



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 006 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 25 novembre 2013

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le lundi 25 novembre 2013

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): Mesdames et messieurs, bonjour et bienvenue à la séance n^o 6 du Comité de la santé.

Aujourd'hui, nous avons l'honneur d'accueillir la ministre de la Santé, Mme Ambrose, qui a consenti à nous consacrer une heure de son temps pour passer en revue le budget supplémentaire des dépenses. Elle est accompagnée par quelques-uns de ses collègues du ministère.

Madame la ministre, vous ferez votre déclaration préliminaire et ensuite vous savez comment cela se passe pour la période des questions. Quand la ministre aura terminé son exposé, nous prendrons une pause de deux minutes et poursuivrons ensuite par nos questions aux autres personnes du ministère. Nous réserverons les 10 dernières minutes à la mise aux voix du budget supplémentaire.

Je vous remercie tous de votre présence ici et je félicite le greffier de s'être arrangé pour tirer quelques ficelles et obtenir cette salle qui est assez grande pour nous tous.

Et sans autre forme de procès, vous avez la parole, madame la ministre.

L'hon. Rona Ambrose (ministre de la Santé): Monsieur le président, membres du comité, merci de m'avoir invitée à discuter du Budget supplémentaire des dépenses (B) du portefeuille de la Santé.

Je tiens aussi à vous féliciter, Monsieur le président, de votre récente élection à ce poste. Je voudrais dire un grand merci à Joy Smith, qui a rempli avec brio son rôle de présidente de ce comité au cours des dernières années, et je sais que vous travaillerez fort pour être à la hauteur.

Je suis accompagnée aujourd'hui par quelques collègues de deux ou trois organismes. Bien entendu, nous avons le sous-ministre de la Santé, M. George Da Pont; notre sous-ministre déléguée de l'Agence de la santé publique du Canada, Mme Krista Outhwaite; et le Dr Bruce Archibald, de l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Se trouve également parmi nous Mme Thérèse Roy, dirigeante principale des finances, Instituts de recherche en santé du Canada, en représentation du Dr Alain Beaudet.

J'ai également apporté avec moi quelque chose que nous venons juste à peine d'annoncer mais que j'estime d'intérêt. Je laisserai au greffier le soin de distribuer le document. Il s'agit de notre nouveau Cadre pour des aliments sains et salubres au Canada. C'est la culmination de travaux très étendus qui ont permis de placer l'ACIA sous l'égide du portefeuille de la Santé, comme vous le savez.

Je comprends que le comité entreprend présentement une étude très importante sur le problème croissant d'abus de médicaments d'ordonnance. J'aimerais vous remercier pour ce travail, et vous dire qu'après les réunions que j'ai eues avec les provinces et les territoires,

il ne s'agit plus seulement d'une question émergente, mais d'une question urgente à mon avis. J'ai hâte d'examiner le rapport.

Voulez-vous que j'indique que je dépose ce document?

Le président: C'est bon. Le greffier l'obtiendra et en fera la distribution.

L'hon. Rona Ambrose: Comme vous le savez, mesdames et messieurs, dans le récent discours du Trône, notre gouvernement s'est engagé à élargir la Stratégie nationale antidrogue pour résoudre le problème, et votre travail fournira de l'information plus que nécessaire sur cet important enjeu.

[Français]

Il s'agit de ma première comparution à titre de ministre de la Santé. J'aimerais donc prendre quelques instants pour vous expliquer comment je remplirai mon rôle en général, avant d'aborder certains domaines prioritaires.

[Traduction]

Comme il fut démontré dans le Budget 2013 — et répété dans le récent discours du Trône — la santé est au cœur des priorités de notre gouvernement. À mon avis, l'une des clés du succès consiste à trouver de nouvelles et meilleures façons de travailler ensemble. Je puis assurer le comité que les principes fondamentaux de mon mandat à titre de ministre de la Santé consisteront à favoriser les partenariats et à établir des rapports avec les provinces et les territoires, les associations médicales et les professionnels de la santé. Cela tombe sous le sens, car nous savons que rien n'est plus important qu'une bonne santé.

Sur le plan fédéral, nous jouons un rôle crucial au chapitre de la promotion des modes de vie sains, de la prévention des maladies chroniques, de la protection des Canadiens contre le danger, de l'innovation grâce à la recherche et de leadership sur les questions de santé nationale. Mais nous ne pouvons le faire seuls. Nous avons tous un rôle à jouer pour améliorer la santé des Canadiens.

Une grande réalisation de notre gouvernement a été d'augmenter les transferts en matière de santé vers les provinces et les territoires à des niveaux sans précédent. Notre financement record atteindra 40 milliards de dollars d'ici la fin de la décennie. Cette augmentation procurera au système de santé la prévisibilité et la souplesse financières nécessaires. Ce transfert de fonds aide les provinces et les territoires à traiter les préoccupations de santé de leurs résidents, et leur permet de se concentrer sur la recherche de solutions novatrices pour leurs besoins sanitaires. En tant que nouvelle ministre fédérale de la Santé, je prends cette responsabilité très au sérieux et je m'engage à faire avancer tous les aspects du portefeuille. J'aimerais toutefois aujourd'hui insister sur quatre domaines d'intérêt clés avant d'entrer dans les détails du Budget supplémentaire des dépenses du portefeuille. Ces domaines d'intérêt sont les suivants: contrer la violence familiale; favoriser l'innovation dans les soins de santé; collaborer avec les partenaires à la promotion des modes de vie sains et à la prévention des blessures; et fournir aux Canadiens des aliments sains et salubres.

En ce qui concerne la violence familiale, je continuerai de braquer les projecteurs sur ce problème et d'encourager les Canadiens à trouver des solutions ensemble. La violence familiale, comme vous le savez, peut causer des ravages physiques et émotionnels chez les victimes, les familles et les communautés, mais la violence, sous toutes ses formes, a des répercussions sur notre économie. Selon Justice Canada, la violence conjugale à elle seule coûte à notre société au moins 7,4 milliards de dollars par année. De ce montant, environ 6 milliards sont consacrés aux traitements médicaux et aux services psychologiques.

• (1535)

[Français]

À mon avis, la violence familiale est autant un problème de santé qu'un problème de criminalité.

[Traduction]

Pour aider à contrer la violence, nous avons établi l'Initiative fédérale en matière de violence familiale qui met en liaison le travail de 15 ministères et organismes fédéraux. L'Agence de la santé publique du Canada dirige ce travail pour veiller à ce que cette initiative soit axée sur les priorités qui auront une incidence positive pour les Canadiens.

Un autre de mes domaines d'intérêt concerne l'innovation, la technologie et la recherche, qui sont toutes indissociables. Lors de la réunion des ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux au début octobre à Toronto, mes collègues ont exprimé leur souhait de faire de l'innovation en santé une priorité. Cette proposition a aussi été bien reçue lors de la réunion annuelle de l'Association médicale canadienne. Sur le plan fédéral, notre gouvernement appuie la recherche et l'innovation grâce à diverses initiatives. Plus particulièrement, nous sommes le plus important investisseur dans l'innovation canadienne en santé.

Lors d'une journée type, des milliers de projets de recherche financés par le gouvernement fédéral sont en cours, occupant plus de 13 000 chercheurs et stagiaires canadiens grâce au soutien des Instituts de recherche en santé du Canada. Ces chercheurs développent des technologies de pointe conçues pour aider à améliorer notre système de santé. Notre gouvernement continuera d'investir dans la recherche et l'innovation afin que — de concert avec les provinces et les territoires — nous puissions continuer à améliorer la qualité, l'accessibilité et la durabilité de notre système pour que les Canadiens puissent en bénéficier au moment et à l'endroit où ils en ont besoin.

Assurer que les enfants et les jeunes Canadiens partent du bon pied dans la vie est une importante priorité de notre gouvernement. Un enfant sur trois au Canada en ce moment même a un surplus de poids ou est obèse. En moyenne, seuls 12 % des enfants canadiens font assez d'exercice chaque jour. Ces chiffres sont alarmants. Lors du récent discours du Trône, notre gouvernement s'est engagé à travailler avec nos homologues provinciaux et territoriaux de même qu'avec les secteurs privé et sans but lucratif pour aider les enfants et les jeunes Canadiens à adopter un mode de vie sain et actif.

[Français]

La prise de conscience et la volonté d'agir prennent de l'ampleur. Les efforts s'intensifient à l'échelle du pays pour atteindre ce même objectif.

[Traduction]

Par l'entremise de l'Agence de la santé publique du Canada, nous mobilisons les efforts avec des groupes comme Canadian Tire, Right to Play et Maple Leafs Sports and Entertainment, AirMiles et YMCA. En tirant profit des ressources et des idées de divers secteurs, nous jetons les bases d'un changement durable.

Un autre de mes domaines d'intérêt concerne la prévention des blessures — un sujet qui revêt une importance telle qu'il a été souligné dans le récent discours du Trône. Malheureusement, les blessures évitables sont la principale cause de mortalité chez les Canadiens âgés de 1 à 44 ans. Souvent considérées comme des « accidents », les blessures évitables sont beaucoup plus répandues qu'on le pense, et la plupart sont prévisibles et évitables. Les blessures évitables suscitent également des préoccupations quant à l'équité en matière de santé.

N'importe qui n'importe quand peut se blesser, mais le fardeau des blessures est plus grand pour les enfants, les jeunes, les aînés, les Autochtones et les personnes dont le statut socioéconomique est précaire que pour les autres Canadiens. En travaillant ensemble et en tirant profit de nos ressources, nous pouvons réduire le nombre de blessures évitables au pays et entraîner de véritables changements positifs dans la vie des Canadiens. Je continuerai de tirer parti de nouveaux partenariats, de sensibiliser la population à la prévention des blessures et de donner aux Canadiens les outils dont ils ont besoin pour améliorer leur santé et leur sécurité.

Je tiens aussi à aborder la question des aliments sains et salubres pour les Canadiens et expliquer pourquoi cette question est si importante pour notre gouvernement. Comme les membres du comité le savent, les Canadiens sont chanceux de pouvoir compter sur un système de salubrité des aliments de calibre mondial. Cela dit, nous devons toujours chercher à l'améliorer.

Plus tôt cet automne, notre gouvernement a transféré l'Agence canadienne d'inspection des aliments dans le portefeuille élargi de la Santé. En conséquence, les trois autorités fédérales responsables de la salubrité des aliments — l'ACIA, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada — relèveront d'une seule entité. Nous avons agi ainsi parce que la salubrité des aliments est une priorité clé de notre gouvernement et que nous pensons qu'en regroupant ces trois entités, nous améliorerons notre gestion des incidents en matière de salubrité des aliments et la façon dont nous régularisons, transmettons l'information et communiquons avec les Canadiens à ce sujet.

L'une des réalisations découlant de cette réorganisation fut la récente publication du document auquel je viens de faire allusion: le Cadre pour des aliments sains et salubres au Canada. Ce cadre souligne le travail du portefeuille sur la salubrité des aliments en ce qui concerne trois piliers clés: la promotion, la prévention et la protection. Grâce à ce cadre, les Canadiens peuvent avoir une plus grande confiance à l'égard des aliments qu'ils achètent et consomment.

Nous améliorons les avis de rappel d'aliments grâce au pouvoir des médias sociaux et des appareils mobiles qui nous permettent de simplifier l'information importante à diffuser et de faciliter son accès. Facebook, Twitter et d'autres outils de médias sociaux nous aident à fournir aux Canadiens de l'information essentielle, facile à comprendre, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin.

À présent, grâce au Cadre pour des aliments sains et salubres au Canada, tous nos chercheurs, inspecteurs, scientifiques et agents de la santé publique travaillent ensemble pour atteindre un but commun.

Comme l'énonce le récent discours du Trône, notre gouvernement s'engage à renforcer les régimes d'inspection des aliments du Canada et à agir pour que notre système de salubrité des aliments et de rappel demeure l'un des meilleurs au monde.

En ce qui concerne la comparution d'aujourd'hui, l'agence sollicite un montant de 39,9 millions de dollars supplémentaires pour améliorer sa capacité de maintenir la fréquence accrue des inspections des aliments dans les établissements de traitement des viandes, d'améliorer la prestation de services en ligne et de financer les équipes de vérification des inspections.

Pour terminer monsieur le président, je suis fière du rôle vital de notre gouvernement en matière de soins de santé dans ce pays.

À titre de ministre de la Santé, je m'engage à investir dans la promotion de la santé, à travailler avec les provinces, les territoires et d'autres partenaires à la prestation de soins de santé de haute qualité et rentables, à favoriser l'innovation et la recherche en santé et à fournir un leadership fédéral dans les secteurs qui ont le plus d'importance pour les Canadiens.

Une fois de plus, je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître devant vous aujourd'hui.

Mes représentants et moi-même aurons le plaisir de répondre à vos questions.

Merci.

• (1540)

Le président: Merci beaucoup madame la ministre.

Comme vous le savez, nous allons faire de notre mieux pour achever nos deux séries de questions aujourd'hui.

Pour la première série, il y aura quatre députés qui disposeront de sept minutes; les autres auront cinq minutes.

J'aimerais simplement rappeler à mes collègues que le comité est habituellement assez coulant pour le temps que dure la période des questions, mais compte tenu de la présence de la ministre aujourd'hui, nous allons nous efforcer de nous en tenir aux sept minutes autant que possible. Si je dois vous couper, je vous demande pardon à l'avance.

La première série de questions sera de sept minutes.

Madame Davies, je vous en prie.

Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président. Vous pourriez peut-être me faire signe quand il ne me restera que trois minutes.

Tout d'abord, merci, madame la ministre d'avoir comparu devant le comité aujourd'hui en ce qui est de votre première comparution en qualité de ministre de la Santé. Bienvenue et c'est un plaisir de vous voir.

J'ai écouté votre déclaration très attentivement et je me suis aperçue qu'il y a une question que vous n'avez pas vraiment abordée mais que je crois constitue une grave inquiétude pour les Canadiens. Je parle de la question de l'innocuité des médicaments. Dans les faits, Santé Canada n'a pas le pouvoir d'ordonner le retrait de médicaments d'ordonnance. Pour nous, ce n'est là qu'un autre exemple de la longue liste de questions touchant l'innocuité des médicaments à laquelle votre ministère est confronté depuis des années. C'est nouveau pour vous évidemment puisque vous venez d'arriver mais la question n'a certainement rien de nouveau.

Nous avons eu de nombreux avis de Santé Canada sur l'innocuité et l'efficacité de médicaments contraceptifs, antibiotiques ou pour contrôler l'hypertension artérielle, mais ce qui nous inquiète c'est qu'il n'existe pas vraiment une disposition concrète visant leur retrait du marché. Par ailleurs, Santé Canada n'assure pas le suivi des rapports sur les effets indésirables des médicaments, même si ces effets sont signalés par des gens touchés de près, qui attribuent le décès ou la maladie d'un proche à une mauvaise réaction à tel ou tel médicament. Il en a été amplement question dans les médias, qui ont parfois fait des recherches très étendues à ce sujet, et il est manifeste que la situation laisse beaucoup à désirer.

Ma question, par conséquent, c'est de savoir quand Santé Canada compte améliorer ses protocoles à l'égard de l'innocuité des médicaments pour que les Canadiens puissent consommer des médicaments en toute sécurité et que les médicaments nocifs soient retirés du marché sans plus tarder?

J'aurais une autre question à vous poser également.

L'hon. Rona Ambrose: J'essaierai donc de vous répondre rapidement.

J'apprécie la remarque et je comprends les inquiétudes des familles canadiennes qui ont connu ce genre d'effets indésirables. Comme vous le savez probablement, un de nos députés ici présents a été élu justement pour cette raison et nous travaillons en étroite collaboration avec lui à ce sujet.

Dans notre discours du Trône nous nous sommes engagés à légiférer pour la sécurité des patients. Je ne suis pas en mesure de vous donner les détails de la loi, mais je tiens à ce que vous sachiez que nous travaillons de près avec de nombreuses parties prenantes, dont des défenseurs de la sécurité des patients, pour veiller à bien faire les choses. Le comité aura sans doute l'occasion d'étudier cette loi à un moment donné.

J'ai également récemment demandé à Santé Canada de commencer à publier ses évaluations des médicaments de manière plus transparente. Je crois qu'il s'agit là d'informations importantes auxquelles tous les Canadiens doivent pouvoir avoir accès. Quelques-unes de ces choses sont difficiles à comprendre mais j'estime que ce n'est pas une raison pour ne pas mettre l'information à la disposition des Canadiens et bien entendu à celle des chercheurs et médecins qui aimeraient avoir autant de précisions que possible. Santé Canada devrait bientôt mettre au point un modèle de publication plus transparent des évaluations des médicaments. Quant aux effets indésirables, c'est aussi un aspect que nous comptons aborder dans la loi sur la sécurité des patients.

● (1545)

Mme Libby Davies: Nous avons très certainement hâte de voir cette information, car en analysant la question, il n'y a pas de doute que nous traînons loin derrière les États-Unis et l'Europe, par exemple, en termes de mesures visant l'innocuité des médicaments.

J'aimerais maintenant vous poser une deuxième question sur la décision que vous avez prise tout récemment d'intervenir dans le cas SALOME à Vancouver, et ce à l'encontre de l'avis des experts de votre propre ministère qui avaient approuvé les essais cliniques en question dans le cadre du programme d'accès spécial. Une des choses qui m'a vraiment dérangée c'est que vous, en votre qualité de ministre, et votre bureau avez annoncé publiquement et à plusieurs reprises que le PAS est réservé aux patients atteints de maladies rares ou mortelles. Selon votre propre site Web, le programme « permet aux médecins qui traitent des patients atteints de maladies graves ou mortelles d'accéder à des médicaments non disponibles sur le marché, lorsque les thérapies habituelles se sont révélées inefficaces, ne conviennent pas ou ne sont pas disponibles. » Or, cela s'inscrit clairement dans la thématique des essais cliniques SALOME.

Il est également très inquiétant de vous entendre faire allusion aux drogues illicites de manière réitérée alors qu'en fait la diacétylmorphine est un médicament de fabrication clinique. Je sais qu'avant d'en arriver à sa décision dans le cadre du PAS, Santé Canada a cherché à obtenir les conseils de Michael Lester, un expert indépendant qui se spécialise depuis 20 ans dans le traitement des dépendances aux opiacés. En fait, dans un rapport qu'il a fait pour Santé Canada en 2013, il assimile l'héroïne d'ordonnance à un traitement prometteur de dernier recours pour la population qui en a besoin, et rappelle qu'il n'y a pas d'autre issue pour les gens qui ont échoué plusieurs tentatives de traitement à la méthadone.

Il est très inquiétant que cette intervention ait eu lieu au niveau politique, particulièrement à la lumière de l'information que je vous ai donnée. Alors je suppose que ma question est de savoir pourquoi vous avez permis que la politique prime sur le savoir médical éprouvé alors que le processus était déjà en place. Il est clair qu'une décision avait été prise en fonction de l'évaluation des experts. Ensuite il y a eu votre intervention d'ordre politique, et j'estime que la vie de gens est menacée et une population très vulnérable est laissée pour compte du fait de la seule décision politique prise par vous-même. Peut-être pourriez-vous répondre à cela.

L'hon. Rona Ambrose: Tout d'abord, en ce qui a trait aux essais cliniques SALOME, ces demandes liées au PAS ne s'y appliquent pas. Les essais SALOME sont une tout autre question. Cette recherche se poursuit et elle a en fait été approuvée par notre gouvernement.

Quant aux médecins qui ont fait cette demande, vous devriez savoir que les demandes de la sorte étaient systématiquement refusées par le passé. Dans le cadre du programme d'accès spécial, comme vous le savez, Santé Canada peut approuver l'accès urgent à certains médicaments pour les Canadiens atteints de maladies rares ou mortelles. Le programme n'avait pas pour but de...

Mme Libby Davies: Ce n'est pas le cas. Il s'agit de maladies qui peuvent être mortelles.

L'hon. Rona Ambrose: Je comprends. Vous avez cité une personne qui a 20 ans d'expérience dans le monde des dépendances. J'en citerai une autre.

Mme Libby Davies: C'était en fait dans votre site Web.

L'hon. Rona Ambrose: Je l'ai lu.

Je vais vous citer un autre spécialiste des dépendances, qui a fait des recherches dans ce domaine depuis 20 ans, qui dit que le traitement à l'héroïne n'est pas sécuritaire et ne convient pas aux besoins...

Pour ce très petit groupe de personnes vulnérables, j'appuie le traitement, j'appuie l'intervention et j'appuie les programmes de rétablissement. Nous savons que ce genre de drogues qui mènent à la toxicomanie sont extrêmement dangereuses. J'estime que le traitement devrait chercher à mettre fin à l'utilisation des drogues, et non pas maintenir leur utilisation et qu'il faut aider ces gens à se remettre et à se libérer de ce genre de dépendance pour la vie.

Aussi, comme vous le savez, à l'instar de nombreux médecins, il existe des solutions de rechange sécuritaires plutôt que d'administrer de l'héroïne à quelqu'un qui y est accroc. Si on me demandait de donner de la cocaïne à un cocaïnomane par le biais du programme d'accès spécial, ou du LSD... Je pourrais vous énumérer toute la liste — c'est-à-dire la liste de substances qui sont désormais interdites dans le cadre du programme d'accès spécial. Mais je puis vous dire qu'à ce que je sache, nous n'avons jamais reçu de telles demandes. Dans le passé, toute demande de cette substance a été refusée.

Le président: Merci.

Merci de vos questions, madame Davies.

Pour les sept minutes qui suivent, ce sera au tour de Mme Adams. Allez-y, je vous en prie.

Mme Eve Adams (Mississauga—Brampton-Sud, PCC): Merci.

Merci beaucoup, madame la ministre, d'être venue ici aujourd'hui pour passer en revue le budget supplémentaire au sein de notre comité.

Comme vous l'avez si bien dit, notre comité est en train d'entreprendre une étude sur l'abus des médicaments d'ordonnance. Depuis les dernières semaines, nous avons entendu de nombreux témoignages sur l'envergure de ce problème et certains des défis qui sont à relever à l'heure d'aborder cette question extrêmement grave.

Notre gouvernement conservateur a invariablement fait ses preuves à l'égard de l'usage de drogues illicites, qu'il a cherché à régler au moyen de notre Stratégie nationale antidrogue. J'espère qu'au long de notre étude, nous pourrions nous pencher sur quelques-unes des stratégies les plus prometteuses et les meilleurs moyens de lutter contre l'usage abusif des médicaments d'ordonnance.

Auriez-vous l'obligeance de parler de ce que notre gouvernement a fait pour l'instant en ce qui a trait à l'abus des médicaments d'ordonnance et nous dire quelles sont selon vous les démarches qui seront prises à l'avenir pour y remédier?

● (1550)

L'hon. Rona Ambrose: Je vous remercie de la question. Je suis heureuse de constater que le comité s'intéresse à cet enjeu, car il est très grave à mon avis.

Comme vous avez probablement déduit des statistiques, le Canada est à présent, je crois, le pays numéro deux au monde au chapitre de l'abus des médicaments d'ordonnance. S'il est vrai qu'il reste beaucoup de travail à faire au palier provincial, nous travaillons en étroite collaboration avec les provinces et territoires sur ce que nous pouvons faire ensemble pour régler ce problème. Nous avons bien entendu des leviers au palier fédéral également.

L'abus de certains médicaments d'ordonnance représente à mon avis un problème très grave pour la santé et la sécurité au Canada, un problème que nous sommes résolus à régler, comme vous le savez, et comme nous l'avons dit dans le discours du Trône. J'ai eu l'occasion, comme d'ailleurs beaucoup d'entre vous aussi, de voir des gens personnellement et d'écouter leurs propos sur la manière dont ils sont devenus accrocs aux médicaments d'ordonnance, simplement à partir d'une ordonnance dont ils avaient besoin pour leur mal de dos, et que cela avait littéralement détruit leur vie. Malheureusement, nous n'avons pas accordé assez d'importance à ce dossier, compte tenu de sa gravité. Je sais que le problème ne fait que grandir, mais nous travaillons d'arrache-pied avec les provinces et territoires pour le régler.

Nous devons agir en coopération avec eux, bien entendu. Nous nous sommes engagés dans le discours du Trône à élargir notre Stratégie nationale antidrogue de manière à y inclure l'abus des médicaments d'ordonnance, et non pas seulement pour les drogues illicites, ce qui est un aspect important à mon sens. Cette démarche viendra renforcer le travail que nous avons déjà fait pour prendre des mesures plus rigoureuses, par exemple des règlements sur les licences de mise en marché de médicaments tels OxyContin pour empêcher leur distribution illicite. Ces mesures comprennent des contrôles plus rigoureux des compagnies qui produisent des médicaments de la sorte afin que toutes les précautions soient prises lors de leur fabrication, mais aussi lors de leur distribution.

En ce qui a trait à nos propres leviers politiques au sein de Santé Canada, nous avons utilisé le régime public d'assurance-médicaments, qui est administré par Santé Canada. Nous avons établi des limites mensuelles et quotidiennes de consommation de médicaments, nous surveillons l'utilisation de certains médicaments pour éviter la possibilité de leur usage abusif, et nous transmettons des avertissements en temps réel aux pharmaciens aux points de vente dès que nous constatons un problème.

En plus de l'excellent et du très utile travail que nous faisons en coopération avec nos partenaires, j'encourage les provinces, les territoires et les professionnels de la santé à élaborer leurs propres stratégies complémentaires, et il en est qui sont en train de le faire. Nous avons la responsabilité de lutter contre ce problème.

Cela comprend la diffusion d'information démontrant que nous savons — bien entendu je ne connais pas l'envergure du problème — qu'il existe des indices probants que certaines personnes font le tour des médecins pour obtenir l'ordonnance qu'ils cherchent et que les médecins prescrivent beaucoup trop d'ordonnances. Beaucoup trop de ces médicaments finissent dans l'armoire à pharmacie et ils y restent pendant des mois. Malheureusement, il arrive que des enfants y aient accès, qu'ils l'amènent à l'école et les vendent. Nous devrions vraiment mieux sensibiliser les gens à cet égard.

Mais il doit également y avoir des mesures en place pour que les médecins soient tenus redevables pour cet usage abusif, ne serait-ce qu'en partie. Si on prend connaissance de tels abus, Santé Canada doit en être informé et si nous en sommes informés, nous prendrons les mesures nécessaires pour mettre fin à ces pratiques irresponsables.

La question intéresse évidemment de nombreuses personnes et nous travaillons avec tous ces intervenants. Nous avons très récemment rencontré un certain nombre d'entre eux pour les rassembler dans ce qui sera, à mesure que nous irons de l'avant, la première fois que tous ces intervenants se pencheront sur la question ensemble. Je crois que c'est vraiment un bon premier pas et le comité

obtiendra d'excellentes informations qui nous aideront dans nos travaux.

Mme Eve Adams: Merci.

Permettez-moi de passer à l'innovation. Vous avez signalé dans votre déclaration préliminaire que notre gouvernement fédéral est le plus grand investisseur du pays en termes de recherche et d'innovation. Il y a de quoi nous rendre très fiers. Je m'intéresse particulièrement aux résultats de ce type d'investissement. Vous pourriez peut-être nous signaler certains des excellents résultats que vous avez relevés pour l'instant.

● (1555)

L'hon. Rona Ambrose: Les Instituts de recherche en santé du Canada sont un incroyable organisme de recherche et le soutien qu'ils sont en train de donner aux chercheurs canadiens partout au pays est vraiment phénoménal.

C'est ce que j'ai pu constater depuis le peu de temps que je suis ministre de la Santé. Je suis persuadée que le comité a eu l'occasion d'entendre beaucoup de ces chercheurs novateurs du domaine de la santé. Ils sont au nombre d'environ 13 000 en ce moment et ils ont même été plus nombreux parfois. Alors, qu'il s'agisse d'investir dans des recherches sur le diabète, la médecine personnalisée, la santé des Autochtones, la santé mentale, et j'en passe — nous venons d'investir 100 millions de dollars dans la Fondation Neuro Canada pour des recherches neuroscientifiques et nous avons également créé des voies de l'équité en santé pour les Autochtones.

Nous avons encore récemment lancé la stratégie pour des recherches axées sur le patient, qui est une excellente initiative, en travaillant en étroite collaboration avec les provinces et territoires, dans le cadre de laquelle des fonds supplémentaires sont attribués aux territoires pour appuyer leurs priorités spécifiques en matière d'innovation. Il s'agit donc d'une occasion toute désignée pour que le gouvernement fédéral utilise notre propre capacité de recherche pour appuyer les provinces dans les domaines où elles ont besoin d'aide, en s'assurant que les patients obtiennent toujours le genre de traitement pertinent et opportun. La stratégie cherche également à faire participer les patients aux recherches, ce qui a bien entendu été très bien accueilli par les défenseurs des droits des patients. J'estime que cela aide vraiment à combler le décalage entre les preuves obtenues à force de recherche et l'exercice des professions médicales, ce qui a été très favorablement accueilli partout au pays. Nous venons de lancer la première initiative de ce genre en Alberta et d'autres suivront.

Il est clair que le Canada a été un chef de file pour les recherches sur le VIH. Qu'il s'agisse de nouvelles façons de prévenir les maladies chroniques... nous avons fourni notre soutien en offrant les ressources nécessaires pour ces travaux également.

Le sous-ministre m'a demandé de vous dire que nous avons également investi 2,1 milliards de dollars aujourd'hui pour les dossiers de santé électroniques. Bien entendu, la question revêt une importance majeure pour les provinces et territoires puisqu'ils assurent la prestation des services de santé sur le terrain et c'est une initiative d'envergure qui s'est avérée amplement réussie. Nous savons que les dossiers électroniques ont suscité de nombreux défis dans diverses administrations, mais l'Inforoute a une trajectoire impeccable, non seulement de l'avis du vérificateur général, mais encore pour avoir récemment remporté un prix international pour la gestion de projets. Nous sommes donc ravis de voir que cet investissement de 2 milliards va vraiment aider les gens, aider les professionnels qui offrent des services de santé sur le terrain à s'y prendre de manière plus efficace et durable.

Mme Eve Adams: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Pour les prochaines sept minutes, à vous la parole madame Fry. Allez-y.

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

Ma collègue Mme Davies vous a posé quelques questions sur lesquelles j'aimerais m'étendre davantage.

La première portait sur le PAS et le retrait de la décision du ministère de permettre que la diacétylmorphine soit utilisée pour certains patients. Ces patients constituent un groupe très sélect. Ils ne réagissaient pas comme il faut à la méthadone ou à la suboxone ni à aucun médicament de ce genre, et il semble en fait qu'il n'y ait que l'héroïne qui fasse de l'effet. Cela remonte aux essais cliniques de NAOMI et d'autres, dont ceux de SALOME.

Or, si ces patients ne peuvent obtenir ce qu'il leur faut, ils retournent à l'héroïne, qui en ce moment ne peut être obtenue ailleurs que dans la rue. On peut dès lors se demander si c'est une bonne approche que de leur refuser l'héroïne? Tenter de les faire cesser en leur administrant progressivement des doses de plus en plus faibles, c'est un début qui a fait ses preuves en Europe et en Australie et partout au monde depuis longtemps déjà. La démarche aiderait ces gens à renoncer éventuellement à la drogue et à sauver leur vie, car s'ils retournent chercher la drogue dans la rue, ils s'exposent à être inculpés de délits mineurs et à s'administrer des injections d'héroïne qui peuvent être mortelles.

Il y va de la vie des gens. Pouvez-vous m'en parler rapidement? C'est ma première question.

Je voudrais vous laisser le temps de répondre à toutes les questions, alors je vais vous les énumérer. La deuxième porte sur les recherches sur le VIH. Je crois qu'il importe de noter que vous dépensez beaucoup d'argent sur les recherches sur le VIH, mais je me demande si vous avez pris connaissance du programme de thérapie antirétrovirale extrêmement active qui a lieu en Colombie-Britannique et qui a désormais été adopté en Chine, au Brésil, au Royaume-Uni et en France et j'aimerais savoir si vous avez décidé si c'est un bon moment de l'envisager ici. Dans le cadre de ce programme, on administre aux gens considérés séropositifs un médicament qui, au bout de deux doses, a pour effet de ne plus créer assez de virus pour infecter autrui. C'est donc reconnu comme une thérapie aussi bien qu'un programme de prévention. Je sais que le gouvernement canadien ne s'est jamais intéressé à la chose, ce qui est plutôt triste puisque nous devrions vraiment nous en enorgueillir. C'est un travail à la hauteur de Banting et Best. C'est là ma deuxième question.

Ma dernière question est la suivante: vous êtes en train d'assumer la responsabilité de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, ce qui me paraît une excellente idée. J'ai toujours estimé que tout cela devait se retrouver sous un seul toit et que l'ASPC devait en fait s'en occuper. C'est fort bien, mais je me demandais si ce faisant vous comptiez vous pencher sur certaines des recommandations issues du rapport que les États-Unis ont demandé au Canada de faire? Il s'agit de stratégies de prévention et de surveillance et de formation technique ainsi que d'inspecteurs mieux formés et d'étudier les recherches sur les moyens de régler les choses avant le temps de la récolte. Allez-vous vous pencher sur un moyen plus rapide de faire parvenir l'information au public et de collaborer avec les intervenants? Ce sont là quatre grandes questions que les recommandations ont cherché à résoudre et je me demande si vous allez vous en occuper au moment voulu, car il s'agit d'un problème

vraiment grave. Il y va de la vie des gens. Heureusement, les gens sont uniquement tombés malades, mais ils pourraient mourir des effets du E. coli ou d'une listériose ou de la salmonelle, ou de n'importe quelle chose nocive que nous pourrions trouver dans nos aliments. À présent que la responsabilité a été cédée à Santé Canada, nous devrions être mieux en mesure de nous en occuper de manière appropriée et efficace.

Pouvez-vous me dire si vous comptez étudier ces recommandations ou pas?

• (1600)

L'hon. Rona Ambrose: Vous avez beaucoup de questions.

Premièrement, pour ce qui est du programme d'accès spécial, je vous réitère mon avis que le PAS n'est pas fait pour fournir aux toxicomanes des drogues entraînant des dépendances. Je continuerai à insister sur l'intervention, l'intervention sécuritaire, des solutions de rechange sécuritaires, des thérapies et le rétablissement des personnes qui ont de telles dépendances.

Quant au VIH, vous avez raison. Nous sommes un chef de file pour ce que nous dépensons à ce chapitre. Nous avons dépensé un demi-milliard de dollars pour nous occuper du VIH/sida depuis 2006, et l'Agence de santé publique du Canada a fait un travail incroyable dans ce domaine. Il y a également l'initiative du vaccin contre le VIH que nous avons financé de concert avec la Fondation Bill et Melinda Gates.

Je vais demander à Krista de vous en parler brièvement. Mais avant cela, j'aimerais toucher un mot du Cadre pour des aliments sains et salubres au Canada. J'estime qu'il a été une excellente décision de politique publique que de placer l'ACIA sous le portefeuille de la Santé. Nous avons déjà une interaction entre l'ACIA et les agents de santé publique au palier provincial. Vous avez donc mis le doigt dessus. Ce dont il s'agit c'est de partager l'information et de veiller à ce qu'il ne s'agisse pas exclusivement d'agriculture mais aussi de santé publique. Les provinces et territoires y réagissent très bien à ce que nous ayons constaté. Nous avons récemment lancé une autre partie de notre réseau FoodNet Canada en Alberta. Le réseau est déjà installé en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario et nous espérons l'avoir ailleurs également. Il s'agit de collaboration et de partage de l'information. Plus nous réussissons à faire parvenir l'information des inspecteurs aux agents de santé publique sur le tôt, mieux cela vaudra. C'est exactement pourquoi nous avons procédé de la sorte. Le climat de collaboration est excellent.

Je demanderai à Krista de vous adresser la parole.

L'hon. Hedy Fry: Merci.

Monsieur le président, par votre entremise, quand Mme Outhwaite répond à mes questions... J'ai concrètement posé une question sur la thérapie antirétrovirale hautement active dite HAART. Je ne veux pas savoir sur quoi vous dépensez l'argent. Je veux savoir pourquoi vous ne vous êtes pas penchée sur cette thérapie, qui marche si bien en Colombie-Britannique et qui a été adoptée dans le monde entier.

Je voudrais également obtenir si possible une réponse de quelqu'un sur le fait que la diacétylmorphine et l'hydromorphone soient deux produits substitués. Il s'agit de produits pharmaceutiques, alors pourquoi ont-ils été éliminés du PAS?

Peut-être que vous pouvez répondre à cela. Plutôt qu'une réponse politique, j'aimerais avoir la réponse scientifique, car on a entièrement fait abstraction des constats éprouvés.

Mme Krista Outhwaite (sous-ministre déléguée, Agence de la santé publique du Canada): Si vous le permettez, monsieur le président, je vais commencer par la question qui se rapporte au travail du Dr Montaner et la province de la Colombie-Britannique pour le traitement préventif dans le domaine des recherches sur le VIH/sida et les recherches sur les interventions. C'est un travail très intéressant, et l'Agence de la santé publique du Canada l'a en fait suivi de très près. Notre directeur général du contrôle des maladies infectieuses, le Dr Howard Njoo, s'est en fait déplacé en Colombie-Britannique pour rencontrer le Dr Montaner et échanger des informations et des constats des recherches afin de déterminer la place que cela doit occuper dans l'ensemble des interventions visant le VIH/sida dans notre pays. C'est également un sujet d'intérêt qui a été repris lors de la Conférence internationale sur le sida à Washington en 2012.

Vous avez tout à fait raison d'en parler comme un domaine qui pourrait être prometteur et qui comporte sans doute beaucoup d'intérêt en Colombie-Britannique. Comme vous le savez, l'Agence de santé publique du Canada se penche sur une diversité d'interventions face au VIH/sida, dont très certainement la surveillance, les recherches sur les meilleures interventions, etc., et cela pourrait faire partie de la réponse que nous y donnons de manière plus globale.

• (1605)

L'hon. Hedy Fry: Je voulais tout simplement savoir pourquoi ce n'est pas en train d'arriver alors que d'autres pays l'ont accepté et l'Organisation mondiale de la Santé a donné son feu vert.

Le président: Merci, madame Fry. Nous avons un peu dépassé le temps.

L'hon. Hedy Fry: J'ai fini. D'accord. Veuillez m'excuser.

Le président: Merci.

Ce sera maintenant au tour de M. Hawn pour sept minutes.

L'hon. Laurie Hawn (Edmonton-Centre, PCC): Merci beaucoup monsieur le président.

Merci madame la ministre et tous vos représentants de votre présence ici. Et je veux vraiment dire « tous vos représentants ». Il y en a toute une légion.

Tout le monde a été touché par la santé mentale d'une façon ou d'une autre, qu'il s'agisse de dépression ou de la maladie d'Alzheimer. J'ai perdu une tante atteinte d'Alzheimer et je connais d'autres personnes qui ont été touchées par cette maladie. Quand on songe qu'un Canadien sur cinq est atteint d'une forme de maladie mentale... Évidemment, cela comporte de graves séquelles dans toutes nos vies, que ce soit la nôtre personnelle ou celle de nos connaissances et êtres aimés. Notre gouvernement a fait un peu de bon travail à l'appui des recherches en santé mentale et en termes de financement par l'intermédiaire de votre portefeuille, et cet argent a fait énormément pour développer les ressources nécessaires pour aborder ces enjeux.

Pouvez-vous nous dire quelque chose des programmes de recherche en santé mentale qui ont été entrepris ou que nous pourrions être en train de prévoir pour l'avenir?

L'hon. Rona Ambrose: Bien sûr, avec plaisir.

Vous avez raison; la santé mentale nous concerne tous. Je pense que plus nous en découvrons à ce sujet et plus nous prenons conscience qu'elle touche à tous les aspects des soins de santé. C'est très vrai, et il s'agit d'un domaine sur lequel on mène de plus en plus

de recherches, et selon moi plus on fait de recherches, meilleures sont les interventions, ce qui est fantastique.

Évidemment, nous avons investi beaucoup d'argent en santé mentale, autant pour la recherche que pour la promotion. Nous avons bien sûr créé la Commission de la santé mentale du Canada, qui a élaboré une stratégie nationale pour que l'on applique les pratiques exemplaires dans tout le pays.

Je dirais qu'à l'heure actuelle, la maladie d'Alzheimer pose l'un des plus grands défis en santé mentale, et notre gouvernement la considère comme une priorité en finançant les Instituts de recherche en santé du Canada. Jusqu'à présent, nous avons injecté plus de 146 millions de dollars en recherche sur la maladie d'Alzheimer, en particulier et sur les démences qui y sont apparentées, soit près de 27 millions de dollars en 2011-2012.

Nous avons aussi créé le Consortium canadien en neurodégénérescence et vieillissement qui est entré en fonction en mars de cette année. Il réunit tous les experts canadiens du domaine et sert en fait de centre de recherche sur tous les aspects des processus de dégénérescence qui touchent la cognition, dont la maladie d'Alzheimer.

Nous sommes aussi très actifs au plan international. Les IRSC appuient activement la recherche menée dans le cadre de ce que nous appelons la Stratégie internationale de recherche concertée sur la maladie d'Alzheimer. Cette stratégie a pour but précis de prévenir ou de retarder l'apparition de la maladie d'Alzheimer en la diagnostiquant et en intervenant aussitôt que possible. Elle vise également à améliorer la qualité de vie des personnes affectées et de leurs aidants naturels, ce qui est un aspect intéressant. Comme vous le savez, les aidants sont profondément touchés de voir un être aimé développer de la démence et la maladie d'Alzheimer. Cette stratégie améliore aussi l'accès à des soins de qualité et permet à notre système de soins de santé de traiter plus efficacement le nombre croissant de personnes affectées.

D'après ce que j'ai pu constater, cette stratégie est efficace. Jusqu'à présent, nous avons réussi à faire presque doubler — en fait, il a plus que doublé — notre investissement initial de 13,4 millions de dollars grâce à des partenariats internationaux; donc nous profitons beaucoup de nos partenariats avec d'autres pays et avec d'autres organismes.

Dans le cadre de nos responsabilités fédérales, envers les communautés autochtones bien sûr, nous avons aussi beaucoup investi. Nous avons injecté plus de 260 millions de dollars par an pour les problèmes de santé mentale dans les communautés autochtones et, dans notre budget de l'an dernier, nous avons ajouté 4 millions de dollars tout spécialement pour les services de santé mentale chez les Premières Nations.

Alors selon moi, tout cela aidera considérablement le domaine des troubles de santé mentale. Ces fonds évidemment assurent non seulement les ressources nécessaires à nos chercheurs, mais ils garantissent bien sûr que les résultats de ces recherches appuient des stratégies novatrices et ils soutiennent les fournisseurs de soins et les médecins sur le terrain.

L'hon. Laurie Hawn: Merci.

Le syndrome de stress post-traumatique n'affecte pas uniquement les membres de l'armée, mais aussi tous les premiers intervenants et bien d'autres membres de la société. Pourriez-vous nous parler un peu de la coordination entre Santé Canada et la Défense nationale, surtout en ce qui concerne les troubles de santé mentale propres au MDN et au SSPT en général?

L'hon. Rona Ambrose: Je vais demander à Krista de vous en dire plus, mais il n'y a pas longtemps, j'ai eu l'énorme plaisir, si l'on peut dire, d'apprendre que les Instituts de recherche en santé du Canada financent des projets de recherche sur les personnes qui ont survécu à l'explosion d'engins explosifs improvisés et à d'autres types d'explosion pour mieux connaître leurs effets sur nos soldats qui reviennent de mission, et c'est très prometteur. Plus nous aurons de résultats de recherche, plus nous aurons d'information fiable pour traiter les personnes atteintes du SSPT.

Pouvez-vous nous donner plus de détails sur le travail que nous faisons au MDN, Krista?

•(1610)

Mme Krista Outhwaite: Oui, merci, avec plaisir.

Comme vous le savez, l'Agence de la santé publique du Canada pilote le projet de loi C-300, Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide. Dans un cas comme celui-ci, nos relations avec les collègues de la Défense nationale et d'autres sont très importantes. Ils collaborent avec nous à l'établissement de ce cadre de travail sur la prévention du suicide à l'échelon fédéral, soit le cadre de travail fédéral, et ils nous aident énormément à cet égard.

Ils collaborent aussi avec nous pour créer des outils et des moyens novateurs qui permettront de promouvoir la santé mentale en général, et plus particulièrement celle des membres des Forces armées et de leurs familles. Ce domaine de travail est très important, et nous sommes très heureux qu'ils nous donnent un coup de main.

L'hon. Laurie Hawn: Vous visez bien entendu tout particulièrement les Forces armées, mais visez-vous aussi les premiers intervenants, dans les secteurs de la protection civile et autres, sans oublier les pompiers, les policiers et les autres? Sont-ils inclus dans ce travail de coopération?

L'hon. Rona Ambrose: Pour les interventions en cas d'épidémie ou pour le SSPT?

L'hon. Laurie Hawn: Non, je parle des primo-intervenants qui... comme les membres des Forces armées sont eux aussi, dans bien des cas, des premiers intervenants, ils vivent les mêmes types d'incidents traumatisants.

Mme Krista Outhwaite: Oui.

L'hon. Laurie Hawn: Ce « oui » concerne donc bien la protection civile et les autres?

Mme Krista Outhwaite: Oui, ils font partie de ce groupe en général.

L'hon. Laurie Hawn: Revenons un instant sur la Commission de la santé mentale du Canada. Cette initiative a très bien débuté. Est-ce qu'elle répond à ce qu'on attendait d'elle? Vous avez mentionné le domaine international. Sont-ils étroitement liés à des organismes internationaux similaires pour échanger des résultats de recherche et de l'information?

L'hon. Rona Ambrose: Je parlais tout particulièrement des troubles de démence.

Mme Krista Outhwaite: Vous parlez du soutien du gouvernement et de la mise en oeuvre de la Commission de la santé mentale et de son fonctionnement?

L'hon. Laurie Hawn: Oui. Que font-ils avec leurs partenaires de l'étranger qui ont des mandats similaires pour échanger de l'information et des résultats de recherche?

Mme Krista Outhwaite: La Commission de la santé mentale ainsi que le gouvernement du Canada ont activement cherché des

partenaires importants partout dans le monde pour collaborer à ce grand problème. Je me dois d'ajouter que de nombreux pays se sont adressés à la Commission de la santé mentale du Canada pour mieux comprendre et connaître les travaux qu'elle effectue ici au Canada.

Le premier plan stratégique en santé mentale a reçu des commentaires très positifs. En fait, je m'en voudrais de ne pas mentionner que le Canada a fait beaucoup à l'Assemblée mondiale de la Santé pour présenter sa position en santé mentale. Nous avons parrainé des réunions et des discussions ainsi que les travaux de la Commission de la santé mentale, et tous nos partenaires, publics et privés, ont participé à ces discussions. Et d'autres pays s'intéressent beaucoup à ce que nous faisons.

Le président: Merci, madame Outhwaite.

Merci, monsieur Hawn.

Nous entamons maintenant notre deuxième tour de questions de cinq minutes.

Monsieur Marston, s'il vous plaît.

M. Wayne Marston (Hamilton-Est—Stoney Creek, NPD): Merci, monsieur le président.

Bienvenue, madame la ministre. Nous sommes heureux de vous accueillir aujourd'hui.

Selon un rapport que l'Agence de la santé publique du Canada a récemment publié, plus de 200 000 Canadiens ont développé des infections résistant aux antibiotiques pendant qu'ils suivaient un traitement, et près de 8 000 Canadiens meurent chaque année de telles infections. J'ai essayé d'appliquer ces résultats à un contexte personnel. Récemment, et vous vous en souviendrez peut-être, j'ai parlé en Chambre de mon épouse qui avait subi une intervention chirurgicale. Elle devait rester quatre jours à l'hôpital, mais elle y est demeurée 13 jours à cause d'une infection. Heureusement, les antibiotiques en sont venus à bout.

Cela m'amène à quelque chose que je veux souligner. Je travaille depuis longtemps dans le milieu syndical, particulièrement avec des syndicats hospitaliers et leurs représentants. De nombreux hôpitaux canadiens sont syndiqués et ils ont un comité de la santé et de la sécurité en milieu de travail. Si, dans le cadre de leurs tâches quotidiennes, ils se heurtent à un problème de procédure, il n'est pas nécessaire qu'ils courent le risque d'affronter un gestionnaire. Ils peuvent passer par leur syndicat, qui soulèvera sa question dans le cadre des problèmes de santé et de sécurité au travail. Ce qui m'inquiète aujourd'hui, c'est que bien souvent les tâches sont confiées à des services de nettoyage externes qui envoient un employé à temps partiel payé à 10 \$ de l'heure, qui hésite à signaler le problème parce que, comme il est contractuel, son gestionnaire — pas nécessairement l'hôpital — pourra facilement se débarrasser de lui. Cela ouvre la voie à une déficience du système de nettoyage justement là où nous cherchons à traiter des personnes qui ont contracté des pathogènes résistants.

L'administrateur en chef de la santé publique du Canada est convaincu qu'on pourrait prévenir 70 % des infections et, bien entendu, il faudra pour cela établir un système national de surveillance quelconque. On a reçu des plaintes. J'ai entendu dire que des médecins ont accusé le gouvernement fédéral de s'être déchargé de la collecte de ces données sur les provinces. Comme vous le voyez, on en revient à ce que je disais tout à l'heure. Comment le gouvernement explique-t-il cette augmentation de 1 000 % du taux de ces infections au Canada alors que des pays comme le Royaume-Uni ont fait baisser leur taux d'infections de moitié grâce aux initiatives de leurs gouvernements? La ministre est-elle prête à répondre aux inquiétudes de ces médecins en veillant à ce qu'ils reçoivent des renseignements à jour?

• (1615)

L'hon. Rona Ambrose: Eh bien, je commencerai tout simplement à vous répondre par un oui. Et l'Agence de la santé publique du Canada collabore activement avec ses partenaires provinciaux pour surveiller la propagation de ces infections. Nous chargeons des médecins experts de l'extérieur de vérifier tous les rapports de surveillance des maladies et nous les distribuons régulièrement aux principaux intervenants. Mais nous suivons un processus très rigoureux avant d'afficher cette information. Krista pourra vous donner plus de détails à ce propos.

Je vous dirai que, dans cette situation, du côté de la main-d'œuvre, quiconque est un patient ou a été un patient, moi y compris, s'attend à ce que les gens suivent les procédures de santé et de sécurité au travail, qu'ils soient syndiqués ou non, bien entendu. Mais Krista pourra vous en dire plus parce que je sais qu'elle désire soulever une question.

Mme Krista Outhwaite: Monsieur le président, cette question de la résistance aux antimicrobiens est extrêmement importante. On en discute souvent à l'Organisation mondiale de la santé. Les Britanniques ont des idées très intéressantes dans ce domaine en particulier. En fait, toutes les nations de nos jours concentrent leurs efforts sur la résistance aux antimicrobiens, et cela pour toutes les raisons que notre collègue vient de présenter.

Chez nous, l'Agence de la santé publique du Canada mène un programme de surveillance très particulier qui cible les agents de cette résistance antimicrobienne — les bactéries et autres — dans les hôpitaux et dans les installations de soins de santé. Nous le faisons avec la coopération de plusieurs hôpitaux situés un peu partout au pays. Nous nous efforçons très activement de divulguer les résultats de cette surveillance aussi rapidement que possible à la communauté de la santé publique, qui en a besoin et qui s'en sert. Comme le disait la ministre, il faut un certain temps pour vérifier l'exactitude, la validité et la pertinence des données et pour protéger les renseignements médicaux personnels des patients. Nous tenons absolument à le faire.

Mais dès que ce processus se termine, nous remettons, comme je le disais, les données à la communauté de la santé publique. Nous nous efforçons aussi très activement d'afficher ces résultats sur notre site Web aussi rapidement que possible, et cela répond je crois exactement au problème que le député soulevait.

M. Wayne Marston: Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

Le président: Vous avez utilisé exactement le temps que vous aviez, cinq minutes. Merci.

M. Wayne Marston: C'est bien dommage. J'avais d'autres...

Le président: Je sais. Peut-être que Mme Morin...

Monsieur Wilks, pour cinq minutes, s'il vous plaît.

M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC): Merci, monsieur le président.

Madame la ministre, je vous remercie, ainsi que votre personnel, d'être venue.

Je vais poursuivre dans la même veine que Mmes Fry et Davies. Dans votre allocution d'ouverture, vous avez parlé des modes de vie sains en ajoutant que, dans le cadre de votre mandat, vous devez protéger les Canadiens contre le danger et veiller à ce qu'on traite les drogues licites et illicites d'une manière qui s'avère responsable pour tous les Canadiens.

Depuis quelque temps, on parle beaucoup des sites d'injection et surtout de l'opinion des collectivités sur le placement de ces sites. Je suis ancien policier et, selon moi, les gens ont le droit de décider, soit d'accepter ou pas d'en avoir un dans leur quartier. Je me demande si vous pourriez nous donner votre opinion sur la Loi sur le respect des communautés et sur ce qu'elle est censée accomplir et, surtout, sur l'importance du traitement, de la réadaptation et du soutien.

L'hon. Rona Ambrose: Bien sûr, avec plaisir. Je suis contente que vous ayez posé cette question.

La loi dont vous parlez traite des centres d'injection supervisés. Cette Loi sur le respect des communautés fait l'objet d'un débat à la Chambre à l'heure actuelle. Nous l'avons présentée le mois dernier.

Cette loi permettra aux forces de l'ordre, aux conseillers municipaux et aux résidents de la localité de s'exprimer, comme ils l'ont demandé, avant qu'on accorde le permis d'établissement d'un centre d'injection de drogue supervisé dans leur région.

Ce document est allé jusqu'en Cour suprême et, dans leur arrêt de 2011, les juges ont été parfaitement clairs. Ils m'ont ordonné, à moi la ministre de la Santé, de tenir compte de facteurs bien précis en examinant les demandes d'exemption à nos lois qui régissent les drogues. Autrement dit, nous devons examiner des facteurs bien précis avant d'accorder le permis d'installation d'un centre d'injection de drogues supervisé.

L'un des cinq facteurs de cette décision est l'expression de soutien ou d'opposition de la collectivité. Je n'ignore aucun des facteurs indiqués dans cette décision de la Cour, et je ne pourrais pas me permettre de le faire. Selon moi, ils sont tout à fait logiques. La Cour suprême exige que je tienne compte des opinions de la collectivité, et l'organisme qui demande l'autorisation d'établir un de ces centres se doit de me présenter ces opinions.

Je tiens à ajouter qu'à l'heure actuelle, personne n'essaie d'obtenir la permission d'établir un tel centre, mais ce projet de loi exige aussi que ces organismes présentent des données scientifiques pertinentes pour démontrer que le centre qu'ils demandent d'établir offre des traitements efficaces aux consommateurs de drogues illicites.

Je crois que toutes les parties, ou tout au moins celles que nous avons consultées, conviennent de la nécessité de fournir ce type d'information aux décideurs qui évaluent la délivrance de permis de ce genre. Cette information doit présenter des détails sur les ressources dont disposera le centre proposé et sur la façon dont on les utilisera pour traiter les toxicomanes. Ces données sur le niveau d'appui de la collectivité et sur les options de traitement offertes aideront aussi à déterminer le bien-fondé de chacune des demandes.

Ces exigences sont raisonnables et elles font partie des exigences de la Cour suprême, donc elles se retrouvent dans le projet de loi. Les intervenants qui défendent ces choses depuis des années méritent de pouvoir présenter leurs opinions sur l'endroit où établir ces centres si nous recevons une demande à leur sujet, donc nous poursuivons cette initiative. La Cour suprême en a décidé ainsi. Nous sommes convaincus que nos collectivités ont tout à fait le droit de s'exprimer à ce sujet, et la Cour suprême a donné son accord.

J'encourage tout le monde à appuyer ce projet de loi et à le faire adopter.

Notre gouvernement a injecté beaucoup d'argent dans le traitement de la toxicomanie et dans la réadaptation. Il me semble que nous passons beaucoup de temps à discuter d'un aspect mineur du problème de la toxicomanie quand nous parlons des centres d'injection supervisés. On compte des centaines de milliers, sinon des millions de Canadiens partout au pays qui sont soit en réadaptation, soit en traitement pour toxicomanie. Un grand nombre d'entre eux en ont honte et ne veulent pas parler ouvertement de leur dépendance et de leur besoin de réadaptation. Il faut que nous en parlions plus, parce qu'il faut qu'ils se sentent à l'aise et qu'ils osent s'ouvrir et demander de l'aide et de l'intervention.

C'est un des messages que je transmets à titre de ministre de la Santé. Nous devons aider les gens à sortir de leur dépendance pour entrer en réadaptation et à accéder aux bons programmes de traitement. Il faut parfois des années pour cela. Il est souvent nécessaire de s'y reprendre à plusieurs reprises. Les gens disent que ça ne réussit pas, même après deux tentatives, mais parfois il faut s'y reprendre à 15 fois. Quand vous étiez dans la police, vous avez dû voir cela de près. Mais les gens finissent par réussir à se remettre sur pied, à retrouver leur autonomie et à mener une vie productive.

Mon message, c'est de ne pas abandonner ces gens, qui qu'ils soient, surtout pas les plus vulnérables.

• (1620)

Le président: Merci, madame la ministre.

Maintenant, madame Morin.

[Français]

Mme Isabelle Morin (Notre-Dame-de-Grâce—Lachine, NPD): Madame la ministre, je vous remercie d'être parmi nous. J'ai bien aimé votre allocution.

Vous parlez d'aliments sains et salubres pour les Canadiens. Vous parlez beaucoup de salubrité, de réglementation, de transmission d'information et de communication, mais vous ne parlez pas des aliments en soi. Or la Food and Drug Administration des États-Unis a ordonné récemment à l'industrie alimentaire américaine de commencer à éliminer graduellement les gras trans des aliments transformés. Je pense que c'est une bonne mesure.

Pourtant, ici, on continue de faire la sourde oreille. Il y a même des experts dans votre propre ministère qui ont recommandé de réglementer la transformation des aliments et d'en réduire la teneur en gras et en sel. Je crois que ce sont des mesures favorables à la santé des Canadiens. Il ne s'agit pas seulement d'influencer leurs choix en matière de nourriture. Ici, au Canada, nos céréales contiennent beaucoup plus de sel qu'elles n'en contiennent aux États-Unis et la quantité de gras trans dans les aliments transformés est vraiment incroyable.

Pourquoi ne nous joignons-nous pas aux États-Unis et à de nombreux autres pays en prenant des mesures en ce sens? Quand va-t-on pouvoir mettre ces mesures en vigueur?

[Traduction]

L'hon. Rona Ambrose: Je ne sais pas si vous l'avez remarqué, mais dans mon milieu de plus en plus de gens veulent des renseignements sur les aliments qu'ils consomment, sur la nourriture qu'ils achètent au magasin. Ils veulent plus d'étiquettes sur la nutrition et pas moins. J'ai remarqué en particulier, que les parents qui achètent la nourriture de leurs enfants veulent savoir si celle-ci contient des allergènes et quels ingrédients elle contient. Ils veulent même plus que des renseignements nutritionnels. C'est pourquoi notre gouvernement a annoncé dans le discours du Trône que nous allons consulter les Canadiens sur l'étiquetage nutritionnel. Nous allons coopérer avec l'ACIA, avec l'Agence de la santé publique du Canada et avec Santé Canada pour voir ce que nous pourrions faire pour aider les gens à prendre de bonnes décisions nutritionnelles.

Nous avons beaucoup accompli dans le domaine des gras trans. Comme vous le savez, le Canada est passé à un système volontaire dans le cas des gras trans. Nous avons observé une amélioration énorme...

• (1625)

[Français]

Mme Isabelle Morin: Je suis désolée de vous interrompre, mais on n'a pas beaucoup de temps.

Je suis d'accord avec vous. Je pense que la transparence de l'étiquetage est vraiment importante. Par ailleurs, je pense aussi qu'il faut transformer les aliments eux-mêmes. Il ne suffit pas de dire qu'ils contiennent du sel. Le Canada devrait s'engager à réduire le sel dans ces aliments.

Malheureusement, la plupart des gens autour de moi ne sauraient me dire quelle est la quantité quotidienne maximale de sodium et de gras trans qu'ils peuvent consommer. En revanche, nous pouvons aller au-delà de cela et demander aux industries de réduire la quantité de sodium et de gras trans dans les aliments qu'elles produisent. Voilà ce qu'il faut faire. Il ne faut pas se contenter d'être transparent. Il faut être proactif et demander de réduire le sodium et les gras trans.

Vous-mêmes pouvez reconnaître l'importance de cela. Dans cette optique, quand peut-on s'attendre à voir des actions de Santé Canada?

[Traduction]

L'hon. Rona Ambrose: Je ne parle pas seulement du Guide alimentaire canadien; nous fournissons une masse d'informations à la population canadienne sur le site www.canadiensensanté.gc.ca. Une campagne d'éducation lancée en 2010 renseigne sur le tableau de la valeur nutritive, comment l'utiliser et le comprendre. Nous coopérons avec l'industrie pour réduire la quantité de gras trans dans les aliments canadiens et favoriser un meilleur étiquetage.

Par voie de conséquence, très rapidement, l'ingestion de gras trans dans la population canadienne a diminué de plus de 60 % en deux ans à peine. De fait, une série de tests nous permet de constater une baisse de la consommation de gras trans de près de 90 % dans certains segments de la population. Je crois donc que nous suivons une piste intéressante.

Il y a aussi des signes précoces d'une réduction de la teneur en sodium dans certaines catégories d'aliments importantes. Vous savez que ce sont des experts qui fixent ces niveaux. Ce que nous essayons de faire, c'est de diffuser toute cette information à la population pour qu'elle fasse de bons choix. Il nous est littéralement impossible de nous asseoir autour de la table et de tenir la main de tout le monde, mais nous pouvons expliquer pourquoi il ne faut pas trop saler ses aliments. C'est ce que nous faisons à grande échelle. Encourager les choix sains donne des résultats. Nous lançons de très bonnes campagnes de publicité qui visent à s'assurer que les médecins ont toutes les ressources nécessaires à remettre à leurs patients, aux nutritionnistes, etc., et nous diffusons cette information. Ces démarches donnent de très bons résultats.

[Français]

Mme Isabelle Morin: Ne pensez-vous pas qu'il vaudrait la peine d'avoir des règlements en ce qui concerne la consommation de sel? Vous avez dit vous-mêmes qu'on ne pouvait pas être à table avec les gens. Cependant, on sait que, généralement, les gens plus instruits prendront le temps de lire les informations nutritives, contrairement aux gens moins instruits. Ne pourrait-on pas aider les gens et leur santé en s'engageant à revoir la réglementation pour qu'il y ait moins de gras trans et de sel dans les aliments? On sait qu'on s'évitera ainsi d'énormes coûts en santé.

[Traduction]

Le président: Merci, madame Morin. Vous m'excuserez, mais la réponse devra attendre. Le temps nous est compté malheureusement.

M. Lizon a la parole pendant cinq minutes, ensuite l'heure accordée par la ministre est terminée.

Monsieur Lizon.

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

Merci à vous, madame la ministre, et à vos collaborateurs d'être venus nous rencontrer aujourd'hui.

Madame, dans votre fonction précédente de ministre responsable de la situation de la femme, vous avez offert un plaidoyer formidable et puissant pour qu'on mette fin à toutes les formes de violence envers les femmes. Si je comprends bien, vous poursuivez cette lutte dans le cadre de vos nouvelles fonctions de ministre de la Santé et des programmes offerts par le ministère dans ce secteur. Ce fait est très encourageant, car c'est là un enjeu qui peut recevoir l'appui de toutes les parties et sur lequel la collaboration de tous devrait être possible pour trouver une solution.

Dans votre déclaration préliminaire, vous avez souligné que la question de la violence familiale fait partie des dossiers qui retiendront votre attention. Auriez-vous l'obligeance d'informer les membres du comité des dernières mesures prises par le ministère de la Santé pour maintenir sur le devant de la scène la question de la violence familiale et des enjeux connexes?

• (1630)

L'hon. Rona Ambrose: Je suis sensible à votre remarque. Cette question m'interpelle depuis toujours, et pas seulement depuis que j'ai occupé le poste de ministre pour la situation de la femme; je préconise encore et toujours une plus vaste conscientisation sur la question.

Le gouvernement fédéral a eu l'occasion d'adopter une approche plus globale face au problème de la violence familiale, qu'il soit question de violence sexuelle à l'égard des enfants, de violence conjugale ou de violence motivée par la défense de l'honneur de la

famille. La violence familiale s'exerce sous diverses formes, mais la réalité veut que cette situation soit un problème de santé publique. Les conséquences sont incalculables sur les plans tant de la société que de l'économie.

J'ai signalé que le rapport de Justice Canada paru il y a un an indique que la violence conjugale entraîne à elle seule un coût social de l'ordre de 7,4 milliards de dollars, et on ne parle ici que des soins prodigués à l'urgence de l'hôpital en raison d'un bras cassé ou d'une demande de services psychologiques. Il ne faudrait pas oublier que la majorité des femmes ne cherchent pas à obtenir une aide médicale, ni une aide psychologique.

Je crois que le coût est évidemment beaucoup plus élevé. Nous savons que les femmes autochtones souffrent et sont victimes d'actes de violence dans une proportion de loin supérieure à celle des non autochtones, soit au moins 3,5 fois plus. Elles risquent beaucoup plus d'être victimes d'actes de violence familiale. Cette situation, bien sûr, a des répercussions financières et sociales profondes sur elles, leur collectivité et leur famille.

Non seulement leur santé physique est affectée, mais également leur santé mentale. Les activités quotidiennes et les activités commerciales sont lourdement frappées. La situation entraîne une perte d'emploi. Tout cela touche nos communautés et notre économie, et l'incidence sur le régime public de soins de santé est évidemment immense.

Le mandat de l'Agence de la santé publique du Canada est clair dans ce domaine: elle assume la responsabilité de ce qui s'appelle l'Initiative de lutte contre la violence familiale du gouvernement fédéral. Elle assure la coordination des initiatives de 15 ministères qui s'occupent des questions de violence familiale. Nous cherchons actuellement à établir un ordre de priorité et à orienter nos priorités dans la bonne direction.

Je suis bien contente de dire que les Instituts de recherche en santé du Canada effectuent eux aussi des études dans le domaine de la violence familiale; des crédits de 8,5 millions de dollars échelonnés sur cinq ans leur permettront de se pencher sur la violence fondée sur le sexe et sur la violence familiale et ses répercussions.

Donc, nous avons tous un rôle à jouer. J'ai pris contact avec les provinces et territoires, la communauté médicale, les médecins et les collègues des médecins et chirurgiens et j'ai demandé à tous les intéressés ce qu'il serait possible de faire ensemble pour favoriser la sensibilisation à la violence familiale et sa prévention. Je compte travailler avec le comité sur cette question et j'attends de l'Agence de la santé publique qu'elle mette de l'avant de bonnes idées pour sensibiliser l'opinion publique à cet enjeu.

Vous avez raison de dire que ça touche tout le monde. C'est une chose dont on parle beaucoup. En fin de compte, ce n'est pas une affaire privée, et c'est devenu une question d'ordre public. Il reste encore beaucoup à faire pour mieux coordonner nos interventions dans ce domaine à l'échelle du pays et nous comptons nous y mettre.

M. Wladyslaw Lizon: Monsieur le président, si vous permettez...

Le président: Vous avez 30 secondes.

M. Wladyslaw Lizon: Rapidement, je demanderais à un des collaborateurs, dans ce cas, le genre de collaboration obtenu à ce jour des provinces et territoires dans ce dossier.

L'hon. Rona Ambrose: Je vais dire juste un mot. Il se trouve que les provinces, chacune dans leur champ de compétences, oeuvrent à divers degrés dans ce domaine. Elles trouvent encourageant que nous souhaitions collaborer au partage de données et ainsi de suite. Mais j'attends avec impatience une meilleure occasion de voir les provinces faire appel à nous dans ce dossier.

M. Wladyslaw Lizon: Merci beaucoup.

• (1635)

Le président: Merci beaucoup. Cela met fin à la comparution de la ministre. Je vous remercie, madame la ministre, et je remercie vos collaborateurs pour l'heure que vous avez passée avec nous.

Je remercie également mes collègues d'avoir posé des questions précises et dans les temps et d'avoir employé un ton respectueux.

La séance est suspendue pendant deux minutes. Les personnes qui doivent partir peuvent le faire maintenant.

À la reprise des travaux, les fonctionnaires répondront à nos questions pendant environ 40 minutes. Nous aurons ensuite 10 minutes pour parcourir le Budget supplémentaire des dépenses et passer au vote.

Le comité suspend ses travaux.

• (1630)

(Pause)

• (1635)

Le président: Le comité reprend ses travaux.

Mesdames et messieurs les membres du comité souhaitent la bienvenue aux représentants des divers organes de Santé Canada.

Nous commencerons dans quelques instants. Chaque membre du comité pose des questions pendant cinq minutes. Mme Davies sera la première à poser ses questions et les autres membres auront leur tour comme d'habitude.

Je tiens à rappeler à mes collègues et aux membres de l'assistance de désactiver la sonnerie de leur cellulaire ou de le mettre en mode vibratoire pour éviter qu'on entende une sonnerie pendant les travaux du comité. Je demande également que l'on ne prenne aucune photo à l'aide de son cellulaire durant la séance, qu'on se comprenne bien.

Comme je vous l'ai dit, les travaux vont se poursuivre jusqu'à 17 h 20 environ, heure à laquelle cette partie de la séance prendra fin, et nous étudierons ensuite le Budget supplémentaire des dépenses. Je vous remercie à l'avance.

Madame Davies, veuillez prendre votre tour d'une durée de cinq minutes.

Mme Libby Davies: Merci beaucoup aux représentants encore présents, car il est évident que nous avons encore beaucoup de questions à poser.

En fait, je veux consacrer les cinq minutes qui me sont allouées au dernier numéro de la revue de l'Association médicale canadienne, le *Canadian Medical Association Journal*, qui contient un éditorial fracassant qui déplore que le RU-486, la mifépristone — qui constitue fondamentalement une pilule abortive —, ne soit pas encore autorisé au Canada.

Le RU-486 est homologué dans 57 pays. Il assure un accès très sécuritaire à l'interruption médicale de grossesse, en particulier chez les femmes en région rurale ou éloignée.

Je crois qu'il y a beaucoup d'inquiétude, en particulier à la suite de la parution d'un éditorial dans le *Canadian Medical Association Journal* qui demande pourquoi il n'est pas autorisé au Canada et

pourquoi c'est si long... Votre présence ici tombe à point nommé et, avec un peu de chance, nous obtiendrons des réponses à ce sujet.

Ce qu'il faut comprendre de ce geste, c'est qu'il y a un nombre grandissant de personnes qui s'inquiètent de la politisation croissante des décisions médicales au Canada. Nous venons d'assister à une valse-hésitation concernant le Programme d'accès spécial et les essais cliniques SALOME. On a très peur que ce soit un autre exemple de la politisation de ce qui devrait être une décision d'experts dans le domaine médical. Il est évident que cette pilule qui est autorisée ailleurs est très importante pour les femmes du point de vue de l'accès et de la sécurité, alors pourquoi cette résistance au Canada? Pourquoi ne l'avons-nous pas autorisée et pourquoi est-ce toujours en suspens, au point que le *Canadian Medical Association Journal* se sent obligé de publier un éditorial retentissant à ce sujet?

• (1640)

M. George Da Pont (sous-ministre, ministère de la Santé): La réponse est assez simple: à ce jour, aucune entreprise n'a demandé à commercialiser ce produit au Canada.

Évidemment, si nous devons recevoir une telle demande, nous étudierons avec soin les données, l'expérience d'autres pays et nous essaierons de traiter la demande le plus vite possible.

Mme Libby Davies: Puisqu'elle a été homologuée ailleurs et autorisée... Je sais qu'elle est disponible aux États-Unis depuis 2000, donc il y a un historique et ce n'est pas un nouveau médicament, même si, comme vous le soulignez, elle n'est toujours pas utilisée au Canada. Combien de temps prendrait le processus, si une demande était présentée?

M. George Da Pont: Je ne peux présumer du temps qui serait nécessaire. Tout dépendrait de la demande présentée.

Dans ce cas-ci, étant donné un usage répandu, étant donné la grande quantité de données en provenance d'autres pays, on pourrait s'attendre à ce que ça aille plus vite que d'habitude.

Mme Libby Davies: Me reste-t-il un peu de temps?

Le président: Oui.

Mme Libby Davies: Bien.

Je voudrais simplement poser quelques questions sur les changements très importants apportés au programme de marijuana médicale à compter de mars prochain.

Je ne sais pas si c'est la même chose de votre côté, mais nous recevons beaucoup de courriels. Leurs auteurs expriment un grand nombre de préoccupations, dont les principales sont les suivantes: en premier lieu, le nouveau programme va éliminer la production personnelle; ensuite, on s'inquiète beaucoup du prix du gramme, qui va passer de 1,80 \$ à 5 \$, voire 8,80 \$; finalement, ce qu'on appelle les clubs compassion ou les dispensaires communautaires sont écartés complètement du nouveau système.

Je ne sais pas si l'un des représentants ici présents peut expliquer pourquoi il a été décidé d'éliminer la production personnelle, en particulier chez les personnes à faible revenu. De plus, pourquoi a-t-on décidé d'éliminer dans les faits les dispensaires communautaires qui sont regroupés en association, qui exercent un contrôle de qualité et qui font preuve d'un grand professionnalisme? Il est dommage de se priver de l'expérience, du savoir et de l'accès local qu'ils ont acquis, plaçant l'intérêt de leurs patients au premier plan. Nous allons perdre cela avec le nouveau système.

M. George Da Pont: Encore une fois, permettez-moi quelques observations à ce sujet.

La raison pour laquelle une nouvelle approche a été adoptée et qu'un nouveau programme a été mis en place, c'est que le modèle existant de production personnelle s'était grandement éloigné de son but premier. Tant les municipalités que les forces de l'ordre soulevaient d'importantes questions.

Nous sommes très conscients de l'importance de l'accessibilité. Nous croyons que le nouveau système, qui s'appuiera sur des producteurs autorisés, qui prévoit aussi un solide contrôle de la qualité qui fera l'objet d'inspections sur une base régulière et d'un suivi serré, nous offrira un juste équilibre entre l'accès assuré à de la marijuana pour des raisons médicales et la prise en compte des préoccupations légitimes de sécurité publique et d'ordre communautaire.

Quant à votre question sur le prix, on doit attendre de voir comment le marché va réagir. Ce que je peux affirmer, c'est que le programme en place actuellement est très fortement subventionné.

Nous croyons que le nouveau programme apportera d'importantes améliorations.

Mme Libby Davies: Puis-je vous interrompre? Il semble que le RU-486 ait fait l'objet d'une demande de commercialisation au Canada. Une demande a bel et bien été déposée, donc vous pourriez peut-être vérifier la chose.

M. George Da Pont: Je vais vérifier, parce que l'information qu'on m'a donnée affirmait le contraire.

Le président: Merci beaucoup.

S'il y en a une, il y en a une; s'il n'y en a pas, il n'y en a pas. Mais s'il y en a une, veuillez nous la communiquer.

Merci, madame Davies.

Mme Libby Davies: Pouvons-nous demander à monsieur Da Pont de rappeler le comité pour lui dire s'il y a une demande ou non? Merci.

Le président: Oui, je suis certain qu'il le fera.

M. George Da Pont: Oui, bien sûr.

Le président: Merci beaucoup.

Le prochain pour la série de questions, c'est M. Dreeshen. Allez-y.

M. Earl Dreeshen (Red Deer, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je souhaite la bienvenue à nos témoins du jour.

En tant que producteur de denrées alimentaires, je suis très fier de ce que nous avons accompli dans le domaine de la salubrité des aliments. Bien sûr, nous sommes réputés mondialement pour notre travail. Nous sommes associés à ParlAmericas et en pourparlers avec l'Amérique latine et l'Amérique du Sud concernant la sécurité alimentaire et la salubrité des aliments. Ils considèrent évidemment le Canada comme un modèle.

Il n'en demeure pas moins qu'il faut rester vigilant. Bien entendu, la salubrité des aliments est une chose importante pour tous les Canadiens; tout comme il importe que les consommateurs canadiens se rappellent des leçons apprises dans leurs cours d'art ménager au sujet de la saine préparation des aliments, il importe aussi que les entreprises qui manipulent nos denrées alimentaires placent la salubrité des aliments au rang des priorités elles aussi. Par conséquent, le fait que l'Agence canadienne d'inspection des aliments ne relève plus du ministère de l'Agriculture mais plutôt

du ministère de la Santé est logique. Je sais que Mme Fry en a parlé plus tôt.

Pouvez-vous nous renseigner sur le travail accompli à ce jour pour améliorer encore plus la salubrité des aliments?

• (1645)

M. Bruce Archibald (président, Agence canadienne d'inspection des aliments): Merci de me poser la question. À mon avis, le gouvernement a investi de manière importante dans un grand nombre de secteurs afin d'améliorer la gestion générale de la salubrité des aliments au Canada, laquelle, comme je vous l'ai dit, est déjà très cotée dans le monde entier.

Je crois qu'au nombre des investissements dernièrement annoncés à la suite de l'examen de divers programmes, il y a la mise en place d'équipes de vérification des inspections, ce qui nous permettra d'améliorer la qualité générale de tout le processus d'inspection des aliments au Canada. Nous sommes ainsi en mesure d'établir plusieurs équipes un peu partout au pays, lesquelles se mettront à oeuvrer aux évaluations et à vérifier que le système en place répond réellement aux divers objectifs établis, et nous pouvons continuer d'investir dans la prévention et la détection des maladies d'origine alimentaire au Canada, suivant la présence de *Listeria*, tel que recommandé dans le rapport Weatherill en lien avec les inspections effectuées dans divers secteurs.

Nous continuons également à investir dans le secteur des viandes, assurant la présence quotidienne d'inspecteurs dans toutes les usines de transformation de la viande sous régie fédérale, afin de nous assurer de la conformité non seulement à nos propres exigences, mais également aux normes internationales qui favorisent le commerce.

De plus, nous continuons de collaborer avec Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada afin d'améliorer la détection et les interventions en cas d'éclosion de maladie d'origine alimentaire.

Comme vous l'avez mentionné, les relations ont toujours été bonnes entre mon agence, le ministère et l'Agence de la santé publique. Je crois que ce nouveau lien hiérarchique nous permettra en fait de consolider ce progrès sur le plan de la collaboration et de la concertation.

Ce ne sont là que quelques exemples de secteurs dans lesquels nous continuons d'investir en vue de renforcer le système en place.

M. Earl Dreeshen: Nous avons entendu parler d'argent provenant de l'ACIA quand il était question d'agents d'inspection des aliments, mais, en fait, ça n'avait rien à voir. Dans les faits, on a augmenté le nombre d'inspecteurs et ajouté des millions au budget pour être prêts, donc ce que d'autres parties ont dit a peut-être créé de la confusion.

Pouvez-vous développer un peu la question de la Loi sur la salubrité des aliments au Canada et nous dire ce qui se passe de ce côté? Il en est grandement question dans le feuillet dont la ministre nous a parlé et il est certain que c'est quelque chose qui devrait intéresser beaucoup de Canadiens. Si j'ose dire, ça rappelle ce qu'on aurait dû apprendre dans nos cours d'art ménager sur la cuisson des aliments, le lavage des aliments et ainsi de suite. Je crois que c'est important.

Pouvez-vous développer un peu la question et nous donner une idée de ce que contient ce feuillet et en quoi il peut venir en aide aux Canadiens?

M. Bruce Archibald: Oui, bien sûr. Je vais demander à mon collègue, Paul Mayers, vice-président associé de l'agence, Programmes, de développer un peu le sujet.

M. Paul Mayers (vice-président associé, Programmes, Agence canadienne d'inspection des aliments): Merci beaucoup de poser cette question.

Comme la ministre l'a indiqué dans sa déclaration, le cadre met l'accent sur la promotion, la prévention et la protection. Ensemble, ces trois piliers reflètent le travail effectué non seulement par l'Agence canadienne d'inspection des aliments, mais aussi par nos collègues de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada pour renforcer ce qui est déjà un excellent système de salubrité des aliments au Canada.

Dans le contexte de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et de ce cadre, j'aimerais attirer l'attention tout particulièrement sur la Loi sur la salubrité des aliments au Canada et sur les travaux que nous effectuons actuellement en vertu du plan d'action pour mettre cette loi en vigueur.

Nous avons mené d'importantes consultations auprès des Canadiens pour apporter des améliorations, dont un meilleur système d'inspection des aliments constitue une pierre angulaire. Malgré la solidité du système d'inspection des aliments au Canada, nous reconnaissons qu'il y a des possibilités de renforcer encore plus ce système afin d'améliorer les outils dont disposent nos inspecteurs sur le terrain, d'avoir une approche intégrée en ce qui concerne l'information, de renforcer l'appui à la prise de décisions par notre personnel sur le terrain, et de renforcer la gestion des risques dans notre système.

Nous sommes très fiers de fonder nos décisions sur la science. Nous allons plus loin en mettant davantage l'accent sur les risques pour guider l'utilisation de nos ressources d'inspection, afin qu'elles aient le plus grand effet possible sur nos activités et que nous puissions offrir cette protection aux Canadiens.

• (1650)

Le président: Merci, monsieur Mayers. Merci, monsieur Dreeshen.

Nous entendrons maintenant M. Aspin, pendant cinq minutes, s'il vous plaît.

M. Jay Aspin (Nipissing—Timiskaming, PCC): Merci, monsieur le président.

Bienvenue à nos invités d'aujourd'hui.

J'aimerais poser quelques questions au sujet de l'ACIA, alors je suppose qu'elles s'adresseront à M. Archibald et ou à M. Mayers.

Les autorisations de l'ACIA à ce jour s'établissent à un peu moins de 720 millions de dollars, et l'Agence demande des transferts et des rajustements de près de 40 millions de dollars dans les deux budgets supplémentaires des dépenses. Environ le quart des fonds demandés serait destiné, d'après les renseignements fournis aux pages 2 à 10 du budget supplémentaire des dépenses, à maintenir la fréquence accrue des activités d'inspection des aliments dans les établissements de transformation de la viande.

À quel moment et comment la fréquence des activités d'inspection des aliments dans les établissements de transformation de la viande a-t-elle augmenté?

M. Bruce Archibald: Une importante vérification internationale menée en 2009 s'est penchée sur quelques domaines où le Canada effectuait des inspections dans divers établissements de transformation de la viande destinée à la consommation nationale et

internationale. L'une des constatations était qu'il fallait renforcer la présence dans les établissements afin de veiller à nous conformer à toutes les exigences nationales et internationales.

Il y a donc eu un premier investissement de 26 millions de dollars sur deux ans dans le budget de 2010 pour assurer une présence quotidienne dans tous les établissements de transformation de la viande inspectés par le gouvernement fédéral, tant pour les exportations que pour le marché national. Nous avons accru le nombre d'inspecteurs et de superviseurs des spécialistes de programmes, ainsi que la formation connexe. La demande dans le budget supplémentaire des dépenses vise à poursuivre ce travail, à maintenir une présence quotidienne pour 2012-2013, ainsi qu'en 2013 et en 2014.

Les premières activités découlaient d'une vérification. Le gouvernement a effectué des investissements et le budget supplémentaire des dépenses vise en partie à pouvoir poursuivre ces activités.

M. Jay Aspin: L'ACIA est partenaire de Santé Canada et de l'ASPC dans le cadre de deux initiatives conjointes mentionnées dans le budget supplémentaire des dépenses: renforcement de la capacité à prévenir et à détecter les éclosions de maladies d'origine alimentaire et à y réagir, et simplifier la réglementation gouvernementale en matière d'importation et le processus frontalier en matière de commerce. Le budget supplémentaire des dépenses demande environ 15 millions de dollars pour les deux initiatives.

Pouvez-vous décrire le rôle de l'ACIA dans le cadre de ces deux initiatives?

M. Bruce Archibald: Je vais demander à Paul de répondre à cette question.

M. Paul Mayers: Merci.

Je commencerai par la deuxième initiative, qui porte sur le contrôle des importations. La volonté de renforcer les contrôles à l'importation du Canada découle de l'intérêt exprimé par les Canadiens, qui souhaitent être davantage assurés que les aliments importés au Canada répondent aux exigences canadiennes. L'Agence canadienne d'inspection des aliments a donc accru ses activités de contrôle des importations pour répondre directement à cet intérêt exprimé par les Canadiens.

Le gouvernement du Canada a investi dans l'ACIA afin de permettre cette activité et, une fois de plus, comme nous l'avons indiqué pour d'autres domaines, le budget supplémentaire des dépenses reflète notre capacité de pouvoir continuer ce travail. Cet investissement a servi à effectuer des blitz en collaboration avec nos collègues de l'Agence des services frontaliers du Canada, à mener des activités ciblées lorsque nous avons repéré des risques potentiels liés aux aliments, en particulier les aliments importés de pays dont les systèmes de salubrité des aliments sont plus faibles que le nôtre. Les Canadiens ont exprimé leur intérêt pour cette question et l'agence a réagi.

L'autre aspect que vous évoquez, soit notre capacité d'enquête en collaboration avec nos collègues de l'Agence de santé publique... cela nous permet de mener des enquêtes en cas de maladies d'origine alimentaire et, en bout de piste, de retirer du marché les produits suspects lorsqu'il est démontré qu'ils sont liés à ces maladies. Ces mesures, elles aussi conformes au cadre que la ministre a annoncé, relèvent du volet de protection dont la ministre a parlé.

• (1655)

M. Jay Aspin: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Aspin et monsieur Mayers.

Nous entendrons maintenant Mme Fry pour cinq minutes.

L'hon. Hedy Fry: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je voudrais revenir sur une question qui a déjà été posée. Je crois comprendre que vous n'avez pas eu le temps de répondre parce que mon temps était écoulé.

Tous les fonctionnaires autour de la table conviendront sans doute avec moi que, pour élaborer une bonne politique publique, ou pour prendre n'importe quelle bonne décision en santé, il faut examiner les faits. Les faits sont à la base de tout. Les résultats sont à la base de tout.

J'ai déjà posé une question sur le programme HAART, le traitement antirétroviral hautement actif, offert en Colombie-Britannique. La Colombie-Britannique est la seule province canadienne à offrir ce programme.

Ce traitement a entraîné une diminution. En ce qui concerne les résultats, quels sont les faits? Le fait est que depuis que la Colombie-Britannique a adopté ce programme, c'est le seul endroit — non seulement la seule province, mais le seul endroit dans toute l'Amérique du Nord — où le nombre de nouveaux cas de VIH diminue de manière spectaculaire. Partout ailleurs, dans toutes les autres provinces du Canada, et aux États-Unis, les cas augmentent, et ce, considérablement.

Je signale qu'en 1995, il y avait 18 cas par 100 000 habitants en Colombie-Britannique. Maintenant, il y en a six. C'est une baisse énorme.

En Saskatchewan, par exemple, il y en avait deux par 100 000 habitants en 1995 et 16 en 2011.

Partout, ce traitement a démontré qu'il est important. Nous savons qu'il arrête la transmission du virus parce que le virus disparaît. Il n'est plus présent dans le sang.

Étant donné le coût qu'entraîne chaque nouveau patient séropositif, j'aurais pensé que le gouvernement canadien aurait compris l'importance d'adopter ce traitement et que tout le monde examinerait cette solution, d'autant plus que le programme est maintenant en place depuis un certain temps en Colombie-Britannique.

De fait, le Brésil a adopté ce traitement sans réserve. Le Royaume-Uni l'a adopté sans réserve. La France l'a adopté sans réserve. Les États-Unis sont aussi sur le point de l'adopter sans réserve.

Ce devrait être un triomphe pour le Canada. C'est une initiative canadienne, née chez nous, implantée chez nous. Nous devrions en être fiers.

Personne ne veut même parler aux gens du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS. Enfin, personne au niveau politique; je suis certaine que les bureaucrates leur ont parlé. Quand il y a des résultats si remarquables, qu'est-ce qui empêche Santé Canada de même considérer ce programme d'une manière qui...?

Vous répondrez peut-être que l'évaluation se poursuit, mais l'évaluation a été faite. Le traitement a été évalué à l'échelle internationale. Des évaluations par des pairs ont démontré qu'il fonctionne. L'Organisation mondiale de la santé affirme que tout le monde devrait l'adopter. Même la Chine l'a adopté, pour l'amour du ciel.

Je veux simplement savoir pourquoi nous agissons ainsi quand nous pourrions sauver des vies et réduire les coûts dans le système de santé pour chaque nouveau cas qui serait évité. Nous pourrions investir cet argent ailleurs dans le système.

Je veux simplement comprendre ce qui justifie cette décision de l'ignorer complètement et de ne pas l'adopter quand la Colombie-Britannique est maintenant invitée à des conférences internationales. La Colombie-Britannique n'est pas le Canada, mais on l'invite à s'asseoir à la table avec d'autres États-nations.

Est-ce que quelqu'un peut m'expliquer cela?

• (1700)

Mme Krista Outhwaite: J'ajouterai quelques précisions à ma réponse précédente. Vous soulevez une question importante.

J'aimerais aussi vous présenter notre administrateur en chef adjoint de la santé publique, le Dr Greg Taylor, qui pourrait souhaiter ajouter quelques observations.

Il ne fait aucun doute que les travaux effectués en Colombie-Britannique, les travaux du Dr Montaner, sont très intéressants et prometteurs et qu'ils donnent des résultats dans ce contexte particulier.

Je dirais au comité et au membre que nous n'ignorons pas ces travaux, pas du tout. De fait, c'est un thème de discussion non seulement avec nos partenaires dans le secteur du VIH-sida, le comité consultatif ministériel sur l'initiative fédérale, ainsi que les partenaires nationaux avec qui nous nous penchons sur le VIH-sida, mais aussi avec nos partenaires provinciaux et territoriaux.

La Colombie-Britannique présente le concept, et il est examiné dans les discussions de notre Conseil du Réseau pancanadien de santé publique pour déterminer où il convient le mieux de le placer, comment examiner ce concept dans l'ensemble des mesures prises par notre pays à l'égard du VIH-sida.

Comme je l'ai indiqué dans ma réponse précédente, c'est aussi un sujet de conversation, comme vous l'avez fait remarquer, à l'Organisation mondiale de la santé, à l'Assemblée mondiale de la santé, et nous l'avons aussi examiné à la Conférence internationale sur le sida.

Il y a eu des avancées dans le domaine du VIH-sida. Ceux qui ont la maladie vivent beaucoup plus longtemps qu'autrefois, et cela nous encourage. D'énormes progrès ont aussi été réalisés en ce qui concerne la transmission par la mère. De moins en moins d'enfants contractent la maladie.

L'hon. Hedy Fry: Je suis désolée, madame Outhwaite, mais je sais tout cela et je pense que la plupart d'entre nous le savent aussi.

Je soutiens que ce n'est pas simplement un traitement qui permet de vivre plus longtemps avec la maladie; il empêche la maladie de se transmettre. Il me semble que c'est la première chose qu'on devrait souhaiter. La Colombie-Britannique l'a fait, avec le succès que je vous montre ici. Elle a réduit de 60 % le nombre de nouveaux cas. Il y a 4 000 nouveaux cas par année au Canada. Si nous pouvions les réduire de 60 %, ce serait remarquable.

Le président: Madame Fry.

L'hon. Hedy Fry: Désolée. Je n'obtiens pas la réponse que je veux.

Le président: Non c'est bien. Merci.

L'hon. Hedy Fry: « Examiner le concept » n'est pas une bonne réponse. Je suis désolée.

Le président: Merci.

Nous tenterons maintenant de respecter l'horaire.

Conformément aux motions pour affaire courante — en fait, nous avons terminé le tour et nous revenons au haut de la liste. Nous recommençons un tour de sept minutes.

Mme Morin commencera, puis M. Marston prendra le reste de son temps.

Allez-y, je vous en prie.

[Français]

Mme Isabelle Morin: Merci beaucoup, monsieur le président

Je vais poser une brève question, puis mon collègue prendra le reste de mon temps.

Monsieur Mayers, vous nous avez parlé du triangle des trois P de la santé publique: la promotion, la prévention et la protection. La promotion semble occuper une place très importante. Comme la ministre me l'a dit plus tôt, on fait beaucoup de promotion en ce qui concerne les aliments sains, les valeurs nutritives et tout le reste. La prévention et la protection nécessitent de la réglementation. Comment voyez-vous l'équilibre entre ces trois volets? De ce que j'en sais, il n'y a pas d'équilibre. Pour le ministère, il y en a un qui est nécessairement beaucoup plus important que l'autre.

On sait tous que les normes européennes sont sensiblement plus élevées que celle d'ici. Pourquoi le Canada ne pourrait-il pas avoir les mêmes normes que celles de l'Europe en matière d'aliments sains?

• (1705)

[Traduction]

M. Paul Mayers: Je ne suis pas d'accord que les normes européennes sur les aliments sont différentes des normes canadiennes. Entre tous les pays, il y a certainement de légères différences. Mais la réalité est que nos collègues européens collaborent très étroitement avec nous dans le domaine des normes alimentaires, en vertu de la Commission du codex Alimentarius des Nations Unies, l'organe international chargé de l'élaboration des normes pour les aliments. À l'instar de l'Union européenne, le Canada fonde souvent ses normes sur celles du Codex Alimentarius. Nos collègues européens ont des relations commerciales très riches avec nous, ici au Canada, et même s'il y a évidemment de légères différences dans de nombreux aspects de l'approvisionnement alimentaire, l'Union européenne nous reconnaît comme un équivalent. L'important, ce n'est pas des résultats identiques, mais des résultats équivalents, et c'est la clé de notre réussite.

[Français]

Mme Isabelle Morin: Je ne suis pas tout à fait d'accord sur ce que vous avez dit au sujet des normes.

Comme on n'a pas beaucoup de temps et que je veux laisser du temps à mon collègue, j'aimerais que vous me parliez de la relation entre la promotion, la prévention et la protection. Après, je vais céder la parole à mon collègue.

[Traduction]

M. Paul Mayers: La question que vous posez sur la promotion, la prévention et la protection ne s'adresse pas seulement à l'Agence canadienne d'inspection des aliments, parce que tous les organismes représentés ici ont joué et jouent encore un rôle actif à cet égard.

Étant le plus important organisme de réglementation du Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments met particulièrement l'accent sur les volets de la prévention et de la protection du cadre. Lorsque vous avez posé la question au sujet de l'équilibre, l'équilibre est atteint entre les trois partenaires, plutôt que pour un seul.

À l'ACIA, nous nous intéressons davantage aux aspects réglementaires, aux exigences réglementaires, et à l'application de ces règlements, tandis que les autres membres du portefeuille font de la promotion, alors, il s'agit de l'équilibre atteint pour tous les trois qui reflète finalement toute la gamme des activités en vertu du cadre.

Dans notre contexte, la Loi sur la salubrité des aliments au Canada et son règlement sont au coeur de nos activités.

M. Wayne Marston: Merci, monsieur le président.

Je poserai ma question à M. Da Pont.

On a souvent évoqué ces derniers temps le fait que certains ministères n'ont pas dépensé tout leur budget de 2012-2013.

Votre ministère a-t-il dépensé tout son budget de cet exercice-là?

M. George Da Pont: Non, nous avons eu un report un peu plus élevé que d'habitude. Les ministères ne dépensent pas toujours l'ensemble de leur budget tous les ans. L'an dernier, Santé Canada a eu un report plus élevé que d'habitude, en raison principalement de variations des tendances du programme de santé des Premières Nations et des Inuits, où les dépenses n'ont pas évolué comme nous l'avions prévu.

M. Wayne Marston: Santé Canada demande maintenant près de 3,2 millions de dollars de plus pour renforcer la capacité à prévenir et à détecter les éclosions de maladies d'origine alimentaire et à y réagir. Ce rôle est partagé avec l'ACIA et d'autres. J'aimerais savoir quelles activités sont liées à la prévention, la détection et la réaction à ces maladies? Qu'achèteront ces dollars?

M. George Da Pont: C'est un complément à la réponse donnée par l'ACIA à la question précédente. Le rôle de Santé Canada consiste à élaborer des normes et des politiques, puis l'ACIA met en oeuvre ces normes et politiques. Le financement particulier et les hausses pour Santé Canada serviront à l'examen des normes. Il s'agit d'accroître notre capacité d'effectuer des évaluations des dangers pour la santé. Lorsqu'il y a un éventuel rappel d'aliments, c'est Santé Canada qui évalue le risque, puis l'ACIA prend les mesures qui s'imposent. Enfin, une partie de l'argent servira à des travaux scientifiques, afin d'élaborer de nouvelles analyses et de nouveaux modèles qui nous aideraient à détecter plus rapidement certains de ces pathogènes.

• (1710)

M. Wayne Marston: Est-ce qu'une partie de ces coûts supplémentaires sont liés au fait que l'ACIA fait maintenant partie du portefeuille de la santé?

M. George Da Pont: Non, il n'y a eu aucune modification des responsabilités entre Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et l'ACIA. Donc, ce n'est pas la cause. De fait, ce sont des responsabilités que les divers ministères et organismes partageaient avant que l'ACIA entre dans le portefeuille.

Le président: Merci, monsieur Marston.

Les dernières questions de la journée seront posées par Mme Adams.

Mme Eve Adams: Merci beaucoup.

J'ai remarqué que le budget supplémentaire des dépenses indique une hausse assez importante pour la recherche axée sur le patient et l'inspection des aliments et une diminution pour les voyages. Pouvez-vous donner des explications sur la diminution des frais de déplacements du ministère?

M. George Da Pont: Je peux répondre pour Santé Canada, et mes collègues pourraient souhaiter répondre pour leurs propres éléments.

Vous verrez qu'il y a une diminution des frais de déplacement d'environ 1,1 million de dollars. À Santé Canada, nous ne ménageons pas nos efforts pour être le plus efficace possible. Cela signifie que nous multiplions les visioconférences. Nous cherchons d'autres moyens pour effectuer notre travail sans voyager autant que par le passé. La diminution reflète donc une plus grande efficacité.

Mais nous effectuons tous les déplacements essentiels qui s'imposent. Nous avons mis en place un processus interne à cet effet pour nous assurer que les déplacements essentiels sont effectués.

Mme Eve Adams: Il y a encore des investissements effectués pour favoriser la recherche axée sur le patient. S'agirait-il d'argent frais?

M. George Da Pont: Oui, et je pense que mes collègues voudraient intervenir à ce sujet.

Jane.

Mme Jane Aubin (chef des affaires scientifiques et vice-présidente exécutive, Recherche et application des connaissances, Instituts de recherche en santé du Canada): La stratégie de recherche axée sur le patient dirigée par les IRSC au nom du gouvernement a été lancée en 2011. Grâce à nos collaborations avec les provinces, nous avons accru les activités et accompli de grands progrès l'an dernier. Les nouveaux fonds visent à nous permettre de continuer à mettre en place les programmes qui relèvent de la stratégie de recherche axée sur le patient, y compris, comme l'a indiqué la ministre dans sa déclaration, les unités de soutien provinciales et territoriales. Les quatre premières ont été choisies par un comité de sélection international. La première a été annoncée en Alberta il y a une semaine environ, et les autres qui ont été choisies seront annoncées très bientôt. D'autres plans d'affaires ont été envoyés et il y aura d'autres sélections. Nous devons continuer à mettre ces unités en place partout au pays.

Mme Eve Adams: Merci.

Une dernière question: pouvez-vous nous indiquer quels changements Santé Canada a apportés au sujet de l'étiquetage des médicaments d'ordonnance?

M. George Da Pont: Je demanderai à M. Glover de répondre à cette question.

M. Paul Glover (sous-ministre délégué, ministère de la Santé): En ce qui a trait aux médicaments d'ordonnance, nous nous efforçons de veiller à ce que l'information qui s'y trouve à l'intention des médecins aussi bien que des consommateurs soit beaucoup plus facile à lire. Nous avons donc songé à introduire une série d'étapes. En les suivant, les médecins peuvent avoir la certitude de disposer de l'information nécessaire pour déterminer le traitement qui convient au patient. Ils savent quand utiliser le médicament et quand ne pas l'utiliser. Ils sauront quels sont les effets secondaires qui risquent de se produire afin de pouvoir faire un choix éclairé. Nous travaillons également pour que l'information soit plus facile à comprendre pour les consommateurs afin qu'ils puissent en discuter avec leur médecin.

Par ailleurs, comme madame la ministre l'a mentionné, nous envisageons de mettre à la disposition du public des résumés de nos examens sur l'innocuité des médicaments. Le premier devrait paraître avant la fin de l'exercice. C'est une étape importante pour rehausser la transparence.

Mme Eve Adams: Je vais poser une question finale et je partagerai mon temps avec l'honorable Laurie Hawn.

Enfin, les investissements que nous allons transférer aux provinces atteindront le chiffre historique de 40 milliards de dollars d'ici la fin de la décennie.

Pourriez-vous nous parler brièvement de l'aide que nous fournissons aux provinces et aux territoires afin qu'ils mettent en oeuvre leurs priorités progressivement, particulièrement en ce qui a trait aux ressources humaines dans le domaine de la santé?

M. George Da Pont: Permettez-moi de commencer et ensuite mes collègues pourront s'étendre davantage s'ils le désirent.

Comme vous l'avez signalé, il y a maintenant un financement stable et prévisible, créant une enveloppe budgétaire concrète que les provinces peuvent utiliser pour leurs besoins de planification. Par ailleurs, le gouvernement continue à faire d'importants investissements dans d'autres domaines.

Comme madame la ministre l'a fait constater dans sa déclaration préliminaire, plus de 2 milliards de dollars ont été investis pour le moment dans Inforoute Canada. Les provinces et territoires ajoutent en contrepartie une partie de cet argent pour des projets concrets et ils sont très intéressés à mettre en place leur site cybersanté et les dossiers de santé électroniques. Les IRSC offrent également des investissements importants, se chiffrant à environ 1 milliard de dollars par an.

La ministre a rencontré ses homologues provinciaux et cherche des domaines de collaboration dans lesquels nous pouvons continuer à les soutenir dans les améliorations qu'ils s'efforcent d'apporter à la prestation des services de santé.

● (1715)

L'hon. Laurie Hawn: Merci. Et merci de m'avoir réservé deux ou trois minutes. J'ai juste une question rapide à vous poser.

Au cours des dernières années, j'ai eu plusieurs entretiens avec le Dr Louis Francescutti, directeur de l'Association médicale canadienne. Il croit fermement que nous pourrions économiser des sommes astronomiques dans le domaine de la prévention des blessures. Je suis curieux de savoir s'il a fait part de ses idées à Santé Canada ou à toute autre partie prenante, et si nous comptons les mettre en exécution.

M. George Da Pont: Krista se chargera de vous répondre.

Mme Krista Outhwaite: Merci, monsieur le président, pour cette importante question.

Il n'y a aucun doute que le président nouvellement élu de l'AMC s'est donné pour point de mire la prévention des blessures, parmi d'autres domaines d'intérêt.

Comme vous le savez sans doute, ce gouvernement a investi il y a deux ou trois ans dans l'Initiative de prévention des blessures — « Actifs et en sécurité ». Il s'agit d'un programme conçu pour se dérouler sur deux ans pour sensibiliser les gens et éveiller leur intérêt dans ce domaine particulier tout en encourageant d'autres partenaires du secteur privé à participer au travail sur des questions aussi importantes que la prévention des commotions cérébrales dans le domaine des sports, les pratiques de natation sécuritaires, particulièrement parmi les collectivités des Premières Nations, le port d'un casque protecteur pour conduire des VTT parmi les Inuits dans les territoires du nord, ainsi que le travail avec des parachutes et la Société de sauvetage du Canada, le tout pour mieux pouvoir sensibiliser les collectivités dans leurs régions respectives. Nous explorons à présent avec Parachute Canada ce qui peut encore être fait à ce chapitre.

L'hon. Laurie Hawn: Il parlait beaucoup du milieu de travail, et comme vous le savez, il le faisait avec véritable passion. Il parlait d'exemples d'autres pays — je ne me souviens pas desquels, mais il y en avait plusieurs — qui ont mis en oeuvre certains des programmes qu'il était en train de promouvoir, avec des résultats très spectaculaires, à ce qu'il semble.

Je me demande si nous avons réussi à encourager une certaine mobilisation dans ce sens et dans la négative, si nous pourrions y parvenir.

Mme Krista Outhwaite: Nos collègues à Travail Canada sont très engagés dans ce domaine, et veillent à ce que les programmes fonctionnent non seulement pour la communauté fédérale mais aussi pour les employés d'un peu partout.

L'hon. Laurie Hawn: Bien.

Le président: Merci monsieur Hawn.

J'aimerais remercier tous nos invités et nos témoins ainsi que le personnel en coulisse qui épaulent ses collègues ici dans la salle. Je tiens également à remercier nos députés des questions détaillées qu'ils ont posées.

Nous allons suspendre la séance pendant une minute ou deux. Je demanderais aux représentants de quitter la salle assez rapidement, si possible. Ensuite, nous passerons au budget supplémentaire et nous le mettrons aux voix.

Merci. Nous suspendrons la séance pendant deux ou trois minutes seulement.

• (1715) _____ (Pause) _____

• (1720)

Le président: Nous reprenons la séance. Et à présent nous allons passer aux détails du véritable sujet de la réunion, le budget supplémentaire des dépenses.

J'aimerais commencer par demander l'avis des membres du comité, et ensuite nous procéderons.

Il y a 10 postes budgétaires sur lesquels nous devons nous prononcer. Nous pouvons les étudier individuellement ou les regrouper en un seul montant. Je peux demander le consentement unanime du comité pour voter un seul montant en dollars, un seul poste budgétaire, et ensuite je vous demanderai la permission d'en faire rapport à la Chambre des communes.

Avez-vous des commentaires à faire au sujet du regroupement de ces 10 montants en un seul?

Le NPD appuie la mesure.

Madame Fry, quelle est l'opinion des libéraux à ce sujet?

L'hon. Hedy Fry: Au sujet de...?

Le président: Le budget supplémentaire. Nous avons 10 crédits à régler. Nous pouvons faire les 10 un à la suite de l'autre ou nous pouvons procéder en un seul montant.

L'hon. Hedy Fry: Faisons-le en un seul montant.

Le président: Bien, merci beaucoup. C'est bien. Je suis content de voir qu'il y a consensus.

Nous avons 10 crédits. Mon greffier qui est très diligent les a énumérés en bonne et due forme. Je demande le consentement unanime du comité.

Plaît-il au comité d'adopter la totalité des crédits du Budget supplémentaire des dépenses B?

SANTÉ

Ministère

Crédit 1b — Dépenses de fonctionnement..... 235 479 489 \$

Crédit 5b — Dépenses en capital1 \$

Crédit 10b — Subventions inscrites au Budget des dépenses et contributions..... 101 958 206 \$

Agence canadienne d'inspection des aliments

Crédit 11b — Dépenses de fonctionnement et contributions..... 27 973 639 \$

Crédit 13b — Dépenses en capital..... 4 924 955 \$

Instituts de recherche en santé du Canada

Crédit 15b — Dépenses de fonctionnement..... 859 268 \$

Crédit 20b — Subventions inscrites au Budget des dépenses.....14 000 000 \$

Agence de santé publique du Canada

Crédit 45b — Dépenses de fonctionnement..... 19 719 028 \$

Crédit 50b — Dépenses en capital..... 1 081 962 \$

Crédits 55b — Subventions inscrites au Budget des dépenses et contributions.....1 \$

(Les crédits 1b, 5b, 10b, 11b, 13b, 15b, 20b, 45b, 50b, et 55b sont adoptés)

Le président: Plaît-il au comité que le président fasse rapport à la Chambre de l'adoption des crédits 1b, 5b, 10b, 11b, 13b, 15b, 20b, 45b, 50b et 55b sous la rubrique Santé?

Des voix: Oui. D'accord.

Le président: Merci beaucoup.

Voilà qui conclut la séance. Je vous remercie de votre présence et de votre attention.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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