



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 049



1<sup>re</sup> SESSION



42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 6 avril 2017**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le jeudi 6 avril 2017

• (1105)

[Traduction]

**Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):** Je déclare la réunion du Comité permanent de la santé ouverte.

Nous allons souhaiter la bienvenue à nos témoins d'aujourd'hui. Il y en a beaucoup, alors je propose que seule la ministre présente une déclaration. Nous passerons ensuite directement aux questions.

Les membres du Comité sont-ils d'accord? Seule la ministre présentera une déclaration préliminaire.

J'imagine que la proposition est approuvée.

Pour commencer, je vais présenter nos invités, en commençant par M. Michel Perron, le vice-président des Affaires extérieures et du développement d'entreprise des Instituts de recherche en santé du Canada.

Nous accueillons aussi M. Paul Glover, président de l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

De plus, nous accueillons le sous-ministre Simon Kennedy, du ministère de la Santé.

Pour ce qui est de l'Agence de la santé publique du Canada, nous accueillons Siddika Mithani, président, et Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique par intérim.

Enfin, nous accueillons l'honorable Jane Philpott, ministre de la Santé.

Madame la ministre, veuillez nous présenter votre déclaration préliminaire.

**L'hon. Jane Philpott (ministre de la Santé):** Merci, monsieur le président.

Je suis heureuse d'avoir été invitée aujourd'hui pour discuter du Budget principal des dépenses de 2017-2018 de Santé Canada et des dépenses que nous avons proposées et qui ont été cernées dans le cadre du budget de 2017.

Depuis ma comparution de l'année dernière pour présenter le Budget principal des dépenses, j'ai eu l'occasion de voyager un peu partout au pays et de visiter les Canadiens et d'entendre ce qu'ils avaient à dire au sujet des enjeux liés à la santé qui les préoccupent. Je sais que vous tous, en tant que membres du Comité, avez aussi entendu ce que bon nombre de Canadiens ont à dire, y compris les membres des communautés autochtones du pays.

[Français]

Ma carrière comme médecin m'avait déjà amenée à constater à quel point il est nécessaire d'améliorer les résultats en ce qui concerne la santé des Canadiens et des Canadiennes. Mes expériences en tant que ministre au cours de la dernière année l'ont confirmé.

[Traduction]

Je suis très heureuse d'avoir l'occasion de discuter des ressources que nous, le gouvernement fédéral, consacrons pour apporter ces genres d'améliorations.

Merci, monsieur le président, d'avoir présenté les personnes qui m'accompagnent aujourd'hui. Je ne vais pas répéter leurs noms. Je suis heureuse qu'ils soient là.

[Français]

Je prononcerai d'abord quelques mots, puis je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

[Traduction]

Comme vous pouvez le voir dans le Budget principal des dépenses de 2017-2018, Santé Canada réalise de nombreuses initiatives prioritaires pour le gouvernement. Ces initiatives entraîneront environ 4 milliards de dollars de dépenses autorisées en 2017-2018. Il s'agit d'une augmentation nette de plus de 500 millions de dollars comparativement à 2016-2017, et il y aura beaucoup d'investissements supplémentaires qui ont été mentionnés dans le budget de 2017 et qui seront cernés dans le cadre des exercices futurs liés aux budgets principal et supplémentaires des dépenses.

[Français]

J'aimerais mettre en lumière certaines des priorités en santé de notre gouvernement et les mesures que prend mon ministère pour y donner suite.

[Traduction]

Le système de santé publique du Canada, comme vous le savez, est une grande source de fierté pour les Canadiens. Le gouvernement fédéral, en collaboration avec ses partenaires provinciaux et territoriaux, reconnaît le besoin de renforcer le système de santé afin qu'il puisse s'adapter, qu'il puisse innover et qu'il puisse relever les nombreux nouveaux défis auxquels les Canadiens sont confrontés chaque jour.

Je suis heureuse de dire que presque toutes les administrations ont maintenant accepté l'offre de nouveaux investissements en santé du gouvernement fédéral. On parle ici de beaucoup de nouvel argent, et plus particulièrement pour nos priorités communes, y compris la santé mentale et les soins à domicile.

Vous remarquerez que, au cours des cinq prochaines années, on s'attend à ce que les montants transférés par Santé Canada aux provinces et aux territoires atteignent environ 200 milliards de dollars, ce qui constitue un financement à long terme, prévisible et de plus en plus élevé à l'intention de nos partenaires provinciaux et territoriaux.

Par exemple, le financement de cette année sera d'environ 1,1 milliard de dollars plus élevé qu'il ne l'était l'année dernière.

Dans le cadre de nos délibérations avec les provinces et les territoires, nous avons cerné certaines priorités en matière de soins de santé, et plus précisément la santé mentale et les soins à domicile.

L'une des choses que j'ai apprises en tant que médecin, et je suis sûre que vous le comprendrez tous, vous aussi, c'est qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale.

[Français]

Pendant les derniers mois, j'ai eu des rencontres dans l'Est du Canada et j'ai participé à une table ronde à Toronto. Les intervenants m'ont parlé de ce que nous pourrions faire pour améliorer les services de santé mentale, surtout en ce qui concerne les jeunes, et de la nécessité de faire le suivi de ces améliorations.

[Traduction]

Les Canadiens sont de plus en plus sensibilisés à l'importance de la santé mentale et au fait qu'un grand nombre de Canadiens sont aux prises avec des problèmes dans ce domaine. En effet, la plupart des Canadiens sont touchés, soit directement, soit indirectement, par les enjeux liés à la santé mentale.

On reconnaît aussi l'importance majeure des soins à domicile et les besoins de plus en plus élevés dans ce dossier. Comme nous en avons peut-être déjà discuté, environ 15 % des places en hôpitaux sont actuellement occupées par des patients qui préféreraient recevoir des soins à domicile ou qu'il serait préférable de traiter dans un contexte communautaire quelconque.

Le budget de 2017 propose de fournir 6 milliards de dollars sur 10 ans pour les soins à domicile, et 5 milliards de dollars sur 10 ans pour soutenir un meilleur accès aux soins en santé mentale. Ces initiatives rendront les systèmes de soins de santé du Canada plus adaptés aux besoins et attentes de tous les Canadiens.

[Français]

Deux autres priorités ont été relevées lors des discussions menant à un accord sur la santé renouvelé, à savoir rendre les médicaments d'ordonnance plus abordables et faire en sorte que nos soins de santé soient plus axés sur l'innovation.

• (1110)

[Traduction]

Pour améliorer l'accès aux médicaments sur ordonnance et réduire les prix des médicaments, le budget de 2017 propose d'investir 140 millions de dollars au cours des 5 prochaines années. On soutiendra ainsi les importants travaux réalisés par Santé Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Pour accroître les initiatives sur les ordonnances électroniques et les soins virtuels et faciliter l'adoption et l'utilisation des dossiers médicaux électroniques, nous proposons 300 millions de dollars au cours des 5 prochaines années pour soutenir l'Inforoute Santé du Canada.

Nous proposons aussi d'investir 51 millions de dollars sur 3 ans dans la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, de façon à accélérer l'innovation au sein de notre système de santé. Nous prévoyons investir 53 millions de dollars au cours des 5 prochaines années pour permettre à l'Institut canadien d'information sur la santé d'améliorer les processus décisionnels et de renforcer les processus redditionnels associés aux principes et résultats liés à la santé.

À la lumière de mes observations durant mes nombreux déplacements dans des communautés des Premières Nations et inuites de partout au pays, je crois fermement que l'amélioration de

la santé des Autochtones au Canada doit être une priorité de notre gouvernement.

[Français]

La Commission de vérité et réconciliation du Canada a demandé au gouvernement fédéral de combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones. C'est exactement ce que nous sommes en train de faire.

[Traduction]

Dans le budget de 2017, nous proposons d'investir 813 millions de dollars en nouveaux fonds destinés aux services de santé pour les Premières Nations et les Inuits. Cela inclut de nouveaux fonds pour accroître les programmes communautaires de lutte contre les maladies infectieuses, améliorer l'accès aux infirmières praticiennes et aux services de médecin, améliorer l'accès aux services de santé mentale et de bien-être et accroître les services de soins à domicile et communautaires dans les réserves.

Comme vous pouvez le voir dans le Budget principal des dépenses, les fonds de Santé Canada destinés aux programmes de santé pour les Premières Nations et les Inuits augmenteront d'environ 440 millions de dollars cette année. Cela inclut 82 millions de dollars pour des réparations majeures, des agrandissements et de nouveaux projets de construction liés à l'infrastructure en santé, comme des postes de soins infirmiers, des centres de santé, des installations de soins actifs et des centres de traitement contre les dépendances aux drogues et à l'alcool.

Le budget inclut aussi des mesures de soutien liées à trois autres enjeux connexes: 58 millions de dollars pour continuer à remplir nos obligations juridiques en vertu de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens; 27 millions de dollars pour fournir aux collectivités des Premières Nations dans les réserves un accès à des systèmes d'approvisionnement en eau et de traitement des eaux usées sécuritaires et fiables; et 25 millions de dollars pour répondre aux besoins urgents de ces collectivités en matière de santé mentale.

Enfin, nous allons aussi investir, cette année, 137 millions de dollars pour des réformes provisoires liées au principe de Jordan. On s'assurera ainsi que les enfants des Premières Nations qui vivent dans les réserves ont accès aux mêmes services de santé et services sociaux publics que les autres Canadiens, et qu'aucun enfant ne passe à travers les mailles du filet. Le besoin d'une telle mesure est évident. En juillet 2016, nous avons annoncé un financement de 382 millions de dollars sur 3 ans. Depuis, plus de 3 300 demandes de services et de soutien liées au principe Jordan ont été approuvées pour des enfants des Premières Nations.

Une autre priorité en matière de santé à laquelle nous donnons suite, c'est la crise des opioïdes au pays.

[Français]

Je me suis rendue en Colombie-Britannique et je suis allée voir ceux qui doivent affronter la crise, les premiers répondants qui sont appelés à intervenir à répétition dans les cas de surdose, de même que les familles et les amis qui déplorent la perte d'un être cher.

Je tiens aussi à remercier le Comité du travail qu'il a fait jusqu'à maintenant, notamment en vue d'accélérer l'adoption du projet de loi C-37 par le Parlement.

[Traduction]

Les taux de dépendance et les taux de surdose augmentent, et notre réaction doit être exhaustive, fondée sur la collaboration, la compassion et des données probantes.

[Français]

En décembre dernier, j'ai annoncé la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances, qui remplacera l'actuelle Stratégie nationale antidrogue. Elle rétablit la réduction des méfaits comme un des piliers clés de nos politiques en même temps que la prévention, le traitement et l'application de la loi.

[Traduction]

En février, cette année, nous avons annoncé 65 millions de dollars sur 5 ans pour la prise de mesures nationales visant à réagir à la crise, et le budget de 2017 propose 35 millions de dollars supplémentaires, pour de nouveaux investissements totaux de plus de 100 millions de dollars au cours des 5 prochaines années.

Notre gouvernement est en bonne voie de légaliser le cannabis, de le réglementer de façon stricte et d'en limiter l'accès.

• (1115)

Pour ce qui est de l'ACIA, la santé des familles canadiennes dépend de l'accès à des aliments sains et nutritifs. Vous vous rappellerez que le budget de 2016 avait prévu 38,5 millions de dollars sur 2 ans pour des investissements dans des systèmes qui ciblent les aliments produits au pays et importés à risque élevé de façon à aider à renforcer le système de sécurité alimentaire de classe mondiale du Canada. Le budget de 2017 continue dans cette direction, et propose de fournir jusqu'à 149 millions de dollars au cours des 5 prochaines années à l'Agence canadienne d'inspection des aliments pour réaliser ce travail.

[Français]

Ces fonds permettent à l'ACIA de mettre au point des règlements plus rigoureux et uniformes en matière de salubrité des aliments ainsi que de moderniser les programmes de base d'inspection de la salubrité des aliments. Ainsi, le Canada sera mieux en mesure de prévenir, de détecter et de contrer les risques liés à la salubrité des aliments.

[Traduction]

De plus, plusieurs des priorités du budget de 2017 exigeront que des organismes de tout le portefeuille de la Santé continuent de travailler en collaboration sur les nombreuses priorités en matière de santé. Par exemple, le budget de 2017 propose une affectation de 47 millions de dollars sur 5 ans à Santé Canada, à l'Agence de santé publique du Canada et aux Instituts de recherche en santé du Canada pour leur permettre de créer et mettre en oeuvre un plan d'action national visant à s'attaquer à un large éventail de risques liés à la santé découlant des changements climatiques.

Je suis sûre que les montants mentionnés dans notre Budget principal des dépenses et les fonds cernés dans le budget de 2017 vont nous aider à continuer à mieux soutenir les résultats en matière de santé de tous les Canadiens et à créer un pays encore plus en santé.

Je remercie à nouveau le Comité de nous avoir invités à comparaître aujourd'hui. Nous vous remercions de vos contributions. J'ai bien hâte de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup de nous avoir présenté votre exposé.

Je crois savoir que vous devez partir à midi. C'est exact?

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

**Le président:** Je tiens à rappeler aux membres que la ministre quitte à midi. Les représentants resteront plus longtemps si nous avons des questions.

L'autre nouvelle, c'est que les renseignements sur la thalidomide arriveront d'ici le lundi 10 avril. Nous aurons l'information et pourrons la distribuer. Le greffier a été informé que ce sera le cas.

D'accord. Nous allons commencer la série de questions de sept minutes par M. Kang.

**M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.):** Monsieur le président, je veux partager mon temps avec Mme Sidhu. Merci.

Merci, madame la ministre, de votre témoignage général et détaillé. En très peu de temps, je crois que vous nous avez exposé tout le plan. Je vous en remercie.

Madame la ministre, ma question concerne les programmes liés à la santé des Premières Nations et des Inuits. La priorité III du Plan ministériel de 2017-2018 de Santé Canada est de « renforcer les programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits ». Une des initiatives clés en appui à cette priorité vise à « [d]onner suite aux recommandations de la Commission de vérité et réconciliation du Canada en matière de santé », y compris les programmes liés à la santé mentale.

Dans son *Rapport et recommandations sur la crise des opioïdes au Canada*, le Comité a formulé et recommandé la recommandation suivante:

Que [l]e gouvernement du Canada s'engage à verser aux Premières Nations un financement stable fondé sur les besoins afin qu'elles puissent mettre en oeuvre le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations.

De quelle façon Santé Canada envisage-t-il de fournir du financement aux Premières Nations, pour mettre en oeuvre le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations? À quels programmes de mieux-être mental s'intéresse Santé Canada? Ces programmes seront-ils offerts à tous les Autochtones ou seront-ils réservés aux Indiens inscrits et aux Inuits? Merci.

**L'hon. Jane Philpott:** Merci de l'excellente question. C'est une question importante. En fait, je crois qu'il y a beaucoup de bonnes nouvelles dans le budget de 2017 relativement à ce dossier.

Comme vous l'avez indiqué, il y a une diversité de raisons pour lesquelles ce doit être une priorité pour notre gouvernement. Une raison que vous avez soulignée, c'est le fait que la Commission de vérité et réconciliation a formulé un certain nombre de recommandations auxquelles nous sommes obligés de réagir, et 11 de ces recommandations concernent précisément des enjeux liés à la santé. Je crois que ce ne devrait pas être une surprise pour le Comité de reconnaître le fait que, quel que soit le large éventail de mesures utilisées, il y a des disparités inacceptables entre les résultats en matière de santé des Canadiens autochtones comparativement aux Canadiens non autochtones, il est donc extrêmement urgent que nous éliminions ces disparités.

À cette fin, je crois que les investissements prévus dans le budget seront très utiles. Il y a, comme je l'ai indiqué, 813 millions de dollars de nouveaux investissements dans un ensemble de domaines. Nous avons travaillé en collaboration avec nos partenaires autochtones, des dirigeants des communautés des Premières Nations et des Inuits, pour préciser clairement quels étaient leurs besoins et leurs priorités. C'est le plus important investissement unique dans la santé globale des Premières Nations et des Inuits depuis plus d'une décennie. Dans le domaine des soins à domicile, qui, je sais, est une priorité cernée par les Canadiens, on parle de la plus importante augmentation des investissements dans l'histoire canadienne pour les Premières Nations et les Inuits. Ce sont de bonnes nouvelles, mais il y a vraiment beaucoup de travail à faire.

Vous avez parlé du dossier de la santé mentale. Je suis heureuse que vous ayez souligné en particulier le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, qui a été créé par des membres des Premières Nations. Il est évident que les investissements en santé mentale prévus dans le Budget seront incroyablement importants pour permettre au Cadre du continuum d'être pleinement mis en oeuvre. Nous avons hâte de travailler en collaboration avec nos partenaires des collectivités des Premières Nations, et plus précisément pour ce qui est du Cadre. Nous croyons que les investissements faits l'année dernière pour accroître les ressources en santé mentale, en plus des nouveaux investissements prévus cette année, permettront d'en faire beaucoup.

Je serai heureuse de vous fournir tout autre renseignement détaillé précis que vous souhaitez.

● (1120)

**M. Darshan Singh Kang:** Merci, madame la ministre.

**Le président:** Madame Sidhu.

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

Merci, madame la ministre. Merci d'être venue aujourd'hui parler au Comité.

Je sais que l'investissement historique du gouvernement dans les soins à domicile changera beaucoup de choses dans nos collectivités.

Pouvez-vous s'il vous plaît m'expliquer ce que ce rajustement signifie pour les collectivités de partout au Canada, cette somme pratiquement supérieure à 2 milliards de dollars consacrée aux soins à domicile en Ontario? Je sais que la responsabilité de la prestation des services revient aux territoires et aux provinces, mais comment croyez-vous que cela va se passer?

**L'hon. Jane Philpott:** Vous avez tout à fait raison. Les investissements dans les soins à domicile sont très importants pour la durabilité à long terme des systèmes de soins de santé partout au pays. Nous savons tous que les soins de santé constituent le principal poste budgétaire pour nos collègues des provinces et des territoires et qu'il y a des façons pour nous de nous assurer, en tant que Canadiens, que les fonds publics sont utilisés pour les soins à domicile et qu'ils sont dépensés de façon à optimiser les ressources. Nous savons, par exemple, que la prestation des soins en milieu hospitalier et par des médecins est la façon la plus dispendieuse de prodiguer des soins.

Des experts de la santé, comme vous le savez très bien, diront qu'une des façons dont nous pouvons améliorer la situation consiste à fournir les soins dans les collectivités, et nous sommes donc très fiers que, lorsque nous avons travaillé avec nos homologues provinciaux et territoriaux, ils ont convenu du fait qu'il s'agissait d'un domaine de priorité. Nous avons donc pu leur offrir des ressources supplémentaires, en plus du transfert en santé du Canada de plus en plus important, qui seront consacrées précisément aux soins à domicile. Cela permettra de transformer le système de santé pour sortir les gens des hôpitaux et leur fournir les soins dont ils ont besoin chez eux.

Jusqu'à présent, j'ai eu d'excellentes occasions un peu partout au pays de rencontrer des fournisseurs de soins à domicile et de rencontrer les responsables et les experts provinciaux dans ce dossier pour voir les genres d'idées que les provinces ont mises de l'avant en ce qui a trait à la façon d'utiliser les fonds. Nous prévoyons nous réunir avec tous les représentants des provinces et des territoires dans un avenir rapproché pour parler précisément de la façon dont ils utiliseront ces nouveaux investissements dans les soins et aussi, ce

qui est important, pour nous entendre sur une série de mesures ou de normes nationales relativement à ce à quoi les Canadiens peuvent s'attendre afin que nous puissions rendre des comptes au peuple canadien et qu'on puisse s'assurer que les investissements faits dans les soins à domicile permettront vraiment d'améliorer l'accès aux soins.

**Mme Sonia Sidhu:** Quand les fonds fournis dans le cadre de ces ententes commenceront-ils à être versés?

**L'hon. Jane Philpott:** On conclut des accords précis en ce moment même à ce sujet. Pour ce qui est de la rapidité avec laquelle les fonds seront versés, je sais qu'il est important qu'ils le soient le plus rapidement possible. Je ne sais pas si nous avons une date précise à ce sujet. En avons-nous une?

**M. Simon Kennedy (sous-ministre, ministère de la Santé):** Il faut tenir d'autres discussions avec les provinces et les territoires, mais nous regardons actuellement quels sont les mécanismes que nous pourrions utiliser pour que les fonds de la première année soient versés très rapidement. L'idée, ce serait de commencer rapidement et de verser une partie des fonds très vite durant la première année sans être ralenti par les conversations qu'il faut avoir pour définir les détails. Nous avons déjà dit aux provinces et territoires que c'était là notre intention, et nous travaillons en collaboration avec le gouvernement pour déterminer quel est le meilleur mécanisme pour ce faire.

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

Monsieur Carrie.

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

Merci à la ministre d'être ici pour parler du budget. Je me sens presque mal pour vous, cependant, car vous devez défendre la gestion budgétaire irresponsable de votre gouvernement, mais j'ai seulement sept minutes alors je vais passer tout de suite aux questions. J'en ai trois à poser et, si vous me le permettez, je vais toutes les poser d'un coup.

La première est la suivante: il était mentionné dans le budget des activités de sensibilisation publique, des programmes et de la surveillance relativement au dossier de la marijuana. Vu la priorité de votre gouvernement, pouvez-vous nous expliquer ce que cela veut dire?

Ma deuxième question concerne les Canadiens vulnérables qui ont besoin de marijuana thérapeutique. Ils vous ont fait confiance, à vous et à votre gouvernement, et vous deviez vous assurer que les produits qu'ils consomment sont réglementés et, ce qui est encore plus important, sécuritaires. C'était la promesse. Cependant, nous avons découvert que des fongicides cancérigènes dangereux étaient utilisés pour produire la marijuana thérapeutique. Évidemment, le système d'inspection actuel ne fonctionne pas, ce qui m'amène à poser ma deuxième question: est-ce que plus d'argent sera consacré aux activités d'inspection à la suite du rappel de produits de marijuana thérapeutique qui mettaient en danger les utilisateurs vulnérables?

Ma troisième question est la suivante: est-ce que des inspections appropriées ont lieu actuellement? Dans l'affirmative, combien ont été réalisées?

•(1125)

**L'hon. Jane Philpott:** Je suis très heureuse de voir que vous avez mentionné les investissements du budget liés à la sensibilisation publique. Comme vous le savez, lorsqu'il est question du cannabis, notre gouvernement s'est engagé à adopter une loi pour légaliser cette substance, la réglementer et en limiter l'accès de façon à s'assurer que les enfants n'y aient pas accès et que les profits de cette industrie ne reviennent pas aux organisations criminelles. À cette fin, l'une des recommandations très importantes que nous avons reçues du groupe de travail, c'était de s'assurer de mener une importante campagne de sensibilisation publique. Je crois que 9,6 millions de dollars ont été affectés dans le budget pour entreprendre ce processus.

Le ministère a fait du travail très important pour définir ce à quoi ressemblera la campagne de sensibilisation publique. On en est encore au tout début de la mise en oeuvre, mais je sais que les gens ont hâte qu'on en fasse plus dans ce dossier. Il y a des fonds continus affectés à cette fin et, bien sûr, lorsque la loi sera déposée, il sera important d'affecter les ressources appropriées à cet aspect important de la sensibilisation publique.

**M. Colin Carrie:** Vous n'avez pas encore de renseignements détaillés?

**L'hon. Jane Philpott:** Je ne crois pas pouvoir vous fournir beaucoup de renseignements détaillés. Bien sûr, une partie des efforts seront déployés pour réaliser des choses comme des campagnes dans les médias sociaux et s'assurer que nous fournissons la bonne information aux bons auditoires. Nous savons que les jeunes sont souvent les plus à risque, mais, bien sûr, leurs parents sont aussi très intéressés. Nous regardons donc les différents types de plateformes pour nous assurer que les bons messages sont communiqués aux bons auditoires dans ce dossier.

Voulez-vous que je passe à vos autres questions pour sauver du temps? Sinon, je peux demander des précisions.

**M. Colin Carrie:** Oui, s'il vous plaît, parce que vos représentants resteront ici. Nous pourrions leur demander de nous fournir des renseignements détaillés.

**L'hon. Jane Philpott:** Je suis heureuse que vous ayez soulevé la question de l'inspection. La réglementation liée à l'innocuité et la salubrité visant l'industrie du cannabis thérapeutique au Canada est extrêmement rigoureuse. D'autres pays examinent notre programme tandis qu'ils envisagent de réglementer un type similaire d'industrie. Santé Canada réalise des inspections régulières et non annoncées des producteurs accrédités qui ont obtenu l'autorisation, au titre de la réglementation fédérale, de produire du cannabis thérapeutique. Nous avons annoncé que, à la lumière des renseignements que vous avez décrits, nous allons maintenant aussi procéder à des tests aléatoires, en plus des inspections régulières des producteurs accrédités. Je ne sais pas si mon sous-ministre veut vous en dire plus à ce sujet, mais pour ce qui est de la rigueur, nous voulons certes vous garantir que nous déployons des efforts pour nous assurer de mettre en place tous les bons processus d'inspection.

**M. Colin Carrie:** C'est important que des ressources soient réservées, parce qu'il n'est pas seulement question de la marijuana thérapeutique. Votre gouvernement a promis de légaliser la consommation pour tous les Canadiens en très peu de temps. Nous constatons que les inspections, de toute évidence, ne fonctionnaient pas puisqu'elles n'ont pas permis de découvrir l'utilisation des fongicides. Est-ce que plus de fonds sont affectés dans ce dossier? Réalise-t-on maintenant des inspections appropriées et, dans

l'affirmative, combien ont été réalisées depuis que nous avons découvert ce problème?

**L'hon. Jane Philpott:** Merci. Évidemment, je ne peux pas vous donner des renseignements détaillés maintenant sur la nature de la législation, et le processus en vertu duquel...

**M. Colin Carrie:** Est-ce qu'il y a plus d'argent?

**L'hon. Jane Philpott:** Je ne peux pas vous fournir des renseignements précis sur la loi tant qu'elle n'est pas déposée, mais je tiens à rappeler au Comité que, dans le cadre de toute activité de production, que ce soit la production de pâte dentifrice, de laitue ou de produits pharmaceutiques, une des forces du système réglementaire du Canada, lorsqu'il est question des produits de consommation, de salubrité alimentaire et de produits pharmaceutiques, c'est de s'assurer que nous mettons en place des systèmes stricts permettant d'identifier les sources de contamination. Il y a de temps en temps des problèmes de contamination, et c'est la raison pour laquelle nous mettons en place des systèmes de rappel immédiat — et c'est ce que nous avons fait dans cette situation — pour que les gens sachent que quelque chose a été détecté et ensuite nous assurer que des systèmes sont en place afin de toujours pouvoir cerner ces problèmes le plus rapidement possible et informer les gens pouvant courir un risque.

Vous seriez peut-être rassuré par certains des commentaires de mon sous-ministre à ce sujet.

•(1130)

**M. Simon Kennedy:** Pour renforcer ce que la ministre a dit, nous avons assurément pris très au sérieux les récentes violations liées aux pesticides. Nous avons commencé un programme d'échantillonnage aléatoire pour que l'industrie reste sur ses gardes. Actuellement, il y a une liste très stricte de pesticides autorisés dans le secteur de la production du cannabis. C'est ce sur quoi se penchera le programme d'échantillonnage aléatoire. De façon générale, assurément au cours des dernières années, nous avons constaté un taux très élevé de conformité dans l'industrie. Globalement, comme la ministre l'a indiqué, on a actuellement mis en place un calendrier assez chargé d'inspections et d'activités de surveillance. Évidemment, ces incidents ont lieu, et nous rajustons le programme pour ajouter cette nouvelle dimension.

Sans vouloir aucunement minimiser ce qui a été découvert, l'autre chose que j'aimerais souligner — et nous prenons des mesures — c'est que le ministère a réalisé une évaluation du risque lorsque ces manquements ont été découverts.

**M. Colin Carrie:** Avez-vous rendu les tests obligatoires? Parce que, à la lumière de l'article, vous ne l'avez pas fait. Est-ce que ces entreprises doivent obligatoirement être inspectées? Le caractère aléatoire des inspections, c'est une bonne chose, vous savez, pour que les entreprises restent sur leurs gardes, comme vous l'avez dit, mais inspectez-vous ces entreprises, et ces inspections sont-elles obligatoires, oui ou non?

**M. Simon Kennedy:** Nous voulons voir quels seront les résultats du programme d'inspection aléatoire avant de prendre une décision sur la nature du régime final. Jusqu'à présent, nous n'avons obtenu aucun renseignement donnant à penser que nous devons mettre en place un programme d'inspection de chaque lot de chaque entreprise.

**M. Colin Carrie:** Non, mais est-ce que les inspections seront obligatoires dans chaque entreprise?

**M. Simon Kennedy:** Actuellement, il y a des exigences obligatoires en ce qui a trait à l'utilisation des pesticides, et les inspections aléatoires sont conçues pour déterminer si, oui ou non, les entreprises respectent le protocole. Franchement, c'est le mode de fonctionnement assez typique des régimes d'inspection. Dans de nombreux régimes, on n'examine pas nécessairement chaque lot; on choisit des lots aléatoirement pour déterminer si les gens semblent respecter les règles ou non.

**M. Colin Carrie:** Combien d'inspections avez-vous réalisées?

**M. Simon Kennedy:** Je vais devoir vous fournir cette information plus tard. Je ne l'ai pas actuellement.

**Le président:** Monsieur Davies.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Merci, monsieur le président, et merci à vous tous d'être parmi nous.

Madame la ministre, je veux commencer par féliciter votre gouvernement d'avoir accru le financement du Fonds mondial de lutte contre le VIH et d'autres maladies à l'échelle internationale. Cependant, je veux vous poser des questions sur le financement des organisations, ici, au Canada.

L'année dernière, on a découvert que l'Agence de la santé publique du Canada avait accru le nombre d'organismes jugés admissibles pour obtenir du soutien dans le cadre du Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C, mais que le financement en tant que tel allait rester stable à 26,4 millions de dollars. En raison de cette nouvelle affectation, nombre d'organisations communautaires établies ont soit perdu leur financement, soit en recevront beaucoup moins. Je sais que vous vous êtes engagée à régler cette situation durant l'exercice actuel.

Pouvez-vous confirmer que les organisations qui étaient financées précédemment, toutes ces organisations, ont, en fait, pu ravoire tout leur financement grâce au financement transitoire de cette année? Fait plus important encore, vous engagerez-vous à fournir à ces organisations le même financement au cours des prochaines années et à accroître le financement de l'Initiative fédérale sur le VIH/sida?

**L'hon. Jane Philpott:** Vous soulignez un point important, merci. Vous avez absolument raison; nous affrontons un problème de nature mondiale, et tout comme vous, je me réjouis du fait que notre pays recommande les investissements dans le Fonds mondial.

Au Canada, nous avons encore beaucoup de travail à faire relativement à ce genre de maladie, comme le VIH et l'hépatite C. Comme vous, je suis consciente du fait que le travail n'est pas terminé. De plus en plus, nous déployons des efforts afin de réunir tous les partenaires du portefeuille de la santé afin de souligner le rôle important que chaque membre du portefeuille de la santé joue relativement au VIH. Nous veillons à renforcer l'étroite collaboration entre l'Agence de la santé publique du Canada, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits et les Instituts de recherche en santé du Canada, puisque tous les groupes du portefeuille ont un rôle à jouer.

À dire vrai, le budget prévoit quelques nouveaux investissements pour étendre l'initiative fédérale sur le VIH. Il s'agit de nouveaux fonds à hauteur de 30 millions de dollars qui serviront à soutenir l'initiative. Nous serons ainsi en mesure de répondre précisément aux questions que vous avez posées par rapport aux groupes qui sont préoccupés par une réduction éventuelle de leur financement.

Je vais demander à la présidente de l'Agence de la santé publique ou à la Dre Tam de préciser si, dans les faits, chaque organisation, jusqu'à la dernière, a obtenu un financement transitoire afin de pouvoir poursuivre ses activités jusqu'à mars 2018. Grâce aux

nouveaux fonds prévus dans le budget, nous allons bien évidemment examiner chacun de ces groupes afin de nous assurer que nous investissons, dans l'avenir, de façon saine et intelligente dans des groupes qui obtiennent de bons résultats sur le terrain.

• (1135)

**M. Don Davies:** Madame la ministre, j'aimerais aborder le sujet de la crise des opioïdes. Vous êtes peut-être au courant, mais le service des incendies et le sauvetage de Vancouver a signalé 160 interventions en réponse à un cas de surdose pendant la semaine du 20 mars, il y a quelques semaines à peine. La semaine précédente, il y avait eu 104 interventions; c'est donc une augmentation de 56 %. Depuis le début de 2017, 100 personnes sont décédées par surdose à Vancouver. En 2016, il n'y en a eu que 215. Nous n'en sommes qu'au premier trimestre de l'année, et nous en sommes déjà à la moitié de ce nombre. Si le taux de décès par surdose reste stable, il y aura environ 400 décès par surdose en 2017 à Vancouver, soit le double de cas qui ont été consignés en 2016. Nous savons que le fentanyl est en train de se répandre dans de nombreuses collectivités aux quatre coins du Canada, et que le carfentanil est omniprésent.

Dans le budget que le gouvernement a déposé il y a deux ou trois semaines, il y a, à la page 193, un poste où il est écrit: « Aide financière urgente pour s'attaquer aux urgences de santé publique liées aux opioïdes » et l'allocation est de 16 millions de dollars. En 2016, l'allocation pour la Colombie-Britannique et l'Alberta était de 10 millions de dollars et de 6 millions de dollars respectivement. Ensuite, ce n'est que des zéros.

Vu qu'on n'a toujours pas réussi à remédier à la crise des opioïdes, et puisque nous avons des raisons de croire que la situation pourrait se détériorer, pouvez-vous nous dire s'il est prudent, selon vous, de ne pas consacrer des fonds d'urgence à la lutte contre les opioïdes au cours des prochaines années? S'agit-il d'un budget prudent?

**L'hon. Jane Philpott:** Je vous remercie de me donner l'occasion de clarifier les importants investissements prévus dans le budget 2017, relativement à la crise des opioïdes. Vous et moi avons tous deux participé au forum sur les politiques — un événement très important — qui a été tenu ici à Ottawa au cours des derniers jours, et nous avons abordé cette question. Il ne fait aucun doute que cette crise a pris des proportions sans précédent; nous avons déployé tous les efforts possibles afin d'affronter les situations que vous avez si éloquemment décrites par rapport au nombre de décès.

Avec le temps qu'il reste, je peux vous dire que, oui, nous fournissons ces 16 millions de dollars en financement d'urgence aux provinces qui sont le plus touchées par cette crise, et qu'il y a, en outre, d'importants nouveaux investissements. Dans le budget, il y a un financement continu pour la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances. Nous n'avons rien enlevé à ce qui était déjà là, et nous avons attribué 570 millions de dollars sur cinq ans uniquement à la Stratégie. Nous avons été en mesure de majorer ce chiffre de 20 %, ce qui fait que les investissements globaux pour la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances disposent en plus de 100 millions de dollars supplémentaires.



Je dois aussi m'assurer que vous comprenez qu'il s'agit d'un problème dont les impacts sont énormes. Nous devons y réagir sur tous les fronts, et c'est pourquoi, par exemple, nous avons investi 5 milliards de dollars en santé mentale. Vous êtes au courant du lien entre la santé mentale et la crise de surdose d'opioïdes. Vous savez aussi que les investissements dans d'autres initiatives, par exemple le logement — 11 millions de dollars pour la Stratégie nationale en matière de logement — auront un très grand impact. Nous n'allons pas régler cette crise du jour au lendemain; nous allons devoir travailler sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé afin de veiller à ce que ces personnes aient accès à des emplois, à un logement sécuritaire et à de bons soins de santé.

Je veux que nous collaborions. Il ne s'agit pas d'une question partisane, ni d'une question politique. Nous sommes confrontés à l'une des plus graves crises de santé publique que notre pays ait jamais vues, et nous avons bien l'intention de renverser la situation. À cette fin, je me réjouis à la perspective de travailler avec le Comité.

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

Je suis d'accord avec tout ce que vous avez dit, mais ma question portait sur le financement d'urgence. Le poste budgétaire est déjà là, et je suis simplement surpris de voir que le gouvernement n'ait pas prévu de financement d'urgence. La crise pourrait prendre de l'ampleur la semaine prochaine, et il est négligent de ne prévoir aucun financement d'urgence dans le budget.

Je veux à présent aborder la question de l'assurance-médicaments et des médicaments. Selon votre lettre de mandat, vous devez améliorer l'accent aux médicaments d'ordonnance essentiels. Ensuite, il est écrit que vous devez conjuguer vos efforts pour acheter des médicaments en vrac afin de réduire les coûts que doivent payer les gouvernements canadiens pour ces médicaments. Vous êtes au courant qu'un Canadien sur cinq dit qu'il ne peut pas prendre de médicaments parce qu'il ne peut pas se les payer. On estime que 20 % des Canadiens — 7 millions et demi de Canadiens — n'ont pas un accès permanent à des soins de santé quand ils en ont besoin.

Donc, ma question est la suivante: je sais que vous n'en êtes qu'au 18<sup>e</sup> mois de votre mandat, mais c'est quand même un an et demi. Depuis que vous êtes entrée en poste, l'accès des Canadiens aux médicaments d'ordonnance s'est-il amélioré?

• (1140)

**L'hon. Jane Philpott:** Merci. Je sais que je n'ai probablement pas beaucoup de temps.

Avant tout, je veux remercier le Comité de son étude sur le régime d'assurance-médicaments. J'ai très hâte d'en connaître les résultats. Je sais que l'accès des Canadiens aux soins de santé est un enjeu très important pour vous et les autres membres du Comité.

Ce que je peux vous dire, c'est que l'accès à des médicaments d'ordonnance a indéniablement progressé, tout comme leur abordabilité. Un point que je peux prendre en exemple est le régime d'achat en vrac, dans le cadre duquel nous avons conjugué nos efforts avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Nous projetons d'économiser de 700 à 800 millions de dollars annuellement, ce qui fera descendre le prix de ces médicaments et, en conséquence, les rendra plus abordables pour le public.

C'est avec plaisir que je vous donnerais plus d'information sur la façon dont nous rendons les médicaments plus abordables et dont nous collaborons avec les provinces et les territoires à divers efforts, par exemple le Formulaire national. Toutes ces étapes sont

absolument essentielles si nous voulons que les Canadiens aient accès aux médicaments d'ordonnance.

**Le président:** Merci beaucoup.

La parole va maintenant à M. Oliver.

**M. John Oliver (Oakville, Lib.):** Merci beaucoup, monsieur le président. Je tiens à vous remercier chaleureusement du leadership dont vous avez fait preuve dans ce dossier très important pour tous les Canadiens. Nous sommes très heureux que vous soyez notre ministre de la Santé.

Ma première question concerne la crise des opioïdes à laquelle nous faisons face ainsi que le fentanyl. Je trouve merveilleux de voir un retour à une approche de réduction des méfaits axée sur des données probantes dans le projet de loi C-37 pour faire face à cette crise. Cela se distingue grandement de ce qui était en place avant. Donc, avec la présentation du projet de loi C-37, voulez-vous dire au Comité s'il y a désormais un plus grand accès aux centres de consommation supervisés? Y a-t-il eu des changements au chapitre des ordonnances qui ont eu un effet sur l'accessibilité à la naloxone. La situation a peut-être changé?

**L'hon. Jane Philpott:** La situation nous force à affronter une triste réalité, et M. Davies a d'ailleurs mis en relief ce qui se passe vraiment, du moins en partie. Je crois que nous progressons bien.

Cependant, cette crise sévit depuis un moment déjà. Il faut que les gens tempèrent leurs attentes; j'aimerais pouvoir dire que nous allons remédier à la situation immédiatement, mais nous devons accepter qu'il nous a fallu des années pour en arriver où nous sommes, et qu'il nous faudra encore du temps pour renverser la situation. Je suis malgré tout satisfaite des progrès que nous avons accomplis.

Dans votre question, vous avez mentionné précisément le projet de loi C-37, et je saisis l'occasion de remercier à nouveau le Comité du travail très rapide qu'il a accompli. Vous aviez déjà mené une étude sur le sujet, et avez été en mesure de franchir toutes les étapes. Nous attendons avec impatience l'adoption du projet de loi, et j'espère que c'est pour bientôt. Lorsque j'ai rencontré les membres du comité sénatorial la semaine dernière, ils n'avaient pas encore terminé leurs séances, mais j'espère que le projet de loi sera adopté très rapidement.

Il y a quelques semaines, j'ai annoncé l'ouverture de trois nouveaux centres de consommation supervisés à Montréal dont les activités étaient tenues sous le régime de l'ancienne loi. Le processus de demande a pris 18 mois avant d'aboutir, et nous avons 11 autres centres qui attendent. L'adoption expéditive de ce projet de loi pourrait vraiment tout changer le processus en ce qui concerne les exigences, non seulement pour les centres en attente, mais aussi pour ceux dans l'avenir. Nous espérons pouvoir annoncer l'ouverture de nouveaux centres dans l'avenir.

En outre, je tiens à rappeler à nouveau au Comité que même si l'accès à des centres de consommation supervisés dans les collectivités qui en veulent et qui en ont besoin pourra sauver des vies et réduire la souffrance liée à la toxicomanie de façon efficace, et il ne s'agit que d'un élément dans tout une gamme de mesures. Avec ce genre de crises, les interventions doivent être globales.

**M. John Oliver:** Nous avons mené une étude sur le sujet et avons publié 38 recommandations. Dans le cadre de cette étude, l'un de nos témoins nous a parlé de l'importance de ne pas confondre les traitements et le traitement des toxicomanies. Souvent, on met tout ça dans le même sac que la santé mentale, et trop souvent, les fonds pour le traitement des toxicomanies sont jumelés aux fonds pour les soins de santé mentale en général. Il y a eu deux ou trois médecins qui nous ont fortement recommandé de nous intéresser davantage aux toxicomanies et d'ouvrir de bons centres de traitement dans tout le Canada.

Présentement, l'un des plus gros obstacles, lorsque des gens acceptent de suivre un traitement, est de les envoyer rapidement dans un des centres.

**L'hon. Jane Philpott:** Je suis très heureuse de vous entendre soulever ce point.

**M. John Oliver:** C'est une question qui relève du provincial, je sais.

**L'hon. Jane Philpott:** C'est peut-être du ressort des gouvernements provinciaux, mais je crois que nous pouvons signifier notre soutien afin d'encourager l'accès accru à des traitements pour les gens souffrant de toxicomanie. La santé mentale et la toxicomanie sont étroitement reliées, cela ne fait aucun doute, et cela a du sens d'aborder les deux questions ensemble. Cependant, vous avez raison quant au fait que les ressources consacrées à la dépendance ou à la toxicomanie ne sont pas toujours utilisées comme elles le devraient parce que les deux problèmes ont des thèmes qui sont interreliés.

À dire vrai, je déploie des efforts afin de souligner le fait que notre pays doit améliorer les traitements fournis, en ce qui concerne tant le soutien en matière de santé mentale que le soutien social dont les personnes ont besoin, sans oublier le soutien médical pour les gens souffrant de toxicomanie. Cela comprend l'accès à des traitements au moyen de médicaments, par exemple la thérapie par substitution d'opioïdes.

Nous avons les moyens d'atteindre nos buts, par exemple, selon moi, la recherche que nous accomplissons avec nos partenaires dans le but d'améliorer l'accès aux traitements. Nous pouvons tirer parti de notre leadership fédéral afin de faire progresser les choses et d'accroître l'accès. Présentement, c'est indéniablement un gros problème.

• (1145)

**M. John Oliver:** Merci.

On voit dans le budget une augmentation d'environ 30 % pour les soins de santé primaires des Premières Nations et des Inuits.

J'aimerais, si vous le pouvez, que vous nous racontiez des histoires de réussite récentes, dans ce domaine. J'ai entendu dire que l'on avait modifié quelque peu le programme d'accompagnement des mères. Existe-t-il d'autres programmes du même type? Je sais que vous avez beaucoup de défis à relever, mais que vous faites des progrès.

**L'hon. Jane Philpott:** Encore une fois, c'est une excellente question; je me demande parfois, en effet, si nous en faisons assez pour communiquer les bonnes nouvelles.

Il y avait de l'argent dans le budget de l'an dernier, vous vous en souviendrez peut-être, pour l'infrastructure de la santé dans les réserves. Il y a eu là aussi quelques bonnes nouvelles. J'ai eu l'occasion de visiter la collectivité de Cross Lake, au Manitoba, et de parler aux gens d'un appui possible pour l'expansion de leur poste de soins infirmiers; cette nouvelle les a ravis. Ils l'attendent depuis longtemps.

Vous avez posé des questions sur un peu tous les sujets du vaste éventail des services de santé. J'aimerais profiter de l'occasion pour m'arrêter sur un de ces sujets. Vous avez parlé des problèmes prénataux. Je suis de plus en plus sensibilisée à l'importance du bien-être au moment de la naissance. Cela vaut pour tous les Canadiens, mais c'est un véritable défi, particulièrement, pour les Canadiens d'origine autochtone. Ils sont nombreux à vivre dans des collectivités très éloignées, et les femmes sont forcées de quitter leur collectivité lorsqu'elles doivent accoucher, et cela a des conséquences tout au long de la vie de ces femmes et de leurs enfants. Il y a dans le budget deux choses qui me transportent de joie. Premièrement, nous avons pu changer la politique sur l'accompagnement prénatal. Les femmes en question, ce sont souvent des adolescentes qui doivent quitter leur collectivité pour aller accoucher dans une ville lointaine. Si elles n'ont pas une raison médicale suffisante, elles ne peuvent pas être accompagnées. Puisqu'elles doivent quitter cinq semaines avant la date d'accouchement prévue et qu'elles restent éloignées plusieurs semaines après, cette politique était nocive. Nous avons pu changer cela. Aujourd'hui, toutes les femmes qui doivent quitter leur collectivité pour donner naissance peuvent être accompagnées. C'est une incroyablement bonne nouvelle.

Le président me regarde, mon temps va bientôt être écoulé. Mais je tenais à ce que vous sachiez une autre chose, c'est que notre objectif à long terme, c'est de faire en sorte que les nouveau-nés puissent pousser leur premier cri dans les collectivités éloignées du Canada — pour reprendre les mots d'une leader autochtone — et de trouver le moyen d'élargir les services des sages-femmes et l'accès à ces services pour que les gens puissent donner naissance chez eux, sur leur territoire, au sein de leur famille.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous commençons maintenant la série de questions de cinq minutes en donnant d'abord la parole à M. Webber.

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** Je remercie la ministre et les membres de son personnel de s'être présentés ici aujourd'hui.

Madame la ministre, comme vous le savez probablement très bien, des centaines, si ce n'est des milliers de Canadiens sont tous les jours touchés par la maladie de Lyme. Nous savons que dans bien des cas, ils ont probablement reçu un diagnostic erroné ou qu'ils ne suivent pas le traitement dont ils auraient besoin. Nous avons organisé des conférences. Nous avons demandé à des experts de nous donner leur avis et de nous présenter des recommandations. Nous avons organisé des consultations publiques. Les parties intéressées estiment qu'on a suffisamment parlé et qu'il est temps maintenant de prendre des mesures concrètes. Nous savons qu'il n'est pas possible de prendre des mesures sans un financement adéquat.

Madame la ministre, pourriez-vous nous dire quelles sommes, en sus du financement précédent, ont été affectées à la mise en oeuvre d'un plan d'action sur la maladie de Lyme?

**L'hon. Jane Philpott:** Vous avez raison, c'est un problème important. Nous sommes à coup sûr nombreux à avoir entendu... Dans certaines régions du Canada, c'est particulièrement un défi. Je suis heureuse que nous ayons pu organiser récemment une conférence visant à élaborer le plan fédéral de lutte contre la maladie de Lyme. Le rapport provisoire portant sur tout cela vient d'être déposé.

Un gouvernement fédéral peut bien sûr prendre de nombreuses mesures, et nous nous efforcerons de faire cela. Je vais demander à mes collègues de la santé publique de poursuivre ce travail, jusqu'à un certain point. Il y a beaucoup à faire du côté de l'éducation du public, pour sensibiliser les gens aux risques. Nous le faisons déjà, avec l'aide de l'Agence de la santé publique, mais nous travaillons également avec nos partenaires provinciaux et territoriaux, afin que tous les Canadiens soient renseignés sur la façon de prévenir la maladie de Lyme. Nous devons également collaborer de près avec les fournisseurs de soins de santé pour nous assurer qu'ils savent comment reconnaître cette maladie, poser un diagnostic et prescrire un traitement.

• (1150)

**M. Len Webber:** Tout à fait. Madame la ministre, je ne veux pas vous interrompre, mais j'aimerais savoir à combien s'élève le financement, concrètement. Je n'ai pas beaucoup de temps. Pourriez-vous nous donner quelques informations sur le financement qui sera affecté et dépensé dans la lutte contre la maladie de Lyme?

**L'hon. Jane Philpott:** Theresa, vous pourriez peut-être nous donner quelques détails.

**Dre Theresa Tam (administratrice en chef de la santé publique par intérim, Agence de la santé publique du Canada):** L'Agence de la santé publique du Canada est en train de renforcer les activités de surveillance, d'éducation et de sensibilisation. Nous cherchons à savoir où il faut mieux informer et éduquer. Essentiellement, nous tirons parti de tout le financement que nous pourrions recevoir au titre des changements climatiques, parce que nous nous attendons à une croissance des populations de moustiques et de tiques, à une augmentation des vecteurs et à l'expansion de la maladie de Lyme.

Nous allons chercher des moyens de tirer parti de ce financement. Comme la ministre l'a dit, il y a un financement supplémentaire. Nous allons chercher à en utiliser une partie. Cela comprend aussi des subventions et des contributions.

**M. Len Webber:** Merci. Je comprends. Il est évident qu'on ne me donnera pas de chiffres.

**L'hon. Jane Philpott:** Excusez-moi, j'aimerais préciser le chiffre réel. La Dre Tam parlait d'investissements de 47 millions de dollars visant les risques pour la santé associés aux changements climatiques, et, bien sûr, la maladie de Lyme est un des dossiers prioritaires, à ce chapitre.

**M. Len Webber:** D'accord. S'agit-il uniquement de dépenses fédérales, ou est-ce qu'un financement ciblé sera versé aux provinces? Est-ce que cet argent sera versé en cours d'exercice ou assujéti à un programme qui s'étendra sur une longue période, ce qui veut dire que le financement, en fait, sera reporté aux années subséquentes? J'aimerais savoir quelle bataille de la lutte contre la maladie de Lyme, exactement, profitera dès cette année d'un financement supplémentaire et quel sera le montant de ce financement? C'est tout ce que je demande. J'ai tout simplement besoin de chiffres.

**L'hon. Jane Philpott:** Je vous communiquerai avec plaisir la ventilation de cette somme de 47 millions de dollars. Je ne l'ai pas sous la main, mais je me ferai un plaisir de vous la communiquer.

**M. Len Webber:** Merci. Je l'apprécie.

**L'hon. Jane Philpott:** Il s'agit d'un investissement fédéral. Je crois aussi qu'il est très important de reconnaître, comme vous l'avez mentionné, qu'une bonne partie des services de diagnostic et de traitement relève des provinces et des territoires, qui exercent évidemment leur pouvoir discrétionnaire.

**M. Len Webber:** Très bien. Merci, madame la ministre.

Je m'excuse. Je ne voulais pas vous interrompre. Je n'ai qu'une minute.

J'aimerais soulever un autre sujet qui me passionne vraiment. L'an dernier, l'un de mes collègues, le député d'Edmonton Manning, M. Ziad Aboultaif, a présenté un projet de loi visant à créer un registre national des dons d'organes et de tissus. Cette idée a été très bien reçue par de nombreux Canadiens, mais le gouvernement libéral a voté contre son initiative. Certes, quelques libéraux, y compris notre président — merci, monsieur le président — avaient voté en faveur du projet de loi, mais il a été rejeté.

Parmi ceux qui se sont opposés à cette proposition d'importance vitale, mentionnons vous-même, madame la ministre, ainsi que la députée Judy Sgro, qui représente Humber River—Black Creek. Imaginez ma surprise, madame la ministre, lorsque, quelques mois plus tard, le 28 novembre 2016, j'ai pris connaissance de la motion numéro 98 déposée par Mme Sgro. Je vous la lis:

Que la Chambre souligne sa volonté et son engagement afin d'établir un registre national des donneurs d'organes et demande au gouvernement de consulter les provinces, les territoires et les autres intervenants pertinents afin de concevoir et d'adopter le cadre législatif et réglementaire nécessaire pour établir ce registre.

Je vous demande tout simplement, madame la ministre, si vous pouvez expliquer cela. Comment les libéraux peuvent-ils voter contre un registre national des dons d'organes et de tissus en juin et en proposer un en novembre? Est-ce que le gouvernement admet qu'il a fait une erreur et qu'il est maintenant prêt à soutenir une si formidable initiative ou n'est-ce pas plutôt que les libéraux étaient déterminés à ne pas voter en faveur d'un projet de loi conservateur dans le seul but de pouvoir dire plutôt que c'est une motion libérale qui a été adoptée?

J'espère sincèrement que ce n'est pas le cas, parce qu'il y a des gens qui meurent, madame la ministre. Pourriez-vous m'expliquer cela?

**L'hon. Jane Philpott:** Laissez-moi d'abord faire deux commentaires. Premièrement, j'espère que vous-même et les autres membres du Comité êtes bien conscients du fait que la santé, parmi tous les dossiers dont le gouvernement doit traiter, n'est pas une question partisane et que je ne prends jamais de décision sur une base partisane. Ma priorité, c'est la santé des Canadiens, et c'est sur cela que je fonde mes décisions.

Deuxièmement, je dois vous remercier d'avoir pris en main le dossier des dons d'organes et de tissus, qui est incroyablement important. Je suis d'accord avec vous sur le fait que le travail qu'il reste à faire est titanesque, surtout pour ce qui est d'encourager les Canadiens à participer. Je crois que vous serez d'accord avec moi pour dire qu'il y a encore fort à faire pour accroître le nombre des donneurs.

En ce qui concerne la motion et, en fait, tout ce qui s'y rattache, l'un des défis c'est que nous devons nous engager dans la sphère de compétence des provinces et des territoires, et c'est là que ça se complique. J'aimerais beaucoup avoir l'occasion de collaborer avec vous, car je sais que cette question vous importe vraiment et qu'elle importe aussi à nombre de nos collègues parlementaires, au moment de définir le rôle que le gouvernement fédéral devrait jouer et jusqu'à quel point il peut s'avancer sans empiéter sur les compétences des provinces et des territoires, l'objectif ultime étant de nous assurer d'augmenter le nombre des donneurs.

• (1155)

**Le président:** Merci.

Nous donnons maintenant la parole à M. Ayoub.

[Français]

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

Merci, madame la ministre. C'est toujours un privilège de vous donner l'occasion d'expliquer aux Canadiens le leadership que vous apportez dans les négociations avec la multitude de provinces, particulièrement le Québec, en matière de soins à domicile et de santé mentale, sujets sur lesquels je vais m'attarder ici.

Dans mon ancienne vie, j'étais maire, et les citoyens venaient me voir pour que je leur propose des solutions qui leur permettraient de rester à la maison. Ces aînés ont une famille qui les soutient et ils veulent rester à la maison. Ils ne veulent pas vraiment aller dans des institutions, à moins d'y être forcés à cause de la nature des soins qui doivent leur être prodigués.

Le Canada est une fédération et le gouvernement fédéral négocie avec les provinces. J'aimerais que vous expliquiez le leadership que vous avez apporté dans les négociations afin de redonner au Québec en particulier, mais aussi au reste du Canada, la notion de soins à domicile et de santé mentale. Dans le dernier budget fédéral, les investissements dans ces domaines sont vraiment historiques.

**L'hon. Jane Philpott:** Merci beaucoup. Je vais essayer de répondre en français.

**M. Ramez Ayoub:** Je vous félicite pour la qualité de votre français. Je vois une belle amélioration. C'est tout à votre honneur.

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

Comme vous le savez, nous avons eu de très bonnes discussions avec toutes les provinces et tous les territoires, y compris le Québec. Je sais que le ministre Barrette a dit très clairement que la santé mentale et les soins à domicile comptaient parmi les priorités que nous partageons. J'en ai vu plusieurs bons exemples, notamment une installation à Montréal pour les soins palliatifs. C'est un très bon exemple du bon travail qui est fait au Québec.

Au cours des discussions, il était clair que les éléments que vous avez mentionnés étaient des priorités pour le ministre Barrette et son gouvernement. Nous avons discuté de la façon dont ils pourraient augmenter les services. Ils ont de très bonnes idées en ce qui concerne les services de santé mentale pour les jeunes.

[Traduction]

Je crois que je vais poursuivre en anglais, ça prendra moins de temps.

Le ministre Barrette a nommé quelques excellents programmes s'adressant aux jeunes auxquels le gouvernement s'intéresse de près. Son gouvernement, en fait, est allé voir ce qui se passait à l'étranger. Je ne veux pas présumer de la teneur de ses projets, mais j'aimerais tout simplement vous donner une idée de ce qu'il est possible d'envisager. Nous savons que, quand nous pouvons fournir des soins aux jeunes, les effets se feront sentir toute leur vie. Nous savons également que le diagnostic de problèmes de santé mentale n'est pas toujours posé assez tôt, chez les jeunes, et qu'ils n'ont pas accès aux soins. Je sais que le ministre Barrette et son gouvernement veulent élargir les programmes offerts aux jeunes, pour y intégrer la thérapie cognitivo-comportementale et qu'il s'appuie sur les meilleurs modèles du monde pour le faire.

Ils prendront leurs décisions en fonction de la façon dont est dépensé le financement que nous leur avons versé. Toutefois, je sais que vous pouvez déjà dire à vos électeurs qu'ils verront d'ici quelques années le résultat de nos investissements, c'est-à-dire un

meilleur accès aux soins en santé mentale ainsi qu'aux soins à domicile.

[Français]

**M. Ramez Ayoub:** J'en suis pleinement conscient et je suis très confiant. Merci.

On parle aussi de la crise des opioïdes, qui est beaucoup plus présente dans l'Ouest du pays, mais qui est en préparation dans l'Est du pays, particulièrement à Montréal.

Dernièrement, je lisais de l'information sur les très bonnes relations avec la ministre Charlebois relativement à l'incitation à ouvrir de nouveaux sites. Montréal a pu en bénéficier.

Pourriez-vous nous dire où en sont les rapprochements et où en est rendu le processus en vue d'ouvrir ces sites?

● (1200)

**L'hon. Jane Philpott:** J'ai annoncé récemment que trois sites pour consommation supervisée à Montréal étaient prêts à continuer. Ils ont reçu une exemption.

[Traduction]

Ils ont ajouté que j'entretenais une bonne relation de travail avec la ministre Charlebois, qui est déterminée à régler ce dossier. J'ajouterais que j'ai discuté avec le maire de Montréal, il n'y a pas très longtemps, de ses préoccupations relativement à la crise des opioïdes à Montréal. Je crois que ses interventions ont été très proactives, et c'est une bonne nouvelle. La crise n'affecte pas le Québec autant que les autres provinces, pour toutes sortes de raisons, mais il est bien qu'ils y soient déjà si bien sensibilisés. Il se fait beaucoup de bonnes choses, dans ce dossier.

[Français]

**M. Ramez Ayoub:** C'est ce qu'on appelle du travail d'équipe et du leadership. Je vous en félicite.

Je vous remercie.

[Traduction]

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

Monsieur Carrie, vous avez la parole.

**M. Colin Carrie:** Madame la ministre, au mois de mars vous avez refusé de reporter l'interdiction des néonicotinoïdes malgré que le comité de l'agriculture vous avait signalé que la décision d'interdire ce pesticide n'avait pas été fondée sur les meilleures données scientifiques disponibles. De fait, il n'est dit nulle part dans votre lettre de mandat que vous devez vous assurer que les décisions sont prises en fonction de données scientifiques, de faits et de données probantes et qu'elles doivent servir l'intérêt public. Mais vous avez décidé d'aller malgré tout de l'avant avec cette interdiction, malgré l'absence de données scientifiques, et cela établit un dangereux précédent. La légalisation de la marijuana, qui approche, nous a permis de savoir que les données scientifiques sont très claires. Elles disent que le cerveau se développe jusqu'à l'âge de 25 ans. Madame la ministre, allez-vous tourner le dos à la science pour écouter plutôt les groupes d'intérêt particuliers, cette fois-ci encore? Que faites-vous pour vous assurer que vos décisions sont justifiées sur le plan scientifique?

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

Je crains que vous n'ayez associé deux dossiers qui ne sont pas vraiment tout à fait comparables.

**M. Colin Carrie:** Eh bien, nous nous appuyons sur des données scientifiques, et, en réalité...

**L'hon. Jane Philpott:** En réalité, les décisions doivent être fondées sur des données scientifiques. Vous avez parlé des pesticides en lien avec deux ou trois dossiers, entre autres de l'imidaclopride, un néonicotinoïde. Une recommandation provisoire a déjà été présentée. La décision finale n'est pas encore prise, mais, dans ce dossier, la décision était fondée sur des données scientifiques.

Vous avez ensuite parlé d'autres pesticides en lien avec le cannabis, ce qui est une toute autre question. Mais le principe...

**M. Colin Carrie:** Non, c'est faux. Me permettez-vous de clarifier? Je crois que vous m'avez mal compris.

Ma question concerne la marijuana. Les données scientifiques sont claires, et je crois que nous savons tous que le cerveau se développe jusqu'à l'âge de 25 ans. Il y a eu toutes sortes de fuites, dans votre caucus, et nous savons maintenant que la loi va bientôt être déposée. Les Canadiens s'attendent à ce que la ministre de la Santé Canada et l'ensemble de son ministère examinent tout cela dans la perspective de la santé et de la sécurité, non pas seulement en pensant à l'approvisionnement ou à l'accès.

En ce qui concerne les néonicotinoïdes, le comité de l'agriculture a été clair lorsqu'il a affirmé que la décision n'était pas fondée sur les meilleures données scientifiques disponibles; vous avez néanmoins maintenu l'interdiction. Nous nous demandons si vous allez, pour la marijuana, déterminer l'âge légal en fonction des données scientifiques ou des groupes d'intérêt spéciaux; je crois que les Canadiens doivent connaître votre position dans ce dossier.

**L'hon. Jane Philpott:** D'accord. Merci d'avoir clarifié cela. Je crois que je comprends un peu mieux votre question, maintenant. Vous vous posez des questions touchant le développement du cerveau des jeunes adultes en lien avec le cannabis, et vous vous demandez si nous allons nous laisser guider par la science. C'est bien ça?

**M. Colin Carrie:** Oui.

**L'hon. Jane Philpott:** Il y a une chose que tous mes collègues devraient savoir concernant les données scientifiques que nous avons sur la consommation du cannabis chez les Canadiens. Vous savez que nous sommes parmi les plus grands consommateurs du monde.

Les données les plus récentes que nous venons tout juste de recevoir, des données scientifiques, révèlent que le groupe de Canadiens qui en consomment le plus, c'est le groupe des 18 à 24 ans; dans cette tranche d'âge, 30 % des Canadiens consomment actuellement du cannabis. Et c'est pourquoi la science est si importante pour nous: elle nous permet de savoir que les jeunes Canadiens consomment beaucoup de cannabis.

Bien sûr, le projet de loi n'a pas encore été déposé, mais nous devons être conscients de cette réalité et de ces faits. Lorsque vous aurez pris connaissance du projet de loi, je crois qu'il sera important pour vous de comprendre que, quand nous adoptons une approche axée sur la santé publique dans un dossier comme celui du cannabis, il ne faut pas confondre légalisation d'un produit et innocuité complète d'un produit.

Les Canadiens ont accès à toute une gamme de produits, notamment le tabac et l'alcool, qui, indéniablement, présentent des risques. Pour ce qui est du tabac, en fait, les risques sont bien documentés: le tabac tue un fumeur sur deux.

Ce n'est pas parce qu'un produit est légal qu'il est nécessairement exempt de tout risque. Si nous ajoutons à cela l'information que nous avons au sujet des taux élevés de consommation, nous allons devoir dire aux Canadiens que, même dans le contexte d'une judicieuse approche de santé publique axée sur la science, les produits sont

offerts malgré que, selon les données scientifiques, ils présentent des risques; nous avons la responsabilité d'éduquer les Canadiens et de nous assurer qu'ils sont protégés.

• (1205)

**Le président:** Monsieur Carrie, soyez très bref, s'il vous plaît.

**M. Colin Carrie:** Il nous reste encore beaucoup à apprendre; comme je viens tout juste de le dire, en parlant de la santé et de la sécurité des Canadiens, si vous examinez les statistiques des 10 dernières années, vous constaterez que la consommation diminue, dans cette tranche d'âge. Je crois que la proportion était de 40 % et qu'elle est maintenant de 33 %. Ce que nous avons fait pendant la dernière décennie a peut-être entraîné cette diminution des chiffres.

Ce qui nous inquiète, madame la ministre, c'est que, dans le projet de loi que vous allez déposer, vous établissez un parallèle avec l'alcool et avec les cigarettes, des produits déjà sur le marché, mais pourquoi voudriez-vous ouvrir le marché à un nouveau produit alors que nous sommes déjà certains qu'il pourrait, jusqu'à l'âge de 25 ans, avoir des conséquences catastrophiques pour la santé? Pourquoi fixer la limite à un âge qui serait peut-être inférieur de sept ans à cette limite?

**L'hon. Jane Philpott:** Eh bien, comme je l'ai déjà dit, je ne veux pas me prononcer sur la teneur du projet de loi. Je vous donnerai plus de détails avec plaisir lorsque le texte du projet de loi sera accessible.

**Le président:** Madame la ministre, je sais que vous devez partir, mais si vous pouviez rester huit minutes de plus, nous pourrions terminer une série de questions. Je comprendrais que vous n'ayez pas le temps.

**L'hon. Jane Philpott:** Où est mon équipe? Devons-nous nous en aller? Oui?

Vous allez devoir m'excuser, je suis déjà en retard de quelques minutes pour ma prochaine réunion. Vous savez que je me ferai un plaisir de revenir.

**Le président:** D'accord. Merci beaucoup. Nous avons hâte de vous revoir.

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

**Le président:** Monsieur Eyolfson, c'est votre tour.

**M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.):** Merci, madame la ministre, de votre présence. Je vais donc poser mes questions aux autres témoins, puisque vous devez partir, mais je vous remercie, encore une fois.

J'aimerais parler de la hausse de financement pour la santé mentale. Nous sommes tous deux médecins, Dre Philpott et moi-même. La santé mentale est un très important facteur de prédisposition à un certain nombre d'autres problèmes. Nous savons que les personnes qui ont un problème de dépendance présentent ce problème en raison d'un trouble de santé mentale. Une proportion élevée des itinérants souffrent d'une maladie mentale mal traitée. Il y a des gens qui, parce que leur trouble de santé mentale n'est pas traité, finissent par avoir des démêlés avec la justice.

C'est peut-être une hypothèse, mais je crois que nous pouvons raisonnablement poser en hypothèse que ces investissements en santé mentale permettraient des économies dans d'autres domaines, par exemple le système de justice, le traitement de la toxicomanie et de la dépendance, l'itinérance. Avez-vous des estimations des économies que les investissements en santé mentale permettraient à ces systèmes de réaliser?

**M. Simon Kennedy:** Je n'ai pas cette information sous la main. On suppose que, au bout du compte, il y aura des économies pour le système de santé et pour d'autres systèmes, mais nous devons encore travailler avec les provinces et les territoires pour déterminer exactement où l'argent ira. Le gouvernement a indiqué... il est certain, en outre, que les provinces et les territoires sont tout à fait en faveur d'investissements dans la jeunesse, en particulier, et nous sommes donc assez certains que cela sera une priorité. Mais il nous reste encore du travail à faire avant de savoir exactement, région par région, où l'argent ira. Nous allons probablement devoir faire ça avant de savoir exactement comment cela se traduira dans chaque province et chaque territoire.

Je ne sais pas... peut-être qu'un représentant de l'Agence de la santé publique voudrait en dire un peu plus sur cette question.

**Dre Theresa Tam:** Je n'ai pas de données précises à vous donner. Évidemment, si nous nous trouvions en amont — du point de la santé publique, si nous nous occupions de la prévention et de la promotion, en particulier auprès des jeunes —, les économies, sur une vie, seront certainement très conséquentes.

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

J'ai une question similaire, mais qui concerne les investissements dans la réduction des méfaits. Nous avons peut-être quelques données, car notre expérience dans ce domaine est limitée. Nous avons beaucoup entendu parler des sites de consommation supervisée et de la prévention des décès par surdose. Nous savons aussi que la fourniture de matériel d'injection propre entraîne une réduction des méfaits, c'est-à-dire en empêchant la transmission des maladies hématogènes. Nous savons qu'un seul cas d'infection au VIH coûtera plusieurs centaines de milliers de dollars pendant la durée de vie du patient, tandis qu'un seul cas d'hépatite C, si le problème est bien traité, coûtera plusieurs centaines de milliers de dollars par année, pour un patient.

Est-ce qu'on a déjà réuni des données sur les taux de transmission des maladies hématogènes dans les centres de consommation supervisée qui existent déjà?

• (1210)

**M. Simon Kennedy:** Je n'ai pas sous la main des données détaillées, mais il existe une preuve assez volumineuse selon laquelle des installations de ce type, lorsqu'elles sont bien pensées et administrées, sont efficaces. J'inclus dans le lot le centre Insite du Canada. Bien sûr que l'on a étudié, au cours des 10 dernières années environ, les résultats que le centre a produits.

Je serais ravi de le faire encore, mais un des membres du Comité m'a posé une question similaire, il y a quelque temps. En fait, nous avons déjà communiqué à votre Comité un assez important volume de données empiriques, et je me ferais un plaisir de vous les communiquer de nouveau. De nombreuses recherches universitaires et autres montrent de façon assez catégorique que les sites de consommation supervisée entraînent une réduction de la criminalité, des taux d'infection et des taux de surdose. Je le dis au nom du ministère, nous faisons confiance à ces données sur l'efficacité de ces installations.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

Pouvez-vous nous donner un chiffre, même si ce n'est qu'une approximation, sur les coûts de fonctionnement annuels du centre Insite? Est-ce qu'il est possible d'avoir une estimation?

**M. Simon Kennedy:** Je suis désolé, je ne peux pas vous le dire de but en blanc. Mais nous pourrions le communiquer au Comité.

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

J'aimerais savoir si nous ne pourrions pas, un jour, obtenir des données sur l'argent que l'on pourrait épargner en évitant des cas de VIH ou d'hépatite C, et comment ce montant se comparerait aux coûts de fonctionnement de ces centres.

Merci.

Combien de temps me reste-t-il?

**Le président:** Vous avez dépassé la limite d'une minute, environ.

Monsieur Davies, vous avez trois minutes.

**M. Don Davies:** Merci.

En réponse à un rapport du vérificateur général de 2015, Santé Canada s'était engagé à présenter au plus tard en juillet 2016 un rapport interne faisant état d'une analyse de l'accès aux soins cliniques dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations en comparaison avec l'accès aux services de santé par des collectivités éloignées et isolées qui n'étaient pas des collectivités des Premières Nations.

Pourriez-vous me faire la promesse que vous allez communiquer une copie de ce rapport à notre comité?

**M. Simon Kennedy:** Oui, je peux du moins vous dire que nous nous sommes activés pour réagir au rapport du vérificateur général; je puis bien sûr vous faire un compte rendu de nos progrès.

**M. Don Davies:** Je veux tout simplement que vous vous engagiez à transmettre une copie de ce rapport au Comité, lorsqu'il sera prêt. Pouvez-vous nous le promettre?

**M. Simon Kennedy:** Est-ce que je peux en rester là et communiquer plus tard le document au Comité? Je ne sais pas à quelle étape ce rapport en est rendu pour le moment, mais je puis vous rassurer: nous travaillons avec une grande diligence pour répondre aux recommandations du vérificateur général; je me ferai un plaisir de vous donner toute l'information que je puis vous fournir.

**M. Don Davies:** Je comprends. Je sais que vous êtes en train d'y travailler. C'est pourquoi j'aurais voulu savoir si nous pourrions en obtenir une copie, lorsque le rapport sera terminé. C'était ça, ma question.

**M. Simon Kennedy:** Je redonnerai des nouvelles au président à ce sujet.

**M. Don Davies:** Merci.

Ensuite, dans sa lettre de mandat, la ministre est chargée de créer une loi sur l'emballage neutre des produits du tabac. Nous savons que, tous les mois, de jeunes Canadiens commencent à fumer et qu'un grand nombre de ces personnes vont contracter une maladie grave et mourir. Nous savons cela. Nous savons également que l'emballage neutre des produits du tabac est efficace pour ce qui est d'empêcher les gens de commencer à fumer.

Pouvez-vous nous dire à quel moment une loi sur l'emballage neutre des produits du tabac sera présentée à la Chambre?

**M. Simon Kennedy:** Un simple coup d'oeil à mes dernières notes à ce sujet me porte à croire que notre plan consiste à mettre en oeuvre l'emballage neutre relativement rapidement. Un projet de loi est maintenant à l'étude devant la Chambre le projet de loi S-5 —, lequel nous confèrera des pouvoirs supplémentaires dont nous avons besoin pour prendre des mesures à l'égard de l'emballage neutre. Nous procéderons en grande partie par règlement, alors je ne pense pas que vous allez voir un projet de loi portant expressément sur l'emballage neutre. Le projet de loi que nous avons déjà présenté à la Chambre procurera le dynamisme supplémentaire qui sera nécessaire, mais nous envisagerons probablement en grande partie l'adoption de mesures réglementaires pour aller de l'avant.

Je veux simplement souligner que nous sommes entièrement déterminés à réaliser ce projet et à le faire le plus rapidement possible, mais que nous ne prévoyons pas présenter un autre projet de loi à cette fin.

• (1215)

**M. Don Davies:** Ce que je cherche à savoir, c'est quand ce projet de loi entrera en vigueur au Canada. Cela fait 18 mois que la lettre de mandat a été donnée. C'est un an et demi. Des gens commencent à fumer, et ils meurent. Quand allons-nous voir de vraies mesures être prises?

**M. Simon Kennedy:** Je reviendrai vous dire quel est le calendrier proposé. Je ne l'ai pas à portée de main.

**M. Don Davies:** D'accord.

La dernière question porte sur les lieux de prévention des surdoses. Comme vous le savez, à Vancouver, au moins deux centres de consommation supervisée ont vu le jour, et ils sont exploités illégalement. Ils existent uniquement grâce au courage des personnes qui travaillent dans ces établissements, qui courent un grand risque et qui mettent parfois leurs titres de compétence professionnelle en péril, mais qui le font parce qu'elles savent que ces endroits sauvent des vies.

A-t-on même envisagé la possibilité que la ministre de la Santé accorde une exemption d'urgence à ces centres de prévention des surdoses, qui, nous le savons, sont exploitées, qui, nous le savons, sauvent des vies, mais que vous forcez à agir dans l'illégalité?

**M. Simon Kennedy:** Ce que je peux dire, c'est que nous recevons un certain nombre de demandes concernant ces installations de consommation supervisée, y compris un certain nombre en Colombie-Britannique. Comme l'a indiqué la ministre — je pense —, nous nous sommes engagés à traiter ces demandes le plus rapidement possible dans les limites de la loi. Dans bien des cas, nous attendons en quelque sorte après les promoteurs afin de pouvoir procéder à notre examen. Nous avons bon espoir de pouvoir, au cours des semaines à venir, mettre en place certaines mesures de transparence supplémentaires afin de donner aux gens une idée de la situation des diverses demandes dans la file d'attente.

**M. Don Davies:** M. Kennedy, puis-je seulement vous interrompre?

Ce sont des cas uniques. Ces établissements sont exploités actuellement. Je ne parle pas des gens qui veulent en ouvrir un et qui suivent actuellement le processus de demande. Je parle de deux centres qui, vous le savez, sont exploités actuellement au Canada. La ministre a-t-elle le pouvoir d'accorder, si elle le voulait, une exemption à ces établissements?

**M. Simon Kennedy:** Je pense que le gouvernement a affirmé assez clairement sa volonté de procéder le plus rapidement possible à l'approbation de nouvelles installations de consommation supervisée.

Voilà ce sur quoi nous travaillons, et c'est la conversation que nous tenons avec la Colombie-Britannique.

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

Voilà qui complète notre première série officielle de questions, mais, dans le passé, quand nous avons été dans la même situation où nous entendions d'excellents témoins et qu'il restait du temps, nous avons établi une autre série de quatre questions de cinq minutes chacune.

Y a-t-il un consensus au sein du Comité? Est-ce que cela convient à tout le monde?

**M. Don Davies:** Je suis désolé, pourriez-vous répéter cette proposition?

**Le président:** La dernière fois que c'est arrivé, nous avons procédé à une autre série de quatre questions dans l'ordre de la série initiale, mais des questions de cinq minutes chacune, pas sept.

**M. Don Davies:** Disposons-nous du temps nécessaire pour des questions de sept minutes?

**Le président:** Je pense que nous avons le temps pour des questions de sept minutes, mais pas pour procéder à une série complète. Dans ce cas, nous pourrions en faire une autre de sept minutes.

**M. Don Davies:** Pourrions-nous simplement procéder à une autre première série, de quatre fois sept minutes?

**Le président:** Oui, nous le pouvons.

Y a-t-il consensus?

Très bien.

Nous allons commencer nos questions par le parti libéral. Avons-nous un intervenant intéressé?

Monsieur Oliver.

**M. John Oliver:** Si quelqu'un d'autre veut partager mon temps de parole, faites-le-moi savoir.

Tout d'abord, c'est excellent de voir les accords sur la santé être réinstaurés au Canada. Je pense que c'est en 2004 que nous avons eu les derniers accords sur la santé en place. Il y a eu une interruption. Il est bon de voir les gouvernements provinciaux, fédéral et territoriaux travailler de nouveau ensemble pour conclure des accords.

Commençons par la santé mentale. Des fonds importants ont été versés, et on s'inquiète toujours que l'argent versé qui est destiné à la santé mentale soit réacheminé et puisse être utilisé dans d'autres domaines que l'enveloppe de la santé.

Travaillez-vous sur des mesures visant à garantir que les provinces et les territoires utilisent les fonds destinés à la santé mentale précisément aux fins des programmes de santé mentale? Avez-vous mis en place des paramètres, des mesures ou des indicateurs de rendement qui permettraient d'en faire le suivi pour voir si l'investissement a aidé des personnes qui sont atteintes de maladie mentale?

**M. Simon Kennedy:** Comme l'a indiqué le gouvernement dans les divers communiqués de presse annonçant la conclusion d'un accord de financement avec chaque province et territoire, vous avez peut-être remarqué qu'on y mentionnait que la prochaine étape consistait à travailler sur des cibles et des indicateurs, et ainsi de suite. Il s'agit exactement de la conversation que nous tenons avec les provinces et les territoires.

La ministre et le gouvernement ont généralement affirmé assez clairement, dès le départ, qu'ils souhaitent investir de l'argent pour aider à transformer le système; toutefois, dans le cadre de cette initiative, des accords devront être conclus relativement à l'affectation des fonds, et on devra rendre des comptes aux Canadiens concernant les résultats obtenus. Voilà la conversation que nous tenons actuellement.

En effet, l'espoir — ou plus que l'espoir, l'objectif —, c'est d'avoir une bonne idée d'où va l'argent, des mesures au sujet desquelles nous pouvons rendre des comptes publiquement et des mécanismes avec lesquels tout le monde est à l'aise, qui permettront à cette reddition de comptes d'avoir lieu. Voilà la conversation à laquelle nous prenons part actuellement.

• (1220)

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

Pourriez-vous donner des exemples de ce que pourraient être ces mesures ou indicateurs? Je sais qu'ils font actuellement l'objet de négociations, mais pourriez-vous faire part au Comité de certaines des exigences de votre ministère?

**M. Simon Kennedy:** Comme je l'ai dit, je ne veux pas préjuger ce que les provinces et les territoires pourraient souhaiter voir découler des conversations que nous tenons, mais je peux affirmer, par exemple, que nous avons indiqué assez clairement à nos partenaires — et ils semblent assez ouverts d'esprit à ce sujet — que nous voudrions voir un investissement important dans les services de santé mentale destinés aux jeunes. Beaucoup de recherches indiquent qu'une intervention précoce auprès des jeunes présentant des symptômes de légers à modérés a des conséquences vraiment bénéfiques plus tard dans la vie, alors que, s'ils continuent de vivre avec leurs difficultés, leur état empire progressivement. C'est quelque chose à l'égard de quoi les provinces et les territoires ont manifesté de l'intérêt.

On pourrait imaginer un indicateur, par exemple, au sujet du temps qu'il faut aux jeunes âgés de moins de, disons, 25 ans pour obtenir l'accès à des services de base en santé mentale ou de l'étendue de l'accès. Voilà le genre de conversations que nous tenons actuellement.

**M. John Oliver:** Monsieur le président, M. Kang voudrait obtenir 30 secondes de mon temps de parole. Pourriez-vous me dire quand il me restera environ 30 secondes?

**Le président:** D'accord.

**M. John Oliver:** Ma deuxième question s'adresse au représentant des IRSC.

On a investi environ 1 million de dollars sur cinq ans pour étudier les effets des opioïdes sur la santé en fonction du genre et du sexe biologique.

Comment cela progresse-t-il? Combien d'études ont été cernées? Où en sommes-nous?

**M. Michel Perron (vice-président, Affaires extérieures et développement d'entreprise, Instituts de recherche en santé du Canada):** En effet, la question du genre, du sexe biologique et de la consommation d'opioïdes est importante pour nous. Notre Institut de la santé des femmes et des hommes étudie cette question régulièrement et investit dans un nombre important de domaines.

Tout récemment, nous avons assisté au sommet sur les opiacés coanimé par la ministre, auquel nous nous sommes engagés à offrir des subventions de synthèse dans le domaine de la dépendance aux opiacés, précisément dans le but d'acquérir une meilleure compré-

hension de certaines des nouvelles données scientifiques relatives au problème de la dépendance aux opiacés, plus particulièrement en ce qui concerne la façon dont les éléments du genre et du sexe influent sur la consommation d'opiacés et sur son traitement. Il s'agit d'engagements que nous avons pris et que nous lancerons sous peu dans le cadre d'une vaste série d'initiatives sur lesquelles nous travaillons dans ce domaine.

**M. John Oliver:** Au cours des dernières années — avant le gouvernement actuel, je pense —, le financement de la recherche a été grandement réduit. Il y a eu des compressions du soutien accordé aux IRSC, et il y a eu une lente dégradation des capacités de recherche dans les universités, dans les centres des sciences de la santé et partout au Canada.

Avez-vous la moindre idée de notre situation actuelle? Faites-vous le suivi de notre nombre de doctorants, du nombre d'étudiants en voie d'obtenir un doctorat? Nous rétablissons-nous en tant que centre de recherche en santé ici, au Canada, ou bien sommes-nous encore dans cette zone où nous perdions plus que nous ne gagnions?

**M. Michel Perron:** Je vous remercie de votre question, qui, en effet, est importante pour nous, dans le milieu de la recherche. Vous avez tout à fait raison d'affirmer que, depuis environ 2007 et 2008, le budget des IRSC est effectivement stable à environ 1 milliard de dollars. Cette situation a entraîné une perte de pouvoir d'achat en raison de l'inflation.

Cela dit, nous avons été en mesure de compenser certaines de ces lacunes en obtenant un financement important de la part d'un grand nombre de nos partenaires externes. Par exemple, les taux d'investissement de partenaires non fédéraux ont augmenté de plus de moitié pour s'établir à environ 96 millions de dollars à l'exercice 2014-2015.

Comme vous le savez, le budget fédéral de 2017 s'est également attaqué à deux enjeux importants: l'adaptation aux changements climatiques et le domaine de la toxicomanie, pour lesquels des fonds ont été investis. Bien entendu, nous attendons l'examen des sciences fondamentales qui sera bientôt annoncé, et nous travaillerons avec la ministre et le gouvernement en ce qui a trait aux renseignements qu'il contient.

S'il y a des questions particulières au sujet du nombre de diplômés des programmes de doctorat et de sujets comme celui-là, nous serions heureux de vous fournir cette information, par l'entremise du président, à une...

**M. John Oliver:** Il serait très bien que nous obtenions tout simplement un rapport sur la situation de la santé des ressources humaines dont nous disposons à l'échelon universitaire dans le milieu de la recherche en sciences de la santé.

**M. Michel Perron:** Monsieur le président, si vous me permettez de formuler un commentaire de suivi, je devrais mentionner que, dans le budget de 2016, nous avons également une affectation particulière... je vais revenir en arrière. Il importe que, au moment où nous étudions le secteur de la recherche, nous comprenions l'ensemble du continuum des chercheurs et l'importance de notre investissement continu, d'année en année, pour faire en sorte que ces jeunes diplômés puissent se rendre jusque dans le milieu de la recherche en santé.



Nous nous sommes engagés à verser une somme précise — 30 millions de dollars — pour nous assurer que les chercheurs en début de carrière sont particulièrement ciblés afin de veiller à ce que des subventions soient versées relativement à la recherche en santé et que ce secteur de la recherche poursuive sa croissance dans l'avenir. C'est ce que nous faisons, entre autres initiatives, dans le cadre de nos programmes d'études supérieures ou du travail auprès des établissements.

Je suis heureux de fournir des renseignements supplémentaires...

• (1225)

**Le président:** Merci.

Monsieur Kang, très rapidement.

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

Je veux simplement demander au gouvernement fédéral — à la ministre de la Santé — que le financement destiné à la santé mentale et aux soins à domicile ne soit affecté qu'aux initiatives de santé mentale et de soins à domicile. Je peux parler par expérience, et les cliniques de santé mentale et les services de soins à domicile de Calgary font de l'excellent travail. Elles font un travail merveilleux afin de garder les patients à l'extérieur des hôpitaux. Je parle par expérience personnelle. Ce financement devrait être destiné aux soins en santé mentale et à domicile, et voilà où ces fonds devraient aller.

Merci beaucoup.

**Le président:** Merci beaucoup.

Monsieur Carrie, je crois savoir que vous allez partager votre temps de parole avec M. Webber.

**M. Colin Carrie:** Oui. Merci beaucoup.

Monsieur Kennedy, pourriez-vous clarifier quelque chose pour nous? Mon collègue a évoqué le changement aux fins de l'accord sur la santé, de l'approche axée sur la collaboration.

Pourriez-vous confirmer si toutes les provinces ont ratifié l'accord sur la santé?

**M. Simon Kennedy:** Pour l'instant, les discussions sont encore en cours avec le Manitoba sur cette question.

**M. Colin Carrie:** D'accord. Je voulais simplement clarifier cette approche collaborative.

Je posais des questions à la ministre au sujet des tests obligatoires, et je voulais simplement clarifier la question parce que je n'ai pas tout à fait compris votre réponse à ce sujet. La question est la suivante: les tests auxquels est soumise la marijuana thérapeutique sont-ils obligatoires, oui ou non? La raison pour laquelle je pose la question, c'est qu'il est dit dans l'article que Santé Canada n'a donné aucune réponse claire dans son mémoire quant aux raisons pour lesquelles il ne rendrait pas les tests obligatoires pour les producteurs titulaires d'un permis. Une raison donnée par le responsable supérieur était qu'il croyait qu'il n'y a qu'environ trois laboratoires au Canada qui pourraient effectuer de tels tests et qu'il y aurait un arriéré.

Étant donné la croissance du domaine de la marijuana thérapeutique, est-ce obligatoire, maintenant? Sinon, est-ce parce que vous craignez un arriéré?

**M. Simon Kennedy:** Il est obligatoire pour les producteurs titulaires d'un permis qui souhaitent utiliser des pesticides sur leur culture de n'utiliser qu'un seul des 14 produits chimiques accessibles. Il existe une courte liste. Les règles exigent que, s'ils souhaitent utiliser des pesticides, ce sont les seuls qu'ils ont le droit d'utiliser. Il

s'agit d'une condition de leur permis. Nous procédons à des inspections régulières afin de nous assurer qu'ils font les choses convenablement.

Jusqu'à récemment, nous ne disposions pas d'un programme d'inspection nous permettant précisément de tester des lots du produit afin de confirmer s'ils respectent ou non cette exigence prévue par la loi. Nous avons commencé des essais aléatoires...

**M. Colin Carrie:** Alors, la réponse est non?

**M. Simon Kennedy:** Non, la réponse, c'est que nous avons commencé à réaliser des tests aléatoires pour déterminer si les gens respectaient les règles sous leur forme actuelle.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, nous avons un très bon bilan de conformité avec les règles, en général. Récemment, nous avons connu deux ou trois incidents liés à des pesticides. Je soulignerais que, dans chacun de ces cas, des rappels ont été effectués, tous les clients ont été joints, et le ministère a effectué une évaluation des risques. Cette évaluation a permis de déterminer que le risque présenté par ces infractions était en fait très faible.

Le pesticide en cause — celui que vous mentionnez de l'article — s'appelle myclobutanil, et on l'utilise sur des cultures alimentaires. Nous avons effectué une évaluation au sujet de l'une des préoccupations qui avaient été soulevées, qui a été publiée dans la presse et qui concerne ce qui arrive si on brûle ce pesticide. Nous nous sommes penchés là-dessus, car il est évident que les gens inhalent...

**M. Colin Carrie:** Oui. Il se transforme en acide cyanhydrique, élément qui est extrêmement dangereux...

**M. Simon Kennedy:** Oui, mais...

**M. Colin Carrie:** ... et c'est pourquoi je pose la question. D'après votre réponse...

**M. Simon Kennedy:** Mais...

**M. Colin Carrie:** Si je puis clarifier, car je voudrais vous poser d'autres questions: je vous ai demandé si vous procédiez à des tests obligatoires, et vous avez affirmé que les entreprises ont une liste d'éléments qu'ils peuvent utiliser...

**M. Simon Kennedy:** C'est exact.

**M. Colin Carrie:** ... mais vous n'exigez pas les tests. Santé Canada n'intervient pas pour soumettre ces entreprises à des tests obligatoires. Si c'est le cas, à quelle fréquence procédez-vous aux tests aléatoires? Je me pose simplement la question. Si vous ne pouvez pas me fournir ces chiffres, cela me convient. Vous pourrez nous en redonner des nouvelles.

**M. Simon Kennedy:** Nous avons convenu que nous allions certainement fournir ces chiffres.

Je pense toutefois que, ce que je dirais, c'est que, si vous posez des questions au sujet du régime d'inspection et du régime réglementaire non seulement de Santé Canada, mais aussi, en effet, de la plupart des organismes de réglementation, un élément fondé sur le risque s'y rattache. On cible ses ressources parce que, bien entendu, on ne peut pas tout faire en tout temps, partout. Ce serait prohibitif. On se concentre sur les aspects où on voit des risques.

**M. Colin Carrie:** Dans le cas des produits pharmaceutiques, par exemple...

**M. Simon Kennedy:** Si je puis...

**M. Colin Carrie:** ... je crois que certains tests sont effectués, et...

**M. Simon Kennedy:** Exact.

**M. Colin Carrie:** ... ces patients — un grand nombre d'entre eux — ont le cancer. Ils ont le sida. Ma crainte tient au fait que la demande a augmenté de façon exponentielle au cours des dernières années.

Je ne veux pas vous faire la vie dure parce que je sais que c'est toute une question de priorités du gouvernement et de combien d'argent... Je n'ai remarqué dans le budget des dépenses aucun argent supplémentaire que vous auriez accordé pour que l'on procède à ces inspections, mais je pense que, si nous mandats Santé Canada d'assurer la santé et la sécurité des Canadiens et que nous savons que tel produit est donné à des patients qui ont le cancer, qui ont le sida, et qui sont immunodéprimés, il nous incombe de nous assurer qu'il fait l'objet de tests, et pas seulement de façon aléatoire. Si ces produits font l'objet de tests, je suis simplement curieux: combien de fois les avez-vous soumis à des tests?

• (1230)

**M. Simon Kennedy:** Je serais très heureux de fournir les statistiques. Je ne les ai pas à ma disposition immédiatement.

En ce qui concerne la question de l'acide cyanhydrique, toutefois, et de la présence de cette substance, simplement en guise d'illustration: la quantité d'acide cyanhydrique qu'on obtient de la combustion de la marijuana et de l'inhalation de cette fumée — c'est-à-dire ce qu'il y a si on la fume — est de l'ordre de 500 à 1 000 fois plus élevée que les taux qui étaient présents en conséquence du résidu de pesticide. Si on regarde le risque que présentent des substances comme l'acide cyanhydrique, il y en a en fait pas mal plus dans le simple fait de fumer de la marijuana qu'il n'y en a dans le résidu.

Nous sommes préoccupés — tout comme vous et d'autres personnes l'êtes — par la question de savoir si les producteurs respectent les règles, alors nous appliquons ce régime afin de nous faire une meilleure idée et de déterminer s'il s'agit d'un problème systémique ou d'un incident isolé, mais nous sommes très confiants du fait que, dans ce cas, à ce jour, les données probantes indiquant qu'il ne s'agit pas d'un incident isolé sont très limitées. Le risque pour les Canadiens était extrêmement faible. Des rappels ont été effectués; nous le savons, car les producteurs titulaires de permis tiennent des listes de clients. Nous avons été en mesure de joindre tout le monde.

D'un point de vue concret, cette substance présente-t-elle un risque grave pour les Canadiens? Toutes les données probantes donnent à penser que non. Pour ce qui est de l'endroit où nous affecterions des ressources supplémentaires, pour l'instant, nous voulons commencer par mener des tests aléatoires afin de savoir s'il s'agit ou non d'un vaste problème.

**M. Colin Carrie:** Je vous remercie de la réponse, mais, la dernière fois que nous avons demandé à Santé Canada de nous redonner des nouvelles, je pense qu'il a fallu environ six mois, plus ou moins, n'est-ce pas?

**Le président:** Il vous reste une minute. Voulez-vous partager votre temps avec M. Webber?

**Un député:** Allez-y.

**M. Colin Carrie:** Mon collègue voulait savoir si une période de six mois s'écoulera avant que nous obtenions ces chiffres.

**M. Simon Kennedy:** Je tenterai certainement de vous redonner des nouvelles le plus rapidement possible. Je peux m'y engager maintenant.

**M. Colin Carrie:** Oui, s'il vous plaît.

Dans les deux ou trois secondes qu'il me reste, concernant le financement utilisé comme outil de négociation pour encourager les provinces à ratifier l'accord sur la santé, je me demandais ce que fait le gouvernement fédéral pour veiller à ce que les fonds destinés à appuyer les initiatives de santé mentale et de soins à domicile ne soient pas utilisés pour d'autres priorités en matière de soins de santé.

Nous savons que ce budget a totalement chamboulé l'ordre de priorité, mais, à mesure que nous travaillerons avec les provinces et les territoires, avez-vous inclus des éléments dans ce budget qui permettront de s'assurer que les fonds consacrés à la santé et aux soins à domicile seront utilisés à ces fins?

**M. Simon Kennedy:** Certes, le gouvernement a été très clair à ce sujet dans ses déclarations publiques et dans les propos qu'a tenus le ministre publiquement et auprès de ses collègues, et il est certain que, selon la directive que je devrais respecter en tant que responsable, il s'agit de l'objectif que nous voulons atteindre.

Nous discutons avec les provinces et les territoires au sujet de la façon dont ils souhaitent dépenser l'argent dans ces domaines prioritaires et dont nous allons rendre compte de ces dépenses publiquement: quels types d'indicateurs allons-nous utiliser pour montrer que cela a lieu? Il s'agit certainement de l'objectif, et nous allons tenter de l'atteindre.

**M. Colin Carrie:** D'accord.

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

Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** En juin 2016, M. Paul Mayers, le vice-président des politiques et des programmes de l'ACIA, a témoigné devant le Comité que les inspecteurs de son agence sont présents tous les jours et durant tous les quarts de travail dans les abattoirs réglementés à l'échelon fédéral. Il a dit: « Les inspecteurs de l'ACIA s'y rendent chaque jour, à chaque quart de travail, mais n'y sont pas présents 100 % du temps. Une inspection a lieu à chaque quart de travail. »

En juin 2016, M. Bob Kingston, président du Syndicat de l'agriculture, a indiqué au Comité que la déclaration faite par M. Mayers était fautive. En réponse, l'ACIA a fourni la clarification suivante:

Même si elle n'atteint pas toujours toutes les cibles, elle les atteint, ou presque, la majorité du temps. En raison de leur nature, les activités de l'ACIA sont touchées par les fluctuations de la demande de services, les événements imprévus et, à l'occasion, des difficultés à pourvoir rapidement les postes vacants.

Sans égard à la question des témoignages divergents, dans le plan ministériel de 2017, l'ACIA indique qu'elle a l'intention de réduire le nombre d'équivalents temps plein au sein du programme de salubrité des aliments au cours des trois prochaines années. Comme il est reconnu que le personnel responsable des inspections a déjà été écorché et qu'il n'est certainement pas présent à tous les quarts de travail pour effectuer des inspections de la viande dans les abattoirs, comment prévoyez-vous que cette diminution touchera la réalisation de l'orientation du programme?

• (1235)

**M. Paul Glover (président, Agence canadienne d'inspection des aliments):** C'est très important, et je suis heureux d'avoir l'occasion de faire le suivi de ma réponse au Comité et de présenter d'autres réflexions sur cette question importante. Si vous me le permettez, ma réponse comportera deux volets.

Le nombre d'inspecteurs fluctue. Je suis heureux d'être plus que transparent à ce sujet. Nous avons l'intention d'afficher régulièrement ce nombre sur notre site Web. La période estivale, en raison des activités saisonnières, est plus intense. Nous avons davantage d'inspecteurs saisonniers pour les cultures commerciales, ce genre de choses. Tout récemment, au cours des mois d'hiver, compte tenu de l'écllosion de tuberculose bovine, il a fallu réaffecter des ressources afin qu'elles s'occupent de ce nouveau problème. Alors, le nombre change. Cela fait partie de la réalité, et il s'agit d'une attente du Comité que nous soyons souples et que nous nous déplaçons là où se trouvent les risques afin de protéger et de servir les Canadiens le mieux possible. Et c'est ce que nous faisons, absolument, en procédant de la manière la plus transparente possible afin de nous assurer que les gens sont confiants à l'égard des risques qu'ils observent et de l'endroit où nous déployons nos ressources.

En ce qui concerne les rajustements à notre budget, je peux assurer au Comité qu'ils sont tous liés à des programmes éliminés progressivement, à des initiatives limitées dans le temps, comme l'instauration de plates-formes de prestation de services électroniques. Alors que, auparavant, nous importions et exportions les certificats manuellement, ces certificats sont maintenant automatisés, délivrés en ligne. Les gens peuvent profiter du libre-service afin que nous n'ayons pas à affecter des personnes à cette tâche. Un certain nombre de nos ressources sont consacrés au maintien de ces types d'infrastructures. Il y avait également de l'argent à investir dans nos laboratoires. Les réductions sont planifiées. Elles sont liées à des programmes en cours d'élimination progressive, et nous déployons tous les efforts pour préserver nos ressources d'inspection, pour les affecter en priorité et pour qu'elles ne soient touchées par aucune des réductions dans l'avenir.

**M. Don Davies:** Monsieur Glover, êtes-vous en train d'affirmer qu'il n'y aura aucune réduction du nombre d'ETP dans le cas des inspecteurs de viandes?

**M. Paul Glover:** Comme je l'ai dit plus tôt, ce nombre fluctue. Nous voyons des départs à la retraite. Dans certains cas, il y a des domaines où la dotation est difficile. Nous sommes heureux de rendre des comptes, de vous montrer l'évolution des statistiques. Notre objectif consiste à établir des priorités et à ne pas réduire le nombre d'activités d'inspection de première ligne, tout à fait.

**M. Don Davies:** Merci.

Monsieur Kennedy, je crois que vous êtes probablement la bonne personne à qui poser des questions concernant l'accord sur la santé. La ministre a mentionné que plusieurs milliards de dollars de fonds fédéraux seront transférés aux provinces pour la santé mentale. Y a-t-il des conditions liées à ces sommes pour qu'on puisse s'assurer que les provinces les dépenseront pour des initiatives en santé mentale?

**M. Simon Kennedy:** C'est ce dont nous discutons actuellement avec les responsables des provinces et des territoires. Vous avez peut-être remarqué que, dans les annonces faites par le gouvernement à mesure que les accords de financement avec chaque province et territoire étaient conclus, il a été mentionné que la prochaine étape est de se réunir — je paraphrase — et d'établir comment les fonds seront dépensés et quels seront les cibles et les indicateurs. L'objectif est de s'assurer que ces sommes sont allouées à des initiatives de santé mentale et de soins à domicile. Nous allons travailler à la conclusion d'un accord multilatéral avec les provinces et les territoires pour préciser les mécanismes en matière d'établissement de rapports dans une perspective de collaboration entre gouvernements et la façon dont nous allons fixer les priorités. L'objectif suivant est d'établir un genre d'entente bilatérale avec chaque

province et territoire, presque comme une annexe à l'accord multilatéral plus général, qui précisera, par exemple pour la Colombie-Britannique, comment ce gouvernement compte dépenser l'argent accordé pour financer des initiatives de soins à domicile et de santé mentale; on mettra les détails par écrit avec ce degré de précision.

**M. Don Davies:** Monsieur Kennedy, on dirait que les accords ne sont pas encore conclus. Qu'arrivera-t-il si vous n'arrivez pas à vous entendre sur ces détails? La ministre a annoncé que le gouvernement est arrivé à une entente avec neuf provinces; donc, dans ces cas, l'accord est conclu. Nous avons été témoins de la fanfare médiatique, et on nous a communiqué les sommes qui leur seront versées. Toutefois, si les responsables d'une des provinces décident de ne pas s'engager à dépenser cette somme en santé mentale ou uniquement en santé mentale, qu'advient-il de l'accord?

**M. Simon Kennedy:** Ce que je peux affirmer, c'est que, jusqu'à maintenant, franchement, il y a eu une excellente collaboration avec les provinces et les territoires. Je ne peux que parler comme fonctionnaire, mais à l'échelon des sous-ministres et des hauts fonctionnaires, beaucoup de discussions ont eu lieu au cours des derniers 14 ou 15 mois. C'est vrai que nous avons reçu de très bonnes suggestions de la part des responsables des provinces et des territoires et tenu d'excellentes discussions concernant ce qu'ils souhaitent, par exemple, dans le domaine de la santé mentale.

Les responsables des provinces et des territoires ont affirmé qu'il est très important pour eux de mettre l'accent sur les jeunes.

**M. Don Davies:** Est-ce que vous pensez qu'ils arriveront à une entente?

**M. Simon Kennedy:** Je le crois. Oui. De toute évidence, cela prendra encore du temps, mais nous avons eu d'excellentes discussions jusqu'à maintenant. Je crois que tous les signes montrent que les responsables des provinces et des territoires sont impatients d'agir.

**M. Don Davies:** Existe-t-il maintenant des documents écrits, des accords conclus par écrit, avec chaque province? Les responsables de chaque province ont-ils signé un document dans lequel ils s'engagent à signer l'accord sur la santé? Aussi, pourrions-nous en avoir une copie?

**M. Simon Kennedy:** Il y a les annonces faites conjointement avec les différentes provinces et les différents territoires sur la question du financement, ce qui constitue une entente sur le niveau de financement.

Nous travaillons maintenant sur ce que vous pourriez appeler les documents portant sur le contenu. Par exemple, pour présenter les choses province par province, notre objectif est de signer un accord avec la Colombie-Britannique, ainsi qu'une annexe au cadre de travail plus large qui dirait: « voici ce que nous allons faire en Colombie-Britannique. » C'est sur quoi nous travaillons.

Je ne me rendrai pas directement à une réunion avec des responsables de la Colombie-Britannique à la fin de la présente séance, mais nous avons consenti des efforts en ce sens, et l'objectif est de signer ces documents assez rapidement.

**M. Don Davies:** Y a-t-il de ces ententes entre le gouvernement fédéral et une province qui ont été signées jusqu'à maintenant?

**M. Simon Kennedy:** Aucune jusqu'à maintenant, et c'est dû aux discussions sur les sommes d'argent qui ont précédé le budget. Nous avons attendu d'avoir terminé l'étape du budget. Actuellement, nous tenons ces discussions de façon active.

• (1240)

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

Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson:** Merci. Je vais partager mon temps de parole avec Mme Sidhu.

Selon le plan ministériel 2017-2018, une des priorités est une initiative liée au Plan d'action sur l'utilisation à mauvais escient des opioïdes. Ce plan met l'accent sur la réduction des méfaits et la santé publique et présente des considérations ayant trait à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. On y consacra un peu moins de 89 millions de dollars pour l'exercice 2017-2018.

Pouvez-vous préciser quels aspects du plan d'action seront mis en oeuvre grâce à l'augmentation du budget? Il s'agit d'une augmentation de 1,3 %.

**M. Simon Kennedy:** En ce moment, il y a beaucoup de travaux en cours concernant les opioïdes dans le portefeuille de la Santé. Je pourrais vous donner une liste des aspects sur lesquels nous travaillons, soit les priorités.

En ce qui concerne les sommes contenues dans le budget, le gouvernement n'a pas encore communiqué publiquement la répartition des nouveaux fonds, mais, à ce que je sache, cette annonce sera faite bientôt. Je ne voudrais pas devancer le ministre ou le gouvernement à cet égard.

Certains domaines sont prioritaires à nos yeux. Par exemple, nous avons des laboratoires à l'échelle du pays qui effectuent des analyses d'échantillons de drogues saisis lors de descentes de police et d'autres activités du genre. De toute évidence, en raison de l'augmentation des opioïdes synthétiques, la demande à l'égard de ces services de laboratoire a augmenté de façon importante. Les provinces ont demandé de l'aide additionnelle de la part de nos laboratoires. Donc, une des priorités, selon nous, en ce qui concerne une partie des ressources que nous avons reçues, sera d'augmenter de façon importante la capacité de nos laboratoires de réagir à la crise des opioïdes et d'investir dans la capacité de ceux-ci d'analyser des substances plus rapidement, et, peut-être, d'accroître les communications au public, d'améliorer l'aide aux provinces, et ainsi de suite. Il s'agit là d'un exemple.

Quand le projet de loi C-37 sera adopté, nous souhaitons être en mesure de traiter plus rapidement les demandes concernant par exemple des sites d'injection supervisée. Voilà un secteur où nous souhaitons investir.

Nous avons réalisé beaucoup de travail concernant la réglementation pour tenter de soutenir les provinces qui cherchent à donner l'accès à de nouvelles thérapies, par exemple. Voilà un autre domaine que nous considérons comme prioritaire.

Je sais que les responsables de l'Agence de la santé publique ont accompli beaucoup de travail aussi. Je suis certain que ses représentants pourraient parler de certaines choses qu'ils font. Il y a une longue liste d'initiatives pour lesquelles nous consentons des efforts. Nous utiliserions les nouvelles ressources pour soutenir ce genre d'activités.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

**M. Simon Kennedy:** J'ai un autre exemple, et je crois qu'il est convaincant. Nous avons collaboré au cours des derniers mois avec un groupe d'experts et nous examinons en ce moment les monographies de tous les médicaments opioïdes. Comme vous le savez certainement, il s'agit de documents à l'intention des praticiens qui décrivent les usages recommandés et proscrits d'un médicament.

Nous examinons s'il serait avisé d'ajouter des contre-indications supplémentaires aux monographies de produits, ce qui aurait vraisemblablement pour effet que les médecins y réfléchissent à deux fois avant de prescrire un médicament opioïde, même pour une utilisation non conforme à l'étiquette, si cet usage est vraiment contre-indiqué. Nous recevrons bientôt les conseils du groupe d'experts à ce sujet.

Si nous exigeons une mise à jour des monographies de produits pour un grand nombre de médicaments opioïdes, cela entraînerait de toute évidence beaucoup de travail et des dépenses importantes, donc, encore une fois, il s'agit d'un aspect auquel nous pourrions souhaiter accorder en priorité une partie des fonds que le gouvernement fédéral reçoit pour notre système de réglementation afin que les praticiens aient accès à de meilleures étiquettes et soient mieux informés.

**M. Doug Eyolfson:** Très bien.

Prévoyez-vous que ces sommes suffiront à l'entière mise en oeuvre de ce plan, ou croyez-vous qu'il faudra consacrer davantage d'argent à ce plan que le montant qui a été alloué dans l'augmentation budgétaire?

**M. Simon Kennedy:** Je ne voudrais pas formuler d'hypothèse concernant les conseils que nous pourrions donner à la ministre en vue du prochain budget, et ainsi de suite. Nous sommes d'avis que les ressources reçues sont importantes et qu'elles seront très utiles pour nous aider à faire avancer les priorités établies par le gouvernement.

Il s'agit d'une des principales priorités, donc, si nous sommes d'avis qu'il est nécessaire d'ajouter des ressources à un endroit, nous ferons de notre mieux pour les redistribuer à l'interne. Je crois que nous sommes assez convaincus qu'il y aura une augmentation importante du financement.

• (1245)

**M. Doug Eyolfson:** Très bien, merci.

Je vais céder la parole à Mme Sidhu.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Mes questions s'adressent aux représentants de l'Agence de la santé publique du Canada.

Dans le budget 2017-2018, je sais qu'il est indiqué que 2 millions de dollars sont transférés aux IRSC pour appuyer le Réseau canadien de recherche sur la vaccination. Quelles mesures l'Agence de la santé publique du Canada prend-elle pour améliorer la couverture vaccinale et réduire les taux de maladie pouvant être prévenue par un vaccin?

**Dre Theresa Tam:** Nous avons reçu 25 millions de dollars sur cinq ans pour améliorer le taux de couverture vaccinale. Cela comprend différents éléments. Un de ceux-ci est de mettre à jour les cibles en la matière pour nous assurer qu'elles correspondent toujours à ce que nous visons, donc de mettre au point de meilleures méthodes pour évaluer la couverture vaccinale. Nous consentons aussi 1,2 million de dollars pour soutenir jusqu'à six équipes de recherche pendant deux ans dans le but de cerner les groupes de personnes sous-vaccinées, et les raisons expliquant cette situation.

Nous transférons 2 millions de dollars pour collaborer avec les IRSC dans le but de tirer avantage d'un réseau existant, soit le Réseau canadien de recherche sur la vaccination. Ce réseau de recherche compte de nombreux excellents chercheurs à l'échelle du Canada, qui travaillent en collaboration. Il existe déjà. Les chercheurs examineront, à l'aide de données scientifiques, les caractéristiques liées au comportement quant à l'acceptation de la vaccination et envisageront des méthodes pour améliorer le taux de vaccination.

Pour terminer, nous créerons un fonds de partenariat d'immunisation. Il servira à tirer avantage des ressources des provinces, des ONG et des intervenants pour examiner la mise en oeuvre d'interventions qui permettraient d'augmenter le taux de couverture vaccinale.

**Mme Sonia Sidhu:** Aussi, pouvez-vous décrire le cadre d'action de réponse à la résistance aux antimicrobiens au Canada? Quel rôle l'Agence de santé publique du Canada joue-t-elle à la fois dans l'élaboration et dans la mise en oeuvre de ce plan? Pouvez-vous expliquer le plan d'action et les mesures prises?

**Dre Theresa Tam:** Un cadre d'action et un plan d'action fédéraux existent déjà. J'ai joué en quelque sorte un rôle de leadership dans la création d'un cadre d'action intersectoriel pancanadien relatif à l'agriculture, à la santé animale et à la santé humaine. Cette initiative touche beaucoup de personnes: les responsables des portefeuilles de la Santé présents aujourd'hui — les IRSC, Santé Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments — de même que d'autres responsables de ministères qui seront touchés par le cadre d'action pancanadien. Nous visons l'achèvement de ce plan environ en mai; c'est l'engagement que nous avons pris envers l'Assemblée mondiale de la santé.

Ensuite, nous examinerons plus en détail les mesures spécifiques. Celles-ci toucheront les aspects suivants: recueillir de meilleures données concernant l'agriculture et la santé humaine et mettre en place une meilleure surveillance à ces égards; et examiner des façons d'améliorer l'utilisation appropriée de cette ressource, ce que nous appelons l'intendance. Le but est d'améliorer les pratiques en matière de prévention des infections et la recherche et l'innovation en examinant des diagnostics et de nouveaux outils pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens.

**Le président:** Très bien, merci. Votre temps est écoulé.

Cela met fin à la période de questions. Nous souhaitons remercier les témoins de leur présence aujourd'hui et de la patience dont ils ont fait preuve à notre égard. Je souhaite remercier les membres du Comité de leurs questions.

J'ai quelques points concernant le Comité...

Oui?

**M. Len Webber:** J'aimerais signaler très rapidement qu'un certain nombre de questions nécessitant un suivi ont été posées à nos témoins aujourd'hui. Je me demandais s'il est possible de fixer une

date qui conviendrait pour qu'ils nous reviennent, et vous fassent parvenir les documents, monsieur le président, pour qu'ils nous soient remis.

Je sais que par le passé il a fallu attendre assez longtemps pour recevoir les informations à la suite de questions que nous avions posées. Nous espérons recevoir au moins quelque chose de convenable dans un délai... Peut-être que dans deux semaines vous seriez en mesure de nous revenir avec une réponse à la question et les chiffres que nous avons demandés, en particulier à propos de la maladie de Lyme.

**Le président:** Un délai de deux semaines serait-il raisonnable? Nous avons noté toutes les questions et tous les renseignements demandés.

**M. Simon Kennedy:** Selon nous, après consultation de nos collègues, il y a beaucoup d'information. Dans mon secteur, nous pourrions certainement accomplir cette tâche assez facilement en deux semaines, à mon avis. M. Mithani affirme qu'il faudrait peut-être un peu plus de temps pour obtenir certaines données.

Nous pourrions nous engager à tenter de vous communiquer toute l'information dans deux semaines, et, si ce n'est pas possible, de vous transmettre ce que nous aurons dans un premier temps, et de vous remettre le reste par la suite, si cela convient aux membres du Comité.

• (1250)

**Le président:** Est-ce acceptable?

Cela fonctionne.

**M. Len Webber:** Quelqu'un devrait-il présenter une motion en ce qui concerne la période allouée?

**Le président:** Ce n'est pas nécessaire. Nous avons un engagement, et nous effectuerons un suivi.

Je vous remercie beaucoup de nouveau.

En ce qui concerne les affaires du Comité, nous avons annulé la séance du 13 avril — je veux m'assurer que tous les membres sont au courant —, mais nous devons fixer une date limite quant à la liste des témoins dans le cadre de l'étude portant sur la thalidomide, prévue les 9 et 11 mai. Je vais proposer jeudi prochain comme échéance. C'est le dernier jour de séance de la semaine prochaine, avant le congé de deux semaines.

L'un d'entre vous peut-il proposer la motion voulant que le 13 avril soit l'échéance pour produire la liste des témoins relativement à l'étude sur la thalidomide?

**Un député:** C'est ce que je propose.

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

**Le président:** C'est tout. Je vous remercie beaucoup.

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>