



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 064



1<sup>re</sup> SESSION



41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 20 novembre 2012**



**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le mardi 20 novembre 2012

•(1105)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):** Bonjour à tous. Soyez les bienvenus au Comité de la santé.

Je tiens à souhaiter tout particulièrement la bienvenue à la ministre de la Santé. Nous sommes très heureux que vous ayez pu vous joindre à nous. C'est un réel plaisir de vous recevoir.

Conformément au paragraphe 81(5) du Règlement, nous examinons le Budget supplémentaire des dépenses (B) de 2012-2013. Nous allons étudier le budget supplémentaire des dépenses qui nous a été renvoyé.

Nous allons commencer par entendre la ministre, après quoi nous passerons aux questions et aux réponses. Madame la ministre.

**L'hon. Leona Aglukkaq (ministre de la Santé et ministre de l'Agence canadienne de développement économique du Nord):** Bonjour. Je vous remercie de m'avoir invitée à venir discuter aujourd'hui du Budget supplémentaire des dépenses (B) de la Santé.

Avant de commencer, je tiens à féliciter M. Lobb de sa nomination au comité.

Je vais vous présenter les fonctionnaires qui m'accompagnent ce matin: Glenda Yeates, sous-ministre; Jamie Tibbetts, contrôleur ministériel pour Santé Canada; Greg Taylor, sous-administrateur en chef de la santé publique; Krista Outhwaite, qui est ici au nom de l'Agence de la santé publique du Canada; James Libbey, dirigeant principal des finances de l'ASPC; et James Roberge, chef des services financiers pour les IRSC.

Madame la présidente, je commencerai aujourd'hui en parlant du Plan d'action économique de 2012. Comme vous le savez, l'ensemble des ministères et des organismes gouvernementaux doivent revoir leurs dépenses de fonctionnement et de programmes. Les efforts de réduction du déficit du portefeuille de la Santé permettront de moderniser et de renforcer les mécanismes de fonctionnement de notre gouvernement. Nous nous acquitterons aussi de nos fonctions principales de façon efficace tout en fournissant les résultats auxquels s'attendent les Canadiens.

Notre examen a porté sur la réalisation possible de la majorité de nos économies grâce à des gains d'efficacité à l'interne. Tout a été fait pour protéger les services essentiels de première ligne fournis par Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada.

Au total, nous ferons économiser 307 millions de dollars aux contribuables canadiens. Les mesures prises sont équitables, équilibrées et modérées.

Santé Canada est un chef de file des politiques sur les soins de santé, un fournisseur de services aux membres des Premières nations et aux Inuits, et demeure centré sur son mandat de base en tant qu'organisme de réglementation.

L'un de ces services de base consiste à offrir des soins de santé directs et certains services de santé non assurés aux membres des Premières nations et aux Inuits. L'importance de ce travail se reflète dans le nouveau financement pour le Programme des services de santé non assurés, présenté dans le budget supplémentaire des dépenses.

L'Agence de la santé publique du Canada continuera de s'acquitter de fonctions de base de préparation et d'intervention d'urgence et de jouer un rôle de chef de file national en matière de promotion de la santé, de prévention des maladies et de capacité en santé publique.

Aux IRSC, l'enveloppe de subventions et de contributions n'a été que faiblement touchée; en fait, du nouveau financement a été versé à la Stratégie de recherche axée sur le patient. Nous continuons de soutenir la recherche fondamentale, les bourses d'études et la recherche industrielle.

L'information récemment fournie au directeur parlementaire du budget le montre clairement.

Les rapports indiquent que la majorité des économies du portefeuille proviennent d'économies administratives réalisées dans les services partagés, notamment au moyen de la fusion de fonctions d'arrière-guichet, comme les ressources humaines et les technologies de l'information à Santé Canada et à l'ASPC.

Parmi les autres mesures, citons le recentrage de la capacité stratégique à Santé Canada, l'amélioration des processus opérationnels à l'Agence de la santé publique du Canada et l'utilisation plus efficiente des locaux et des laboratoires.

Les trois organismes travaillent très fort afin de réduire au minimum les pertes d'emploi pour ceux et celles qui désirent demeurer dans la fonction publique. Ils ont utilisé l'attrition, les départs à la retraite et d'autres stratégies de gestion dans la mesure du possible. Dans certains cas, des employés ont opté pour un nouveau cheminement de carrière et se sont portés volontaires pour quitter la fonction publique. Des employés se sont également prévalus de l'échange de postes, qui permet à des employés qui désirent demeurer dans la fonction publique de changer de place avec des employés qui souhaitent la quitter. Le personnel touché par le processus a été et continuera d'être traité équitablement.

Le budget 2012 a confirmé que la santé demeure une priorité fédérale clé de notre gouvernement. Les mesures et les investissements fédéraux aident à renforcer le système de santé du Canada, afin que les Canadiens demeurent en santé, soient protégés des dangers et obtiennent les soins dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin.

En particulier, notre gouvernement a considérablement augmenté les transferts aux provinces et aux territoires pour les soins de santé et s'est assuré que le financement continue de croître à long terme de façon durable et responsable. À la différence des gouvernements du passé, nous n'équilibrerons pas le budget du Canada au détriment des provinces et des territoires. Notre gouvernement a indiqué clairement que nous devons respecter les compétences provinciales et territoriales lorsqu'il est question de soins de santé. Nous reconnaissons qu'il est préférable de laisser les administrations provinciales, territoriales et locales prendre les décisions relatives à la prestation de services de santé.

• (1110)

Des niveaux de financement record permettront aux provinces et aux territoires d'avoir la certitude et la souplesse nécessaires pour répondre aux besoins de leur population en matière de santé et de prévoir l'avenir. Les mesures fédérales en santé ne se limitent pas aux transferts annuels. Les provinces et les territoires ont souligné que l'innovation dans les soins de santé est un secteur prioritaire, et notre gouvernement appuie cette approche par l'entremise d'un vaste éventail d'initiatives.

Nous protégeons la santé des Canadiens et en faisons la promotion. Nous révisons les médicaments et les matériels médicaux pour que les Canadiens aient accès à des traitements sûrs et efficaces. Nous investissons dans la recherche afin que tous les Canadiens puissent mieux estimer si les réformes en santé répondent à leurs besoins, et nous travaillons à améliorer la santé des Autochtones et des Canadiens du Nord.

Nous investissons dans un éventail de programmes, de services et d'avantages pour les Premières nations et les Inuits en vue d'améliorer la santé de la population qui est confrontée aux plus gros défis en matière de santé au Canada. Nous investissons aussi dans de nouvelles recherches novatrices sur la santé des Autochtones; je serai heureuse d'en discuter avec vous pendant la période des questions et des réponses.

Mais il ne suffit pas d'investir de grosses sommes; nous devons nous assurer que cet argent est utilisé à bon escient. Nous faisons preuve de leadership pour limiter les coûts. L'augmentation des dépenses liées au Programme des services de santé non assurés est, en général, comparable ou inférieure à celle d'autres programmes provinciaux et territoriaux semblables.

Et nous sévissions contre la facturation frauduleuse au sein du programme. Lorsqu'il existe des preuves de fraude ou d'actes répréhensibles, nous prenons des mesures immédiates. J'ai soulevé la question auprès de mes homologues provinciaux et territoriaux et je les ai encouragés à surveiller les pratiques semblables sur leur territoire.

Comme vous le savez, on a beaucoup parlé récemment de l'OxyContin et de l'autorisation par Santé Canada de la mise en marché éventuelle de la version générique du médicament. Je tiens à réitérer ce que j'ai dit à de nombreuses reprises à ce sujet, c'est-à-dire qu'il ne devrait pas revenir aux politiciens de déterminer quels médicaments doivent être approuvés à des fins médicales. Les médicaments continueront d'être approuvés ou restreints en fonction des preuves scientifiques. Cela signifie que Santé Canada poursuivra le processus d'examen scientifique des versions génériques de l'OxyContin en se fondant sur l'innocuité et l'efficacité du médicament lorsqu'il est utilisé tel que prescrit.

Je crois que nous donnons l'exemple au niveau fédéral; nous avons mis en oeuvre des contrôles rigoureux pour le Programme des services de santé non assurés à l'intention des Premières nations et

des Inuits, afin de lutter contre l'abus de médicaments d'ordonnance. J'ai demandé aux fonctionnaires de Santé Canada de communiquer les pratiques exemplaires de ce programme aux provinces et aux territoires pour qu'ils puissent déterminer s'ils peuvent tirer parti de certaines de nos démarches sans devoir réinventer la roue. C'est un défi que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent affronter ensemble.

Les changements apportés au cours des dernières années dans le cadre du Programme des services de santé non assurés ont permis de réduire de 50 p. 100 la quantité d'oxycodone d'action prolongée délivrée sur ordonnance depuis 2010 sans que l'on enregistre une hausse considérable de la consommation d'autres opiacés d'action prolongée. Ces mesures comprennent un programme de surveillance pharmaceutique qui permet de détecter les mauvais usages potentiels et qui aide à prévenir l'obtention d'ordonnances multiples, l'établissement de limites mensuelles et quotidiennes relatives aux médicaments, le changement de la nomenclature de l'oxycodone d'action prolongée à produit d'exception, et la diffusion en temps réel d'un message d'avertissement aux pharmaciens au point de vente. J'encourage mes homologues à poursuivre les mesures entreprises pour mettre en échec les personnes qui exploitent le système.

Comme je l'ai mentionné, nous réglementons les médicaments et les instruments médicaux. Nous investissons aussi dans la mise au point et l'autorisation de médicaments servant au traitement des maladies rares. Cela permettra d'améliorer l'accès à de nouveaux traitements qu'il aurait été difficile, voire impossible, d'obtenir sans ses nouvelles règles.

Le mois dernier, nous avons lancé Orphanet-Canada, une ressource en ligne destinée aux gens atteints de maladies rares et aux professionnels de la santé qui leur offrent des soins. Le portail donnera aux Canadiens atteints de maladies rares une nouvelle façon d'obtenir de l'aide. À l'échelle fédérale, nous accélérons le changement grâce au soutien d'organisations pancanadiennes comme le Partenariat canadien contre le cancer, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé et Inforoute Santé du Canada.

• (1115)

Par exemple, madame la présidente, notre gouvernement a récemment annoncé un investissement considérable dans l'Institut canadien d'information sur la santé. Ce financement aidera à tirer parti de l'excellent travail de l'ICIS, qui consiste à fournir des données fiables et comparables à l'échelle nationale sur de nombreux aspects du système de santé et de la santé des Canadiens. Ces renseignements aident les administrations provinciales et territoriales à mesurer le rendement de leurs systèmes. Ils les aident aussi à mettre en pratique des approches innovatrices qui favorisent les améliorations. Ils permettront également aux Canadiens de suivre les progrès de leur système de santé.

Cet été, j'ai été fière d'accueillir Hélène Campbell, qui a reçu une double greffe de poumons. Afin d'aider davantage de receveurs de greffe d'organe, notre gouvernement s'est engagé à verser 10 millions de dollars pour appuyer un programme national de recherche sur la transplantation en vue d'augmenter les dons et d'aider les greffés.

Notre gouvernement reconnaît que la recherche en santé est essentielle à l'innovation et contribue grandement à la qualité et à la durabilité des soins de santé à l'échelle provinciale et territoriale. Le gouvernement fédéral est le principal investisseur dans l'innovation en santé au Canada, principalement grâce aux subventions accordées par les Instituts de recherche en santé du Canada.

Tous les jours, des milliers de projets financés par le gouvernement fédéral sont en cours, projets auxquels participent plus de 14 000 chercheurs canadiens. En particulier, j'aimerais mentionner la Stratégie de recherche axée sur les patients des Instituts de recherche en santé du Canada. Cette stratégie vise à transmettre les pratiques, les politiques et les traitements innovateurs des chercheurs aux décideurs et aux professionnels de la santé qui offrent des soins de santé de première ligne. C'est une nouvelle façon de travailler avec les provinces et les territoires pour tirer parti des ressources et appuyer la recherche qui transformera le système de santé du Canada. Je suis persuadée que ces travaux aideront les provinces et les territoires à faire face aux enjeux associés à la prestation de soins de santé rentables et de qualité élevée.

La Stratégie de recherche axée sur les patients portera tout d'abord sur la santé mentale des adolescents et des jeunes. L'objectif est d'améliorer les soins offerts à ces jeunes canadiens. Une autre initiative, appelée « Voies de l'équité en santé pour les Autochtones », permettra aux chercheurs d'établir des partenariats avec les collectivités autochtones pour réaliser des travaux associés à la réduction du risque de suicide et à un certain nombre d'autres priorités clés en santé.

En plus des investissements qui favorisent l'innovation en santé, nous investissons également dans la protection et la promotion de la santé des Canadiens, autrement dit, nous les aidons à ne pas tomber malades et à ne pas avoir besoin de soins. Ces initiatives axées sur la famille encouragent les Canadiens à jouer un rôle actif dans le maintien de leur santé. Par exemple, nous investissons 5 millions de dollars dans des activités communautaires qui aident les Canadiens à faire des choix sécuritaires par rapport aux sports et aux loisirs. Je suis heureuse de constater que des organisations du secteur privé se joignent aux ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé pour promouvoir le poids santé et l'activité physique chez les enfants et tous les Canadiens.

Notre gouvernement utilise également des lois pour protéger la santé et la sécurité des Canadiens. Nous avons récemment respecté notre promesse d'apposer de nouveaux avertissements de santé rigoureux sur les emballages de cigarettes et de petits cigares. Les membres se souviendront sans doute des reportages dans les médias, au printemps dernier, au sujet d'une drogue très dangereuse à usage récréatif, connue sous le nom de « sels de bain ». L'un des principaux ingrédients des « sels de bain » est une substance appelée MDPV. Notre gouvernement a agi rapidement pour faire en sorte que les activités associées à la MDPV soient illégales au Canada. Cela signifie qu'il sera plus difficile pour les gens de faire le trafic de « sels de bain » ou d'en fabriquer, et plus facile pour les autorités transfrontalières et les policiers de faire disparaître ces produits de nos rues. C'est un geste qui a reçu l'appui général des responsables de l'application de la loi, notamment l'Association canadienne des chefs de police.

En ce qui a trait à la santé mentale, je sais que le comité était heureux du lancement de la première stratégie nationale en santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada, appelée « Changer les orientations, changer des vies ». La stratégie a été élaborée en consultation avec des professionnels de la santé, des patients et leur famille. Elle contient des recommandations qui aideront ces groupes à prendre de meilleures décisions au sujet des services et des traitements en santé mentale dans les années à venir. La stratégie reflète également les priorités des Premières nations et des Inuits et les mesures énoncées dans le Plan d'action stratégique pour le mieux-être mental.

● (1120)

Notre gouvernement s'est également engagé à verser jusqu'à 10 millions de dollars en fonds de contrepartie pour établir le Fonds canadien de recherche sur le cerveau en partenariat avec la Fondation Neuro Canada. Cet investissement aidera également à financer la recherche pour déterminer et traiter les troubles du cerveau, dont la maladie mentale, un domaine où le Canada est reconnu comme un chef de file mondial.

Notre gouvernement joue un rôle important sur la scène internationale en matière de santé et de bien-être. Cet été nous avons réussi à mettre en évidence la question du sida chez les Autochtones lors de la Conférence internationale sur le sida. C'était la première fois que les répercussions du VIH/sida sur les communautés autochtones occupaient une place aussi importante lors d'une conférence internationale.

Et lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, j'ai eu l'occasion de discuter de l'expérience et du soutien du Canada par rapport à l'assurance-maladie universelle et à la responsabilisation en santé. J'ai également conforté la position du Canada quant à la santé maternelle et infantile et encouragé des pays à renforcer leurs systèmes de santé à cet égard. Nous continuerons de plaider ces causes lors de rencontres internationales.

Je suis fière du rôle crucial que joue notre gouvernement dans les soins de santé au pays. Les investissements financiers au moyen des transferts canadiens en matière de santé ont atteint un niveau record. Chaque jour, des recherches et de nouvelles découvertes augmentent notre compréhension des modes de vie sains et notre capacité de traiter et de prévenir les maladies. Il reste cependant beaucoup de travail à faire, et de nombreux défis nous attendent.

Les modes de vie sains et la prévention des maladies chroniques sont des questions complexes qui exigent des efforts continuels de la part de tous les gouvernements, du secteur privé, des organisations non gouvernementales et de tous les Canadiens et les Canadiennes. Notre gouvernement continuera de faire sa part. Nous continuerons d'investir dans les soins de santé et la recherche en santé. Nous continuerons aussi de collaborer aux efforts des gouvernements provinciaux et territoriaux pour améliorer la santé de la population canadienne, favoriser l'innovation et assurer la pérennité du système de soins de santé canadien.

Merci, madame la présidente.

**La présidente:** Merci beaucoup, madame la ministre, pour cet exposé très perspicace.

Passons maintenant à la période de questions. Nous allons commencer par Mme Davies, qui partage son temps de parole avec M. Lapointe.

**Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Madame la ministre, merci d'être venue aujourd'hui. C'est très important que vous soyez là. Je suis désolée que ce ne soit que pour une heure et j'espère que nous pourrions vous encourager à rester un peu plus longtemps, car nous aurons très peu de temps pour poser des questions.

Vous avez mentionné un certain nombre de choses dans vos commentaires, mais la question sur laquelle j'aimerais me pencher est celle de l'innocuité des médicaments. Je suis certaine que vous savez que c'est une question qui prend de plus en plus d'ampleur au Canada. En fait, on a tout récemment publié deux articles importants à ce sujet, un dans le *Toronto Star*, et un autre qui est paru hier dans *Maclean's*. Lorsque l'on prend connaissance des renseignements qu'ils contiennent ainsi que des autres que nous recevons en tant que députés, il est clair que l'on se préoccupe beaucoup de l'insuffisance du système en place au plan de l'innocuité.

Je me demande si vous pourriez nous dire combien l'on consacre à l'innocuité des médicaments à Santé Canada et pourquoi le ministère n'enquête pas sur les déclarations d'effets indésirables et ne prend pas de mesures plus concrètes pour empêcher les Canadiens d'en tomber malades ou d'en mourir.

Ces articles montrent que le Canada est très en retard sur les États-Unis, la France et d'autres pays de l'UE. Par exemple, aux États-Unis, on a adopté l'étiquetage en langage clair et simple, mesure dont nous parlons depuis une décennie au Canada, mais que nous n'avons toujours pas adoptée. Dans d'autres administrations, les données sur les essais cliniques aident les gens à voir quelles informations sont utilisées à l'appui d'une approbation de médicament. Nous sommes très en retard sur bien des plans.

Je pense que le public canadien se préoccupe beaucoup de l'innocuité des médicaments. Alors je me demande si vous pourriez nous dire pourquoi Santé Canada n'enquête pas sur les déclarations d'effets indésirables et ne prend pas de mesures concrètes pour empêcher les Canadiens d'en tomber malades ou d'en mourir.

• (1125)

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Merci pour votre question.

Je peux commencer en disant que notre gouvernement a pris des mesures pour assurer la surveillance des médicaments qui se trouvent sur le marché. En fait, notre gouvernement a mis en place le Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, que j'ai annoncé, en 2008 je crois, pour lancer le processus. On a investi 32 millions de dollars dans ce secteur en particulier pour surveiller les effets indésirables et tout au Canada.

Nous avons aussi pris des mesures pour déclarer les effets secondaires. Ces déclarations font l'objet d'enquêtes au sein de la Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada. Nous avons aussi travaillé avec des médecins pour échanger plus d'informations concernant les effets indésirables de tout médicament prescrit aux patients. Nous avons pris un certain nombre d'initiatives concernant la déclaration des effets indésirables qui se rapportent aux processus réglementaires et à l'examen scientifique connexe. Nous enregistrons des progrès appréciables dans ce secteur au Canada.

**Mme Libby Davies:** J'aimerais poser une brève question de suivi, madame la présidente.

C'est curieux que vous disiez, en gros, que c'est seulement après la commercialisation d'un médicament que nous donnons suite aux préoccupations soulevées. Je sais que l'article dans *Maclean's* signale que l'on juge maintenant que près de 20 p. 100 de ces principes actifs posent problème. Il semble que nous mettions trop de temps à cerner les problèmes. C'est une fois que les médicaments sont commercialisés que les effets indésirables se font sentir. Encore une fois, l'on s'inquiète, premièrement, du fait que l'étude ne soit pas menée assez tôt et, deuxièmement, que lorsque des effets indésirables sont signalés, ils ne font pas l'objet d'une enquête. Nous entendons maintenant parler de cas, horribles pour d'aucuns, où des personnes

sont tombées malades ou sont mortes après avoir pris ces médicaments.

**La présidente:** Vous avez largement dépassé la barre des cinq minutes, alors votre partenaire n'aura pas le temps de parler.

Madame la ministre, pourriez-vous prendre une minute pour répondre, s'il vous plaît?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Santé Canada a mis en place des processus d'examen complets des médicaments avant leur commercialisation. On effectue une surveillance préalable à la commercialisation. Parallèlement, une fois que ce processus a été mené à bien et qu'un médicament est approuvé, nous avons instauré un système qui s'en occupe dans le cadre du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments. Certains de ces effets indésirables ne peuvent être déclarés qu'après le fait. Il existe un système pour permettre aux patients, ainsi qu'aux médecins, de fournir ces renseignements à Santé Canada pour que nous puissions faire un suivi et enquêter. Il y a deux processus...

**M. François Lapointe (Montmagny—L'Islet—Kamouraska—Rivière-du-Loup, NPD):** Madame la présidente, puis-je prendre la parole?

**La présidente:** Je vais vous appeler. Je sais que vous vous impatientez. Vous pouvez y aller maintenant.

[Français]

**M. François Lapointe:** Le 13 août 2012, l'oncologue de Mme Lajoie, une citoyenne canadienne de Saint-Pascal, dans mon comté, formulait une demande de médicament non homologué pour traiter le cancer de Mme Lajoie. Cette demande fut faite par l'entremise du Programme d'accès spécial de Santé Canada. Les traitements devaient débuter en septembre. Or, faute de réponse, il aura fallu de très nombreuses requêtes de ma part et de la part de Mme Davies. Finalement, le traitement n'aurait pu commencer qu'en novembre. Toutes ces requêtes vous étaient adressées, madame la ministre.

Si le processus avait pris deux semaines plutôt que dix, il aurait été possible de retarder ou d'éviter le décès de Mme Lajoie. Elle est décédée deux semaines avant le début des traitements. La famille de Mme Lajoie ainsi que tous les Canadiens concernés veulent savoir ce qui s'est passé.

Madame la ministre, reconnaissez-vous que le temps de réponse n'a pas été conforme aux délais du Programme d'accès spécial? À la suite d'un pareil échec, pouvez-vous vous engager à créer le plus rapidement possible un poste d'ombudsman pour Santé Canada, de façon à ce que quelqu'un fasse enquête?

• (1130)

[Traduction]

**La présidente:** Continuez, madame la ministre.

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Comme je l'ai dit à la Chambre des communes concernant la réponse que vous avez donnée à vos électeurs, j'offre mes condoléances à la famille de la personne qui est décédée. J'ai déclaré à la Chambre que le Programme d'accès spécial offre un accès d'urgence aux produits dont la vente n'a pas été approuvée au Canada...

**M. François Lapointe:** Dix semaines ne constituent pas une urgence, madame la ministre.

**La présidente:** Pardon. Laissez la ministre terminer, s'il vous plaît.

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Le médecin doit présenter les demandes à Santé Canada.

**M. François Lapointe:** Cela a été fait le 13 août.

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Nous avons enquêté sur le processus, et je crois qu'on a donné une réponse. J'ai donné à tous les députés de la Chambre des communes une séance d'information concernant le Programme d'accès spécial, et j'ai été heureuse d'organiser...

**M. François Lapointe:** Vous l'avez fait le 13 août, madame la ministre.

**La présidente:** Excusez-moi. Je vais vous accorder une minute de plus si vous laissez terminer madame la ministre.

Allez-y, madame la ministre.

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Oui, merci, madame la présidente.

J'ai déjà dit que nous serions heureux d'organiser une séance d'information sur la façon dont le Programme d'accès spécial fonctionne lorsque les médecins présentent des demandes à Santé Canada. Dès que sa demande est reçue, le médecin reçoit un appel. Nous recevons environ 25 000 demandes par année, et la plupart d'entre elles sont traitées dans les 24 heures plutôt que dans les 18 mois. Nous faisons notre part pour y répondre. Je ne veux pas parler du cas particulier que le député a mentionné, mais le processus est en place.

**La présidente:** Je suis désolée, madame la ministre, mais nous avons largement dépassé le temps dont nous disposons pour cette question. Peut-être que le député pourrait vous rencontrer plus tard pour en discuter.

La parole est maintenant à M. Carrie.

[Français]

**M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD):** J'invoque le Règlement.

Madame la présidente, je tiens à vous rappeler que le 27 mars 2012, mon collègue M. Lapointe a agi de la même façon. Mme Leitch a interrogé par la suite le président de la compagnie Sandoz et a interrompu ce témoin afin d'obtenir une réponse à sa question. Vous avez dit, à cette occasion:

[Traduction]

« Pardon monsieur, mais vous êtes devant le comité et on vous a posé une question. Je vous demanderai d'y répondre précisément. »

[Français]

M. Lapointe essaie justement d'obtenir une réponse à sa question depuis tout à l'heure. Si vous voulez être cohérente avec vous-même, vous devez l'autoriser à le faire.

[Traduction]

**La présidente:** Monsieur Morin, j'ai accordé beaucoup de temps supplémentaire à cette question pour tout couvrir. Je dois tenir compte du temps de parole de tous les membres. Même si le député estime que sa question est la plus importante, je lui ai accordé du temps supplémentaire. Elle est très importante, mais nous devons permettre au reste des membres du comité de poser aussi leurs questions.

[Français]

**M. François Lapointe:** J'invoque le Règlement.

La question était très précise: est-ce que la ministre peut s'engager à créer un poste d'ombudsman qui, de façon objective, pourra enquêter sur des dossiers comme celui de Mme Lajoie? Rien...

[Traduction]

**La présidente:** Ce n'est pas un rappel au Règlement, désolée.

La parole est maintenant à M. Carrie.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Merci beaucoup, madame la présidente.

En fait, je crois que M. Strahl aimerait commencer.

**La présidente:** D'accord. Voulez-vous partager votre temps de parole?

**M. Colin Carrie:** Oui, merci. Nous allons partager.

**La présidente:** D'accord.

Monsieur Strahl, nous vous écoutons.

**M. Mark Strahl (Chilliwack—Fraser Canyon, PCC):** Merci, madame la ministre, d'être venue.

Je ferai de mon mieux pour poser des questions et vous donner le temps d'y répondre.

Vous avez tenu une conférence de presse hier concernant OxyContin. Vous l'avez mentionné dans vos remarques. J'ai des questions à vous poser à ce sujet. Premièrement, pourriez-vous nous résumer brièvement votre annonce d'hier?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Merci pour votre question.

C'est une question très complexe pour laquelle nous devons mettre en balance l'accès aux médicaments à des fins thérapeutiques et la protection des personnes et des collectivités contre les torts causés par le détournement ou l'abus de médicaments sur ordonnance. La question de l'abus de médicaments sur ordonnance implique de nombreux intervenants des systèmes de soins de santé, en l'occurrence les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les médecins, les fabricants, les distributeurs, les professionnels de la santé ainsi que les responsables de l'application de la loi.

S'agissant du médicament générique OxyContin, sous le régime de la Loi sur les aliments et drogues, rien ne justifie que le ministre de la Santé diffère l'approbation du médicament lorsque celui-ci est considéré comme sûr et efficace pour son usage recommandé. La loi ne permet pas que l'on diffère l'approbation au motif d'un abus éventuel. Notre gouvernement fait tout ce qui est en son pouvoir pour traiter la question, alors Santé Canada imposera désormais de nouvelles conditions rigoureuses aux distributeurs autorisés à fabriquer et à distribuer des produits contenant de l'oxycodone à libération contrôlée.

Ce qui explique en partie l'abus d'OxyContin est qu'il a parfois été prescrit pour traiter des conditions qu'il n'était pas censé traiter. Il y a la question de la prescription abusive et de la distribution en quantités beaucoup plus élevées que ce qui est nécessaire.

Hier, et dans la lettre que j'ai adressée à mes homologues provinciaux et territoriaux et que j'ai mentionnée tout à l'heure, j'ai demandé aux gouvernements provinciaux et territoriaux et aux praticiens de la santé de voir ce qu'ils peuvent faire dans leurs domaines de compétence pour s'attaquer au problème grave de l'abus de médicaments sur ordonnance. Je suis disposée à envisager un rôle fédéral plus important, comme je l'ai dit hier, pour superviser l'utilisation de médicaments susceptibles de créer une dépendance, par exemple en imposant des restrictions aux pratiques des prescripteurs et des pharmaciens.

Un surcroît de formalités bureaucratiques pour les médecins et les pharmaciens risque fort de nuire aux soins des patients. Je préfère grandement que nous collaborions à régler cette question dans le cadre des lois et autorisations en vigueur. N'oublions pas que le facteur le plus important dans toute décision est le patient.

• (1135)

**M. Mark Strahl:** Merci, madame la ministre.

J'ai rencontré un électeur, James O'Reilly, qui a récemment perdu son fils à l'issue d'une longue lutte contre la toxicomanie qui a commencé avec OxyContin, alors je pense que ces mesures et la collaboration avec les provinces et les territoires aideront vraiment à traiter les problèmes de dépendance.

Je veux partager mon temps avec M. Carrie. Je sais qu'il a aussi des questions importantes à poser.

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup, madame la ministre, et merci, monsieur Strahl.

Madame la ministre, vous savez que j'ai été très engagé auprès du milieu des produits de santé naturels. Premièrement, je tiens à vous féliciter et à féliciter les fonctionnaires de Santé Canada d'avoir consulté les membres de l'industrie et d'avoir collaboré avec eux d'une façon qui a été très bien accueillie et qui a notamment permis de réduire les formalités administratives. Je me demandais si vous pouviez nous faire une mise à jour sur les consultations que vous avez tenues auprès des gens de ce milieu.

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Merci de votre question. Nous avons fait du chemin depuis le début de cet examen. Le but de notre gouvernement est de protéger la santé et d'assurer la sécurité des Canadiennes et des Canadiens tout en respectant le choix des consommateurs. Nous avons entendu bien des récits d'intervenants, de consommateurs et de parlementaires qui nous disent qu'il est nécessaire de faciliter l'accès aux produits tout en assurant la sécurité des consommateurs. Ils veulent aussi que nous allégions les fardeaux administratifs superflus pour les entreprises qui essaient de commercialiser des produits sûrs.

En conséquence, nous avons instauré une nouvelle façon de réglementer les produits de santé naturels qui vise à réduire, comme vous l'avez mentionné, les formalités administratives et à faciliter l'accès des consommateurs à des produits sûrs et efficaces. En fait, les fonctionnaires qui ont tenu les consultations et les tables rondes en Colombie-Britannique hier ont reçu une ovation debout de la part des intervenants, alors je crois que cela témoigne du travail remarquable qu'ils accomplissent.

Nous privilégions entre autres approches un nouveau système d'examen des produits dans le cadre duquel on examinera dans un délai aussi court que 10 jours des produits à faible risque. Avant, il fallait compter jusqu'à 180 jours pour examiner la plupart des produits, mais maintenant, seulement entre 1 et 3 p. 100 d'entre eux requerront un examen aussi long. Nous avons aussi instauré de nouveaux outils pour commercialiser les produits. Ces changements créeront un cadre réglementaire stable et prévisible pour traiter les demandes efficacement. Je crois que nous avons réalisé des progrès extraordinaires depuis que nous avons commencé à traiter cette question.

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

**La présidente:** Il vous reste un peu moins d'une minute.

• (1140)

**M. Colin Carrie:** La ministre a mentionné quelque chose pendant son exposé et je voulais y revenir.

Vous avez parlé des mesures prises par le gouvernement pour limiter les coûts et s'attaquer à la fraude dans le cadre du SSNA. C'est une question très importante. Pourriez-vous donner des détails concernant les mesures que vous avez prises à cet égard?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Oui, merci d'avoir posé cette question. Comme je l'ai mentionné dans mes remarques liminaires, dans le cadre du programme fédéral dont nous sommes responsables, le Programme des services de santé non assurés, nous avons instauré un certain nombre de mesures qui ont donné d'excellents résultats. En fait, le vérificateur général a fait remarquer qu'il s'agissait d'un modèle permettant de mettre en place des systèmes dotés d'automatismes régulateurs et il a félicité Santé Canada des efforts qu'il a déployés pour surveiller ce programme en particulier.

Comme je l'ai signalé, grâce aux travaux que nous avons réalisés dans le cadre du Programme des services de santé non assurés, nous sommes en mesure de faire le suivi des hausses soudaines d'ordonnance de médicaments comme OxyContin partout au pays. Nous sommes en mesure d'identifier les médecins qui les prescrivent. Nous avons aussi pu détecter des cas de fraudes dans le programme et en avons saisi la GRC, qui a porté des accusations et intenté des actions en justice.

Nous prenons la chose très au sérieux. Ce programme a été conçu pour offrir des services aux plus vulnérables. L'abus du système me préoccupe, et nous prendrons des mesures pour y remédier.

En Nouvelle-Écosse, un pharmacien a été emprisonné pour fraude. En Ontario, nous continuons d'enquêter, de même qu'au Manitoba et en Saskatchewan. Nous faisons notre part pour surveiller ce programme de très près.

**La présidente:** Merci beaucoup madame la ministre.

La parole est à Mme Fry.

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

Merci à la ministre d'être venue. Je voudrais rappeler la préoccupation exprimée par Mme Davies, soit que la ministre est avec nous seulement pendant une heure.

J'aimerais, toutefois, poser quelques questions portant particulièrement sur les dépenses. Dans le cadre des compressions budgétaires, des programmes précis et des organisations ne sont plus financés. Pouvez-vous me dire exactement lesquels ne sont plus financés? Quels programmes ne sont pas financés?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Je vais demander à la sous-ministre de vous donner les détails, par poste.

**Mme Glenda Yeates (sous-ministre, ministère de la Santé):** Madame la présidente, la ministre a mentionné dans sa déclaration préliminaire que l'intégralité du portefeuille — toutes les activités du portefeuille dans tous les secteurs que nous avons financés — a été examinée.

Je peux répartir les réductions qui ont été soulignées en quatre catégories, la première étant les économies et la rationalisation administratives des structures. Nous avons étudié attentivement nos activités à l'interne, les subventions et les contributions, les activités gouvernementales qui se multiplient progressivement. C'est de là que provient la majeure partie de nos économies. Nous avons étudié les possibilités de partager des activités avec l'Agence de la santé publique qui est notre partenaire de portefeuille et qui a aussi apporté une autre série de changements à l'interne.

Nous avons également examiné les subventions et les contribu-



**L'hon. Hedy Fry:** Ce que je voudrais savoir précisément...

**Mme Glenda Yeates:** Par catégorie, dans la première on peut classer la demande que nous avons faite à nos partenaires, nos organisations pancanadiennes, de réduire leurs dépenses administratives. Par exemple, un travail remarquable est accompli par l'ICIS, le Partenariat canadien contre le cancer et par la Commission de la santé mentale. Nous leur avons demandé de procéder à une réduction de 5 p. 100 sur trois ans. Ils ne ménagent aucun effort pour atteindre cet objectif.

Nous avons examiné la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Comme la ministre l'a dit, nous voulions vraiment protéger les services de santé de première ligne, nous avons donc examiné les secteurs non liés à la prestation de services. Nous avons accordé des subventions dans des domaines tels que la recherche et le renforcement des capacités, et ce, tant à l'échelon régional que national. La ministre a mentionné auparavant l'Organisation nationale de la santé autochtone. Voilà quelques organisations qui ont vu leur financement réduit.

**L'hon. Hedy Fry:** Ce genre de réponses va prendre tout mon temps, donc j'aimerais avoir des précisions.

**La présidente:** Madame Yeates, je crois qu'elle veut vous poser une autre question.

**L'hon. Hedy Fry:** Est-ce que les programmes de santé maternelle et infantile financés dans le cadre du budget des soins de santé aux Inuits ont subi des compressions?

**Mme Glenda Yeates:** Non, tous les services de santé de première ligne sont protégés, donc aucune compression ne touche les services communautaires en matière de santé maternelle et infantile.

• (1145)

**L'hon. Hedy Fry:** Merci.

Est-ce que des programmes de prévention du suicide font l'objet de compressions?

**Mme Glenda Yeates:** Encore une fois, tous les programmes communautaires de prévention du suicide sont retenus.

**L'hon. Hedy Fry:** S'agit-il de programmes qui offrent des soins de santé directs?

**Mme Glenda Yeates:** Oui, donc...

**L'hon. Hedy Fry:** Les programmes qui offrent des soins de santé directs sont conservés.

**Mme Glenda Yeates:** Oui, c'est exact.

**L'hon. Hedy Fry:** Merci,

Je voudrais poser une question au sujet des mises à pied. Je pense que vous avez dit avoir mis à pied un nombre important d'employés. Combien d'employés ont été mis à pied dans le secteur de la recherche et des travaux fondés sur des preuves scientifiques?

**Mme Glenda Yeates:** Encore une fois, je pense que c'est une incidence du Budget supplémentaire des dépenses dont nous parlons sur le personnel.

Il y avait environ 200 postes vacants que nous n'avons pas dotés pendant une certaine période, nous les avons donc offerts. En plus, nous avons estimé qu'il y avait environ 840 postes supplémentaires dans le cadre du Plan d'action économique. La majeure partie de ces postes, environ 70 p. 100, se trouvent dans les services administratifs. Certains de ces postes sont liés à l'élaboration des politiques.

**L'hon. Hedy Fry:** Est-ce que des chercheurs scientifiques ont été mis à pied?

**Mme Glenda Yeates:** La réduction dans le secteur scientifique a été minime. Nous voulions nous assurer de conserver...

**L'hon. Hedy Fry:** Quel est le pourcentage de la réduction?

**Mme Glenda Yeates:** Il y a eu des réductions, peut-être environ 3 p. 100, c'est le chiffre qui me vient à l'esprit, dans des domaines de recherche moins prioritaires, mais tous les domaines de recherche, les domaines de travail scientifique sur la conformité et l'application, tous les examens de médicaments mentionnés par la ministre, la précommercialisation et la postcommercialisation, tous ces domaines ont été conservés ou renforcés.

**L'hon. Hedy Fry:** Madame la présidente, sachant que je n'ai que sept minutes, j'ai une autre question que je voudrais poser.

La ministre a suggéré que le gouvernement a considérablement augmenté les transferts aux provinces et aux territoires. Je voudrais donc savoir s'il y a eu des augmentations supérieures à l'augmentation de 6 p. 100 déjà conclue dans le cadre de l'Accord de 2004. Y a-t-il de nouvelles augmentations de transfert à part celle-ci qui a été signée et approuvée pour 10 ans et qui n'arrivera à terme qu'en 2014? Y a-t-il des fonds supplémentaires en-deçà de ces 6 p. 100 dans les transferts?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Les gouvernements des provinces et des territoires ont accès à de nombreux programmes de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique.

**L'hon. Hedy Fry:** À la page 5, vous dites que vous avez considérablement augmenté les transferts. Ce sont les mots que vous avez utilisés. Je me demande si vous pouvez me dire s'il y a d'autres transferts en sus des 6 p. 100 déjà approuvés en 2004 et qui arrivent à terme en 2014?

Y a-t-il des nouveaux fonds? Un simple oui ou non suffira, madame Yeates.

**Mme Glenda Yeates:** Le TCS est le plus gros transfert. Nous avons conclu un certain nombre de petits partenariats avec les provinces et les territoires. Les lignes d'aide au renoncement sont un exemple de ce type de partenariat. Un numéro de téléphone et un lien Web sont inscrits sur tous les paquets de cigarettes. Nous avons conclu des ententes, des accords de contribution et des partenariats avec les provinces et les territoires.

Le Transfert canadien en matière de santé est bien sûr le plus important transfert.

**L'hon. Hedy Fry:** J'ai une autre question.

La ministre a dit que l'innovation dans les soins de santé est un secteur prioritaire. Je me demande si l'assurance-médicaments est considérée comme une innovation. La Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques était considérée une innovation dans l'Accord de 2004 et elle n'a abouti à rien. Nous constatons maintenant que beaucoup de patients n'y ont pas accès en raison des coûts élevés. Ils n'ont pas les moyens d'acheter des médicaments pour traiter leurs maladies chroniques ou mortelles à la maison de retraite ou au sein de la collectivité.

Pourquoi donc rien n'a été fait pour mettre en place ce type de stratégie relative aux produits pharmaceutiques, et tout particulièrement dans le but de diminuer les coûts assumés par les patients?

**La présidente:** Madame Fry, vous avez dépassé votre temps, mais pouvez-vous répondre s'il vous plaît, madame la ministre?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Comme je l'ai indiqué plus tôt dans ma déclaration, les transferts aux provinces et aux territoires ont augmenté, et chaque province et chaque territoire affectera ces fonds dans les secteurs qu'ils jugent prioritaires.

Les provinces et les territoires continuent de collaborer pour trouver une solution aux questions relatives à l'assurance-médicaments, aux médicaments sur ordonnance ou à l'achat en vrac de médicaments. À l'époque, le débat entourant cette stratégie n'avait pas abouti à un consensus national sur l'orientation à suivre concernant la stratégie. J'y ai participé à titre de ministre territoriale de la Santé et il n'y a pas eu de consensus.

Nous essayons de régler le problème des augmentations des coûts des médicaments sur ordonnance en luttant contre la fraude, en adoptant une approche mieux coordonnée en ce qui concerne la pénurie de médicaments et en essayant de réduire le nombre excessif d'ordonnances. Nous continuerons à faire ces efforts, notamment l'achat en vrac de médicaments par les provinces et les territoires, en collaborant avec les ministres de la Santé des provinces et des territoires. Beaucoup de progrès ont été accomplis dans ce domaine.

• (1150)

**La présidente:** Merci madame la ministre.

Nous passons à M. Brown.

**M. Patrick Brown (Barrie, PCC):** Je remercie la ministre de la Santé de s'être présentée à nouveau au Comité de la santé pour répondre aux questions.

Je partagerai mon temps avec Wladyslaw Lizon. J'essaierai donc de poser deux questions le plus rapidement possible. Les deux sujets que je soulève sont importants.

L'un porte sur l'accès prioritaire aux vaccins. Le Comité de la santé a tenu une séance il y a quelques mois durant laquelle des pompiers ont dit qu'ils étaient inscrits dans la liste secondaire et que, dans beaucoup de cas, ils ne pouvaient pas avoir un accès prioritaire en dépit du fait qu'ils sont, dans l'exercice de leurs fonctions, des premiers intervenants, avec les ambulanciers paramédicaux et d'autres agents du SMU.

Le gouvernement du Canada envisage-t-il de collaborer avec les provinces et les territoires afin de dissiper la préoccupation dont nous ont fait part les pompiers?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Effectivement, les pompiers font un travail remarquable dans de nombreuses collectivités. Pour faire le point, je commencerai par dire que nous ne voulons pas que le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza empêche les provinces et les territoires de réagir à une pandémie, y compris au niveau des campagnes de vaccination.

Cela dit, il faut prendre en considération les caractéristiques uniques de chaque pandémie pour déterminer les risques pour la santé des Canadiens et prendre des décisions éclairées en matière d'accès prioritaire.

La version révisée du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza présentera une approche fondée sur le risque dans le processus décisionnel concernant l'accès prioritaire et tiendra compte des premiers intervenants qui portent secours à d'autres personnes telles que les personnes âgées ou les femmes enceintes. Les pompiers seront considérés comme étant des premiers intervenants dans les provinces ou les territoires où ils travaillent. Le processus de consultation pour le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza se tiendra au cours de l'année prochaine, et les acteurs clés, notamment les pompiers, auront l'occasion de présenter leurs points de vue. Je vous encourage à inciter les pompiers de vos régions à participer à ce processus.

Nous cherchons sans cesse des moyens d'améliorer le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza et nous sommes en train de l'évaluer une fois de plus. Je vous invite à transmettre ce

message aux pompiers afin qu'ils participent au processus et qu'ils présentent leurs points de vue.

**M. Patrick Brown:** C'est fantastique. Je sais qu'ils seront très encouragés d'apprendre qu'on étudie leur préoccupation.

Avant de passer le relais à Wladyslaw, j'ai une petite question qui porte sur les maladies rares. J'ai rencontré Kirsten Harkins, une électricienne d'Andrew Saxton. Elle est très impliquée dans la question des maladies et des troubles rares. Je sais que vous avez pris des mesures importantes. Pourriez-vous les mentionner au comité?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Oui. Nous avons pris des mesures pour aider les Canadiens atteints de maladies rares et aussi pour apporter un soutien à leurs médecins. Le taux de personnes souffrant de ces maladies est assez faible comparativement à l'ensemble de la population. Certaines de ces maladies ne touchent qu'un petit nombre de Canadiens, mais des milliers de personnes souffrent de toutes ces maladies rares et ont besoin de traitements efficaces.

Nous reconnaissons que les particularités des maladies rares rendent nécessaire un nouveau cadre d'homologation des traitements qui tire pleinement parti d'un jugement scientifique éclairé et d'une meilleure collaboration internationale. Grâce à ce nouveau cadre, que nous avons annoncé, la mise au point et la commercialisation des médicaments orphelins au Canada seront plus prévisibles pour les entreprises pharmaceutiques. De plus, le cadre aidera les patients vivant avec une maladie rare à participer à leur propre prise en charge médicale et à avoir accès aux traitements requis.

L'échange de renseignements à l'échelle internationale — au cours du développement et la réglementation de certains médicaments — est l'un des objectifs essentiels de cette nouvelle approche. Cet échange de renseignements permet aussi la mise en commun de ressources rares pour arriver à de meilleurs résultats. Les médicaments homologués continueront de faire l'objet d'un suivi étroit pour veiller à leur efficacité et leur innocuité une fois administrés.

Le cadre proposé est à la phase finale de conception et fera l'objet d'une consultation publique. Lors de la consultation, des commentaires et des réactions seront consignés et intégrés dans la version globale de la proposition.

• (1155)

**La présidente:** Merci.

Monsieur Lizon, vous avez une minute et demie.

**M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC):** J'essaierai d'être le plus bref possible.

Merci madame la ministre et merci à toutes les autres personnes d'être venues au comité ce matin.

Ma question porte aussi sur une maladie ou un trouble, l'autisme. Malheureusement, comme nous le savons tous, l'autisme touche beaucoup de familles canadiennes. Une nouvelle chaire de recherche a été annoncée récemment, je crois que c'était au début de ce mois-ci. Elle vise à améliorer le traitement et les soins offerts aux Canadiens qui vivent avec les troubles du spectre de l'autisme.

Madame la ministre, pouvez-vous nous dire comment le financement a été obtenu et de quelle façon la nouvelle subvention de recherche bénéficiera aux Canadiens qui vivent avec les troubles du spectre de l'autisme?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Le 5 novembre, mes collègues, Colin Carrie et l'honorable Mike Lake, ont annoncé que le Dr Weiss de l'Université York avait accepté d'être le titulaire de la chaire de recherche sur les traitements des troubles du spectre de l'autisme et les soins aux patients. Cette nomination fait suite à un processus de sélection rigoureux effectué par le biais des Instituts de recherche en santé du Canada.

Le Dr Weiss est psychologue clinicien à l'Université York et travaille avec des enfants, des adolescents et des adultes. Ses recherches sont axées sur la prévention et le traitement des problèmes de santé mentale chez les personnes atteintes des troubles du spectre de l'autisme.

En occupant cette nouvelle chaire, il travaillera en vue d'améliorer la vie des enfants et des adultes canadiens autistes et de leurs familles. Lui et son équipe étudieront des approches novatrices en vue d'élargir la recherche sur le traitement et les soins destinés aux problèmes de santé mentale des Canadiens autistes tout au long de leur vie. Ils étudieront aussi les raisons pour lesquelles les autistes sont susceptibles de développer des problèmes de santé mentale. Ils évalueront également les nouvelles stratégies de traitement pour aider les jeunes et les jeunes adultes souffrant d'autisme à composer avec ces problèmes et d'autres situations stressantes, telles que l'intimidation, et ils trouveront les moyens de leur faciliter l'accès aux soins.

Pour atteindre leurs objectifs, ils travailleront avec des autistes et leurs familles, des fournisseurs de services, des gouvernements et des organismes pour partager une recherche de pointe qui contribue à la prise de décisions éclairées sur les politiques et les pratiques relatives aux soins de santé mentale dans tout le pays. Cette recherche aura un effet durable sur les familles dans cette situation et sur les générations futures du Canada.

**La présidente:** Merci madame la ministre. Notre temps est écoulé.

Madame Sellah, nous passons à la série de questions de cinq minutes et il est midi. Je suis désolée, mais nous allons devoir...

**Mme Libby Davies:** Madame la présidente, étant donné que la ministre n'est arrivée qu'à 11 h 7, nous avons peut-être encore...

**La présidente:** Excusez-moi, madame Davies, laissez-moi terminer s'il vous plaît.

On vient de m'informer que la ministre peut rester 10 minutes de plus. Merci.

Madame Sellah, je suis contente que vous ayez l'occasion de prendre la parole.

[Français]

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

Madame la ministre, je vous remercie de comparaître devant le comité. Malgré tout le respect que je vous dois, je vous demanderai de nous donner des réponses succinctes, claires et précises.

Je vais donc revenir sur la question concernant l'ombudsman pour Santé Canada. Allez-vous, oui ou non, créer ce poste? C'est ma première question.

Voici ma deuxième. La question concernant les transferts aux provinces ne va pas disparaître; elle va toujours être présente. Le fait que la nouvelle formule de financement soit imposée de façon unilatérale aux gouvernements provinciaux et territoriaux va priver ces derniers de 36 milliards de dollars. Pourtant, le premier ministre avait promis qu'il en resterait à une augmentation de 6 p. 100. Dans

son Rapport sur la viabilité financière de 2012, le directeur parlementaire du budget a confirmé que cette formule de financement nuirait aux provinces et territoires et accroîtrait les pressions que ceux-ci subissent, ce qui mettrait en danger notre système de santé public et universel.

Pourquoi avoir imposé cette formule de financement malgré la promesse que votre parti avait faite aux Canadiens? Pourquoi imposer une lutte contre le déficit qui nuit aux provinces, comme l'ont déjà fait les libéraux?

Votre gouvernement a aussi décidé d'imposer des compressions importantes à la fonction publique, et votre portefeuille n'y a pas échappé. Il est le quatrième à avoir été touché. On parle ici d'une perte de 1 416 postes, selon les chiffres du Conseil du Trésor, et de compressions annuelles supérieures à 300 millions de dollars d'ici 2014-2015. Vous avez refusé non seulement de faire parvenir les détails au directeur parlementaire du budget, mais aussi de répondre clairement aux questions.

Or nous savons que la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a été fortement touchée. Votre sous-ministre vient de dire que des organismes comme l'Assemblée des Premières Nations, Pauktuutit, qui est une association de femmes inuites du Canada, ou d'autres programmes, notamment sur la recherche, l'éducation, la nutrition et le développement de politiques, seraient également touchés. Je sais que ce ne sont pas des soins de première ligne, mais ne pensez-vous pas que toutes ces réductions vont avoir des répercussions sur la promotion et, éventuellement, sur la santé des Autochtones?

J'aimerais que vous me disiez, selon la façon dont vous abordez la question, ce qui va permettre de prévenir des maladies et de faire épargner de l'argent au système de santé.

Merci.

• (1200)

[Traduction]

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Je vais essayer d'être très précise dans ma réponse aux nombreuses questions de la députée. En ce qui concerne l'ombudsman, nous n'avons aucun plan pour créer ce poste.

À 40 milliards de dollars, l'augmentation des transferts aux provinces et aux territoires n'est pas une réduction. Il n'y a pas de compression des transferts aux provinces et aux territoires pour la santé. Je travaillais dans le système de soins de santé, en tant que ministre des Finances pour le Nunavut quand les libéraux ont réduit les transferts. L'augmentation de 40 milliards de dollars n'est pas une réduction.

Pour ce qui est des soins de première ligne et autres, Santé Canada a tout fait pour ne pas réduire les services de soins de santé de première ligne. Au sujet des réductions des programmes des organisations, il se trouve que ces organisations n'offrent pas de services de soins de santé de première ligne.

En ce qui a trait à la prévention, nous faisons beaucoup de choses remarquables par le biais de l'Agence de la santé publique du Canada. Aux réunions des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé à Terre-Neuve il y a deux ans, a été signée dans notre pays la première déclaration qui commence à concentrer ses cibles et ses efforts associés à la prévention des maladies chroniques.

Par ailleurs, l'an prochain nous ferons rapport de ces mesures à l'occasion d'une conférence qui se tiendra à Ottawa. Nous inviterons non seulement des gouvernements, mais aussi le secteur privé, à faire part de leurs efforts visant à réduire l'incidence des maladies chroniques au Canada. Ce sera la première conférence de ce type au Canada et elle entre dans le cadre des efforts entrepris par le gouvernement pour réduire le nombre de cas de maladies évitables que nous observons dans nos hôpitaux.

Il est tout aussi important d'empêcher les gens de tomber malades. La plupart de nos efforts visent à prévenir les maladies, par exemple, le tabagisme, l'obésité, les blessures causées par la pratique de certaines activités physiques. Nos efforts visent aussi à souligner l'importance de la prévention dans notre système de soins de santé. Nous investissons beaucoup dans le domaine de la prévention tout en protégeant les transferts aux provinces et aux territoires.

**La présidente:** Merci.

Monsieur Lobb, allez-y.

**M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC):** Madame la ministre, merci de votre présence.

Évidemment, lorsqu'il est question des collectivités des Premières nations, des Inuits et des Métis au Canada, il y a un énorme potentiel en ce qui concerne non seulement ce que les membres peuvent nous apprendre, mais aussi les contributions qu'ils peuvent faire à notre économie et à l'amélioration du Canada.

Vous avez fait des annonces concernant des investissements en vue d'améliorer la santé et la recherche au sujet de ces collectivités et de leur donner une meilleure chance. J'aimerais que vous nous en parliez un peu plus.

Je partagerai mon temps avec Mme Block.

• (1205)

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Encore une fois, je vous félicite de votre nomination au comité.

Dans l'ensemble, notre gouvernement a investi plus de 30 millions de dollars par année dans la recherche en santé des Autochtones et plus de 2,2 milliards dans les Programmes de la santé des Premières nations et des Inuits.

J'ai fait une annonce en juin avec mon collègue, le ministre Duncan, au sujet d'un investissement fédéral de l'ordre de 25 millions de dollars sur deux ans. Cet argent servira à mener des recherches novatrices en santé qui répondent aux besoins urgents soulevés par les Premières nations, les Inuits et les Métis au Canada. Le plan à long terme mettra l'accent sur quatre domaines: le suicide, l'obésité, la tuberculose et la santé bucco-dentaire.

Les chercheurs en santé ne pourront profiter du financement que s'ils collaborent avec les chefs des collectivités autochtones. L'objectif est d'ainsi trouver des solutions pratiques en matière de santé qui mèneront à des collectivités en meilleure santé. Bref, tous nos investissements en recherche doivent inclure des partenariats avec les collectivités autochtones sur la scène locale.

Les Instituts de recherche en santé du Canada ont récemment organisé un forum des partenaires à cet égard. Le forum a réuni des organismes nationaux des Premières nations, des Inuits et des Métis, ainsi que des représentants du gouvernement et des chercheurs du secteur privé. Les initiatives démontrent que les IRSC et notre gouvernement sont déterminés à instaurer une collaboration plus efficace avec les Premières nations, les Inuits et les Métis en ce qui a trait à la recherche en vue d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour la population la plus vulnérable.

Dans les prochains mois, je ferai part des progrès réalisés grâce à l'investissement. Nous continuons de travailler d'arrache-pied avec les collectivités autochtones en vue d'améliorer les résultats en matière de santé à long terme.

**La présidente:** Monsieur Kellway, vous avez peut-être le temps de poser une question.

**M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD):** J'essayerai d'être bref.

Merci, madame la ministre, de votre présence.

Ma question porte sur l'accès aux médicaments et sur les bruits qui courent au sujet des présentes négociations sur l'accord économique et commercial global avec l'Union européenne, à savoir que des dispositions viseraient à étendre la protection relative aux brevets, ce qui entraînerait des coûts supplémentaires à notre système de soins de santé qui pourraient atteindre deux milliards de dollars, mais les rumeurs les chiffrent plutôt à environ un milliard.

Alors que l'accès aux produits pharmaceutiques présente déjà d'énormes défis dans notre système de soins de santé, comment pouvez-vous justifier l'ajout de tels coûts dans notre système de soins de santé et de tels obstacles qui viennent nuire à l'accès aux soins de santé des Canadiens?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** C'est le ministre du Commerce international qui mène ce dossier. Les négociations en vue d'un AECG incluent également des consultations avec mon ministère sur d'autres sujets connexes, mais les gouvernements provinciaux et territoriaux et les intervenants du milieu participent aux discussions. Je peux vous dire que les négociations se poursuivent, et les équipes de négociations discutent d'un vaste nombre d'enjeux en suspens.

Je ne veux pas émettre d'hypothèses sur le résultat de ces négociations et sur le résultat final, étant donné que c'est en cours.

**M. Matthew Kellway:** J'aimerais seulement avoir votre point de vue, à titre de ministre de la Santé, sur l'augmentation des obstacles à l'accès aux soins de santé des Canadiens qui découlerait d'une hausse des coûts des produits pharmaceutiques.

• (1210)

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Encore une fois, les négociations se poursuivent. Je n'émettrai pas d'hypothèses sur le résultat.

En ce qui a trait à l'augmentation des coûts des produits pharmaceutiques, nous devons améliorer ce qui se fait actuellement. J'ai très clairement dit dans mon exposé que nous devons notamment examiner pourquoi nous notons une augmentation de l'abus de médicaments d'ordonnance dans notre système de soins de santé. Nous devons améliorer les présents systèmes pour atténuer ce qui se passe au pays.

Pour ce qui est du Programme des services de santé non assurés, nous avons été en mesure de détecter des fraudes; nous récupérons maintenant des millions de dollars. Ces fraudes coûtent cher à notre système de soins de santé. Nous devons continuer d'examiner les défis avec lesquels nous sommes actuellement aux prises. J'encourage mes homologues provinciaux et territoriaux à collaborer avec nous en vue d'aborder certains de ces défis.

**La présidente:** Le temps est écoulé. Je m'excuse.

Nous allons suspendre la séance trois minutes pour permettre à la ministre de quitter la pièce. Merci beaucoup, madame la ministre, de votre présence et de votre exposé instructif. Merci aux membres du comité de leurs questions.

Nous suspendons les travaux pendant trois minutes; nous reprendrons à 12 h 15.

● (1210)

(Pause)

● (1215)

**Le président:** Je souhaite la bienvenue aux gens de l'Agence de la santé publique du Canada. Je suis ravie de vous voir. Nous vous sommes vraiment reconnaissants de votre excellent travail. Vous êtes ici depuis deux ou trois heures.

Nous allons débiter par le haut de la liste. Monsieur Kellway, vous aurez quatre minutes; madame Davies, vous en aurez trois.

Monsieur Kellway.

**M. Matthew Kellway:** Merci, madame la présidente.

Merci de votre présence. J'avais préparé mes questions en fonction de la ministre, mais je vais essayer de les reformuler en tenant compte de vos rôles respectifs dans le système.

J'ai posé une question concernant l'AECG et la possibilité que les coûts des produits pharmaceutiques augmentent d'un milliard de dollars et des répercussions sur l'accès aux soins de santé des Canadiens.

Nous avons entendu des témoins nous parler des coûts des produits pharmaceutiques au Canada. Ces coûts sont environ 30 p. 100 plus élevés que la moyenne des pays industrialisés, et ils sont encore plus élevés au Québec, soit 40 p. 100 plus élevés. Nous avons entendu un témoin avancer que nous pourrions réaliser des économies de l'ordre de 10 milliards de dollars en adoptant une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. Nous avons entendu parler de pratiques exemplaires dans le monde. La Nouvelle-Zélande économise 50 p. 100 sur les coûts de ses produits pharmaceutiques en négociant tout simplement avec les sociétés pharmaceutiques.

Au sujet des coûts des produits pharmaceutiques, la ministre a dit que la détection des fraudes rapporte des millions en économies. À l'heure actuelle, nous devrions plutôt envisager des économies qui se chiffrent dans les milliards de dollars. Mettons de côté pour le moment l'AECG et ses possibles répercussions. J'aimerais savoir si la raison pour laquelle nous ne prenons pas les grands moyens pour réduire les coûts des produits pharmaceutiques au Canada repose sur des politiques.

**Mme Glenda Yeates:** Madame la présidente, je crois qu'il s'agit d'une question très importante, et c'est avec un très grand plaisir que je l'aborderai avec vous.

Les coûts des produits pharmaceutiques sont un enjeu mondial. Il s'agit d'un enjeu pour les systèmes de santé en général, et cet enjeu comporte de nombreuses facettes. La ministre a fait allusion à l'utilisation adéquate des produits pharmaceutiques. Nous remarquons des variations sur la scène internationale à cet égard. Nous en sommes témoins au Canada. Il y a de nombreux organismes, dont l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, qui essaient de soutenir les provinces, les ordres des médecins et les autres pour essayer de donner aux gens les outils pour adopter des pratiques exemplaires en matière de prescription adéquate.

Nous avons également un certain nombre de facteurs comme l'examen commun des médicaments. Encore une fois, le Canada a adopté un seul examen commun des médicaments. Les provinces et les territoires peuvent suivre ou non les recommandations, mais nous procédons une seule fois au pays à l'évaluation du caractère approprié des médicaments; il s'agit d'un outil. Les programmes

relatifs aux médicaments ont un caractère commun qui n'existait pas auparavant.

● (1220)

**M. Matthew Kellway:** Pardonnez-moi, madame Yeates. Nous semblons effleurer l'enjeu principal, parce qu'il est question de milliards de dollars en économies potentielles et que nous semblons savoir comment y arriver. Pourquoi continuons-nous à nuire à l'accès aux soins de santé des Canadiens en payant nos produits pharmaceutiques 30 p. 100 plus cher que la moyenne des pays industrialisés? Je comprends tous ces programmes, mais nous effleurons à peine un énorme problème qui concerne l'accès aux soins de santé des Canadiens. Pourquoi n'abordons-nous pas le problème de front?

**Mme Glenda Yeates:** Madame la présidente, je ne suis pas au courant de l'étude citée, mais je crois que les divers pays examinent un certain nombre d'aspects en vue d'essayer de réduire les coûts relatifs à leurs médicaments. Il y a notamment le contrôle des prix. Nous avons au Canada le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés qui permet d'essayer d'aborder les prix des médicaments brevetés. Encore une fois, vous voyez de nombreux rapports qui comparent les prix de nos médicaments aux autres.

Selon moi, nous arrivons à réduire les prix notamment grâce à l'achat en grosse quantité, et la ministre en a également parlé. Nous y parvenons grâce, encore une fois, à une liste commune et aux formulaires qui répertorient les médicaments communs. Il y a divers facteurs, mais je crois que le milieu des politiques vous dirait que de tels éléments aident à réduire les prix des médicaments. Ce n'est normalement pas un seul angle en particulier...

**La présidente:** Madame Yeates, je dois vous dire que M. Kellway a dépassé son temps de parole; il ne reste que deux minutes à Mme Davies. Nous devrions peut-être lui donner l'occasion de poser une question.

**Mme Libby Davies:** Merci beaucoup. J'essaierai d'être brève.

J'aimerais également discuter d'un autre aspect de la grande question des médicaments au Canada. Je suis certaine que vous savez que la Chambre a unanimement adopté une motion en mars au sujet des pénuries de médicaments. Les termes clés de la motion se voulaient un appel à une stratégie nationale pour « anticiper, identifier et gérer les pénuries de médicaments essentiels ».

Je ne vois aucun montant dans le budget concernant la prévention et la gestion des pénuries de médicaments. Qu'est-ce que le ministère a fait depuis l'adoption de cette motion pour anticiper, identifier et gérer les pénuries de médicaments essentiels?

**Mme Glenda Yeates:** Merci beaucoup. J'essaierai moi aussi d'être brève.

Nous avons travaillé d'arrache-pied avec un certain nombre de partenaires. Je crois que nous comprenons tous à partir du contexte que ce n'est pas une partie du gouvernement ou un secteur précis qui peut s'en occuper seul. Nous avons collaboré avec l'industrie pour nous assurer d'obtenir les meilleurs avis concernant les endroits où ils prévoient de possibles pénuries de médicaments ou de possibles interruptions de l'approvisionnement.

Nous avons travaillé avec les provinces et les territoires pour aborder très précisément certains éléments qui ont été soulevés dans la motion et dans la recommandation du comité, à savoir l'examen de la collaboration et de l'obtention des meilleurs renseignements cliniques au sujet de l'utilisation des produits thérapeutiques de rechange.

Nous avons collaboré étroitement avec les provinces et les territoires en vue d'essayer, par exemple, de fournir certains de ces produits.

**Mme Libby Davies:** Êtes-vous convaincue que nous ne serons pas aux prises avec des pénuries? Par exemple, je sais que le Zarontin, un médicament antiépileptique, n'est plus disponible. Il reste encore des problèmes concernant certains médicaments. Êtes-vous satisfaite des progrès réalisés? J'ai l'impression que nous avons encore un gros problème sur les bras.

**Mme Glenda Yeates:** Tous les gens du milieu vous diraient que c'est une situation continue qui doit être gérée. Voilà pourquoi il faut regrouper les parties concernées.

Nous sommes convaincus que les intervenants du milieu sont bien informés de la situation. Nous devons composer avec des enjeux relatifs à l'attribution de contrats à un fournisseur exclusif. Comment nous assurer que nous n'avons pas...

**La présidente:** Merci, madame Yeates. Je suis désolée, mais le temps est écoulé.

**Mme Glenda Yeates:** Je crois que les défis seront continus.

**La présidente:** Madame Yeates, je suis désolée; je dois vous interrompre.

Madame Block, vous pouvez poursuivre dans la même veine si Mme Yeates veut compléter son commentaire, mais vous avez maintenant la parole; c'est vous qui décidez.

**Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC):** Je vais y aller de mes propres questions, madame la présidente.

J'avais en fait une question pour la ministre, mais je suis certaine que l'un des témoins sera en mesure de me répondre.

Tout d'abord, bienvenue. C'est toujours un plaisir de vous voir, madame Yeates, et c'est toujours un plaisir d'accueillir la ministre au comité pour discuter du budget et des enjeux qui trottent dans la tête des parlementaires.

J'aimerais avoir vos commentaires sur le Budget supplémentaire des dépenses (B). L'un des postes votés concerne les fonds pour maintenir les prestations supplémentaires en santé des Premières nations et des Inuits admissibles. Pourriez-vous nous expliquer le contexte de cette augmentation de 226,4 millions de dollars et la manière dont ces fonds protègent les services de première ligne?

• (1225)

**Mme Glenda Yeates:** Oui. Merci beaucoup de votre question sur le Budget supplémentaire des dépenses.

Il s'agit d'une somme considérable. Nous avons pour ce programme un budget de base que vous avez vu dans le Budget principal des dépenses, mais nous évaluons en cours de route le montant exact que nous coûtera le fonctionnement du programme. Les prestations ne sont pas modifiées. Par contre, nous peaufinons nos prévisions, à mesure que nous examinons les nouveaux médicaments, les nouveaux mécanismes en place pour contrôler les coûts, comme la ministre l'a mentionné.

Par exemple, cette année, nous avons de nouveaux clients qui sont admissibles en raison de la mise en oeuvre de la décision *McIvor* et des nouveaux bénéficiaires de la bande Qalipu. Bref, nous avons de nouveaux bénéficiaires qui sont admissibles aux prestations. À la suite de la précision de nos prévisions, nous rapportons ces changements au Parlement dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses (B) pour obtenir des fonds supplémentaires. Voilà le contexte de ces 226 millions de dollars dans le Budget supplémentaire des dépenses; il s'agit de fonds pour les programmes

principaux. Nos plus importantes dépenses sont les médicaments d'ordonnance, le transport médical, les prestations relatives aux soins dentaires et aux soins de la vue pour les clients admissibles et d'autres dépenses moins élevées. Cela concerne les clients des Premières nations et des Inuits vivant dans les réserves et hors réserve.

Voilà la raison du Budget supplémentaire des dépenses. C'est la poursuite du programme. En tout et pour tout, lorsqu'on additionne le Budget supplémentaire au Budget principal, nous prévoyons que le fonctionnement du programme coûtera cette année environ 1,1 milliard de dollars.

**Mme Kelly Block:** Merci. J'aimerais poser une autre question à propos du budget supplémentaire des dépenses.

Je remarque que dans le chapitre sur les Instituts de recherche en santé du Canada, il y a un point concernant le financement de la Stratégie de recherche axée sur le patient, qui vise à améliorer les résultats grâce à des soins fondés sur l'expérience clinique. Cette stratégie, que le ministre a annoncée en 2011, m'intéresse beaucoup. Pourriez-vous nous faire un bilan de la stratégie et de ses retombées sur les résultats en santé?

**Mme Glenda Yeates:** Madame la présidente, je vais laisser répondre mon collègue James Roberge, des Instituts de recherche en santé du Canada.

**M. James Roberge (chef des services financiers et vice-président exécutif, Portefeuille de la gestion et planification des ressources, Instituts de recherche en santé du Canada):** Merci, le Dr Beaudet vous envoie ses excuses.

La Stratégie de recherche axée sur le patient prend vraiment son envol. Nous négocions en ce moment avec les provinces le premier déploiement de ce que nous appelons les unités d'appui. Ce sont des centres régionaux d'excellence disséminés dans tout le pays et qui cherchent des moyens novateurs d'intégrer les résultats de la recherche dans le système de soins de santé.

Nous discutons en outre avec divers partenaires du lancement des réseaux de recherche. Ces réseaux se spécialisent dans divers thèmes. Le premier, spécialisé en santé mentale et doté d'un budget de 25 millions de dollars, a été annoncé conjointement avec la fondation Graham Boeckh. Nous avons aussi lancé le réseau de soins de santé primaires et, comme je l'ai dit, nous sommes en pourparlers avec d'autres partenaires.

À terme, nous espérons lancer de six à huit réseaux dans le cadre de la stratégie.

**Mme Kelly Block:** Comme il me reste du temps, je vais en céder une partie à mon collègue, M. Lobb.

**M. Ben Lobb:** Merci, madame Block.

Il y a un article sur le règlement relatif aux pensionnats indiens, qui porte sur une somme de 55,9 millions de dollars. Pourriez-vous en parler au comité? Est-ce que cela figure uniquement dans le budget supplémentaire ou aussi dans le budget principal? À quoi est destinée cette somme exactement?

**Mme Glenda Yeates:** Là encore, madame la présidente, je crois qu'il s'agit d'une partie importante et substantielle du budget supplémentaire des dépenses de Santé Canada. Comme on l'a fait remarquer, cette somme de 56 millions de dollars servira à poursuivre le Programme de soutien en santé mis sur pied dans le cadre des Résolutions des questions des pensionnats indiens aux termes de la convention de règlement correspondante.

Aux termes de la convention, on s'attend à ce que d'autres personnes fassent appel à ce processus et suivent le programme de soutien. Nous comprenons très bien que les personnes et les familles qui suivent ce processus dans l'ensemble du pays ont besoin de ce type de soutien en santé mentale, sous forme de consultation de praticiens ou d'accès aux aînés et à des appuis culturels. Ces mesures sont essentielles, car les familles passent évidemment par des périodes très éprouvantes et chargées d'émotion.

• (1230)

**M. Ben Lobb:** Quels seraient les dépenses totales à ce titre pour l'exercice 2012-2013?

**Mme Glenda Yeates:** Elle est indiquée dans le budget supplémentaire des dépenses. Mais je le redis, il a été difficile d'établir cette somme. Au départ, nous ne savions pas combien de personnes auraient recours à ce mécanisme et en quelle année. Nous n'avions donc pas prévu de base budgétaire permanente dans le budget principal. Il y a peut-être eu une somme modeste prévue au départ, mais il faudra que je la vérifie pour vous. Lorsque nous avons été en mesure de mieux cerner la demande, nous avons demandé un crédit dans le budget supplémentaire.

**M. Ben Lobb:** D'accord.

Vous avez dit que l'un de ces articles concernait la santé mentale. Pouvez-vous en nommer d'autres qui seraient compris dans ce budget de près de 60 millions de dollars?

**Mme Glenda Yeates:** Oui, il restait 8,8 millions de dollars dans notre budget de base, auquel on a ajouté 56,7 millions. Cela fait un total de 65,6 millions pour les Programmes de soutien en santé - Résolution des questions des pensionnats indiens en 2012-2013.

Je le redis, nous avons des gens qui assistent à ces séances et offrent leur soutien. Les gens choisissent différents types de soutien en fonction de leurs besoins ou de ceux de leur famille.

**La présidente:** Merci, madame Yeates. Je suis désolée, mais vous avez largement dépassé votre temps de parole.

Je vous saurais gré de regarder vers moi lorsque vous répondez aux questions, car j'essaie de ne pas trop dépasser le temps de parole. Merci.

Madame Fry.

**L'hon. Hedy Fry:** J'aimerais faire préciser certains points.

Par rapport à la notion globale de santé publique, la ministre a dit que le rôle de l'Agence de la santé publique était de protéger les Canadiens. Pouvez-vous donc me dire ce qu'il en est du contenu des aliments en gras trans et en sel, qui, nous le savons, sont nuisibles pour la santé?

La ministre a déclaré que la réglementation en la matière serait établie par l'industrie. Il s'agirait d'une autoréglementation. Elle n'a pas proposé elle-même de réglementation. Mais il incombe certainement à l'Agence de santé publique du Canada d'imposer une réglementation si l'on peut prouver sans ambiguïté que des niveaux élevés de gras trans et de sel dans les aliments contribuent à la mortalité.

**Mme Glenda Yeates:** Madame la présidente, j'essaierai de garder les yeux au bon endroit. Je vous sais gré de la question.

Il incombe à Santé Canada de réglementer l'alimentation. Nous avons un rôle significatif à assumer à cet égard. Au niveau international, tous les pays sont conscients de la situation et essaient de trouver des moyens, comme l'a souligné la députée, de réduire l'apport de sodium, de sucres et de gras trans. Nous le faisons de diverses façons.

À certains égards, c'est en partie le mécanisme ou le moyen le plus efficace à utiliser qui fait peut-être l'objet du débat. Nous informons les consommateurs. Nous collaborons avec des partenaires des provinces et des territoires, et certains secteurs de l'industrie pour faire en sorte que les consommateurs soient sensibilisés à la question et puissent comprendre comment faire des choix judicieux pour leur santé.

Nous avons aussi vu...

**L'hon. Hedy Fry:** Excusez-moi madame Yeates, mais j'ai posé une question précise et comme je n'ai pas beaucoup de temps, j'aimerais avoir une réponse précise, et ma question portait sur la réglementation.

La ministre de la Santé a convenu en 2007 qu'il y aurait autoréglementation à titre d'essai. Or, je crois savoir que le ministère de la Santé et le comité consultatif sur le sel et les gras trans ont affirmé que cela n'avait pas marché.

Cinq ans ont passé. Il est temps d'avoir une réglementation obligatoire. Ma question porte précisément sur cette réglementation obligatoire et sur rien d'autre tel que les campagnes de sensibilisation, etc.

**Mme Glenda Yeates:** Je dirais que les gouvernements ont été très clairs en utilisant diverses approches volontaires visant à proposer des repères à l'industrie. À la suite de la publication de ces repères, nous constatons, par exemple, que dans certaines catégories d'aliments, les niveaux de sodium ont baissé de 10 p. 100. Nous avons donc atteint le tiers des objectifs que nous nous étions fixés d'ici 2016.

L'approche a toujours été de comprendre le mode de fonctionnement des mécanismes et des outils auxquels nous avons recours et nous avons constaté de grands progrès en la matière.

• (1235)

**L'hon. Hedy Fry:** Merci, madame Yeates.

J'ai une question à vous poser à propos de l'accès aux médicaments. J'entends par « accès » la possibilité pour les Canadiens qui ont une maladie chronique ou en phase terminale, d'acheter les médicaments dont ils ont besoin pour se soigner en dehors de l'hôpital.

L'accord sur la santé de 2004 précisait non seulement les achats en vrac, mais aussi des mesures pour « formuler des options de couverture des médicaments onéreux au Canada » — c'était je crois l'un des premiers points — et « créer la liste nationale commune des médicaments admissibles fondée sur l'innocuité et la rentabilité » et enfin « renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché. »

Rien de cela n'a été fait alors qu'on était censé le faire. On en avait convenu. La ministre a dit qu'elle avait pris part aux négociations et que personne ne s'était entendu. Aux termes de l'accord qui a été signé, ces mesures auraient dû être prises et faire l'objet d'un rapport en mars 2006.

Y a-t-il une raison pour laquelle ces mesures n'ont jamais été prises, alors même que des budgets avaient été dégagés pour cela?

**Mme Glenda Yeates:** Je le redis, l'accès aux médicaments d'ordonnance est une question critique et qui concerne bien des gens. La députée a cité certains aspects, tels que la liste nationale commune et j'ai mentionné l'examen commun des médicaments. En fait, c'est cette forme qu'a prise la mesure proposée. Nous avons procédé à un examen commun des médicaments. En fait, nombre de ces décisions sont prises de façon commune dans l'ensemble des provinces.

**L'hon. Hedy Fry:** Madame Yeates, excusez-moi...

**Mme Glenda Yeates:** Nous voyons la solidité...

**L'hon. Hedy Fry:** Excusez-moi, madame Yeates, je dois me concentrer. Je suis désolée de vous interrompre et je ne veux pas être impolie. Que dites-vous du point que j'ai mentionné et je cite: « formuler des options de couverture des médicaments onéreux au Canada »? Cette mesure n'a jamais été prise. Pourquoi?

**Mme Glenda Yeates:** Au niveau fédéral, il y a eu alors beaucoup de travail accompli entre les provinces et les territoires. De très nombreux travaux stratégiques ont été accomplis.

**L'hon. Hedy Fry:** Y a-t-il un tel plan?

**Mme Glenda Yeates:** Beaucoup de travail a été accompli. Certaines mesures ont été mises en oeuvre de diverses façons par les provinces, plutôt que collectivement.

**L'hon. Hedy Fry:** C'était censé être fait au niveau national.

**Mme Glenda Yeates:** D'après ce que je comprends, il y a eu, madame la présidente, des mesures stratégiques prises collectivement. Certaines provinces ont choisi d'y donner suite de leur côté, mais, d'après ce que j'ai compris, il n'y a pas eu, au sein du groupe, de volonté d'y donner suite collectivement. Je dirais qu'en 2004, on s'est intéressé au renforcement de l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché. Nous avons en fait créé le Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments. Encore une fois, on a donné suite à un certain nombre de mécanismes particuliers et nombre de ces mécanismes ont été mis en oeuvre.

**L'hon. Hedy Fry:** Ce que je veux dire, madame Yeates, c'est que l'accord stipule catégoriquement et je cite: « Cette stratégie inclura les mesures qui suivent: » et cet élément, à savoir de formuler des options de couverture des médicaments onéreux au Canada, était le premier sur la liste. On ne m'a pas encore dit pourquoi cela n'a pas été fait. Il s'agissait d'un accord signé et un rapport devait être produit en mars 2006. Pourquoi ne l'avons-nous pas vu?

**La présidente:** Merci, madame Fry.

Voulez-vous faire un bref commentaire, madame Yeates?

**Mme Glenda Yeates:** J'ai deux choses à dire. Premièrement, le travail stratégique a été fait conjointement et il a été décidé conjointement de ne pas y donner suite. Deuxièmement, l'accord proposait un large éventail de mesures susceptibles d'être prises collectivement, sans que ces mesures soient assorties de ressources correspondantes. Encore une fois, lorsque les provinces et les territoires ont donné suite, le travail stratégique a été mené, mais il n'y a pas eu de priorité établie collectivement pour donner suite aux diverses mesures qui, comme je l'ai dit, ont été appliquées et finalement mises en oeuvre.

**La présidente:** Merci.

Monsieur Lizon.

**M. Wladyslaw Lizon:** Merci beaucoup, madame la présidente.

La modeste somme de 20 000 \$ a été accordée à Industrie Canada pour élaborer un portail mondial, où il y aura une base de données sur les rappels de produits de consommation.

Pourriez-vous expliquer ce qu'est le portail mondial et de quelle façon il protégera la santé des Canadiens?

• (1240)

**Mme Glenda Yeates:** Nous comprenons de plus en plus les grandes protections dont nous jouissons dans le domaine de la postcommercialisation. Comme nous en avons déjà discuté, nous pouvons faire beaucoup de choses pour assurer la sécurité des produits avant qu'ils ne soient commercialisés. Souvent, nous obtenons de l'information sur divers produits seulement après qu'ils aient été utilisés. Cette rétroaction nous permet de mieux les comprendre.

En adoptant un mode d'action collective, nous mettons de plus en plus en commun notre information par rapport aux responsabilités à assumer au plan de la réglementation. Lorsqu'il y a un rappel de produits par exemple, nous créons des bases de données et autres outils sur ces rappels. Le public peut ainsi savoir ce qui se passe.

Nous collaborons également avec l'OCDE et, si je ne m'abuse, c'est une modeste somme à payer pour une infrastructure des TIC qui permettra au Canada de jouer un rôle au niveau international pour protéger la santé et la sécurité des Canadiens, en ayant sur Internet une plateforme sur les rappels de produits.

À certains égards, le monde est de plus en plus petit et, dans cette collecte de l'information, nous voulons voir si le Canada peut faire partie de la communauté internationale de partage de l'information.

**M. Wladyslaw Lizon:** Si je vous ai bien comprise, ce portail contiendrait de l'information sur les rappels de produits au Canada et dans tous les autres pays participants, n'est-ce pas?

**Mme Glenda Yeates:** C'est également ce que j'ai compris, même si je ne connais pas le portail en détail. Nous avons un portail pour le Canada et le Canada participe à l'action internationale menée dans le cadre de l'OCDE.

**M. Wladyslaw Lizon:** Merci beaucoup.

Ma deuxième question porte sur le financement attribué pour élaborer une nouvelle approche intégrée en matière de soins palliatifs dans la collectivité. Pouvez-vous nous expliquer ce que sont ces nouveaux modèles de soins? Quelle importance ont-ils pour les Canadiens et comment fonctionnent-ils?

**Mme Glenda Yeates:** Ce que nous voyons dans le budget supplémentaire des dépenses, c'est la réallocation de certains crédits.

Dans le budget de 2012, on avait annoncé un financement de trois ans pour appuyer l'élaboration de nouveaux modèles de soins palliatifs intégrés dans la communauté. Je ne peux pas vous décrire les modèles, car il s'agit d'un nouveau financement au profit de l'Association canadienne de soins palliatifs. L'association effectue des travaux en vue de l'élaboration de certains modèles susceptibles d'être utilisés avec profit dans l'ensemble du pays. Ces crédits viennent donc d'être réattribués à l'association qui a amorcé ses travaux l'an dernier. Cette année, le financement sera accru au fur et à mesure que les travaux se poursuivent.



Nous sommes très conscients du vieillissement de la population et du fait que de nouveaux modes de soins palliatifs intégrés dans la collectivité seront d'importants facteurs pour l'avenir. Je pense que cette organisation est bien placée pour faire ce travail d'élaboration, là encore conjointement avec un office régional de la santé, avec une province, ou avec tout autre intervenant intéressé à comprendre les pratiques exemplaires dans ce domaine. Les modèles ne sont pas encore terminés et ce sont ces travaux que permettent de financer ces crédits.

**M. Wladyslaw Lizon:** J'aurais juste une autre question à vous poser, car je sais qu'on va me demander des détails à ce sujet dans ma circonscription.

Quand aurons-nous les résultats de ces travaux? Est-ce que l'on communiquera aux provinces ou territoires des détails sur leur mise en oeuvre? Comment les provinces ou les territoires en profiteront-ils? En Ontario par exemple, on manque de lits dans les centres de soins à long terme. Un programme de ce genre serait donc très important pour remédier à cette pénurie.

**Mme Glenda Yeates:** Oui, et merci beaucoup de la question.

C'est ce que recherche l'Ontario, et toutes les provinces d'ailleurs — j'ai moi-même été sous-ministre de la Santé en Saskatchewan —, pour pouvoir appuyer ce travail. C'est un engagement de trois ans qui en est à sa deuxième année, ayant commencé l'an dernier. Lorsque le financement de la recherche sera épuisé, nous aurons sans doute des résultats que nous communiquerons. On consultera les provinces à l'avance pour s'assurer que l'association de soins palliatifs associe les intervenants au fur et à mesure que le travail avance. Je ne pense pas qu'il faille attendre la fin des trois ans avant que le public ne puisse prendre connaissance des travaux.

• (1245)

**M. Wladyslaw Lizon:** Merci beaucoup.

Est-ce qu'il me reste du temps?

**La présidente:** Il ne vous reste que 30 secondes; ce n'est vraiment pas assez.

**M. Wladyslaw Lizon:** Peut-être que le Dr Carrie...

**La présidente:** Nous sommes arrivés à la fin de cette période de questions à sept minutes. J'aimerais consulter le comité. Il nous reste 15 minutes, mais il y a deux choses à faire. Nous devons voter sur l'adoption et le rapport du Budget supplémentaire des dépenses et nous avons quelques affaires à régler, concernant notamment notre voyage à Montréal.

J'aimerais savoir ce que souhaite le comité. Voudriez-vous procéder dès maintenant à un vote par consentement unanime sur le budget et passer ensuite aux travaux du comité? Êtes-vous d'accord?

Discutons-en d'abord. Nous pouvons poursuivre les questions si vous y tenez absolument; en ce cas, il faudra nous occuper des travaux un autre jour. De toute façon, on devra s'arrêter dans 10 minutes pour les votes. Est-ce que c'est ce que vous voulez?

**Mme Libby Davies:** Madame la présidente, je pense que nous devrions poursuivre les questions puisque les témoins sont encore ici. Ce n'est pas beaucoup de temps, deux heures. Je sais que nous avons quelques minutes à la fin pour le budget, mais je pense que les travaux du comité n'étaient pas à l'ordre du jour; je préférerais donc qu'on attende et qu'on poursuive les questions.

**La présidente:** Ça me convient. Nous nous arrêterons donc à 12 h 55 pour passer au vote.

Nous continuons avec M. Morin. Vous avez la parole, monsieur.

[Français]

**M. Dany Morin:** Je voudrais d'abord remercier tous nos témoins d'être ici aujourd'hui.

C'est toujours un moment privilégié dans l'année quand on peut poser ces questions soit à vous, soit à la ministre. J'ai manqué ma chance de poser des questions à la ministre aujourd'hui, mais je pourrai peut-être le faire la prochaine fois.

Je veux revenir sur le cas de Mme Lajoie. Mon collègue M. Lapointe a soulevé la question; il est très passionné par ce sujet. Mme Sellah en a parlé aussi. Je suis heureux que Mme la ministre ait pu répondre à la question en affirmant de façon catégorique qu'elle n'envisageait pas, du moins pas à court terme, de créer un poste d'ombudsman.

J'aimerais que vous puissiez me répondre, madame Yeates. Lorsque M. Lapointe et Mme la ministre discutaient, ils ne semblaient pas être sur la même longueur d'onde par rapport au déroulement de l'histoire. Selon l'information qui m'a été relayée par mon collègue, l'oncologue de Mme Lajoie avait fait toutes les démarches dans les règles, et rien n'a fonctionné.

Vous pouvez prendre un peu de temps pour répondre. Je peux même poser une autre question entretemps, pour vous donner plus de temps pour répondre à celle-ci.

Selon ma compréhension et celle de mon collègue, tout a été fait dans les règles, et finalement, la dame n'a pas eu accès aux soins de santé dont elle avait besoin. Je pense que c'est pour cette raison que mon collègue suggérait un poste d'ombudsman, soit pour s'assurer qu'une telle situation ne se reproduira plus.

Il est peut-être trop tôt pour faire votre constat, mais y a-t-il des choses qu'on pourrait améliorer à l'avenir, que ce soit par la création d'un poste d'ombudsman ou quelque chose d'autre? Car tout s'est bien déroulé, dans cette situation. Dites-nous ce que vous pensez de l'histoire de Mme Lajoie.

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

Comme c'est un peu technique, je vais répondre en anglais.

[Traduction]

Je ne vais pas parler des particularités de l'affaire, mais je serais très heureuse de décrire le processus au comité. On a posé une question, madame la présidente, à propos du processus qu'il serait peut-être utile de comprendre.

Je le redis, l'immense majorité des médicaments utilisés dans ce pays passent par un processus d'essais cliniques, puis sont examinés et approuvés aux fins de vente et d'utilisation par Santé Canada.

Nous comprenons aussi que dans certains cas d'urgence ou à l'occasion de circonstances tout à fait inhabituelles, les praticiens estimeront approprié un produit qui n'a pas été approuvé, pour lequel il n'y a pas eu de processus d'essais cliniques, et qui n'a pas reçu d'avis de conformité de Santé Canada. Dans ces circonstances, nous utilisons le programme d'accès spécial.

Je devrais peut-être parler ici du rôle que jouent les particuliers. Ce sont les praticiens qui prennent l'initiative des demandes d'accès aux programmes. Nous avons traité l'an dernier — la ministre a indiqué les chiffres, mais je vais les mentionner à nouveau — 25 000 demandes concernant plus de 500 médicaments destinés à environ 70 000 malades. Il s'agit d'un programme important auquel on a recours à la demande des praticiens qui déterminent le médicament en question et sa source. Ils décrivent par ailleurs brièvement les antécédents du malade et les thérapies qui ont été essayées ou envisagées. Ils fournissent essentiellement des données sur l'usage qu'ils comptent faire du médicament. Dans le cadre du programme, on prend connaissance de l'information, on l'examine et on évalue la nature de l'urgence et le médicament. Dans bien des cas, il s'agit de médicaments qui ont fait l'objet d'autres demandes que l'on peut consulter. On a accès au programme 24 heures sur 24 et tous les jours de la semaine puisqu'il s'agit de besoins urgents.

De leur côté, les fabricants prennent la responsabilité de fournir ou non le médicament. Dans ces cas-là, il n'y a évidemment pas eu d'avis de conformité ni d'examen de Santé Canada. Les producteurs doivent donc être prêts à fournir le médicament et nous n'avons pas le pouvoir de les obliger à le faire. Dans certains cas, le fabricant est prêt à fournir le médicament, mais Santé Canada ne l'est pas, et vice versa.

Ces demandes sont extrêmement nombreuses. La plupart d'entre elles sont traitées, comme la ministre l'a mentionné, dans un délai de 24 heures. D'autres, qui concernent des faits nouveaux, prennent plus de temps à évaluer. Comme je l'ai dit, nous travaillons très fort pour nous assurer que le service est disponible de façon permanente, soit 24 heures sur 24 et tous les jours de la semaine.

• (1250)

**M. Dany Morin:** En l'occurrence, pouvez-vous nous dire si la demande n'a pas été traitée en temps opportun ou si elle a été refusée?

**Mme Glenda Yeates:** Je le redis, pour des raisons de protection de la vie privée, nous ne discutons pas de cas particuliers, mais je crois que la ministre a proposé d'informer au plan technique...

**M. Dany Morin:** D'accord.

**La présidente:** Merci.

Nous passons maintenant à M. Brown. Vous avez trois minutes, monsieur.

**M. Patrick Brown:** Merci, madame la présidente.

J'ai une question et peut-être que Colin Carrie en a une également. Je serai bref.

Cette question concerne les IRSC. Le comité s'intéresse aux troubles neurologiques. Quel financement a été accordé dans le Budget principal ou le Budget supplémentaire des dépenses pour financer les efforts que le gouvernement déploie dans ce domaine? Je me rappelle d'un projet présentant un intérêt particulier concernant une étude plus poussée de la maladie d'Alzheimer sur lequel nous avons travaillé en collaboration avec le Royaume-Uni et la France. Je sais par ailleurs que l'on mène des travaux intéressants sur la sclérose en plaques.

Pouvez-vous nous dire de quelle façon nous continuons à financer, dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses, les travaux sur les troubles neurologiques?

**M. James Roberge:** Merci de la question.

Il n'y a pas d'autres crédits prévus dans le Budget supplémentaire des dépenses, mais il y a des programmes permanents financés dans

le cadre du Budget principal. Par exemple, le financement de la recherche sur la maladie d'Alzheimer qui, comme vous l'avez mentionné, a une composante internationale, est de l'ordre de 30 millions de dollars par année. Des arrangements ont été pris avec des consortiums internationaux qui examinent l'évolution de la maladie en Europe, aux États-Unis et maintenant en Asie. La Stratégie de recherche axée sur le patient comporte, elle aussi, un tel volet.

Je le redis, tant que des réseaux de recherche n'ont pas été sélectionnés, il est fort possible qu'on ait à faire à ces volets. J'ai mentionné le réseau de recherche en santé mentale financé par la fondation Graham Boeckh, qui s'occupe des jeunes et de sujets tels que le suicide. Le financement est permanent, mais il n'y a pas d'autres crédits prévus dans le cadre du Budget supplémentaire, si ce n'est pour la Stratégie de recherche axée sur le patient, comme on l'a mentionné.

**M. Patrick Brown:** Colin, avez-vous une question, rapidement?

**M. Colin Carrie:** Oui, merci, Patrick.

Madame Yeates, la presse a parlé de l'abus des stupéfiants, et en particulier de l'OxyContin. Il semble que les provinces aient les outils nécessaires pour régler le problème de la consommation abusive de médicaments. Je sais que notre gouvernement a joué un rôle de leader auprès des Premières nations.

Pouvez-vous préciser l'action que nous avons menée par rapport à la consommation abusive de médicaments?

**Mme Glenda Yeates:** Oui, merci beaucoup de la question.

Madame la présidente, la consommation abusive de médicaments présente, comme la ministre l'a mentionné, un problème particulier pour toutes les communautés, et pas seulement celles des Premières nations.

Étant donné que nous gérons le Programme des services de santé non assurés, qui finance l'accès des Premières nations aux médicaments, nous prenons diverses mesures pour trouver, comme toutes les provinces d'ailleurs, un équilibre entre la disponibilité des médicaments contre la douleur et le contrôle de la consommation.

Conjointement avec notre comité consultatif d'experts, nous sommes arrivés à des contrôles jugés appropriés. Nous avons par exemple des limites quotidiennes ou mensuelles de certains médicaments contre la douleur. Dans certains cas, un signal d'alerte sera donné au pharmacien qui ne pourra pas exécuter l'ordonnance avant de faire une vérification.

L'OxyContin par exemple figure désormais sur le formulaire des médicaments d'exception. Son utilisation doit être approuvée dans le cadre d'un programme. Ce mécanisme a permis de contrôler son utilisation.

• (1255)

**La présidente:** Je vous remercie beaucoup, madame Yeates, et monsieur Carrie.

Je tiens à remercier tous nos invités d'être venus témoigner.

Avant d'aller plus loin, j'aimerais avoir le consentement unanime pour mettre aux voix les crédits de façon regroupée. Il y a sept crédits. Si vous voulez, nous pouvons les mettre aux voix un par un, mais je ne pense pas que cela soit réellement nécessaire.

Y a-t-il consentement unanime pour mettre aux voix tous les crédits ensemble?

**Des voix:** D'accord.

**La présidente:** Je vais les passer en revue en un bloc.

Est-ce que les crédits 1b, 5b, 10b, 25b, 50b, 55b et 60b sous la rubrique Santé sont adoptés?

SANTÉ

Ministère

Crédit 1b — Dépenses de fonctionnement.....194 938 496 \$

Crédit 5b — Dépenses en capital.....1 \$

Crédit 10b — Subventions inscrites au Budget des dépenses et contributions, sous forme de versements en espèces ou de biens ou services.....42 150 191 \$

Instituts de recherche en santé du Canada

Crédit 25b — Subventions inscrites au Budget des dépenses.....2 287 600 \$

Agence de la santé publique du Canada

Crédit 50b — Dépenses de fonctionnement.....1 \$

Crédit 55b — Dépenses en capital.....1 \$

Crédit 60b — Subventions inscrites au Budget des dépenses et contributions .....1 \$

(Les crédits 1b, 5b, 10b, 25b, 50b, 55b et 60b sont adoptés.)

**La présidente:** Merci.

Puis-je faire rapport du Budget supplémentaire des dépenses (B) à la Chambre le plus tôt possible, c'est-à-dire demain après-midi?

**Des voix:** D'accord.

**La présidente:** Merci.

Sur ce, je tiens à remercier nos invités. Nous vous savons vraiment gré de tout ce que vous faites.

La séance est levée.





**POSTE  MAIL**

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

**Poste-lettre**

**Lettermail**

**1782711  
Ottawa**

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

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

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

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

---

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

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

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

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

---

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

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