapide. Quand je suis allé chez le médecin, il y avait 25 ou 30 personnes qui attendaient. Un homme est venu me voir et m'a demandé pourquoi on n'imposait pas des frais de 5 \$ pour consulter le médecin. Il y avait là bien des gens enrhumés qui renflaient, des gens qui n'avaient nul besoin d'être là. Si on imposait des frais de 5 \$, la moitié de ces personnes ne seraient peut-être pas là. Des propositions de ce genre ont été formulées.

À cela s'ajoute la question des coûts des soins de santé. Comme notre population vieillit, la pression et la demande s'accroissent sur le système de soins de santé. Nous devons nous intéresser à l'innovation et à la technologie, et déterminer comment nous pourrions juguler l'augmentation des coûts. Le Comité devrait peut-être convoquer des experts pour étudier la question afin de restreindre l'accroissement des coûts des soins de santé, car je ne crois pas que nous puissions continuer comme cela, compte tenu de la manière dont ces coûts augmentent.

Il y a aussi le fait que de nombreux médecins originaires d'Inde, du Pakistan et d'autres pays conduisent des taxis; nous devrions chercher à voir comment nous pourrions permettre à ces spécialistes et à ces médecins de travailler dans le système. Quand je travaillais dans les comptes publics en Alberta, j'ai proposé de les laisser travailler dans le système aux côtés de nos médecins canadiens. Laissons-les mettre leur pratique à jour pendant deux, trois ou quatre ans. Rémunérons-les pour qu'ils puissent vivre confortablement tout en pratiquant leur profession. Ils peuvent se mettre à jour. Je parle de

reconnaître les titres de compétences étrangers. Cela permettra, selon moi, d'atténuer la pression sur le système de soins de santé.

Nous devrions offrir des incitatifs dans les régions rurales du pays, où de nombreux médecins ne veulent pas travailler. Nous devrions proposer des mesures incitatives pour équilibrer la situation. Les nouveaux médecins pourraient travailler en région rurale pendant 5 ou 10 ans. Je sais que cela comporte bien des défis, mais nous devrions examiner des manières novatrices d'attirer un plus grand nombre de médecins dans le système pour qu'ils servent les régions rurales du pays.

Je suis originaire d'Inde, où il y avait un système public quand j'étais jeune. Nous avions des cliniques. Puis, quand nous avons instauré un système privé, les systèmes publics d'éducation et de soins de santé ont périclité. Je considère donc que le Comité devrait chercher à voir comment nous pourrions restreindre les coûts des soins de santé publics. À mon avis, une fois que nous aurons entrebâillé la porte à la privatisation, tout le monde y perdra.

Je sais comment les choses se passent en Inde. Quand quelqu'un se présente à l'hôpital, on lui dit d'aller au guichet. Une fois là, le coût peut être de 200 000 ou 300 000 \$, selon la gravité de la maladie. On demande au malade de déposer de l'argent, après quoi on l'examine. Je sais que si nous ouvrons la porte, ne serait-ce qu'un tout petit peu, à la privatisation, nous nous retrouverons dans la même situation.

• (1615)

C'est tout ce que j'ai à proposer pour l'instant.

**Le président:** Eh bien, vous avez repris votre souffle.

**M. Darshan Singh Kang:** Merci, monsieur le président.

**Le président:** Y a-t-il d'autres questions ou commentaires?

Monsieur Carrie.

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

J'ai pensé qu'il serait intéressant d'étudier les lieux d'injection supervisés. Je sais que M. Coderre a récemment assisté à une réunion à Montréal et qu'il en a touché un mot au premier ministre.

Le gouvernement fédéral a certainement un rôle à jouer à cet égard. Je pense que si ces genres de sites sont envisagés, nous devrions voir comment on détermine leur emplacement. Autrement dit, comment s'inscrivent-ils dans le concept de santé communautaire et publique à l'échelle locale? Comment obtenir les points de vue des parties prenantes pour que si ces sites sont créés, ce soit avec l'accord de la communauté?

Peut-être devrions-nous même examiner les faits relativement au site d'injection implanté à Vancouver. Cette initiative fonctionnelle-t-elle vraiment? Existe-t-il des données scientifiques à l'appui que nous pourrions étudier? Je pense que ce serait un sujet vraiment d'actualité, à l'égard duquel nous avons un rôle à jouer.

• (1620)

**Le président:** Très bien.

Y a-t-il des commentaires à ce sujet?

Madame Sidhu.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci, monsieur le président.

En fait, je veux parler brièvement de ce que M. Davies a dit au sujet des soins à domicile et des soins palliatifs pour réduire l'engorgement dans les hôpitaux. Les baby-boomers vieillissent, et nous devons prendre des mesures à cet égard. Il faut plus de services à domicile.



Je veux vous donner un exemple d'une clinique ouverte 24 heures sur 24. À Mississauga, il y a une clinique ouverte 24 heures sur 24, située juste en face de l'hôpital Trillium. Si vous vous rendez à l'hôpital pour des blessures mineures, vous devrez attendre longtemps. À la clinique ouverte 24 heures sur 24, vous vous présentez et on vous traite. Je pense qu'elle raccourcit les temps d'attente, mais allège aussi le fardeau des hôpitaux. C'est un sujet que je veux aborder en ce qui concerne les soins à domicile et les soins palliatifs pour les personnes âgées. Une augmentation des soins à domicile aura également une incidence sur l'engorgement dans les hôpitaux.

Le deuxième sujet que je veux évoquer, c'est que la santé mentale devient de plus en plus problématique. Il y a tellement d'obstacles. Nous devons les éliminer. La dépression entre également en ligne de compte.

Pour ce qui est d'une stratégie sur les produits pharmaceutiques, M. John Oliver a fourni d'excellentes explications.

Le diabète est en train de devenir une maladie épidémique. Si je ne m'abuse, un Canadien sur trois recevra un diagnostic de pré-diabète. L'obésité est la principale cause, si bien que nous devons nous pencher là-dessus. Nous devons mieux sensibiliser les gens.

Nous devons élaborer une stratégie quelconque pour les médecins de famille. Je ne critique pas les médecins de famille. Quand une personne est atteinte de pré-diabète, nous devrions intervenir. Lorsqu'une personne devient diabétique et qu'elle n'est pas traitée, elle peut devenir un patient souffrant de problèmes cardiaques également. C'est quelque chose sur lequel nous devons nous pencher.

Il y a ensuite l'insuline. Dans certains pays, l'insuline est un médicament susceptible de sauver des vies. Pourquoi pas au Canada? Nous devrions avoir ce médicament susceptible de sauver des vies. Nous devrions étudier cette question également.

Le dernier gouvernement était en train de mener une étude sur le rayonnement sans fil et ses effets sur la santé. Nous devrions examiner ce dossier également.

C'est à peu près tout ce que je voulais dire.

**Le président:** Quelqu'un veut-il faire des observations là-dessus?

Monsieur Webber.

**M. Len Webber:** Merci.

J'aimerais seulement quelques précisions, madame Sidhu, concernant les soins à domicile et les soins palliatifs. Vous venez de la région de Mississauga?

**Mme Sonia Sidhu:** Je suis de Brampton.

**M. Len Webber:** Vos électeurs vous font-ils part de leurs préoccupations au sujet des soins de santé et des soins palliatifs?

**Mme Sonia Sidhu:** Oui, ces préoccupations sont nombreuses. Les gens ne veulent pas se rendre dans les hôpitaux en raison des longs délais d'attente, même si nous les avons réduits. Les personnes âgées ne veulent tout de même pas y aller. C'est un gros problème.

Pour les soins à domicile, il existe un programme de télémétrie offert par l'entremise de l'hôpital, mais pas dans tous les hôpitaux. Nous devrions examiner cette initiative. Le programme de télémétrie est très fructueux. Un membre du personnel infirmier peut téléphoner à un patient chez lui et dire, « Votre tension artérielle est correcte; votre taux de sucre est correct ». L'infirmière du patient atteint de diabète peut appeler et dire, « Vous devez augmenter votre insuline ». Certaines personnes âgées ne le font pas.

Il y a parfois un problème. Les patients ne se rappellent plus quel médicament prendre ou s'ils ont déjà pris leur médicament.

Si nous augmentons les soins à domicile, nous pouvons augmenter bien d'autres soins.

**M. Len Webber:** La raison pour laquelle je pose la question, c'est que des soins à domicile et des soins palliatifs ont déjà été prodigués chez moi. C'était à Calgary et les soins étaient absolument merveilleux. Je ne saurais trop insister sur le système de soins de santé dans cette région. Il serait intéressant de savoir ce qui se passe partout au pays.

**Mme Sonia Sidhu:** Les temps d'attente sont longs à Brampton. Il n'y a même pas de places disponibles dans les foyers pour personnes âgées. Nous devons faire plus ou changer notre stratégie.

**Le président:** Merci.

Madame Davies, vous vouliez faire une observation?

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

J'ai pensé qu'il serait utile que nous examinions ce que le Comité a récemment étudié, alors j'ai passé en revue le cahier d'information.

À compter de juin 2015, nous nous sommes penchés sur le cancer du poumon au Canada. La santé mentale au pays a fait l'objet d'une étude en mai 2015. Nous avons examiné le « Code de sécurité 6 de Santé Canada » en mars 2015. En 2014-2015, le Comité a étudié les « Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux: profession et formation des professionnels de la santé ». On a effectué un examen législatif de la Loi sur les produits antiparasitaires en janvier 2015. Les cigarettes électroniques ont fait l'objet d'une étude à la fin de 2014. On a examiné les risques et les dangers pour la santé de la marijuana en mai et en octobre 2014. Le rôle du gouvernement dans la lutte contre l'utilisation abusive des médicaments d'ordonnance a été étudié en 2013-2014. Nous nous sommes penchés sur l'innovation technologique dans les soins de santé en 2012-2013. En octobre 2012, le Comité a étudié les listes de priorité des vaccins durant les pandémies, et en mars 2012, les maladies neurologiques. Nous avons examiné le rôle du gouvernement et de l'industrie pour déterminer les besoins en médicaments de mars à juin 2012. Enfin, on a étudié les maladies chroniques liées au vieillissement, la promotion de la santé et la prévention des maladies en 2011-2012.

J'ai simplement pensé qu'il serait utile que nous sachions ce qui a été étudié. C'est la référence de Sonia à la santé mentale qui m'en a donné l'idée. Je conviens que c'est important, mais le Comité vient d'étudier le sujet, alors nous ne voulons peut-être pas...

● (1625)

**Mme Sonia Sidhu:** L'étude n'était-elle pas incomplète?

**M. Don Davies:** Nous n'avons pas reçu de réponse du gouvernement.

Il serait peut-être bien que vous examiniez ce rapport pour voir s'il y a des sujets qui ne sont pas couverts adéquatement. Nous pourrions nous concentrer sur ces sujets.

**Le président:** Monsieur Kang.

**M. Darshan Singh Kang:** Je pense que les soins à long terme sont une question importante également. C'est ce qui pose problème dans les hôpitaux. Un grand nombre de personnes souffrent de maladies à long terme. On dit de ces gens qu'ils monopolisent des lits dans les hôpitaux, mais s'il y avait un établissement de soins de longue durée ou des maisons de repos, cela réduirait les pressions que subissent les hôpitaux pour réduire les temps d'attente dans les services d'urgence. Je pense que le Comité devrait se pencher là-dessus.

Les soins à domicile sont formidables. Je sais d'expérience qu'ils fonctionnent. Si l'on investissait plus d'argent dans les soins à domicile, je pense que l'on réduirait les pressions sur les hôpitaux également. J'ai fait appel à des services de soins à domicile chez moi dans le passé. Ces soins donnent des résultats extraordinaires. Ils réduisent aussi les coûts totaux des soins de santé. Un grand nombre de personnes âgées veulent être dans leur maison. Elles ne veulent pas aller dans des foyers. Elles veulent qu'on prenne soin d'elles et, en leur offrant des soins à domicile, je pense qu'on peut leur éviter de devoir aller dans des foyers et des hôpitaux.

Il y a aussi la clinique, où une personne peut se présenter pour un test sanguin et une radiographie. Comme Sonia l'a dit, si nous avions des cliniques de santé ouvertes 24 heures sur 24 où l'on fait des radiographies, des tests sanguins et tout le reste, cela réduirait également les pressions sur les hôpitaux.

Je me demande, monsieur Davies, ce qui a émergé des études effectuées par le Comité. Les recommandations ont-elles été mises en oeuvre? Ces études ont-elles donné des résultats, ou les rapports dorment-ils sur les tablettes à ramasser de la poussière? Qu'a-t-on fait de ces recommandations?

Je pense que nous devrions faire un suivi, en tant que comité, et voir où nous en sommes. Ces recommandations pourraient être mises en oeuvre, ce qui pourrait être un pas dans la bonne direction en vue de peut-être réduire les coûts ou d'améliorer les soins de santé.

Merci, monsieur le président.

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

Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Lorsque le Comité prépare des rapports, ils sont publiés et déposés au Parlement, et son travail est terminé. Les rapports demeurent à la disposition du gouvernement. Le gouvernement les examine lorsqu'il le souhaite. Je ne suis pas certain si le rôle du Comité est...

Nous faisons notre travail, communiquons ces recommandations au gouvernement, puis espérons qu'il les mettra en oeuvre, j'imagine. C'est pourquoi je pense qu'il serait utile de recevoir la ministre. Ce serait une bonne question à poser à la ministre: parmi les rapports qui ont été publiés, le gouvernement suit-il un processus pour examiner les recommandations et peut-être les mettre en oeuvre? Je ne suis pas certain.

**M. Darshan Singh Kang:** Je suis moi aussi nouveau au Comité, alors je ne sais pas comment le processus fonctionne. Nous devons tous nous mettre à jour.

Je pense que si un comité n'a pas d'autorité, que nous faisons une étude et qu'aucune mesure n'est prise par la suite, alors le travail n'est pas vraiment... Cela m'amène à me demander pourquoi le Comité existe si nous convoquons les intervenants et faisons tout le travail, et que ces rapports restent sur les tablettes et que rien n'est fait par la suite. Je pense que ce ne sont que de belles paroles.

• (1630)

**Le président:** Monsieur Oliver.

**M. John Oliver:** J'allais soulever cette question également.

Je pense que nous devrions terminer notre travail. Je ne pense pas que Doug a encore énoncé ses priorités, alors nous devrions le faire. Nous devons établir ce que les membres du Comité aimeraient faire.

Je pense qu'il serait intéressant de passer en revue les études passées du Comité pour voir s'il y a des dossiers pour lesquels des mesures n'ont pas été prises. En tant que comité, nous n'avons pas besoin d'étudier à nouveau ces sujets, mais si nous jugeons qu'ils

sont importants, nous pouvons y donner suite. Je pense que ce serait l'une des choses que nous pourrions faire. Lorsque nous examinons l'ordre du jour et les points que nous y inscrirons, c'est quelque chose que nous pouvons faire.

Je sais que la question du rayonnement électromagnétique des radiofréquences et de la santé des Canadiens est morte au *Feuilleton* à l'ajournement de la Chambre. Je pense qu'il restait du travail à faire à la Chambre.

Il y a quelques sujets que nous devons probablement envisager. Il y a d'autres points à inscrire à l'ordre du jour pour nos études à venir.

**Le président:** Le processus serait donc que lorsque nous décidons d'un sujet à étudier, alors nos analystes feraient des recherches sur ce qui a été fait dans le passé. Si les études sont désuètes, nous pouvons quand même envisager de poursuivre nos travaux. Les analystes établissent un plan de travail et fournissent une liste de témoins possibles. Nous pouvons choisir nos propres témoins, mais ils nous présenteront un plan. Cela prend un peu de temps, mais ce n'est pas trop long.

**M. John Oliver:** Ce serait quand tout est terminé. L'ancien comité a fait toutes ces étapes et a effectué tout le travail, puis la question est morte au *Feuilleton*.

Je pense qu'il vaudrait la peine de faire une vérification rapide. Nous pourrions poser cette question au personnel. Y a-t-il des études que l'ancien comité n'a pas terminées, et choisissons-nous en tant que comité de poursuivre et terminer le travail de nos collègues qui nous ont précédés?

**Le président:** Lorsque nous aurons terminé d'aborder ce sujet, M. Davies va proposer que nous demandions un rapport sur la santé mentale auquel le gouvernement était censé répondre. Nous pourrions ajouter votre proposition également. Ce serait approprié.

On vous écoute, monsieur Davies.

**M. Don Davies:** J'ai une liste devant moi — je pense qu'elle était dans le cahier d'information —, et l'analyste peut peut-être redistribuer la liste des rapports qui ont été préparés au cours des cinq dernières années. Ils ne sont pas si nombreux, soit environ 15. On pourra alors prendre connaissance des rapports et lire les recommandations.

Je dois vous rappeler que c'était une législature différente, un comité différent et une majorité différente. J'ignore à quel point cet examen serait utile. Je commencerais plutôt par regarder cette législature et l'avenir. Toutefois, je pense qu'il serait utile de prendre connaissance de ces rapports et des recommandations. Vous pourrez avoir un aperçu de ce qui a été fait. Je ne suggère pas de laisser tomber cette idée.

Je pense que nous pourrions repartir à zéro et décider de ce que nous voulons faire à partir de maintenant. Après avoir travaillé dans un esprit de collégialité pour produire un bon rapport qui renferme des recommandations, nous pourrions alors appuyer M. Kang et essayer de mettre en oeuvre les recommandations.

**Le président:** Bien. Quelqu'un d'autre a des observations à faire?

Docteur Leitch, la parole est à vous.

**L'hon. K. Kellie Leitch:** Il y a quelques remarques que je veux faire.

Tout d'abord, je sais que M. Davies allait intervenir — et nous avons la liste sous les yeux — pour que l'on invite à comparaître des fonctionnaires de l'Agence de la santé publique et de Santé Canada. Je pense que leurs témoignages seraient très utiles. Certains d'entre nous ont travaillé dans le système et savent en quelque sorte comment il fonctionne, mais je pense qu'il serait extrêmement utile pour tous les membres du Comité, et surtout pour ceux qui ne travaillent pas sur la Colline du Parlement depuis longtemps, d'entendre le point de vue des ministères.

Ensuite, je pense que nous devrions avoir une discussion approfondie sur la marijuana et ses effets sur les personnes de moins de 18 ans. Je me ferai un plaisir de discuter des effets sur les adultes également.

Je suis chirurgienne en pédiatrie et en orthopédie. J'ai rencontré des enfants à l'urgence qui étaient sous l'influence de la marijuana. Cela me préoccupe énormément. Je pense que le Comité devrait connaître quels sont ces effets, à court et à long terme. Il existe des preuves documentées, du moins de la profession médicale. Je ne peux pas parler au nom des personnes qui veulent pérorer sur la question, mais je pense qu'il est important que le Comité sache ce qu'il en est à tout le moins.

**Le président:** Faites-vous allusion aux effets secondaires de la marijuana chez les jeunes, ou aux répercussions réelles?

**L'hon. K. Kellie Leitch:** Je pense qu'il y a un vaste éventail de répercussions, mais les plus importantes... Vous les appelez peut-être des effets secondaires, mais je les appelle des complications. Ce peut être l'un ou l'autre. Je suis persuadée que le Dr Eyolfson est d'accord avec moi pour dire que nous pouvons les classer dans des catégories différentes.

Je pense qu'il est important que les gens soient bien conscients des effets que la marijuana peut avoir sur les enfants canadiens.

**Le président:** Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Merci.

Voici ce que je suggérerais, Kellie. Je n'ai pas lu le rapport, mais il semble que de mai à octobre 2014, le Comité a procédé à une étude intitulée « Les risques et les dommages sanitaires de la marijuana ». Je n'ai pas lu ce rapport, mais je me demande si ce serait un bon point de départ. Nous pourrions passer en revue le rapport et voir s'il aborde les questions qui, selon vous, devraient être examinées, ou si vous pensez qu'il y a ...

•(1635)

**L'hon. K. Kellie Leitch:** J'ai lu le rapport. Pour donner suite à ce que vous avez dit dans vos observations avant celles que vous venez de faire, j'imagine que nous devrions nous tourner vers l'avenir. J'encourage tout le monde à lire le rapport. Je pense que ce serait utile.

**M. Darshan Singh Kang:** Eh bien, je pense que lorsque l'on parle de « se tourner vers l'avenir », la marijuana, c'est de la marijuana, et ce rapport est probablement aussi complet que possible, à moins que de nouvelles questions aient surgi, telles que la marijuana génétiquement modifiée et ses effets. Je pense que la marijuana, c'est de la marijuana.

**L'hon. K. Kellie Leitch:** J'hésiterais à dire cela. Comme les produits pharmaceutiques et d'autres drogues dures qui sont actuellement illégales sur le marché, ces substances changent quotidiennement. Je peux vous dire que rencontrer un jeune en 2010 qui dit avoir consommé de la marijuana est une expérience bien différente que de rencontrer un enfant en ce moment qui dit avoir consommé de la marijuana le mois passé.

Croyez-moi, à l'instar de nos collègues qui font de leur mieux chaque jour de l'année pour moderniser et modifier des médicaments pour les maladies cardiaques afin de les rendre plus efficaces, il y a des gens qui travaillent à créer une marijuana plus puissante, à en changer la consistance et à trouver d'autres produits. Il n'est plus seulement question de fumer la marijuana. Ils veulent concevoir des produits comestibles, par exemple. Je pense que ce sont des questions importantes à examiner.

Comme je l'ai dit, je pratique toujours la médecine. Je travaille au CHEO ici à Ottawa. Je pense qu'il est important que tout le monde ici comprenne bien les répercussions de la marijuana.

**Le président:** Merci beaucoup. Votre intervention était très pertinente.

Monsieur Ayoub.

[Français]

**M. Ramez Ayoub:** En ce qui a trait à la marijuana, vous dites qu'il y a différents niveaux et que cela évolue dans le temps, et je le comprends bien. Comment pourra-t-on déterminer de quelle marijuana on parle? Présentement, cette drogue est illégale, mais nous savons que le gouvernement veut rendre cette drogue légale à un moment donné, mais pour des gens d'un certain âge et pas pour les jeunes, afin de sécuriser cette application.

Comment pourra-t-on s'y prendre pour connaître les effets de cette drogue sur les jeunes, sa concentration, à quel endroit elle se cultive et le reste?

[Traduction]

**L'hon. K. Kellie Leitch:** Je comprends votre préoccupation, mais c'est comme dire que nous ne devrions pas examiner le formulaire des médicaments, comme quelqu'un l'a recommandé, parce que les médicaments changent tous les jours. Je pense que nous avons le devoir d'étudier ces dossiers dans leur ensemble, qu'il s'agisse d'une formule de médicament, comme certains de vos collègues l'ont suggéré, ou qu'il s'agisse du diabète, qui, encore une fois, est une maladie en évolution pour laquelle il existe différents traitements. Je crois que nous devrions aborder la question de la même manière.

**M. Ramez Ayoub:** Je ne veux pas dire que nous ne devrions pas l'examiner...

**L'hon. K. Kellie Leitch:** Non, non, mais il faut reconnaître, je crois, que tous ces détails changeront, peut-être même au cours de notre étude. Ce n'est pas une raison de ne pas se pencher sur un dossier.

**M. Ramez Ayoub:** Tout à fait. Je suis d'accord.

**M. John Oliver:** La décision n'a pas encore été prise, mais si nous devions examiner le dossier, je pense qu'il faudrait aussi tenter de déterminer dans quelle mesure la réglementation améliore la situation et réduit les risques pour les enfants. La réglementation permet la fabrication autorisée. Elle permet également de noter la puissance sur l'étiquette, comme avec la production d'alcool, afin que le consommateur comprenne ce qu'il absorbe. Le produit est vendu dans des milieux contrôlés plutôt que sur le marché noir, qui est si incertain. D'après moi, les règlements qui toucheraient la préparation, l'autorisation et le contrôle pourraient réduire les risques que les enfants soient exposés au produit.

Je pense que nous pourrions tous rapidement convenir que l'utilisation de la marijuana chez les enfants est tout à fait inacceptable et qu'elle pose des risques pour la santé. De nombreuses études montrent les effets à long terme de l'utilisation de la marijuana chez les Canadiens d'âge mineur. Dans ce cas, comment peut-on mieux en limiter l'accès? Je ne me rappelle pas les données exactes, mais je pense que l'étude de l'OMS — l'Organisation mondiale de la Santé — a dévoilé que les adolescents canadiens sont au premier ou au deuxième rang des consommateurs de marijuana à l'échelle mondiale. Comment peut-on réduire l'accès à la marijuana, ou le limiter, ou encore le couper, tout en réglementant sa production et en autorisant la vente?

• (1640)

**Le président:** Je ne suis pas certain, mais il est possible que nous ayons à nous pencher sur le dossier de toute façon, si une mesure législative est déposée. Entre-temps, c'est une question pertinente, et ce serait bien de découvrir comment le gouvernement envisage de réglementer la qualité ou d'autres aspects du produit.

Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Monsieur le président, vous avez lu dans mes pensées.

La question sera renvoyée au Comité au cours des quatre prochaines années. Tout porte à croire que le gouvernement présentera un cadre de légalisation de la marijuana. À ce moment-là, la mesure législative sera soumise au Comité. Si elle est renvoyée plutôt au comité de la justice, peut-être qu'il y aura un comité mixte de la justice et de la santé, ou peut-être que notre comité examinera les effets sur la santé.

Oui, il pourrait s'agir d'un comité mixte, pour ne pas dire un comité « joint ».

**Des députés:** Oh, oh!

**L'hon. K. Kellie Leitch:** Je l'attendais, celle-là. Je voyais que vous aviez hâte de faire cette blague.

**M. Don Davies:** À ce moment-là, il sera approprié que le Comité examine de manière exhaustive, comme Kellie l'a suggéré, tous les effets sur la santé et les conséquences de la marijuana. Je ne doute nullement que ce dossier nous sera renvoyé. Bien sûr, si, dans deux ans, le gouvernement ne nous a rien transmis, nous pourrions toujours réexaminer la question à ce moment-là.

**Le président:** Nous la mettrons sur la liste du comité de direction, qui prendra la décision.

Je ne sais pas si nous recevrons les dossiers de la marijuana et de l'aide médicale à mourir. J'ignore si le Comité en sera saisi. Peut-être, ou peut-être que nous en recevrons seulement certains aspects. Comme vous l'avez dit, il pourrait s'agir d'un comité mixte de la justice et de la santé.

Y a-t-il d'autres questions à ce sujet?

Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson:** J'oublie à quel ministre j'ai parlé, mais Kellie a soulevé la question lors de la dernière réunion, et il ne semblait pas que le Comité se pencherait sur l'aide médicale à mourir. Le comité de la justice et le comité spécial s'en occupent; le dossier ne nous sera donc probablement pas transmis. Je le dis simplement à titre d'information.

**Le président:** Un des membres du Comité était au salon de coiffure hier pendant que je me faisais couper les cheveux, et il a dit qu'il pensait que nous allions recevoir le dossier. Je ne sais donc pas.

**M. Doug Eyolfson:** On m'a peut-être mal renseigné.

**Le président:** Je ne sais pas. Je vous rapporte ce que j'ai entendu au salon de coiffure, alors ce n'est pas certain.

La parole est à vous, monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson:** Merci de me donner mon tour maintenant; vous me facilitez la tâche. Beaucoup des sujets qui étaient sur ma liste ont déjà été abordés. Je peux donc simplement en soulever quelques-uns à nouveau pour réaffirmer mes opinions.

Nous avons parlé d'un régime universel d'assurance-médicaments. Je suis d'accord. J'ai passé 20 ans de ma carrière dans le poste d'urgentiste et j'ai vu des gens qui étaient malades parce qu'ils n'avaient pas les moyens de payer leurs médicaments. Cela arrive souvent. Certains diront qu'un régime qui permet à tous d'obtenir leurs médicaments est très coûteux, mais l'absence d'un tel régime est encore plus coûteuse. Prenez l'exemple d'un patient qui doit se présenter au service d'urgence en raison d'une acidocétose diabétique et qui aboutit aux soins intensifs: cette seule visite coûte probablement aussi cher que de payer l'insuline de ce patient pendant toute sa vie.

Ce n'est qu'un exemple, mais je le trouve très, très important. Nous pourrions montrer que non seulement c'est la bonne chose à faire, mais aussi qu'il y a un avantage financier net à long terme.

Je crois également qu'il y a des liens entre les soins aux aînés, les soins à domicile et l'itinérance. Deux ou trois personnes ont mentionné que, souvent, des lits d'hôpitaux sont monopolisés par des aînés qui n'ont pas de problèmes de santé graves, mais qui ne peuvent pas rentrer chez eux. Ils ont des problèmes de mobilité, ils sont atteints de démence et ils n'ont pas besoin d'être à l'hôpital, mais ils n'ont pas accès à des services de soutien pour les soins à domicile ou à des places dans des foyers de soins personnels.

La situation est rendue tellement grave que des parents inquiets amènent parfois de telles personnes au service d'urgence, et les services de médecine interne refusent de les admettre parce qu'elles n'ont pas de problèmes médicaux. Nous avons vu des cas épouvantables de patients qui ont été pris au service d'urgence pendant plus d'un mois. Encore une fois, on fera des économies importantes en veillant à ce que les aînés aient accès à de l'hébergement et à des soins à domicile adéquats.

Il en va de même pour l'itinérance. Tous les sans-abris ne sont pas des aînés, mais ils coûtent aussi très cher au système de soins de santé. Étant donné leur nombre élevé, les admissions à l'hôpital de sans-abris qui souffrent de gelures ou d'hypothermie à Winnipeg coûtent très, très cher. Encore une fois, lutter contre l'itinérance soulagerait considérablement le système de soins de santé et permettrait probablement de faire de grandes économies.

Pour ce qui est des autres enjeux, je suis pour la stratégie visant les dons d'organes.

Par ailleurs, je pense que la résistance aux antimicrobiens concerne plusieurs ministères. Je sais que notre liste est très longue, mais un phénomène qui a attiré mon attention et qui mériterait peut-être qu'on s'y attarde si le temps le permet, c'est la résurgence de la résistance aux antibiotiques. La collectivité médicale affronte ce problème, et nous tentons de sensibiliser les fournisseurs de soins de santé par rapport à leurs pratiques de prescription.

Le milieu agricole contribue aussi grandement à la résistance aux antibiotiques, en mettant des antibiotiques dans les aliments pour animaux. Pour les gens qui ne connaissent pas cette pratique, quand les animaux en santé reçoivent des antibiotiques, ils ont tendance à croître plus rapidement, ce qui, en gros, donne des exploitations de bovins plus rentables. D'une manière ou d'une autre — je ne connais pas le processus —, les éleveurs peuvent obtenir des antibiotiques sans prescription d'un vétérinaire pour guérir une maladie, et ils peuvent les donner régulièrement à leurs bovins. Cette pratique semble contribuer considérablement à la résistance aux antibiotiques, et j'aimerais qu'elle soit interdite. De nombreux pays l'interdisent, et je pense que la proscrire aiderait à freiner l'évolution de cette crise de santé publique.

Je voulais soulever d'autres points sur la liste. Je suis aussi d'avis que nous devons examiner de plus près les sites d'injection supervisés et la réduction des méfaits en général. Il y a des preuves scientifiques, mais je pense que nous devons étudier tous les volets du dossier, y compris les données scientifiques, ainsi que les questions sociales et juridiques. Je trouve que c'est un sujet très important. Un bon examen de la question pourrait améliorer considérablement les résultats sur la santé.

C'est tout ce que j'ai pour l'instant.

● (1645)

**Le président:** Ce n'est pas mal. Je crois que nous avons accompli du travail remarquable aujourd'hui, avec toutes les idées que nous avons eues et les questions dont nous avons discuté — et je n'ai même pas eu mon tour, encore.

**Des députés:** Oh, oh!

**Le président:** Je félicite tout le monde de leur travail et de leur approche réfléchie.

J'ai eu l'occasion de parler à mon médecin. Je lui ai demandé quelles étaient, à son avis, les grandes difficultés. Il a répondu: « Les temps d'attente et le manque de soins à domicile. » Il a dit que 30 % des gens qui sont à l'hôpital ne devraient pas être là. Trente pour cent des lits sont occupés par des personnes qui ne devraient pas être là.

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

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

J'aime beaucoup l'idée des dons d'organes parce que je crois que nous pourrions obtenir des résultats très rapidement.

Un enjeu qui n'a pas été soulevé, c'est la santé des anciens combattants. Je ne sais pas si c'est une question qui concerne le Comité, mais c'est certainement un problème dans ma province. Des anciens combattants sont sans abri. Beaucoup souffrent de stress post-traumatique. J'ai toujours affaire avec eux. J'ignore si le Comité a un rôle à jouer dans la santé des anciens combattants, mais en tant que député, je traite étonnamment souvent de cette question.

Ce sont mes observations.

Au sujet de l'assurance-médicaments, il y a environ deux semaines, la Nouvelle-Écosse a annoncé un tout nouveau programme d'assurance-médicaments. Elle l'a annoncé, puis elle a dû le retirer environ deux jours plus tard parce qu'il n'était pas bien conçu, je crois, et qu'il est arrivé tout de suite dans une impasse. L'assurance-médicaments est un enjeu important. Les gens y pensent. Les Canadiens y pensent certainement.

Je crois que nous devons soumettre ces idées au comité de direction...

Monsieur Eyolfson.

● (1650)

**M. Doug Eyolfson:** Pardonnez-moi. J'ai pensé à la fin qu'il y avait juste un autre point sur ma liste qui mériterait peut-être un examen ou du moins une analyse coûts-avantages. C'est un sujet que nous avons peu vu dans les médias, mais je le trouve important.

J'ai occupé divers emplois en même temps dans le domaine de la médecine d'urgence. Notamment, pendant plusieurs années, j'ai été le directeur médical du système des services médicaux d'urgence du Manitoba. Le rôle des SMU et des services ambulanciers au sein du système de soins de santé cause beaucoup de préoccupations, surtout en raison de la disparité des frais imposés pour ces services, alors que tous les autres éléments du système de soins de santé, sauf les médicaments, sont payés. Vous recevez une facture d'ambulance, et elle peut être salée. Le montant dépend de l'endroit où vous êtes et de la distance que vous devez parcourir. Cela peut coûter environ 200 \$ si vous êtes dans une grande ville, mais la somme peut être de plusieurs milliers de dollars si vous êtes dans une région rurale.

Un des problèmes, c'est qu'à l'heure actuelle, pour une raison ou pour une autre, les services médicaux d'urgence ne font pas vraiment partie des services prévus par la Loi canadienne sur la santé. Ils sont considérés comme étant des services municipaux ou provinciaux et ils sont imputés à ces budgets. Chaque territoire doit trouver des façons de recouvrer les coûts, car, comme vous pouvez l'imaginer, ces services coûtent cher.

Nous savons que des personnes subissent des conséquences néfastes parce qu'elles n'appellent pas d'ambulance. Elles savent qu'elles n'ont pas les moyens de payer la facture. Il s'agit surtout de personnes atteintes de maladies chroniques qui doivent souvent se rendre à l'hôpital.

J'ai reçu des appels à ce sujet pendant la campagne. Il vaudrait donc peut-être la peine de voir s'il est possible d'inclure les SMU dans les services de santé au Canada.

**Le président:** Merci.

Monsieur Kang.

**M. Darshan Singh Kang:** Je vais aller un peu plus loin. Je sais que c'est un enjeu provincial, mais j'entends aussi souvent parler du stationnement à l'hôpital. Stationner coûte tellement cher. Lorsqu'un de vos proches est hospitalisé, vous payez 25 ou 30 \$ par jour. C'est très coûteux, comme vous le savez. Peut-être que nous pourrions nous pencher sur la question. Il pourrait y avoir moyen de lier les ambulances et le stationnement.

**Le président:** Ce ne sera sûrement pas une priorité, mais nous en tiendrons compte.

Est-ce que quelqu'un d'autre aimerait ajouter quelque chose?

Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** J'ai juste une question sur le processus, monsieur le président.

Nous venons d'entendre probablement une vingtaine de bonnes idées. Comment allons-nous procéder? Vous avez mentionné que les idées seraient soumises au comité de direction. À votre avis, est-ce que le comité de direction va se réunir et prendre les décisions, ou est-ce qu'il va présenter des recommandations au reste du Comité?

Aussi, je pense que nous pourrions examiner quelques-unes de mes motions aujourd'hui. Nous pourrions au moins décider si nous voulons tenir des séances d'information ou demander le rapport du Comité. Voulez-vous traiter ces motions? J'aimerais simplement savoir comment vous pensez procéder.

**Le président:** À mon avis, outre les sujets abordés dans les motions que vous voulez présenter aujourd'hui, nous devrions renvoyer les sujets proposés au comité directeur. Après quelques recherches et grâce aux efforts de notre analyste, nous réaliserons peut-être que le Comité a déjà traité ces sujets. Cela pourrait nous orienter. Nous nous concentrerons sur les meilleurs sujets, selon nous, et nous en informerons le Comité.

Ça va? Est-ce la façon de procéder, monsieur le greffier? Doit-on présenter des recommandations au comité permanent? Je veux que tous les membres soient d'accord. Le comité directeur pèsera les pour et les contre. Certains sujets peuvent être réglés rapidement, d'autres prendront plus de temps. Dans certains cas, nous pourrions agir rapidement. Nous analyserons les sujets proposés et en discuterons. Je suis convaincu que notre analyste aura des suggestions à nous proposer sur ce que nous pouvons faire, combien de temps il nous faudra et qui nous devons inviter. Nous reviendrons ensuite devant le comité permanent pour faire nos recommandations. Qu'en pensez-vous?

•(1655)

**M. John Oliver:** Nous devons aussi vérifier si les sujets proposés sont de compétence fédérale ou provinciale. Beaucoup de ces sujets sont de compétence provinciale et des gouvernements provinciaux ont déjà amorcé des études sur certains de ces sujets. Nous devons vérifier s'ils relèvent de la compétence fédérale. Je crois que c'est ce que Len voulait dire.

**Le président:** Je crois que si nous pouvons dégager un consensus sur un sujet de compétence provinciale, nous pourrions au moins leur faire part de nos commentaires. Nous ne pouvons pas vraiment faire de recommandations, mais nous pourrions leur formuler des commentaires. Êtes-vous d'accord?

D'accord. Nous allons renvoyer ces sujets au comité directeur.

Maintenant, avez-vous réservé une salle pour demain?

Est-ce que tous les membres du comité directeur sont disponibles? Monsieur Davies, êtes-vous disponible demain après-midi?

**M. Don Davies:** Je crois que oui. À quelle heure?

**Le président:** Pardonnez-moi, mais c'est à 9 heures demain matin. Pour une raison quelconque, nous avons l'impression que vous n'étiez pas disponible.

**M. Don Davies:** Ce serait serré. Pourrions-nous nous réunir à 9 h 30?

**Le président:** Ça me va. Combien de temps durera la réunion? Est-ce une réunion de deux heures?

**M. Doug Eyolfson:** Je dois être à la Chambre à 10 heures.

**M. John Oliver:** Je dois, moi aussi, être à la Chambre à 10 heures.

**Le président:** Vous avez tous les deux des obligations à la Chambre? Dans ce cas, je me demande si nous pourrions utiliser la salle du président. Est-ce possible?

**M. Doug Eyolfson:** Je pourrais y être à 9 h 15.

**Le président:** À quelle heure vos obligations commencent-elles?

**M. Doug Eyolfson:** À 10 heures.

**Le président:** Est-ce que 9 heures vous conviendrait?

**M. Doug Eyolfson:** Je ferai de mon mieux.

**Le président:** D'accord. Alors, disons 9 heures. Cela nous laissera une heure.

**M. John Oliver:** Est-ce qu'une heure sera suffisante pour consolider les idées proposées aujourd'hui, les analyser et tenter d'établir un ordre du jour pour le comité permanent?

Peut-être devrions-nous d'abord organiser une réunion du comité permanent pour convenir des cinq meilleurs sujets et discuter de ce que cela signifie comme travail et organiser ensuite une seconde réunion pour examiner un plan plus détaillé de notre approche. Je doute qu'une heure soit suffisante pour tout analyser.

**Le président:** Je suis d'accord avec vous, compte tenu de tous les sujets proposés.

Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie:** J'aimerais faire une suggestion, monsieur le président.

Don a proposé quelques motions. Nous pourrions les aborder. Je crois qu'il y a fait de bonnes suggestions sur des témoins potentiels. Nous pourrions organiser une séance d'information à l'intention des nouveaux membres pour leur donner un aperçu de ce que fait Santé Canada. Peut-être que la ministre de la santé pourrait venir témoigner. Nous pourrions discuter de ces motions. Ainsi, nous aurions deux réunions la semaine prochaine. Le comité de planification pourrait se réunir de nouveau la semaine prochaine à un moment qui convient mieux aux membres. Je suis d'accord avec John: compte tenu de tous les sujets proposés aujourd'hui, nous aurons besoin de plus de temps pour établir nos priorités.

Nous ne voulons pas perdre de temps, mais je crois que pour les choses très simples, nous pourrions inviter des fonctionnaires pour nous informer et ainsi utiliser efficacement le temps du Comité.

**Le président:** Je me suis dit que nous pourrions choisir un sujet et laisser les analystes nous dresser un plan. En fait, si nous obtenons une réponse de la ministre, cela pourrait modifier notre approche. À mon avis, ce ne serait pas une mauvaise idée d'attendre une réponse, si possible.

Savons-nous quand la ministre pourrait être disponible?

**Mme Sonia Sidhu:** Pourrions-nous proposer une motion pour l'inviter au moment qui lui conviendra?

**Le président:** Pardon?

**Mme Sonia Sidhu:** Pourrions-nous proposer une motion pour inviter la ministre de la Santé à venir témoigner dès qu'elle le pourra?

**Le président:** Certainement. Voulez-vous proposer la motion?

**Mme Sonia Sidhu:** Je la propose.

**Le président:** D'accord. Une motion visant à inviter la ministre à comparaître dès qu'elle le pourra a été proposée. Ça vous va?

Bien.

**M. John Oliver:** Oui, et pour revenir à la motion de Don qui propose d'inviter la ministre pour « discuter de sa lettre de mandat et répondre aux questions », j'aimerais ajouter « et de ses attentes à l'égard du Comité ».

**Le président:** Excellent.

Ça vous convient, monsieur Davies?

• (1700)

**M. Don Davies:** Oui.

**Le président:** Désolé de vous avoir volé votre motion.

**M. Don Davies:** Ça va. Je suis heureux que ce soit réglé.

Lorsque les ministres comparaissent devant les comités, si c'est pour parler du Budget des dépenses ou de leur lettre de mandat, c'est toujours intéressant. Nous pouvons leur poser toutes les questions que nous voulons, car il y a ce qui se trouve dans la lettre de mandat et ce qui ne s'y trouve pas. C'est plutôt vaste. Le libellé de la lettre est suffisamment large que nous pouvons demander à la ministre quelles sont ses attentes, tout en utilisant la lettre comme guide et comme modèle pour alimenter la discussion. Je serais heureux de proposer cette motion, quoique je serais surpris que la ministre puisse se libérer aussi rapidement.

Je propose que nous nous réunissions demain. Voici pourquoi.

Environ 20 bonnes idées ont été proposées aujourd'hui. Nous n'avons pas à décider ce que nous allons faire au cours des trois prochaines années, mais bien ce que nous allons faire au cours des trois prochains mois. La réunion de demain pourrait être un bon début, même si nous n'avons qu'une heure à notre disposition, si nous réussissons à choisir deux ou trois sujets sur lesquels nous aimerions nous pencher dès maintenant. Ainsi, nous pourrions au moins donner aux analystes une certaine orientation. Le Comité permanent devra se réunir lundi ou mercredi, je crois, pour examiner les recommandations du comité directeur. Cela signifie que l'ordre du jour des réunions de la semaine prochaine est déjà réglé, sauf les deux points que je vais proposer dans un instant.

Je crois que le comité directeur devrait se réunir demain, même si ce n'est que pour une heure. Qu'en pensez-vous?

**Le président:** Je suis d'accord avec vous. J'aimerais poursuivre, si possible — je suis comme ça —, mais le greffier vient de proposer que nous utilisions le temps prévu lundi pour la réunion du Comité permanent pour organiser une réunion du comité directeur, donc tenir une réunion du comité directeur plutôt qu'une réunion du Comité permanent. Ainsi, le comité directeur pourrait se réunir pendant deux heures à une heure déjà établie. Compte tenu de la situation actuelle, nous ne pourrions pas tout terminer en une heure. J'aime cette proposition.

Merci, monsieur le greffier.

**M. Don Davies:** J'ai un conflit d'horaire. Je serai absent la semaine prochaine. Je dois me rendre à Vienne avec Hedy Fry et David Tilson, mais ça va; quelqu'un me remplacera.

**Le président:** Nous allons tout simplement déchirer votre page, c'est tout.

**M. Don Davies:** Quelqu'un me remplacera.

**Le président:** D'accord.

**M. Don Davies:** Puis-je proposer les deux autres motions? Je vais proposer la motion numéro 3 sur ma liste:

Que le Comité permanent de la Santé demande officiellement que la ministre de la Santé fournisse une réponse au Comité relativement aux conclusions de l'étude sur la santé mentale au Canada soumise à la Chambre des communes en mai 2015.

**Le président:** Un instant. Nous devrions d'abord discuter de la motion de Mme Sidhu. Nous n'avons pas vraiment terminé.

Votre motion proposait de demander à la ministre de comparaître...?

**Mme Sonia Sidhu:** Oui, dès qu'elle le pourra.

**Le président:** D'accord.

Des commentaires?

Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie:** Si vous me le permettez, j'aimerais proposer un amendement favorable. Habituellement, lorsqu'un ministre comparait devant le Comité, la séance doit être télévisée. Si le greffier pouvait s'assurer que nous avons une salle où la télédiffusion est possible, ce serait bien.

**Le président:** Tous ceux qui sont pour que nous invitions la ministre à comparaître?

(La motion modifiée est adoptée. [Voir le *Procès-verbal*])

**Le président:** Monsieur Davies, vous pouvez proposer votre motion numéro 3.

**M. Don Davies:** D'accord. Cette motion n'est assujettie à aucune limite de temps. Elle demande tout simplement au gouvernement de répondre à l'étude sur la santé mentale au Canada, comme il aurait dû le faire après la première demande.

**Le président:** Notre analyste vient de me glisser une note. Elle nous démontre déjà toute son utilité.

Le Comité a amorcé une étude, mais n'a présenté aucun rapport. Il n'a jamais présenté de rapport sur la santé mentale, ce qui est malheureux.

**M. Don Davies:** Devrions-nous alors présenter un rapport? Est-ce possible?

**M. John Oliver:** C'est aussi ce que je me posais comme question au sujet du rayonnement électromagnétique. Les deux études ont été réalisées, mais aucun rapport n'a été présenté à la Chambre.

**Mme Karin Phillips (attachée de recherche auprès du comité):** Concernant l'étude sur la santé mentale, le Comité a amorcé ses travaux. Il a tenu quatre réunions, mais n'a présenté aucun rapport. La seule étude pour laquelle un rapport a été présenté, mais à laquelle le gouvernement n'a pas répondu, est celle sur les cigarettes électroniques. C'est une étude pour laquelle nous pourrions demander un suivi.

**M. Don Davies:** Je me suis peut-être trompé d'étude.

Est-ce relativement à l'étude sur les cigarettes électroniques que nous attendons une réponse du gouvernement?

**Mme Karin Phillips:** Oui.

**M. John Oliver:** Avons-nous eu une réponse quelconque relativement à l'étude sur le rayonnement électromagnétique?

**Mme Karin Phillips:** Le gouvernement n'a fourni aucune réponse relativement à l'étude sur le rayonnement électromagnétique.

**M. John Oliver:** Avons-nous présenté un rapport?

**Mme Karin Phillips:** Oui, un rapport a été présenté.

**M. John Oliver:** Donc, nous pourrions demander une réponse relativement aux rapports qui ont été présentés?

**M. Don Davies:** Je suis désolé pour cette erreur. Pourrions-nous demander à ce que des rapports soient présentés pour ces deux études?

**Mme Karin Phillips:** Oui.

**Une voix:** Je le propose.

• (1705)

**Le président:** Tous ceux qui sont pour?

La motion est adoptée. Le système fonctionne.

(La motion est adoptée.)

**M. Don Davies:** Enfin, monsieur le président, concernant ma motion numéro 2, sans être trop optimistes, nous pourrions proposer mercredi prochain. La motion se lit comme suit : Que le Comité demande qu'une séance d'information lui soit donnée par les fonctionnaires de Santé Canada sur le rapport annuel de 2015 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé et sur l'état du système de soins de santé du Canada.

Cela nous donnerait la chance d'obtenir un rapport avant la pause et de poser des questions.

J'ignore si c'est possible en une semaine, mais nous pouvons toujours en faire la demande.

**Le président:** Nous pouvons le demander.

**L'hon. K. Kellie Leitch:** Pourrions-nous ajouter l'Agence de la santé publique? Ce sont deux entités distinctes.

**Le président:** D'accord, nous ajouterons l'Agence de la santé publique du Canada.

Tous ceux qui sont pour?

(La motion est adoptée. [Voir le *Procès-verbal*])

**M. John Oliver:** La motion numéro 5 est une mise à jour plus qu'autre chose.

Soit dit en passant, Don, merci pour cette liste. C'est une bonne façon de nous concentrer sur le virus Zika et d'en discuter.

**M. Don Davies:** Compte tenu du temps que nous avons, nous ne pourrions pas en parler avant la pause, mais si c'est la volonté du Comité, nous pourrions organiser une séance d'information la semaine suivant la pause.

Je serais heureux de proposer cette motion si les membres veulent une séance d'information sur la situation.

**Le président:** Une motion est proposée.

**M. Don Davies:** C'est la motion numéro 5.

**Le président:** La motion numéro 5 propose d'organiser une séance d'information avec des fonctionnaires de l'Agence de la santé publique du Canada et de la Société canadienne du sang sur l'état actuel de l'éclosion du virus Zika.

Des citoyens m'appellent pour en discuter. Les gens s'inquiètent.

(La motion est adoptée. [Voir le *Procès-verbal*])

**M. Don Davies:** Nous avons le vent dans les voiles. Continuons.

**Le président:** Ça va. C'est bien.

Où en sommes-nous maintenant?

Lundi prochain, le comité directeur se réunira. Mercredi, si nous pouvons accueillir les fonctionnaires de Santé Canada, cela meublera la réunion. Quand le comité directeur fera-t-il rapport au Comité permanent?

**Une voix:** Mercredi.

**Le président:** Le comité directeur fera rapport au Comité permanent mercredi, qu'une décision soit prise ou non.

Le comité directeur se réunira lundi. Ce sera intéressant.

Quelqu'un aurait autre chose à ajouter?

**Un député:** De la nourriture saine.

**Le président:** Ah, oui, la nourriture.

Le greffier m'a demandé si nous voulions avoir de la nourriture lors des réunions. J'ai proposé que nous ayons que des boissons. Qu'en pensez-vous? Les membres voudraient-ils avoir un peu de nourriture lors des réunions?

**Des députés:** Des boissons.

**Le président:** D'accord. Nous verrons si la faim se fait sentir.

Merci beaucoup à vous tous. J'apprécie votre participation.

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>