



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 028 • 2<sup>e</sup> SESSION • 41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 15 mai 2014**

**Président**

**M. Ben Lobb**



## Comité permanent de la santé

Le jeudi 15 mai 2014

•(0845)

[Traduction]

**La vice-présidente (Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD)):** La séance est ouverte.

Nous sommes ravis d'avoir avec nous aujourd'hui la ministre de la Santé, Rona Ambrose.

Bienvenue, madame la ministre. Nous sommes réunis ici aujourd'hui afin de parler du Budget principal des dépenses, et nous avons hâte d'entendre votre témoignage. Je crois savoir que vous resterez avec nous pendant une heure. Si vous pouviez rester plus longtemps, nous en serions très heureux, car nous pourrions alors vous poser plus de questions. Je sais que les autres représentants du ministère resteront ici durant les deux heures de la séance.

J'aimerais que nous nous penchions sur le crédit 1. J'invite donc la ministre à faire sa déclaration préliminaire.

Merci.

**L'hon. Rona Ambrose (ministre de la Santé):** Merci, madame la présidente, et bonjour à tous les membres du comité. C'est un plaisir pour moi d'être ici avec vous.

[Français]

Je vous remercie de votre invitation à venir discuter du Budget principal des dépenses de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada, des Instituts de recherche en santé du Canada et de l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

[Traduction]

Je suis accompagnée de George Da Pont, sous-ministre de Santé Canada; de Krista Outwaite et du Dr Greg Taylor, de l'Agence de santé publique du Canada; du Dr Alain Beaudet, des Instituts de recherche en santé du Canada; et de Bruce Archibald, de l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

Vous avez raison, madame la présidente; je vais devoir partir, mais les autres représentants resteront ici. Je suis certaine qu'ils seront heureux de répondre aux autres questions du comité.

Avant de livrer mes observations concernant le Budget principal des dépenses, j'aimerais prendre un moment pour vous féliciter pour l'excellent travail que vous avez réalisé récemment. Je sais que vous menez actuellement une étude sur les risques et les dommages sanitaires liés à la marijuana. Je suis particulièrement intéressée par les risques sanitaires auxquels sont exposés les enfants. Je veux aussi vous remercier de votre travail concernant l'utilisation abusive de médicaments sur ordonnance. Ce n'est pas un problème naissant; il est déjà bien présent. C'est un problème de santé publique important, au Canada comme aux États-Unis. Vous avez entendu les observations de nombreux représentants de la santé américains. Je vous remercie de vos recommandations. Je sais que nous avons déjà mis en œuvre certaines d'entre elles. J'espère que nous pourrions prendre d'autres mesures que vous avez recommandées.

En ce qui concerne l'étude que vous menez actuellement, je suis évidemment très préoccupée, en tant que ministre de la Santé, par les risques sanitaires liés au fait de fumer de la marijuana, surtout en ce qui a trait à nos enfants et à nos jeunes. Je pense qu'il est important de savoir que notre ministère n'appuie pas la consommation de marijuana et qu'il n'a pas approuvé cette substance en tant que médicament. Je crois qu'il est important d'envoyer ce message et de le faire comprendre aux jeunes.

Une chose que les gens doivent comprendre au sujet de la marijuana à des fins médicales, c'est que le programme connexe est le fruit d'une décision judiciaire. Santé Canada n'appuie pas la consommation de marijuana, et cette substance n'est pas non plus approuvée ici en tant que médicament. Il est important de livrer ce message pour contrer la banalisation de sa consommation et dissiper certaines idées fausses que se font les jeunes. Je crois savoir que certains d'entre eux vous ont exposé leur point de vue.

J'ai été ravie de constater que vous avez invité un certain nombre d'organisations à comparaître, y compris l'Association médicale canadienne ainsi que d'autres intervenants qui ont soulevé des préoccupations similaires concernant les risques sanitaires. J'ai été rassurée d'apprendre que vous avez sollicité les conseils d'experts médicaux très bien informés et crédibles, comme Michel Perron, qui dirige le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; et d'autres experts, y compris des chercheurs de l'Université d'Ottawa et d'ailleurs, ont également parlé de ces risques sanitaires bien établis.

Je vous remercie donc de votre bon travail. Je pense que vos travaux sont importants, car ils constituent une source d'information crédible pour les personnes dont le travail est étroitement lié à ce problème et qui travaillent avec des jeunes. Je pense que cela orientera une partie du travail que nous réaliserons dans l'avenir.

Je vais maintenant parler brièvement du Budget principal des dépenses et de mes priorités concernant le portefeuille de la santé, puis je répondrai à vos questions. À titre de ministre de la Santé, je suis très résolue à améliorer la santé des Canadiens et à travailler avec tous nos partenaires pour veiller à ce que la population continue d'avoir accès en toute sécurité aux services et aux produits de santé dont elle a besoin. Le ministère dispense des services importants pour les Canadiens, comme des systèmes renforcés à l'égard de la salubrité et de l'innocuité des produits de santé et des aliments, un soutien continu à la recherche en santé mentale et un accès amélioré à des services de santé de qualité pour les Premières Nations et les Inuits.

Le Budget principal des dépenses de 2014-2015 de Santé Canada prévoit que le ministère dépensera 3,6 milliards de dollars afin d'aider les Canadiens à rester en santé ou à améliorer leur état de santé. Cela représente une augmentation nette des dépenses de 365 millions de dollars comparativement à l'an dernier. L'augmentation s'explique surtout par la stabilisation du financement du programme de santé des Premières Nations et des Inuits, qui compte pour 311 millions de dollars, et par la mise en œuvre du cadre tripartite de la Colombie-Britannique — une initiative couronnée de succès —, qui compte pour 63 millions de dollars.

Cependant, comme vous le savez bien, nos investissements récents ne sont pas pris en compte dans le Budget principal des dépenses, et le plan d'action économique de 2014 prévoit plusieurs investissements importants qui témoignent de l'engagement continu du gouvernement à l'égard de la santé et de la sécurité des Canadiens. De fait, il a été annoncé dans le budget de cette année que près de 400 millions de dollars seront utilisés pour renforcer le système de salubrité alimentaire du Canada et pour mieux protéger les familles canadiennes.

Ces investissements permettront d'engager plus de 200 nouveaux inspecteurs pour l'ACIA ainsi que d'autres types d'employés, d'améliorer nos systèmes afin de pouvoir détecter les risques et d'y réagir et de continuer à exécuter les programmes visant à empêcher que des maladies dangereuses transmises par les animaux nuisent à la santé des Canadiens.

●(0850)

Bien entendu, j'ai été ravie d'entendre le chef de l'opposition dire que cette mesure annoncée dans le budget était une bonne nouvelle sur le plan de la salubrité des aliments et qu'il s'agissait d'une bonne idée. Évidemment, je suis tout à fait d'accord.

Depuis ma dernière comparution devant le comité, j'ai organisé des tables rondes pour savoir ce que les Canadiens ont à dire au sujet de l'information nutritionnelle. Si je soulève ce point, c'est parce que l'information nutritionnelle et la bonne alimentation suscitent beaucoup de discussions et d'intérêt chez les députés et dans les médias.

Nous avons aussi établi pour le ministère un cadre réglementaire sur la transparence et l'ouverture afin que les Canadiens puissent facilement trouver des renseignements au sujet des médicaments approuvés au pays.

J'ai aussi annoncé le cadre d'application « Des aliments sains et salubres pour les Canadiens », élaboré de concert avec l'ACIA. Ce cadre décrit le travail réalisé par le gouvernement pour informer les consommateurs relativement aux choix d'aliments sains et salubres, réduire au minimum les risques d'insalubrité des aliments et protéger les Canadiens quand des aliments insalubres sont vendus sur le marché en les retirant — cela va de soi — rapidement des tablettes.

J'aimerais aussi prendre quelques minutes pour parler du régime canadien de soins de santé, des pressions exercées sur lui et des mesures que nous prenons.

[Français]

La population du Canada est parmi celles qui sont le plus en santé au monde. Plus que jamais auparavant, les Canadiens vivent plus longtemps et profitent de plus d'années de qualité, en bonne santé. Nous vivons à une époque où les progrès en matière de soins de santé sont considérables.

[Traduction]

D'ailleurs, le gouvernement offrira aux provinces et aux territoires les transferts en santé les plus élevés de l'histoire canadienne. Ce

financement record atteindra 40 milliards de dollars par année d'ici la fin de la décennie et procurera stabilité et prévisibilité au système de santé. De fait, depuis que nous avons formé le gouvernement, les paiements de transfert en santé versés aux provinces se sont accrus de près de 50 %, mais il y a aussi certains problèmes importants auxquels nous devons continuer de nous attaquer. Nous devons tout simplement déployer plus d'efforts pour veiller à ce que notre système de soins de santé soit novateur et à ce qu'il permette de dispenser les soins que les Canadiens veulent et dont ils ont besoin, ainsi que pour assurer sa viabilité à long terme.

[Français]

Depuis ma nomination, j'ai eu le privilège de rencontrer des Canadiens provenant de partout au pays et de les entendre parler de notre système de soins de santé.

[Traduction]

J'ai également rencontré des travailleurs de première ligne, et j'ai même eu la chance de travailler pendant une journée avec des résidents au St. Joseph's Health Centre, à Toronto, pour comprendre le travail important qu'ils effectuent et les difficultés auxquelles ils font face.

Des Canadiens m'ont dit qu'à leur avis, le système doit s'adapter aux réalités changeantes sur les plans économique, démographique et technologique. Il faut qu'ils sachent que nous nous efforçons d'améliorer le système de santé et pour assurer sa viabilité; pas seulement pour nous-mêmes, mais aussi pour les générations futures.

Ces préoccupations renforcent l'idée que le principal défi que devra relever le Canada au chapitre de son système de santé, c'est d'en assurer la viabilité à long terme. En vérité, les inefficiences de notre système de santé ne pourront pas être réglées par un financement additionnel. À l'heure actuelle, nos dépenses en santé représentent 11,2 % de notre PIB. Ce pourcentage est bien plus élevé que celui d'un grand nombre d'autres pays, et certains experts comme David Dodge affirment que, si on ne fait rien, les dépenses en santé des secteurs public et privé pourraient compter pour 15 % de notre PIB, ou même plus.

À mon avis, la viabilité à long terme de notre système de santé passe d'abord et avant tout par l'innovation. Nous devons mieux utiliser nos ressources actuelles et nous efforcer d'adopter des pratiques exemplaires. Nous devons donc abattre les cloisons, faire preuve de créativité et travailler de concert pour améliorer la productivité, l'efficacité et la réactivité du système de santé.

À cette fin, j'ai annoncé il y a quelques mois la création d'un groupe d'experts chargé de trouver les innovations plus prometteuses en santé — d'ici et d'ailleurs —, qu'il s'agisse de technologies ou de modèles de soins. Ce groupe aura surtout pour mandat de trouver des solutions novatrices à ces difficultés et d'orienter nos décisions stratégiques futures. Il cernera aussi les innovations prometteuses d'ici et d'ailleurs — comme je l'ai dit — qui sont susceptibles de réduire la croissance des dépenses en santé tout en améliorant les soins, et il recommandera au gouvernement fédéral des façons de mieux aligner ses efforts pour appuyer de telles innovations.

J'attends avec impatience les recommandations de ce groupe d'experts. Elles nous seront extrêmement utiles afin d'obtenir un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens d'aujourd'hui et de demain. Je vous fournirai très bientôt plus de renseignements à ce sujet.

•(0855)

[Français]

Toutes les autorités au Canada commencent à mettre l'accent sur les innovations au sein du système de soins de santé, et nous faisons des progrès.

[Traduction]

Notre gouvernement joue un rôle clé à ce chapitre. Sur le plan de la recherche, nous investissons près de 1 milliard de dollars par année pour soutenir les meilleurs chercheurs canadiens en santé et leurs stagiaires par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada. Je suis particulièrement heureuse des investissements que nous avons réalisés dans le cadre de la Stratégie de recherche axée sur le patient du Canada.

La SRAP — comme nous l'appelons —, à l'égard de laquelle les IRSC jouent un rôle de leader particulièrement important, est le fruit d'une coalition formée par des partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux, des patients, des chercheurs et des représentants de l'industrie, qui sont tous résolus à s'assurer que les patients bénéficient d'une intervention appropriée au bon moment.

Je me suis réjouie du fait que, dans le budget de 2014, nous nous sommes engagés à continuer de soutenir cette initiative en bonifiant de 15 millions de dollars le financement qui lui était consacré. Cela appuiera l'élargissement de la SRAP et la création du Consortium canadien en neurodégénérescence et vieillissement ainsi que d'autres priorités de recherche en santé.

Certes, il sera crucial d'établir des partenariats entre le gouvernement, l'industrie et d'autres intervenants du secteur privé, le milieu de la santé et le milieu universitaire. Nous avons relancé le secteur privé afin de l'amener à établir un partenariat avec nous et le secteur des organismes sans but lucratif en vue de réaliser des investissements pour atteindre certains objectifs de santé publique et de lancer conjointement des initiatives qui contribueront à rendre la société et les milieux de travail canadiens plus sains. Je suis ravie de dire que la réaction des OSBL et du secteur privé à cette invitation a été très favorable.

Voici un exemple de ce genre d'initiatives: dans le cadre de notre partenariat avec Air Miles Pour le progrès social et les YMCA, les personnes abonnées à un de ces centres de conditionnement physique reçoivent des milles de récompense Air Miles si elles atteignent certains jalons hebdomadaires en matière d'activité physique. Nous essayons de déterminer si cette approche axée sur des mesures incitatives occasionnera des changements comportementaux à long terme.

Nous avons aussi conclu un partenariat avec Canadian Tire, les Partenaires philanthropes LIFT et la CBC dans le cadre d'une initiative appelée Jeu d'échange, qui consiste à demander directement aux Canadiens de nous faire part de leurs idées qui contribuent à l'adoption d'un mode de vie sain afin que nous puissions les mettre en œuvre. Nous savons que les Canadiens comptent parmi les personnes les plus ingénieuses et novatrices du monde, alors nous voulons tirer parti de leurs idées. Nous avons eu l'occasion de lancer cette initiative durant les Jeux olympiques d'hiver, et le niveau de participation est fantastique.

En alliant nos forces avec celles des secteurs public et privé, nous favorisons l'innovation, nous tirons le meilleur parti de nos ressources, nous amplifions les retombées pour nos collectivités et nous créons des environnements qui contribuent à faire du choix santé le choix facile.

Je vais m'arrêter là, madame la présidente. Je serai heureuse de répondre aux questions des députés.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Madame la ministre, merci beaucoup de votre témoignage. Je suis certaine que les membres du comité auront plein de bonnes questions à vous poser.

Nous allons lancer la première série de questions. Les interventions dureront sept minutes. Monsieur Morin, à vous d'ouvrir le bal.

[Français]

**M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD):** Je vous remercie beaucoup, madame la présidente.

Je remercie également Mme la ministre d'être parmi nous. J'aimerais lui demander de répondre à toutes mes questions et de fournir des réponses brèves, étant donné que j'en ai plusieurs à lui poser.

[Traduction]

Si, malheureusement, ses réponses ne sont pas très brèves, je devrai l'interrompre, et ce n'est pas ce que je souhaite.

Voici la première question que je veux vous poser, madame la ministre. Quand des représentants du gouvernement ont comparu devant le comité en novembre, ils ont dit qu'aucune demande n'avait été présentée pour la mifépristone, mais, en fait, une demande avait été soumise à Santé Canada plus d'un an plus tôt.

Ce médicament est approuvé dans 57 pays, dont les États-Unis. Le milieu médical le décrit même comme l'étalon-or en matière de soins.

Étant donné que l'accès sécuritaire à des services d'avortement est un droit fondamental au Canada, est-ce que la ministre pourrait confirmer que le processus d'approbation de Santé Canada pour la mifépristone sera complètement indépendant et fondé seulement sur les données scientifiques?

**L'hon. Rona Ambrose:** Oui, je serais heureuse de répondre à cette question. Certes, je sais que l'information était disponible la dernière fois que des représentants du ministère ont comparu devant le comité; je sais que le sous-ministre a alors abordé cette question.

Comme tous les médicaments, la mifépristone est soumise à un processus d'approbation mené par des scientifiques de Santé Canada et non pas par des politiciens ou des ministres. En vertu de la Loi sur les aliments et drogues et de son règlement d'application, les fabricants doivent présenter une demande d'approbation de médicament à Santé Canada, et le délai de traitement des demandes varie selon les renseignements qu'ils ont fournis.

**M. Dany Morin:** Donc, le processus sera mené de façon indépendante?

**L'hon. Rona Ambrose:** Oui.

**M. Dany Morin:** Merci beaucoup.

Ma prochaine question est la suivante. La principale bibliothèque de Santé Canada a fermé ses portes, et sa collection d'ouvrages en format papier a été déplacée. La ministre peut-elle confirmer qu'elle est consciente du fait qu'une bibliothèque dépourvue du personnel et des ressources nécessaires représente un risque pour le ministère et que cela met en péril la santé des Canadiens?

**L'hon. Rona Ambrose:** Ce que je peux vous dire, c'est que des responsables du ministère m'ont assuré que la numérisation de nos services de bibliothèque permettra à un plus grand nombre de représentants et de fonctionnaires de Santé Canada d'accéder aux documents, ce qui, selon eux, représente un changement très positif. Les employés peuvent accéder à tous les documents par l'intermédiaire de nos services de bibliothèque.

• (0900)

**M. Dany Morin:** Eh bien, en fait, des gestionnaires de Santé Canada ont admis que ces changements apportés aux services de bibliothèque du ministère pourraient compromettre sa crédibilité et sa capacité de prendre des décisions fondées sur des données probantes. La ministre est-elle consciente de ces préoccupations?

**L'hon. Rona Ambrose:** Comme je l'ai dit, le ministère m'a assuré que les employés continuent d'avoir librement accès à la vaste base de données électronique de publications et qu'ils peuvent demander tout document qui n'est pas encore disponible par voie électronique.

Vous devriez savoir que la collection complète de la bibliothèque demeure accessible à tous les employés de Santé Canada, que ce soit au moyen d'une demande de prêt ou par voie électronique, par le truchement du Conseil national de recherches.

**M. Dany Morin:** Mais, si je ne m'abuse, il y avait auparavant 40 chercheurs qui travaillaient à la bibliothèque, et maintenant, il n'y en a plus que six. Croyez-vous sincèrement qu'ils seront capables de mener plus de travaux de recherche et d'accroître leur accessibilité, avec des effectifs aussi réduits?

**L'hon. Rona Ambrose:** Je comprends ce que vous dites, mais des responsables m'ont assuré que c'est une bonne décision, car elle permettra à plus de gens d'accéder aux documents.

**M. Dany Morin:** D'accord, dans ce cas. Merci de votre réponse.

Voici ma prochaine question. Les Premières Nations et les Inuits du Canada sont confrontés à des obstacles considérables liés à l'accessibilité des services dentaires, et le taux de maladies dentaires est bien plus élevé dans ce groupe démographique que dans le reste de la population, mais nous avons entendu parler de préoccupations importantes en ce qui a trait aux règles et aux exigences du Programme des services de santé non assurés, le programme de services dentaires à l'intention de ces populations. Ces règles peuvent retarder le traitement, accroître les coûts de transport et avoir un effet dissuasif concernant le traitement de suivi. Tous ces effets ont des conséquences directes sur la santé des patients.

Pouvez-vous confirmer que vous comptez mener un examen conjoint du Programme des services de santé non assurés pour vérifier s'il remplit ses objectifs et s'il répond aux besoins des Premières Nations et des Inuits du Canada?

**L'hon. Rona Ambrose:** Oui, je peux confirmer que nous discutons actuellement de la tenue d'un examen.

**M. Dany Morin:** Avez-vous établi un échéancier concernant sa date de début et sa date d'achèvement?

**L'hon. Rona Ambrose:** Non. J'en ai discuté avec le chef Atleo il y a un certain nombre de semaines, et nous nous sommes engagés auprès de lui et de l'APN à mener cet examen, qui faisait d'ailleurs déjà partie de nos projets.

**M. Dany Morin:** Croyez-vous que cet examen conjoint commencera avant les élections?

**M. George Da Pont (sous-ministre, ministère de la Santé):** Je pourrais apporter certaines précisions au sujet de l'échéancier.

L'APN est en train d'achever l'élaboration de sa propre approche interne concernant l'examen. Je crois savoir que le travail sera réalisé durant l'été; nous serons ensuite en mesure de lancer le processus.

**M. Dany Morin:** Merci beaucoup.

Ma prochaine question s'adresse encore à la ministre. Comme vous devez le savoir, la pénurie de médicaments s'est aggravée. Les médecins et les pharmaciens disent qu'ils passent plus en plus de temps à faire des recherches pour composer avec la pénurie de médicaments et trouver des substituts.

Quelles mesures avez-vous prises pour vous attaquer à ce problème à mesure qu'il a continué à s'aggraver? Je vous prierais de me fournir une réponse brève.

**L'hon. Rona Ambrose:** Bien sûr.

Certes, les pénuries de médicaments sont une source d'inquiétude pour nous tous. Ce problème ne touche pas seulement le Canada; il est mondial, et nous prenons la situation très au sérieux.

Nous avons créé un comité directeur d'intervenants relativement aux pénuries de médicaments. Il est coprésidé par notre ministère et la province de l'Alberta, et l'ensemble des provinces et territoires y sont représentés. Ce comité travaille de concert avec les compagnies pharmaceutiques. Nous avons établi une stratégie pancanadienne pour gérer et prévenir les pénuries et atténuer leurs conséquences.

Nous avons vu de réels progrès et nous avons annoncé des stratégies de communication améliorées. De plus, comme vous le savez, quand les compagnies pharmaceutiques prévoient une pénurie de médicaments, elles nous en avisent. Nous...

**M. Dany Morin:** Mais ce n'est pas obligatoire.

**L'hon. Rona Ambrose:** En effet.

**M. Dany Morin:** Est-ce que ça devrait l'être?

**L'hon. Rona Ambrose:** Comme je l'ai dit de nombreuses fois, si ça ne fonctionne pas, nous rendrons la chose obligatoire. C'est ce que j'ai dit aux provinces, et c'est ce que j'ai signalé à l'industrie. Nous surveillons évidemment la situation de près, et, si nous trouvons que ce n'est pas suffisant...

Les membres du comité d'intervenants ont convenu que l'approche devrait être axée sur la communication volontaire, mais j'ai fait savoir très clairement à tout le monde que, si elle ne se révèle pas efficace, le gouvernement fédéral rendra la communication obligatoire. Je peux vous dire que nous avons déjà commencé à tenir des consultations officielles.

**M. Dany Morin:** Merci.

Voici ma dernière question. La résistance aux antibiotiques est un problème de santé croissant qui relève de votre ministère. J'aimerais vous demander quelles mesures ont été prises en vue de protéger la santé de la population et de surveiller la situation.

**L'hon. Rona Ambrose:** Nous avons pris beaucoup de mesures concernant ce problème.

J'aimerais céder la parole au Dr Gregory Taylor pour qu'il commente notre stratégie relative à la RAM...

• (0905)

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Le temps d'intervention est écoulé, alors je pense que nous pourrions revenir sur cette question plus tard. Elle est très importante, alors nous y reviendrons.

J'aimerais maintenant inviter M. Wilks à poser ses questions.

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

Je remercie la ministre de sa présence ici aujourd'hui. Nous lui sommes reconnaissants d'être venue.

Dans le cadre de notre étude relative à la consommation abusive de médicaments sur ordonnance, plusieurs témoins ont parlé du besoin de s'assurer que les membres des familles canadiennes ont tous les renseignements dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées à l'égard des médicaments qu'ils prennent.

Compte tenu de tous les risques inhérents à un grand nombre de médicaments, je pense que tout le monde ici conviendra que nous devons accroître la sensibilisation. Il est impératif que les renseignements relatifs à l'innocuité des médicaments soient disponibles et accessibles non seulement pour les médecins — qui sont débordés —, mais aussi pour les parents et les autres membres des familles. Étant moi-même un père et un grand-père, j'estime qu'il est crucial que j'aie moi aussi accès à ces renseignements pour bien comprendre les risques et les bienfaits liés à certains médicaments.

Pourriez-vous dire au comité quelles mesures sont prises pour s'assurer que l'information sur l'innocuité des médicaments est accessible pour les personnes qui en ont besoin?

**L'hon. Rona Ambrose:** Je vous remercie de votre question et du bon travail que vous réalisez au sein du comité.

J'aime votre question, car elle nous donne l'occasion de parler de ce que je considère être de l'excellent travail réalisé par le ministère de la Santé afin de devenir un chef de file — s'il n'en est pas déjà un — en matière de transparence. Je crois qu'il n'y a aucun élément à l'égard duquel la confiance en la transparence est plus importante qu'en ce qui a trait à notre système de santé et aux décisions connexes prises par nos organismes de réglementation, qu'il soit question des médicaments ou des autres produits pris par les Canadiens. Je suis donc très satisfaite. Nous avons fait beaucoup de travail ces derniers mois et, tout récemment, nous avons établi un cadre réglementaire en matière de transparence et d'ouverture qui constitue un exemple à suivre à l'échelle mondiale. Ainsi, pour la première fois au Canada, des résumés d'étude pratiques sur l'innocuité des médicaments — qui font du Canada un chef de file en la matière — sont accessibles en ligne, de façon transparente et dans un format accessible pour les Canadiens. Ces résumés fourniront au public des descriptions en langage clair des découvertes de Santé Canada à propos des médicaments et de leurs effets afin que les Canadiens puissent prendre des décisions éclairées en ce qui a trait à leur santé.

Grâce à ce nouveau cadre, le Canada est maintenant un leader mondial relativement à la publication transparente des résumés d'études pratiques sur l'innocuité des médicaments; de fait, il a de l'avance tant sur les États-Unis que sur l'Union européenne. Auparavant, comme vous le savez, ces renseignements étaient seulement accessibles aux personnes qui présentaient une demande d'information, et je trouvais que ce n'était pas suffisant.

J'aimerais aussi faire cette précision: bien qu'il n'y ait pas beaucoup de Canadiens ordinaires qui s'intéressent aux études techniques complètes, bien des chercheurs, médecins et autres intervenants du système de santé — et peut-être aussi des journalistes — pourraient l'être, et on peut également consulter ces études en présentant une demande en ce sens à Santé Canada. Nous avons aussi reçu des commentaires très positifs à ce chapitre. D'ailleurs, le président-directeur général de l'Association des pharmaciens du Canada a loué le gouvernement pour ses efforts visant à accroître la transparence en mettant à la disposition du public les études sur l'innocuité des médicaments. Pour élaborer ce cadre réglementaire, nous avons consulté une grande diversité

d'intervenants, et je dois dire qu'un certain nombre de députés de la Chambre des communes — de toutes allégeances — ont aussi participé à cette initiative. Je suis donc très heureuse du travail concret réalisé par les parlementaires au chapitre de la transparence.

Ces documents techniques complets, très exhaustifs et complexes, peuvent comporter de quelques centaines à quelques dizaines de milliers de pages. C'est pourquoi j'ai dit que nous devrions les fournir sur demande en plus de rendre accessibles les résumés pratiques en langage clair. Par ailleurs, il est important de noter que ces progrès sur le plan de la transparence ne représentent que le début d'une série de mesures. Je me suis engagée à accroître la transparence. Nous essaierons de prendre d'autres mesures pour que l'information sur l'innocuité des médicaments — qui est d'une importance cruciale — soit accessible pour les Canadiens, et je veillerai à ce que Santé Canada continue chaque année de trouver des façons d'accroître l'ouverture et la transparence pour le bien de la population.

Cependant, l'essentiel, c'est que notre gouvernement accroît la pertinence de ces renseignements. Nous rendons l'information sur l'innocuité des médicaments plus utile et plus rapidement accessible que jamais, et je sais que les Canadiens veulent y avoir accès. Il y a beaucoup de citoyens qui cherchent ce genre de renseignements sur le site Web de Santé Canada. Un des aspects positifs de cette initiative, selon moi, c'est que nous communiquons maintenant avec les Canadiens par l'intermédiaire d'un portail; nous leur demandons dans quelle mesure ils voudraient des renseignements plus détaillés, ce que nous pourrions faire d'autre pour accroître la transparence, quel genre d'information devra être ajoutée et quel genre d'information ils cherchent en particulier. À mon avis, cela représente aussi un très grand pas dans la bonne direction.

**M. David Wilks:** Comme vous le savez, des décisions judiciaires rendues en 2001 ont tenu le gouvernement de donner légalement accès à de la marijuana aux personnes autorisées à en consommer par un médecin. Cependant, l'utilisation de marijuana et le système qui en a autorisé la culture à domicile ont dérapé, si je puis dire, et vont à l'encontre de l'avis des médecins et — assurément — des forces de l'ordre. De fait, ces dernières semaines, votre comité a entendu les témoignages de médecins et de chercheurs à propos des graves effets dommageables qui sont associés à la consommation de marijuana. Leurs témoignages ont fait la lumière sur les dommages qu'elle peut causer au cerveau en développement et sur les effets néfastes qu'elle a sur les collectivités.

À titre de policier à la retraite, je suis préoccupé par la présence de la marijuana dans nos collectivités et, surtout, par ses effets néfastes sur les jeunes Canadiens. Pourriez-vous dire au comité ce que fait le gouvernement pour protéger la santé et la sécurité des familles et des collectivités canadiennes à cet égard?

● (0910)

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Il vous reste un peu plus d'une minute.

**L'hon. Rona Ambrose:** Bien sûr.

Je pense que l'étude réalisée par votre comité a très bien fait ressortir les risques pour les jeunes, surtout les risques sanitaires. La banalisation de la marijuana me préoccupe beaucoup. La discussion sur sa légalisation m'inquiète, car elle donne à penser qu'il est bon pour la santé d'en fumer et qu'il est acceptable de le faire, pourvu qu'on ait plus de 18 ans. Ce n'est pas un bon message à envoyer aux jeunes. Ce n'est pas un bon message pour eux. Nous savons que, chaque année, de plus en plus de travaux de recherche font état des répercussions de la consommation de marijuana sur la santé. C'est donc une question préoccupante.

En ce qui concerne les installations de culture et le programme de marijuana à des fins médicales, nous avons rendu ce programme beaucoup plus strict et rigoureux par divers moyens, surtout en exigeant que la marijuana soit cultivée par des exploitants commerciaux approuvés par la GRC et assujettis à de nombreuses mesures de sécurité, et en mettant fin aux installations de culture à domicile, qui, comme vous le savez, représentaient un problème important dans bien des collectivités.

Nous avons effectivement dû modifier ce programme. D'ailleurs, à mon avis, il n'était pas bien géré. Je me réjouis du fait que nous y avons apporté des changements. En moyenne, le patient typique visé par le programme de marijuana à des fins médicales était autorisé à fumer de 45 à 90 joints par jour, ce qui est tout à fait inacceptable. Il faut qu'il y ait une supervision médicale et une supervision de médecins, et c'est ce que nous demandons maintenant.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Merci beaucoup.

Merci, monsieur Wilks.

La parole va maintenant à la Dre Fry.

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

Bienvenue, madame la ministre. Tout comme mon collègue, je vais faire ce préambule: comme j'ai énormément de questions à vous poser, je vous serais très reconnaissante de vous en tenir à des réponses brèves. Je tâcherai de poser des questions brèves.

Le rapport sur les plans et les priorités prévoit l'affectation d'environ 7,7 millions de dollars au programme d'immunisation de l'Agence de santé publique du Canada. Les taux de vaccination diminuent au pays. Nous savons que, dans certaines régions, le taux est seulement de 60 %.

Je sais que vous avez déclaré, madame la ministre, que vous avez créé un système en ligne à l'intention des parents qui ont fait vacciner leurs enfants pour effectuer un suivi de leurs vaccins. À mon avis, cela ne suffit pas, car cela revient à prêcher les convertis. Je me demande si vous avez un plan concernant l'utilisation de ces 7,7 millions de dollars en vue de faire remonter les taux de vaccination à 95 % comme c'était le cas auparavant; 100 % serait l'idéal, mais nous savons que ce ne sera jamais possible. Je crois que c'est très important, car un incident nous guette. Les épidémies de rougeole peuvent être mortelles pour les enfants.

Selon moi, il faut s'attaquer de toute urgence à ce problème. Je veux savoir comment vous allez utiliser ces fonds et comment vous tâcherez de remédier aux taux élevés de non-vaccination.

**L'hon. Rona Ambrose:** Je suis tout à fait d'accord avec vous. Il est très dérangeant de constater la tendance qu'ont certains parents à refuser de faire vacciner leurs enfants en se fondant sur des renseignements erronés, comme l'allégation selon laquelle les vaccins peuvent causer l'autisme alors que nous savons clairement que c'est faux. De fait, les vaccins sauvent des vies. Pas plus tard qu'aujourd'hui, à Edmonton, la ville où je vis, un autre cas a été déclaré, et il s'agissait d'un enfant qui n'avait pas été vacciné.

**L'hon. Hedy Fry:** Avez-vous un plan, madame la ministre?

**L'hon. Rona Ambrose:** Nous avons la stratégie nationale d'immunisation. Nous faisons de la sensibilisation. Nous travaillons en étroite collaboration avec les professionnels de la santé publique de partout au pays, de même qu'avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Nous avons une approche coordonnée en ce qui concerne l'achat de vaccins, l'information sur les vaccins et le leadership à exercer en cas d'épidémie ou de problème naissant en matière d'innocuité et d'approvisionnement.

Nous faisons tout en notre pouvoir, mais je vous encourage également à sensibiliser les gens à ce problème. Chacun d'entre nous doit le faire, car il y a beaucoup de renseignements erronés qui circulent relativement à ce mouvement et à cette tendance antivaccination. Plus nous serons en mesure d'informer et de sensibiliser les gens, mieux ce sera. Et nous déployons des efforts en ce sens.

**L'hon. Hedy Fry:** Les provinces disposent de certains outils, mais j'espère que vous travaillerez avec elles...

**L'hon. Rona Ambrose:** Oui.

**L'hon. Hedy Fry:** ... pour que ces outils puissent être utilisés à l'échelle nationale.

Par ailleurs, le budget de 2014 modifie la formule servant à déterminer les paiements de transfert aux provinces: ils seront maintenant déterminés en fonction du nombre d'habitants. Cela signifie que le nombre d'habitants ne sera plus seulement un des facteurs pris en compte pour établir les montants: ce sera le seul facteur.

Nous savons que la réalité démographique de certaines provinces est un énorme problème et que celles-ci risquent d'être confrontées, entre autres, à des coûts très élevés sur le plan des soins aux aînés. Une des choses qui nous dérange, c'est qu'en vertu de la nouvelle formule, l'Alberta — par exemple — recevra après de 1 milliard de dollars en paiements de transfert cette année, alors qu'il y a très peu d'aînés là-bas. Cependant, la Nouvelle-Écosse recevra seulement 17 millions de dollars, alors que les aînés comptent pour un très grand pourcentage de la population dans les provinces atlantiques. C'est d'ailleurs la même chose dans ma province, la Colombie-Britannique.

Avez-vous l'intention de trouver une façon de réajuster le transfert selon la représentation démographique ? Si vous ne le faites pas, certaines provinces ne seront plus en mesure de répondre aux besoins de leur population parce que vous aurez remplacé la formule fondée sur les besoins et la représentation démographique par une formule fondée simplement sur le nombre d'habitants.

● (0915)

**L'hon. Rona Ambrose:** Je crois que la formule de calcul par habitant est juste. Je le crois vraiment.

**L'hon. Hedy Fry:** Je ne partage pas votre avis.

**L'hon. Rona Ambrose:** Il y a toujours des problèmes lorsqu'on arrête son choix sur une formule de financement. Mais je crois sincèrement que... Si on regarde le niveau de financement qu'offre cette formule, le financement atteindra un record de 40 milliards d'ici les 10 prochaines années. Les transferts en matière de santé ont augmenté de presque 50 %, et ils continueront à croître aux termes d'une clause d'indexation de 6 % par année au cours des trois prochaines années.

Je dis cela parce que... La bonne nouvelle, c'est que nous avons appris, à la lumière du dernier rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé, que les dépenses provinciales totales en santé commencent en fait à ralentir. C'est une bonne chose. Cela signifie que les provinces et les intervenants responsables de ces dépenses directes en services de santé sur leur territoire commencent à songer à des façons de réaliser des économies et d'augmenter la durabilité. C'est positif.



**L'hon. Hedy Fry:** Mais lorsqu'il est question des résultats en matière de santé, madame la ministre, ce n'est pas tout noir ou tout blanc. Le simple fait que les dépenses en santé aient diminué dans la province ne signifie pas que, tout à coup, on offre des soins de santé de qualité dans des délais raisonnables. Je crois aussi qu'il s'agit d'une iniquité flagrante. Je me demandais seulement si vous aviez un projet pour rétablir la situation, et, de toute évidence, ce n'est pas le cas, car vous trouvez qu'il s'agit d'une bonne idée.

Bon, j'avancerais que les 41,2 milliards de dollars qui ont été rendus aux soins de santé au cours des 10 dernières années — jusqu'en 2014 — l'ont été faits par un gouvernement libéral, comme vous le savez très bien, et ce versement est assorti d'une clause d'indexation de 6 %. Cela a permis aux transferts aux provinces en matière de santé et à la part de financement fédéral dans le secteur de la santé d'atteindre les 20 %. Le changement — en parlant des 3 % en 2017 — va continuer de faire baisser la part du financement en santé de sorte que, comme l'a dit le directeur parlementaire du budget, elle passera de 20 à 13 % dans les 20 prochaines années.

Cela signifiera que, comme le gouvernement continue de dire que la santé est de ressort provincial, la capacité d'offrir de bons soins de santé aux gens dépendra de la province, comme nous l'avons déjà appris des rapports canadiens en matière de santé de l'ICIS, entre autres.

Alors, la question est de savoir ce que vous allez faire. Cela signifie que l'assurance-maladie est à risque maintenant. Allez-vous prendre des mesures pour vous assurer que le financement demeure à 20 % ou atteint au moins les 25 %? Parce que la voie dans laquelle vous vous êtes engagés va mener à une réduction de la part fédérale du financement à 13 %.

**L'hon. Rona Ambrose:** Soyons clairs; pour les trois prochaines années, les transferts en matière de santé devraient continuer à augmenter de plus du double du taux de dépenses dans les provinces et les territoires.

Je crois qu'on s'entend pour dire, à l'échelle du pays, qu'une augmentation du financement ne résoudra pas le problème. Nous avons une clause d'indexation de 6 %. Un taux de dépenses croissant. Les provinces font de l'excellent travail pour ce qui est de maîtriser ces dépenses, non pas parce qu'elles effectuent des compressions, mais parce qu'elles savent qu'elles veulent un système de santé durable. Si nous voulons nous attaquer au problème directement, nous devons trouver de meilleures façons d'offrir des soins et nous tourner vers des technologies novatrices. Nous devons songer à innover dans notre système. Lorsque nous regardons d'autres pays comparables au Canada, qui dépensent moins en obtenant de meilleurs résultats, nous savons qu'il y a des aspects onéreux dans notre système que nous pouvons modifier. Je suis très optimiste quant à notre capacité de trouver — en collaboration avec les provinces et les territoires — ces solutions qui permettront d'offrir de meilleurs soins de façon plus novatrice.

Je sais que ces solutions existent, et je sais que mes collègues des provinces et des territoires se sont également engagés à l'égard d'un cadre novateur pour s'assurer que nous avons un système solide et durable.

**L'hon. Hedy Fry:** Mais vos collègues des provinces et des territoires demandent à rencontrer le premier ministre afin de pouvoir se pencher sur les innovations promises dans l'Accord sur la santé de 2014, qui prévoyait toute une transformation. Cela ne s'est jamais produit, car vous avez tourné le dos au processus.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Docteur Fry, nous venons d'atteindre les sept minutes.

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

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Le temps est écoulé, alors nous pourrions peut-être revenir sur le sujet. Merci.

Maintenant, nous allons donner la parole à M. Young.

**M. Terence Young (Oakville, PCC):** Merci, madame la présidente.

Bienvenue, madame la ministre.

Il y a 14 ans, ma fille, Vanessa Young, a tragiquement trouvé la mort à la suite d'une arythmie cardiaque causée par le médicament d'ordonnance Prepulsid, qui a été jugé dangereux et a par la suite été retiré du marché. De fait, il a été retiré du marché américain trois jours après sa mort.

Le décès de Vanessa et de bien d'autres personnes aurait pu être évité avec des mises en garde plus fortes sur les étiquettes et une communication claire avec les médecins. Du reste, dans le cadre de notre étude sur l'abus de médicaments d'ordonnance, un certain nombre de témoins — notamment des médecins et des chercheurs — ont déclaré qu'il fallait inscrire des mises en garde plus fortes sur les étiquettes et mettre en place des restrictions sur les médicaments d'ordonnance définissant clairement les risques de dépendance et les effets indésirables possibles.

Madame la ministre, plusieurs mesures importantes ont été prises pour améliorer la sécurité des patients au Canada. Pouvez-vous informer le comité des mesures prises pour renforcer l'innocuité des médicaments et la sécurité des patients au Canada, afin de mieux protéger les Canadiens des conséquences potentiellement dangereuses des médicaments?

● (0920)

**L'hon. Rona Ambrose:** Bien sûr. Beaucoup d'efforts sont déployés grâce à votre leadership, monsieur Young, alors je vous remercie de votre question.

Comme vous le savez, en plus de nous être engagés, dans notre discours du Trône, à introduire de nouvelles dispositions législatives assurant la sécurité des patients, nous l'avons aussi fait récemment lors du dépôt de la Loi de Vanessa, vers la fin de l'année dernière. Je voulais seulement vous remercier de l'excellent travail de sensibilisation que vous avez dirigé au chapitre de l'innocuité des médicaments. Il va sans dire que vous êtes un porte-parole très convaincant sur ce front.

Mais des histoires comme celles de votre fille nous rappellent vraiment à tous les conséquences graves que peuvent avoir les médicaments et le rôle que doit assumer l'organisme de réglementation — c'est-à-dire Santé Canada — et le rôle que doit assumer le gouvernement pour établir les systèmes les plus solides possible afin d'éviter à d'autres familles et patients la terrible perte qu'a subie votre famille.

Bien entendu, Santé Canada est responsable d'examiner tous les médicaments en vente au Canada en vue de s'assurer qu'ils ne sont pas nuisibles et qu'ils sont efficaces, mais les pouvoirs que confère la Loi de Vanessa permettront de s'assurer que nous puissions le faire encore mieux. Nous devons maintenir notre vigilance, même après l'adoption de la loi. À l'heure actuelle, les établissements de soins de santé ne sont pas tenus de signaler les effets indésirables des médicaments, comme vous l'avez mentionné, par exemple, et il n'y a aucune autorité habilitée à ordonner des changements d'étiquette ou d'emballage si nous jugeons que de l'information ou des études supplémentaires s'imposent après avoir relevé un problème d'innocuité particulier. Et, bien sûr, comme vous le savez, la Loi de Vanessa comblera cette lacune.

La science et la médecine ont beaucoup évolué au cours des 50 dernières années, comme vous le savez, depuis la dernière mise à jour de la Loi sur les aliments et drogues. Je crois que le Canada accuse un certain retard par rapport à ses homologues internationaux en matière de réglementation qui ont accru la surveillance réglementaire des produits sur le marché afin d'améliorer la sécurité des patients. Mais la Loi de Vanessa nous amènera où nous devrions être et, en fait, nous permettra d'aller encore plus loin. Nous allons introduire, par l'intermédiaire de la Loi de Vanessa, de lourdes amendes pour les gens qui ne respectent pas les exigences, en plus de toutes les mesures que nous mettons en place. La loi prévoit des pénalités très importantes, comme vous le savez, dont des peines d'emprisonnement. Simplement pour vous mettre en contexte, par le passé, une amende revenait à environ 5 000 \$ par jour. Comme vous pouvez l'imaginer, cela correspond à peu près à l'amende infligée aux termes d'un règlement municipal pour avoir laissé des déchets dans un parc. Lorsque la Loi de Vanessa entrera en vigueur, ce montant sera de 5 millions de dollars par jour. Je crois que cela envoie aux compagnies pharmaceutiques un message fort concernant la nécessité de collaborer avec nous en matière d'innocuité.

La Loi de Vanessa témoigne aussi de l'importance que nous accordons à faire de la sécurité des patients canadiens une priorité. En ma qualité de représentante du gouvernement et de l'organisme de réglementation, j'espère que tous les partis appuieront le projet de loi. J'ai été ravie de constater que, lorsque vous avez pris la parole en Chambre, vous avez obtenu l'appui de tous les partis. Je sais que des députés — vous y compris —, ont manifesté un intérêt à apporter des amendements, et nous y sommes ouverts, comme je l'ai dit. J'ai hâte de voir ces amendements et de travailler avec les députés pour rendre le projet de loi encore plus solide.

**M. Terence Young:** Merci.

Notre comité a récemment entrepris une étude sur la montée troublante du phénomène d'abus de médicaments d'ordonnance. Nous avons entendu le témoignage d'experts en la matière des domaines médical et pharmaceutique, d'organismes de réglementation et des forces de l'ordre ainsi que de dirigeants des Premières Nations et de parents sur l'ampleur et la gravité du problème de l'abus de médicaments d'ordonnance ainsi que certaines solutions potentielles au problème.

L'un des problèmes qui revenaient toujours touchait le manque d'information, chez les Canadiens, au sujet des risques de dépendance liés aux médicaments d'ordonnance. Nous avons également appris des experts que l'entreposage et l'élimination convenables des médicaments d'ordonnance étaient essentiels pour empêcher la prise de ces médicaments sans ordonnance. En fait, nous avons entendu dire que, dans certaines localités, des adolescents allaient piller la pharmacie de leurs parents, mettaient le tout dans un bol et appelaient cela un « party de pilules », ce qui est extrêmement dangereux.

Madame la ministre, le problème de l'abus de médicaments d'ordonnance afflige de nombreux Canadiens et leur famille. Pouvez-vous informer le comité du travail effectué pour régler le problème d'abus de médicaments d'ordonnance au Canada?

• (0925)

**L'hon. Rona Ambrose:** Bien sûr. Merci beaucoup.

Je remercie le comité du travail qu'il a effectué dans ce domaine aussi. Il s'agit d'un grave problème de santé publique, et nous menons des campagnes de sensibilisation à ce sujet, entre autres auprès du milieu médical. Nous reconnaissons que le problème de

l'abus des médicaments d'ordonnance prend de l'ampleur au Canada. Cela me préoccupe énormément.

Nous travaillons aussi activement avec les provinces et les territoires pour régler ce problème. Nous avons collaboré avec eux. Comme vous le savez, certain d'entre eux ont des programmes de surveillance des médicaments, et d'autres pas, mais je sais qu'ils s'efforcent d'en mettre un en place.

Je suis aussi heureuse de noter que, tout récemment, dans notre budget, nous nous sommes engagés à élargir notre Stratégie nationale anti-drogue pour y inclure la lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance, qui est un élément important, selon moi. Cela comprend des mesures de communication; des services de prévention et de traitement, surtout dans les collectivités autochtones; et également une surveillance accrue. Cela va s'ajouter aux mesures que nous avons déjà prises pour resserrer les règles d'attribution de licences pour les compagnies pharmaceutiques, qui aideront à empêcher des médicaments comme l'OxyContin d'être distribués illégalement. Cela comprend la mise en oeuvre de mesures de contrôle sévères dans le cadre du régime public d'assurance-médicaments administré par Santé Canada, dont des limites de médicaments mensuelles et quotidiennes, la surveillance de l'utilisation de certains médicaments pour éviter les abus potentiels et des mises en garde en temps réel à l'intention des pharmaciens au point de vente.

L'une des autres choses importantes que nous avons faites a été de tendre la main au milieu médical...

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Madame la ministre, pourriez-vous conclure votre réponse? Le temps sera écoulé dans quelques secondes.

**L'hon. Rona Ambrose:** Bien sûr.

Je crois que l'une des choses les plus importantes que nous avons faites a été de communiquer avec les prescripteurs à proprement parler. Pour la première fois, nous avons rassemblé tout le monde dans une pièce pour parler de ce que nous pouvons faire, de ce que peut faire le milieu de la santé et de ce que peut faire la communauté médicale. Nous avons tenu un symposium, et beaucoup de travail concerté est effectué pour s'attaquer au problème.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Merci beaucoup.

Je sais que je vous interromps constamment, mais j'essaie de gérer le temps pour que le plus de députés possible puissent poser une question.

Ensuite, nous avons M. Gravelle. Maintenant, les interventions dureront cinq minutes.

**M. Claude Gravelle (Nickel Belt, NPD):** Merci, madame la présidente.

Merci, madame la ministre, d'être venue.

Nous avons couvert beaucoup de terrain et abordé beaucoup de sujets différents jusqu'à maintenant ce matin. J'aimerais parler de quelque chose qui n'a pas encore été mentionné, à savoir la démence.

J'ai un intérêt personnel à ce sujet. Comme vous le savez probablement, à l'heure actuelle, 747 000 Canadiens souffrent de démence, et ce chiffre devrait augmenter pour atteindre 1,4 million d'ici 2030. Cela coûte actuellement 33 milliards de dollars par année au système de soins de santé du Canada, et ce chiffre devrait augmenter pour atteindre 293 milliards de dollars par année.

Madame la ministre, dites-moi, êtes-vous en faveur d'une stratégie nationale relative à la démence?

**L'hon. Rona Ambrose:** Une stratégie nationale m'intéresse, mais j'ai parlé aux provinces, et ce ne fait pas consensus. Ce que nous allons faire avec les provinces est de continuer à travailler avec elles autant que possible, mais nous avons tout de même notre propre plan fédéral — si vous voulez l'appeler ainsi — relatif à la démence. Beaucoup de travail est effectué au Canada.

Comme vous le savez, nous avons uni nos efforts — même à l'échelle internationale avec nos homologues du G8 — pour guérir la démence d'ici 2025. Nous avons jusqu'à maintenant investi plus de 1 milliard de dollars dans la recherche sur la démence et sur l'Alzheimer, alors beaucoup de travail est effectué à l'échelon fédéral.

Comme vous le savez, nous avons élargi nos travaux de recherche axés sur le patient pour créer le Consortium canadien en neurodégénérescence et vieillissement afin de nous attaquer à la multiplication des cas de démence et de maladies connexes. Alors, le gouvernement fédéral prend un certain nombre de mesures.

**M. Claude Gravelle:** Merci.

Combien de provinces avez-vous rencontrées?

**L'hon. Rona Ambrose:** J'ai rencontré toutes les provinces en bloc à l'occasion de nos réunions fédérales-provinciales-territoriales. Sur ce dossier particulier, j'ai collaboré avec mon coprésident de l'Alberta et lui ai demandé d'approcher le reste des provinces.

Comme j'ai dit, certaines provinces ont leur propre programme. Par exemple, le Québec dispose d'un excellent plan relatif aux personnes âgées, qui comprend la démence, et il ne souhaite pas participer au travail d'élaboration d'une stratégie nationale. Mais cela ne nous empêche pas de travailler avec les provinces et de les aider, particulièrement sur le plan de la recherche, pour qu'elles puissent mettre en place des programmes pratiques à l'échelon local.

**M. Claude Gravelle:** Vous avez mentionné la recherche à maintes reprises. La recherche, c'est bien, et je suis tout à fait d'accord avec vous. Nous voulons plus de recherche. Mais qu'en est-il du diagnostic rapide et de la prévention? Je crois que ces choses sont aussi importantes. Qu'en est-il de la formation des personnes qui travaillent dans le domaine de la démence? Qu'en est-il du soutien aux aidants naturels? Toutes ces choses sont importantes. Pouvez-vous me dire pourquoi nous ne pouvons pas accomplir tout ça?

Vous dites avoir rencontré certaines provinces, alors lesquelles n'approuvent pas l'idée d'une stratégie nationale?

● (0930)

**L'hon. Rona Ambrose:** Les provinces font du bon travail dans leur champ de compétence, et nous voulons les aider de toutes les façons possibles. Par exemple, nous finançons 44 projets de recherche sur la maladie d'Alzheimer et la démence connexe dans des universités et des hôpitaux.

Vous voulez savoir où se donne la formation. Beaucoup de ces choses jouent en faveur d'une formation appropriée et d'une mise en pratique appropriée sur le terrain. C'est l'une des façons dont nous pouvons soutenir le bon travail des provinces.

**M. Claude Gravelle:** Vous avez encore mentionné la recherche, et je conviens tout à fait avec vous de l'importance de la recherche. La recherche est une bonne chose. Mais qu'en est-il des aidants naturels? Pourquoi ne pouvons-nous pas venir en aide aux aidants naturels? Pourquoi ne pouvons-nous pas aider les médecins, surtout les médecins âgés? Ils n'ont pas nécessairement été formés pour détecter la démence et travailler auprès de patients atteints de ce trouble.

Pourquoi ne pouvons-nous pas en faire plus? La recherche, c'est très bien, mais nous devons en faire plus.

**L'hon. Rona Ambrose:** Je sais que cette question vous tient à coeur, mais je crois que nous devons reconnaître que les travaux de recherche que nous menons permettent véritablement de déterminer quelles sont les meilleures méthodes et quelles sont les pratiques exemplaires ensuite adoptées par les médecins. C'est ce vers quoi ils se tournent. Ils espèrent que la recherche les informera des pratiques exemplaires à employer pour détecter l'Alzheimer, par exemple, ou pour détecter l'apparition de la démence. Ils comptent sur nous pour cela, et c'est ce que nous faisons pour leur procurer les renseignements pratiques dont ils ont besoin.

Je peux demander au Dr Alain Beaudet de donner quelques détails sur ces questions.

**Dr Alain Beaudet (président, Instituts de recherche en santé du Canada):** Eh bien, je ne peux qu'être d'accord, madame la ministre. Vous parlez de la question de la prévention et de la détection rapide.

Nous finançons beaucoup de choses. Par exemple, quels sont les bons biomarqueurs? Quelles sont les normes pour reconnaître les premiers signes de détérioration au moyen, par exemple, de l'imagerie cérébrale? En ce qui concerne les aidants naturels, quelles sont les meilleures normes de soin? Une grande partie du CCNV visera effectivement à examiner le financement des normes de soins et des modèles de soins.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Merci, docteur Beaudet. Nous avons atteint les cinq minutes. Cela passe vite, je sais.

Nous allons maintenant donner la parole à M. Lunney.

**M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC):** Je crois que c'était au tour de Wlady.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Excusez-moi: allez-y, monsieur Lizon.

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

Merci, madame la ministre, d'être des nôtres aujourd'hui.

Madame la ministre, j'entends souvent dire que le Canada a l'un des systèmes alimentaires les plus sécuritaires et sains au monde. Il est très encourageant d'apprendre cela, car l'une des choses les plus importantes pour les familles canadiennes est la salubrité des aliments qu'elles posent sur la table à manger. En effet, madame la ministre, j'ai entendu dire — et je suis ravi de constater — que le nombre d'inspecteurs de la salubrité des aliments continue à croître grâce aux investissements de notre gouvernement dans l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

Pourriez-vous informer le comité des derniers investissements de notre gouvernement à l'égard de la salubrité des aliments?

**L'hon. Rona Ambrose:** Merci beaucoup de poser la question, monsieur Lizon.

Permettez-moi de dire tout d'abord que vous avez raison: le Canada a l'un des systèmes alimentaires les plus sécuritaires et sains au monde. Dans notre récent budget, nous l'avons renforcé encore davantage en y affectant presque 400 millions de dollars. Cela s'ajoute aux 500 milliards de dollars et plus que nous avons déjà investis dans différentes initiatives de salubrité des aliments depuis 2008.

Cela comprend le renforcement de programmes d'inspection des aliments et aussi l'embauche d'inspecteurs d'aliments supplémentaires sur le terrain. En effet, depuis 2006, il y a eu une augmentation nette du nombre d'inspecteurs, de plus de 750, et, bien sûr, le récent budget contient un engagement visant l'embauche d'inspecteurs supplémentaires.

Mais il convient de mettre en lumière d'autres mesures. Nous avons instauré des pénalités plus rigoureuses à l'intention des entreprises qui portent atteinte à notre système de salubrité des aliments. Je crois que c'est important. Nous avons renforcé les mesures de contrôle relatives à l'*E. coli*; nous avons aussi imposé de nouvelles exigences en matière d'étiquetage des viandes pour relever la salubrité; et nous avons embauché plus de 750 nouveaux inspecteurs, comme vous le savez. Bien sûr, les Canadiens ont des préoccupations relativement aux aliments importés, alors nous nous assurons d'avoir en place les bonnes mesures qui nous permettent d'intercepter les aliments insalubres venant de l'étranger. Les Canadiens doivent savoir qu'on fait cela, car on le fait.

La rétroaction relative à ce travail est énormément positive. D'ailleurs, je dirais que nous avons fait beaucoup de chemin pour ce qui est de nous assurer que les bonnes personnes sont en place pour faire ce travail. Mais nous allons continuer de renforcer notre système de salubrité des aliments.

Nous avons aussi récemment lancé notre Plan d'action pour assurer la salubrité des aliments au Canada. Il fonctionne très bien et procure aux familles canadiennes la tranquillité d'esprit à laquelle elles s'attendent et ont droit. D'ailleurs, Produits alimentaires et de consommation du Canada a dit que ces changements vont relever encore plus la réputation du Canada en tant que chef de file mondial au chapitre de la salubrité des produits alimentaires.

À cet égard, nous avons rassemblé tous les joueurs qui, selon nous, contribuent à la salubrité des aliments. Comme vous le savez, nous avons modifié les politiques touchant l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Je crois que c'est un changement sensé. Nous avons intégré l'Agence canadienne d'inspection des aliments au portefeuille de la santé. Cela signifie que les Canadiens peuvent être assurés qu'en plus d'avoir un des systèmes alimentaires les plus sécuritaires au monde, nous allons nous efforcer d'encourager les Canadiens à s'alimenter sainement. Ils peuvent être assurés que la salubrité des aliments sera toujours une priorité et l'emportera toujours sur tout enjeu commercial ou industriel.

Nous travaillons aussi, comme vous le savez, à l'élargissement de notre programme de surveillance des maladies d'origine alimentaire, connu sous le nom de FoodNet. Il est très important de pouvoir communiquer avec des agents de santé publique et d'autres responsables aux quatre coins du monde pour s'assurer que les risques sont détectés rapidement afin que l'on puisse prendre des mesures correctives rapidement. Il s'agit d'un système composé de sites de surveillance. Il aide à suivre nos maladies d'origine alimentaire à partir de la source. Les chercheurs utilisent ensuite les données recueillies pour communiquer d'importants renseignements aux gouvernements, à l'industrie et aux Canadiens. Cela nous aide ensuite à prévenir l'écllosion de maladies.

Essentiellement, ce programme suit les cas d'empoisonnement alimentaire et retrace les maladies jusqu'à leur source, ce qui est important, car nous essayons de travailler à la prévention plutôt que de nous contenter de réagir, que le problème se rattache aux aliments, à l'eau, aux animaux ou à une combinaison de ces choses. Forte de cette information, l'agence peut, je crois, cerner à la source les facteurs qui rendent des Canadiens malades.

L'élargissement de FoodNet Canada renforcera la surveillance de la salubrité des aliments et permettra à nos partenaires, dans tous les ordres de gouvernement et dans l'industrie, de prendre les bonnes mesures de prévention en faveur de la sécurité de notre système alimentaire. Il y a beaucoup de travaux en cours, et nous en ferons plus.

Merci.

● (0935)

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Il vous reste seulement 15 secondes.

**M. Wladyslaw Lizon:** Je vais renoncer à ces 15 secondes.

Merci.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Merci beaucoup.

Nous revenons donc à M. Morin.

[Français]

**M. Dany Morin:** Merci beaucoup.

[Traduction]

Madame la ministre, en ce qui concerne la salubrité des aliments, pouvez-vous nous dire ce qu'on fait pour surveiller la véracité des inscriptions sur l'emballage des aliments? Je sais que vous avez parlé de cette question plus tôt.

**L'hon. Rona Ambrose:** L'étiquetage des aliments?

**M. Dany Morin:** Oui.

**L'hon. Rona Ambrose:** Eh bien, personnellement, je crois que les Canadiens veulent obtenir plus de renseignements sur les étiquettes. J'ai lancé une consultation, pas nécessairement auprès de l'industrie, comme nous l'avons fait par le passé, mais auprès des Canadiens, en particulier des parents, qui font tous les achats. Que pensent-ils de l'étiquetage de nos aliments? Le comprennent-ils? Leur semble-t-il utile? A-t-il une signification pour eux?

Nous avons obtenu une réponse absolument fantastique. Nous avons mené une consultation en ligne auprès des Canadiens, et nous avons également organisé des tables rondes. Bien sûr, nous mènerons des consultations auprès d'intervenants, comme des groupes de santé, pour savoir ce qu'on doit changer selon eux.

Alors, nous travaillons, en regroupant tout simplement ces renseignements, et nous aimerions savoir ce que nous pouvons faire pour que les données nutritionnelles figurant sur l'emballage des aliments soient plus utiles aux Canadiens.

**M. Dany Morin:** Merci, oui; car certaines de ces inscriptions sur les emballages sont plutôt trompeuses. Menez-vous des essais proactifs pour déterminer si ces inscriptions sont exactes lorsque des allégations relatives à la santé sont indiquées sur des emballages?

**L'hon. Rona Ambrose:** Oui. L'ACIA et Santé Canada font cela.

**M. Dany Morin:** C'est fantastique. Merci beaucoup pour votre réponse.

Ma prochaine question porte sur la santé mentale. Nous savons que les problèmes de santé mentale au travail coûtent des milliards de dollars à l'économie canadienne chaque année. Vous avez exprimé votre soutien en principe à l'égard de la stratégie nationale sur la santé mentale élaborée par la Commission de la santé mentale du Canada.

Savez-vous si le gouvernement a l'intention d'adopter la norme nationale de la Commission de la santé mentale du Canada en matière de santé et de sécurité psychologique au travail?

**L'hon. Rona Ambrose:** Je n'en suis pas certaine. Je vais me renseigner. J'hésite seulement parce que je sais que j'ai parlé à la ministre du Travail à ce sujet, mais j'ignore quel est l'état du dossier.

Auriez-vous quelque chose à ajouter, Krista?

**Mme Krista Outhwaite (administratrice en chef par intérim et Sous-ministre déléguée, Agence de la santé publique du Canada):** Oui, madame la ministre, j'en serais ravie.

Très brièvement, la norme de travail relative à la santé mentale est quelque chose qu'examine le Secrétariat du Conseil du Trésor de très près. De fait, il encourage un petit groupe de ministères et d'organismes mettre ce programme à l'essai. L'Agence de la santé publique du Canada étudie de très près cette question — et peut-être Santé Canada aussi — pour voir si nous pouvons collaborer avec le Secrétariat du Conseil du Trésor pour envisager la mise à l'essai de programmes en vue d'une éventuelle application plus générale.

• (0940)

**M. Dany Morin:** Merci beaucoup. Je crois sincèrement qu'il s'agit d'un enjeu pressant, alors je vous serais reconnaissant de travailler avec vos collègues du Conseil du Trésor pour veiller à ce que nous puissions réaliser cela dès que possible. Merci.

Je vais revenir à ma question touchant la résistance aux antibiotiques. Si vous vous souvenez du préambule, je vais essentiellement poser la question de nouveau. La ministre ou ses représentants pourraient-ils expliquer la démarche qui serait adoptée si nos antibiotiques s'avèrent insuffisants?

**L'hon. Rona Ambrose:** Comme vous le savez, il s'agit d'un enjeu très complexe qui exige une collaboration multisectorielle, laquelle est en cours. Je peux vous rassurer quant au fait que nous travaillons avec les gouvernements et des représentants des secteurs de la santé humaine et animale, de l'agriculture et de l'alimentation, ainsi qu'avec l'industrie pharmaceutique pour gérer les risques pour la santé publique causés par la RAM. Ces mesures englobent la surveillance, la recherche, la sensibilisation du public et l'élaboration de lignes directrices et de politiques.

Je peux aussi vous dire que, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la santé à venir, nous allons coparrainer une résolution sur la nécessité de prendre des mesures supplémentaires pour lutter contre la RAM. Nous collaborons avec nos collègues du Royaume-Uni — qui sont manifestement perçus comme des chefs de file dans la lutte contre la RAM — sur d'importants travaux de recherche sur la RAM, par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada. Nous collaborons aussi avec les provinces et les territoires et d'autres intervenants, comme je l'ai mentionné, pour renforcer notre surveillance de la RAM dans les hôpitaux, dans les collectivités et dans la chaîne alimentaire.

**M. Dany Morin:** Je comprends bien que vous travaillez en collaboration étroite avec tous ces experts, mais la résistance aux antibiotiques est un problème en pleine croissance. Vous surveillez la situation, mais si elle dégénère, quelles sont les mesures que vous avez décidé de mettre en place — à l'heure actuelle, au Canada —, si nos antibiotiques s'avèrent insuffisants?

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Une réponse très brève, s'il vous plaît.

**L'hon. Rona Ambrose:** Je vais demander au Dr Taylor de répondre rapidement.

**Dr Gregory Taylor (sous-administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada):** J'en serais ravi.

Comme vous le savez, la résistance aux antibiotiques est un phénomène naturel. Lorsque vous obtenez un nouvel antibiotique, cela arrive. Nous transmettons des lignes directrices aux médecins. Nous faisons cela pour que l'utilisation de ces médicaments soit mieux ciblée et que les pratiques de prescriptions soient plus appropriées. Nous travaillons avec le secteur agricole pour nous assurer que les mêmes efforts sont déployés du côté animal.

Il y a de nouvelles approches très novatrices relativement au traitement, comme des vaccins sur mesure. Il y a de nouvelles technologies qui produisent carrément des anticorps. Alors, elles pourraient être une solution de rechange.

C'est un gros problème, et nous travaillons dans tout un éventail de secteurs...

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Docteur Taylor, pardonnez-moi de vous interrompre, mais le temps est écoulé.

Nous avons du temps pour une dernière question, alors nous allons donner la parole à M. Lunney.

**M. James Lunney:** Merci, madame la présidente.

Madame la ministre, merci beaucoup d'être venue aujourd'hui.

Je voulais tout d'abord mentionner à quel point je vous suis reconnaissant des efforts que vous déployez. Vous en avez brièvement parlé relativement à l'innocuité des médicaments et à la transparence, ainsi qu'à la Loi de Vanessa et aux changements qu'elle entraînera, qui sont, en fait, considérés par le monde comme étant d'avant-garde. Je crois qu'il y a eu beaucoup d'action dans ce dossier.

Je voulais vous demander et nous parler brièvement d'innovation, car vous avez été une championne de l'innovation de la première heure sur ce dossier, et je vous ai entendue en parler à maintes reprises. Je sais qu'il y a encore beaucoup de chemin à faire. Je comprends que nous travaillons avec les provinces, et je crois qu'il y a déjà des exemples. J'aimerais que vous nous donniez des exemples des perspectives prometteuses au chapitre de l'amélioration des soins de santé pour les Canadiens.

**L'hon. Rona Ambrose:** Bien sûr. J'en serais ravie.

Bien entendu, un grand élément de l'innovation est la recherche, et nous sommes le principal investisseur en recherche sur la santé au Canada, évidemment, car nous avons investi près d'un milliard de dollars par année par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada. Ces engagements en matière de financement permettent à environ 13 000 chercheurs innovateurs du domaine de la santé de faire de l'excellent travail, partout au pays. Et, bien sûr, cela donne lieu à 10 000 projets différents. Si vous regardez ce type de recherche, vous verrez des percées dans les soins liés à la démence, dans la recherche sur le cancer, le VIH et le sida et bien d'autres choses.

De toute évidence, la recherche consiste en grande partie à nous assurer que nous sommes dans la bonne voie avant d'affecter de l'argent à des pratiques exemplaires ou à des normes de soins ou à des technologies novatrices particulières. Alors, je suis heureuse de constater que nous faisons des progrès sur ce front. Bien sûr, outre les IRSC, nous avons également investi beaucoup d'argent dans la recherche en neuroscience, et beaucoup de travail est fait à ce chapitre.

Je crois que l'un des meilleurs exemples d'innovation se rattachant aux provinces, au gouvernement fédéral, aux établissements d'enseignement postsecondaires et aux établissements de recherche est la Stratégie de recherche axée sur le patient, qui est conçue pour s'assurer que les patients reçoivent le bon traitement au bon moment. Elle permet de confier la recherche aux fournisseurs de soins de santé. Elle permet de déterminer ce que veulent les fournisseurs de soins de santé, et elle est axée sur les difficultés en matière de santé définies par les provinces et les territoires eux-mêmes. Ensuite, à l'aide de la recherche, nous comblons ces lacunes et soutenons ces intervenants.

Cela a donné lieu à d'excellents projets. Dans le cadre de la consultation FPT tenue en octobre, la proposition de continuer à faire ce genre de travail concerté a été appuyée à l'unanimité, alors, dans le budget, nous avons renouvelé le financement destiné à la Stratégie de recherche axée sur le patient, qui est une façon très novatrice d'aborder le travail que nous pouvons faire avec les provinces. Il faut continuer à faire cela. Les provinces, les territoires et moi-même sommes d'accord pour dire que nous devons continuer à travailler à l'élaboration d'un cadre novateur pour déterminer comment mettre en commun les pratiques exemplaires à l'échelle du pays, repérer l'excellence dans différentes parties du système de soins de santé et faire fonds sur ces éléments.

On fait beaucoup de bon travail. Je suis très optimiste. Je sais que les gens vivent beaucoup d'expériences négatives dans le système de soins de santé, parfois, mais je crois que nous pouvons faire quelque chose de positif avec ces expériences en déterminant ce qui n'a pas fonctionné. Les provinces me donnent effectivement l'impression qu'elles sont très enthousiastes à l'idée de travailler sur l'innovation. Elles effectuent ce travail avec nous, dans le cadre de travaux de recherche stratégiques axés sur le patient. Nous allons continuer à le faire, et nous allons chercher d'autres façons d'établir des partenariats, avec elles et avec des établissements de recherche, pour cibler l'excellence. Nous voulons de bons travaux de recherche, mais nous voulons aussi obtenir de très bons résultats pour les patients, et c'est là l'objectif de ce genre de stratégie.

● (0945)

**M. James Lunney:** Fantastique. Merci.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Il vous reste une minute.

**M. James Lunney:** D'accord.

Je crois comprendre qu'il y avait un programme — j'ai entendu votre discours au forum économique — dans le cadre duquel on faisait remplir un questionnaire au sujet des infections courantes des hôpitaux. Je crois qu'il a été mis au point avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. En faisant simplement en sorte que la personne pose les bonnes questions et assure un suivi adéquat, on a pu réduire le nombre d'infections urinaires et d'autres problèmes courants qui mènent à l'hospitalisation des personnes âgées et qui sont susceptibles d'avoir des conséquences très graves. Alors, on cherche à obtenir de meilleurs résultats.

**L'hon. Rona Ambrose:** Oui, de meilleurs résultats, et le fait de cerner ces pratiques exemplaires et de les faire connaître. Nous vivons dans une fédération. C'est notre réalité. Il se passe dans différentes provinces beaucoup d'excellentes choses dont les autres provinces ignorent l'existence. Alors, nous travaillons très dur pour créer ces réseaux, et nous faisons du bon travail à cet égard. La mise en commun des pratiques exemplaires est une façon très concrète d'aider le personnel de première ligne à offrir de meilleurs soins.

**M. James Lunney:** Fantastique.

Il y a une autre initiative dont j'ai pris connaissance, dans le cadre de laquelle on a simplement élaboré des questionnaires que le personnel devait distribuer aux gens dans leur vie, pour parler de leur vie passée, surtout dans le cas des personnes âgées dans des centres de soins. On a évité de leur donner des médicaments qui les détacheraient du monde autour d'eux, et on a mis fin à l'utilisation inutile de sédatifs simplement en interagissant au quotidien et en aidant le personnel à mettre au point des pratiques exemplaires dans leur domaine.

Ce sont des choses simples, mais elles contribuent grandement à la qualité de vie des patients.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Merci, monsieur Lunney. Nous allons nous tenir à cela.

Merci, madame la ministre, d'être venue témoigner devant le comité aujourd'hui et d'avoir répondu aux questions. Nous avons certainement hâte à votre prochaine visite.

Nous allons lever la séance pour une minute, le temps de permettre à la ministre de partir, puis nous allons commencer à poser des questions aux fonctionnaires.

Merci beaucoup.

● (0950)

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Reprenons.

Les membres du comité pourraient-ils prendre place, s'il vous plaît?

Je remercie les fonctionnaires d'être restés pour la deuxième heure. Nous allons maintenant poursuivre nos questions.

Le prochain intervenant est M. Gravelle, pour cinq minutes.

**M. Claude Gravelle:** Merci, madame la présidente.

Merci aux témoins d'être ici.

Je vais continuer de parler de mon sujet préféré: la démence et l'Alzheimer. Nous avons entendu la ministre nous dire qu'elle avait rencontré les provinces à ce sujet et que certaines d'entre elles n'approuvaient pas l'idée d'une stratégie nationale relative à la démence ou ne voulaient pas y participer. Pouvez-vous me dire quelles provinces la ministre a rencontrées et lesquelles ne sont pas d'accord?

**Mme Krista Outhwaite:** Merci, madame la présidente, pour la question.

Je crois que la ministre a dit qu'elle avait eu une conversation avec son coprésident provincial-territorial — le ministre Horne, de l'Alberta — au sujet de cet enjeu.

Je peux vous dire que, en réalité, cette question particulière nous a été soumise la première fois lors du sommet international sur la démence, tenu à Londres en décembre 2012. Le ministre Horne a accepté de discuter avec ses collègues provinciaux et territoriaux et je crois savoir que le processus est en cours. Je ne suis pas personnellement au courant de la teneur de ces discussions.

En ce qui a trait à l'argument que vous avez présenté plus tôt au sujet de la recherche et, encore une fois, concernant le sommet international sur la démence organisé par le Royaume-Uni, on estime largement que, pour toutes les questions que vous avez mentionnées, la recherche est essentielle. Nous n'avons pas les solutions dont nous avons besoin pour régler ces importants problèmes et enjeux, et la recherche est essentielle. Et pas seulement la recherche fondamentale, mais aussi la recherche appliquée, pour aider les travailleurs de la santé à venir en aide aux gens atteints de cette affection afin qu'ils vivent une vie meilleure, ainsi qu'à des fins de prévention et d'atténuation.

**M. Claude Gravelle:** Je crois avoir mentionné à la ministre que nous étions tous en faveur de la recherche. La recherche est une bonne chose. Personne n'est contre. Mais il faut en faire plus.

Que faisons-nous pour soutenir les aidants naturels? La recherche ne résoudra pas les problèmes des aidants naturels. Il faut en faire plus pour eux. Il faut assurer une meilleure formation de l'effectif. Pourquoi ne pouvons-nous pas en faire plus?

**Mme Krista Outhwaite:** Vous posez des questions extrêmement importantes. Encore une fois, ce qui me frappe, c'est que les questions que vous soulevez aujourd'hui ont aussi été soulevées au sommet sur la démence, pas seulement par les intervenants qui travaillent très dur sur le terrain, mais aussi par les gens qui sont aux prises avec ces affections.

Les provinces et les territoires, dans l'exercice de leur compétence au chapitre de la prestation de soins de santé — font de leur mieux pour gérer les problèmes qui surviennent dans leur administration. Il y a des initiatives en cours qui sont fondées sur la recherche, mais également éclairées par le travail que fait le ministère avec les provinces et les territoires pour trouver des façons d'améliorer les soins de santé en général. Elles pourraient même avoir une incidence sur le travail d'innovation que mènent les provinces et les territoires et dont parle la ministre.

• (0955)

**M. Claude Gravelle:** Le Canada effectue beaucoup de travail en collaboration avec les provinces dans le domaine du cancer. Il y a un partenariat de lutte contre le cancer. Je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas faire la même chose pour la démence.

**Je veux citer Mimi de la Société Alzheimer du Canada. Elle parlait de démence:** Ce fléau arrive à toute vitesse: au fil du vieillissement des baby-boomers, l'âge est l'un des facteurs de risque, et nous observons une montée abrupte des cas de gens atteints de cette maladie à un plus jeune âge. L'arrivée prématurée est absolument bouleversante pour une famille; pensez à une personne de 40 ans qui contracte la maladie.

Les aidants naturels font environ 444 millions d'heures de travail non rémunérées chaque année. Cela correspond à une perte de revenus de 11 milliards de dollars par année. C'est beaucoup d'argent.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Il y a seulement assez de temps pour une réponse très brève, peut-être 30 secondes.

Docteur Beaudet.

[Français]

**Dr Alain Beaudet:** Encore une fois, je ne peux que réitérer l'importance de bien comprendre les raisons pour cela et de voir comment on pourrait aider les aidants naturels.

Je vous rappelle que le Canada et la France seront, en septembre prochain, les hôtes d'un des sommets du G8, celui qui succède au sommet de Londres. On y examinera justement les moyens de mieux collaborer à l'échelle internationale et de mieux collaborer avec le

monde industriel, celui des dispositifs médicaux, des technologies de l'information afin d'arriver à mieux aider les aidants naturels en particulier.

[Traduction]

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Merci beaucoup.

Nous allons donner la parole à M. Lunney.

**M. James Lunney:** Merci, madame la présidente.

Je remercie encore nos fonctionnaires d'être venus.

J'aimerais commencer par vous, madame Outwaite, en votre qualité de chef intérimaire de l'Agence de la santé publique du Canada, à la suite du départ malheureux du Dr Butler-Jones, qui abandonne graduellement ses fonctions, selon ce que je comprends, car sa situation mine sa capacité de poursuivre. Nous avons certes beaucoup de respect pour le travail qu'il a fait à l'agence au fil des années.

Nous parlons d'innovation. Nous avons déjà discuté de problèmes liés aux médicaments d'ordonnance et de la façon de maîtriser le problème de l'abus de médicaments d'ordonnance. Bien sûr, vous êtes au courant de cette question, que je soulève depuis un certain nombre d'années. D'ailleurs, je crois que la première fois que j'ai posé la question officiellement était lorsque Ujjal Dosanjh était ministre, en 2005.

Je parle d'inhibiteurs de la pompe à protons et des infections au *C. difficile*. On estime que cela cause 1 400 décès par année. Nous n'avons pas des chiffres complets pour chaque année au Canada. Il ne fait aucun doute que ces médicaments font l'objet d'abus. Je pose des questions au sujet du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales. Une infection nosocomiale, bien sûr, est transmise à l'hôpital, pour ceux qui ne connaissent pas ce terme.

Je crois qu'on m'a dit que, à ce chapitre, on tente d'aller au fond de la question en examinant le problème dans les hôpitaux d'enseignement. Mais, j'ignore comment, on a négligé de recueillir des données à ce moment-là relativement aux médicaments que prenaient les patients lorsqu'ils ont été admis. Il me semble qu'il serait très facile de corriger le tir. Êtes-vous d'accord avec moi?

**Mme Krista Outhwaite:** Premièrement, j'aimerais vous remercier de vos paroles bienveillantes au sujet du Dr Butler-Jones. Il est effectivement un chef de file dans le domaine de la santé publique et, certes, pour nous tous à l'Agence de la santé publique.

En ce qui a trait à votre deuxième question et à vos commentaires liés au *Clostridium difficile* et au Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales, j'ai le privilège d'être accompagnée par un collègue, le sous-administrateur en chef de la santé publique, le Dr Gregory Taylor. Gregory a travaillé précisément dans ces domaines. Si vous le permettez, j'aimerais lui donner la parole pour qu'il réponde à la question.

**M. James Lunney:** Bien sûr. J'espère que la réponse soit assez rapide. J'ai une autre question.

**Dr Gregory Taylor:** Très rapidement, le PCSIN, que vous avez mentionné, a été créé à titre de système de surveillance. Il ne visait pas la recherche. Et ce que vous voulez, c'est de la recherche. Je crois que beaucoup de choses indiquent l'existence d'un lien. C'est la preuve causale qui doit constituer la prochaine étape de l'examen des données probantes à ce chapitre.

Nous allons collaborer avec le PCSIN. Nous essayons de l'élargir et de le renforcer; il semble relativement facile d'ajouter cette question, comme vous l'avez dit. Nous allons collaborer avec les gens de l'AMMI, l'Association pour la microbiologie médicale et l'inféctiologie — c'est-à-dire les gens qui travaillent dans les hôpitaux à recueillir ces données —, afin de déterminer si nous pouvons intégrer cet aspect au processus et profiter des réseaux en place et mener des travaux de recherche fondés sur le réseau de surveillance.

● (1000)

**M. James Lunney:** Merci.

Vous savez, bien sûr, que le Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments a signalé qu'il y avait effectivement un lien solide.

En ce qui concerne les IRSC, ou Instituts de recherche en santé du Canada, je constate que vous avez réalisé une transformation remarquable. Autrefois, l'argent était presque tout affecté à la recherche en santé entreprise par les chercheurs. Mais je vois que, au deuxième rang, il y a la recherche en santé fondée sur les priorités.

Sur ce même dossier, nous avons une pratique prometteuse — quoique pas encore établie — qui consiste à utiliser des probiotiques à titre de mesure préventive, plutôt qu'à titre de mesure de traitement, pour le *C. difficile*. Mais, selon l'étude menée dans un hôpital ici, sur neuf ans — sous la direction d'un bureau à Montréal —, cela a permis de réduire les infections au *C. difficile* de 95 %. Cela n'a pas été confirmé par d'autres études, car des probiotiques à puissance réduite sont souvent utilisés. Il s'agit de presque 100 milliards de CFU administrées dans du Bio K Plus.

Cela pourrait-il se faire dans le cadre d'un travail de recherche en santé fondé sur les priorités, c'est-à-dire un travail de recherche ciblé, d'après ce que je vois, conçu pour examiner les difficultés auxquelles font face les Canadiens; on pourrait ainsi peut-être faire appel aux IRSC pour examiner — dans nos pires hôpitaux, où l'incidence du *C. difficile* est la plus élevée — les mesures préventives utilisées — administrer un probiotique au patient 36 heures après qu'il a commencé à prendre des antibiotiques — et éliminer un grand nombre de ces infections?

**Dr Alain Beaudet:** Très rapidement: la réponse est oui, et nous avons commencé.

Je suis fier de signaler que, lorsque j'étais président du Fonds de recherche en santé du Québec, avant d'occuper mon poste actuel, j'ai lancé un appel aux IRSC, à l'époque où le *C. difficile* suscitait bien des craintes au Québec — comme vous le savez, il y a quelques années —, afin de travailler avec eux à mettre sur pied un grand programme de recherche visant à trouver des façons de poser un diagnostic rapide et à mettre au point de nouveaux modes de traitement du *C. difficile*. Les études sur les probiotiques dont vous avez parlé représentent une partie du travail que nous avons financé à l'époque. Cela s'inscrit dans notre travail de recherche prioritaire portant sur ce que nous appelons les menaces émergentes.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Merci beaucoup.

Je vais maintenant donner la parole à M. Young.

**M. Terence Young:** Merci.

Merci tout le monde d'être ici aujourd'hui.

Monsieur Da Pont, je voulais vous interroger au sujet des nouveaux médicaments sur le marché. Comme vous le savez, tout médicament a des effets indésirables, et le profil d'innocuité des nouveaux médicaments sur le marché n'a pas encore été établi. Les essais en sont essentiellement à la phase quatre. Aux États-Unis, un

nouveau médicament sur cinq introduits sur le marché sera assorti d'une mise en garde sérieuse — le plus haut niveau de mise en garde, celle inscrite dans un encadré — dans les deux ans ou sera retiré du marché pour avoir fait du tort à des patients.

La Loi de Vanessa obligera tous les établissements de soins de santé à signaler tout effet indésirable grave associé à un médicament. C'est une excellente mesure à titre de système d'avertissement rapide, mais cela permettra aussi d'obtenir des mises en garde de médecins, lorsqu'un médicament est sur le marché, avertissant que le médicament est susceptible de causer des atteintes hépatiques ou une arythmie cardiaque, par exemple.

Ces gens extraordinaires prennent soin de nous, et je le dis sincèrement; ce sont des gens extraordinaires. Mon frère est un chirurgien d'exception. Le problème, c'est que nos médecins refusent d'accepter la responsabilité de signaler des effets indésirables causés par un médicament, dans les cas graves. Ils ne veulent pas le faire, et il en est ainsi pour tout un éventail de raisons. J'ai récemment rencontré le nouveau président de l'Association médicale canadienne et je lui ai demandé de l'aide à ce chapitre, car cette information sauve des vies.

Avez-vous des idées ou des commentaires sur la façon d'encourager nos professionnels de la santé, de les sensibiliser à l'importance cruciale de signaler les effets indésirables de médicaments et de les encourager à le faire pour que nous puissions obtenir ces renseignements rapidement et retirer les médicaments dangereux du marché ou y faire inscrire des mises en garde adéquates?

**M. George Da Pont:** Merci de poser la question.

Comme vous l'avez remarqué, un bon premier pas est évidemment la Loi de Vanessa, qui obligera les hôpitaux et les établissements à signaler les effets indésirables causés par un médicament. À Santé Canada, nous prenons des dispositions pour renforcer notre capacité de prendre ces déclarations, de les analyser et, bien sûr, de communiquer l'information, au besoin, à la communauté médicale.

Pour ce qui est d'encourager une plus grande déclaration des effets indésirables des médicaments par les médecins eux-mêmes, nous essayons de le faire. Nous travaillons — comme vous le savez, j'en suis certain — avec l'Association médicale canadienne et toute une gamme d'autres associations — dont les collègues — pour encourager cela.

L'une des choses que nous aimerions faire, c'est de passer à un système électronique, un mécanisme de déclaration plus simple pour faciliter la tâche à tout le monde. Nous espérons que cela aidera.

● (1005)

**M. Terence Young:** Merci.

Monsieur Da Pont, je suis certain que vous et vos cadres supérieurs avez suivi les témoignages qui nous ont été présentés dans le cadre de notre étude sur les opioïdes, des médicaments qui causent une dépendance. Nous avons entendu dire que, dans les années 1990, Purdue Pharma avait de façon illégale — et frauduleusement — dit aux médecins que l'OxyContin et l'oxycodone ne causaient pas de dépendance ou qu'ils causaient une dépendance moindre par rapport à d'autres médicaments.



Le président de Purdue Pharma est venu témoigner devant notre comité de sa propre initiative. J'ai fait remarquer que sa société avait payé une amende de 635 millions de dollars aux États-Unis en guise de règlement à la suite d'accusations criminelles liées à par ce qu'elle avait fait et à tous les dommages qu'avait causé le médicament. Et, je crois qu'il a reconnu... J'ai cité le chiffre de 23 milliards de dollars de ventes d'OxyContin à l'échelle mondiale depuis 1995. Comme son médicament — l'OxyContin, ou oxycodone — a causé un très grand nombre de dépendances et énormément de misère — 500 Ontariens meurent chaque année des suites d'une dépendance à l'OxyContin et à l'oxycodone —, je lui ai demandé si sa société envisagerait de faire un don équivalent aux 45 millions de dollars que le gouvernement fédéral, dans son récent budget, a affectés aux fins du traitement des personnes ayant une dépendance aux opioïdes et de la prévention de nouveaux cas de dépendance.

Je me demandais simplement si vous en aviez entendu parler ou si vous aviez reçu une réponse à cet égard. Vous n'auriez pas, par hasard, reçu un chèque de 45 millions de dollars de Purdue Pharma?

**Des voix:** Oh, oh!

**M. George Da Pont:** En date d'hier, ce n'était toujours pas le cas.

**M. Terence Young:** Merci.

En ce qui concerne les transferts en matière de santé, ces transferts augmentent de 6 % par année, et ils continueront à augmenter après 2017. Ils ont atteint le niveau record de 32 milliards de dollars — 32,1 milliards de dollars cette année —, et ils seront toujours à un niveau record en 2018. Mais nous savons que, dans certaines provinces, le taux d'augmentation des dépenses a diminué, alors, il semble y avoir une marge. Autrement dit, elles reçoivent davantage d'argent pour la santé qu'elle n'en dépensent en réalité.

Auriez-vous une idée d'où va l'argent pour la santé qui n'est pas dépensé? Est-ce que cela fait l'objet de restrictions quelconques? Ou est-ce qu'elles peuvent tout simplement prendre l'argent et le dépenser à leur guise?

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Il faudra que la réponse soit très brève, peut-être 20 secondes.

**M. George Da Pont:** De toute évidence, le transfert n'est pas assorti d'exigences précises liées, à l'utilisation de l'argent. La tendance à la baisse est assez récente. Elle a commencé il y a un an ou deux seulement. C'est encourageant, et cela devrait donner aux provinces davantage de souplesse au moment de régler certains problèmes chroniques, par exemple les temps d'attente, et toutes ces choses.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Merci beaucoup, monsieur Da Pont.

Nous passons maintenant la parole à la Dre Fry.

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

J'aimerais revenir sur la question que M. Young a posée, au sujet de l'OxyContin. Je crois, comme nous le savons tous très bien, que tout cela... Nous avons fait cette déclaration, puis nous voyons que le Canada est aujourd'hui au premier rang dans le monde en ce qui concerne la consommation abusive d'OxyContin.

Pourriez-vous m'expliquer comment vous justifiez que le gouvernement et Santé Canada continuent à permettre à six fabricants de produits génériques de fabriquer ce médicament, alors que les États-Unis ne le font plus et que d'autres pays ne le font plus non plus? Il me semble insensé que le gouvernement investisse des millions de dollars dans un ensemble de mesures de prévention et de surveillance et de suivi, d'une part — à l'égard d'un médicament que

l'on supplie le ministre et le ministère de la Santé de ne plus approuver — et qu'il approuve sa production par six nouveaux fabricants de produits génériques, d'autre part.

Je ne comprends pas. Cela défie toute logique.

**M. George Da Pont:** La décision a été prise, mais quand on a décidé, d'autoriser l'OxyContin à demeurer sur le marché — et comme l'autorisation a été donnée, il est très difficile de la refuser aux versions génériques —, à ce moment-là, un certain nombre de restrictions sévères ont été adoptées touchant l'homologation, le signalement, le détournement, etc. Nous avons assuré une surveillance très étroite. Et cette surveillance n'a révélé aucune croissance ni augmentation subite pour le moment.

Mais, comme la ministre l'a dit à quelques reprises, je crois, c'est une préoccupation importante. Voilà pourquoi nous allons consacrer des investissements additionnels au problème d'abus de médicaments d'ordonnance. J'ajouterais que la ministre a également indiqué qu'un volet important de cette démarche consiste à examiner les options touchant la résistance à l'adulteration, qui serait également un facteur positif.

**L'hon. Hedy Fry:** Merci de cette réponse. Je ne suis pas d'accord; je crois que, si d'autres pays peuvent décider de ne plus autoriser les versions génériques de l'OxyContin, nous pourrions aussi le faire. Je ne comprends pas pourquoi nous ne le faisons pas.

De nombreux pays comme ceux de la Scandinavie et la Suisse ont adopté un programme de traitement à l'aide d'héroïne, qui est, évidemment, un traitement de substitution. Les études réalisées par NAOMI et SALOME, au Canada, ont établi très clairement que, pour un petit groupe de patients héroïnomanes, qui ne réagissent pas à la méthadone, la consommation de diacétylmorphine sur ordonnance est bénéfique.

Je sais qu'au sein du Ministère, on a en fait reconnu que ce médicament devrait être autorisé, conformément au Programme d'accès spécial, et que les médecins devraient avoir la possibilité de le prescrire. La ministre a dit non. Pourriez-vous me dire si on prévoit laisser la ministre lire ou voir les rapports des essais cliniques pour qu'elle comprenne que sa décision va amener les personnes qui ne réagissent à aucun autre médicament que la diacétylmorphine ou l'héroïne à retourner dans la rue pour y acheter des drogues illicites, alors qu'ils pourraient suivre un traitement et consommer un produit pharmaceutique largement utilisé partout dans le monde? Est-il possible de répondre à cette question?

Docteur Taylor, vous pourriez peut-être y répondre.

• (1010)

**M. George Da Pont:** Je vais commencer, et le Dr Taylor pourra faire des commentaires s'il en a.

À ce que je sache, les données scientifiques et les essais cliniques ne sont pas aussi tranchés que vous le laissez entendre. Comme vous le savez, c'est en fait l'un des principaux objectifs des essais cliniques actuellement en cours. Cet essai prend fin, si je ne m'abuse, l'année prochaine ou dans 18 mois. Nous saurons, selon les résultats de ces essais, si les données probantes existent vraiment. C'est là le principal objectif des essais.

**L'hon. Hedy Fry:** Je comprends cela, mais je crois aussi savoir que les responsables du ministère voudraient que ce médicament soit autorisé, mais que la ministre a refusé.

J'aimerais savoir une autre chose, et je m'adresse au représentant des IRSC. Vous restructurez vos programmes de financement et d'évaluation des demandes de subvention. Le nouveau volet Fondation vous permet d'établir un nouvel ensemble constitué de deux cycles de subventions existants. Cela signifie qu'il y aura deux demandes et trois étapes distinctes pour l'évaluation. En 2015 et en 2016, entre la fin de l'ancien cycle et le début du nouveau, il y a un hiatus de trois mois au cours duquel bien des gens qui font de la recherche et qui utilisent les subventions n'auront pas accès à l'argent dont ils ont besoin pour embaucher et maintenir en poste leur personnel.

Qu'allez-vous faire pour régler ce problème particulier, un problème très concret, en fait?

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Répondez très brièvement, s'il vous plaît, car nous n'avons presque plus de temps.

**Dr Alain Beaudet:** Eh bien, très brièvement, vous avez raison; ces réformes — et en passant, le Canada a récemment reçu des félicitations pour ces réformes, dans un article des PNAS — signifient que nous allons passer de deux concours par année — pour l'attribution des subventions — à un concours par année, ce qui explique le soi-disant hiatus dont vous parlez. Vous avez tout à fait raison; mais ce ne sera plus six mois comme ce l'était autrefois. Nous avons réussi à réduire cet écart à trois mois, et il ne touche qu'un très petit nombre de personnes, entre 75 et 100 personnes à l'échelle du pays. Nous avons négocié avec les présidents de l'U15, le regroupement des universités de recherche, pour nous assurer que ces personnes n'auront pas à interrompre leurs travaux pendant cette période.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** D'accord. Merci beaucoup, docteur Beaudet.

Nous revenons maintenant à M. Morin.

**M. Dany Morin:** Merci beaucoup.

En ce qui concerne la santé maternelle, au Canada, le taux de mortalité maternelle est passé de 6 décès pour 100 000 naissances à 11 décès pour 100 000 naissances entre 1990 et 2013. De nombreux pays d'Europe de même que le Japon affichent un taux de mortalité à un chiffre. Pourquoi les mères canadiennes, aujourd'hui, sont-elles plus susceptibles de mourir au moment de l'accouchement que leurs mères ne l'étaient?

**M. George Da Pont:** Excusez-moi, d'où tirez-vous ces chiffres?

**M. Dany Morin:** D'un reportage de la CBC.

**Dr Gregory Taylor:** Je ne crois pas que ces chiffres concordent avec les renseignements que nous recueillons grâce à la surveillance. Parlez-vous de mortalité maternelle?

**M. Dany Morin:** Eh bien, je me ferai un plaisir de retrouver l'information et de vous la transmettre.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** M. Morin pourrait peut-être transmettre cette information aux témoins. Vous pourrez en prendre connaissance et, si vous contestez les données, nous le faire savoir.

**M. Dany Morin:** Si le reportage de la CBC est exact, c'est très préoccupant.

**Dr Gregory Taylor:** Absolument. J'aimerais beaucoup voir ces informations, s'il vous plaît.

**M. Dany Morin:** D'accord. Ma prochaine question... Le temps s'écoule.

En ce qui concerne le diabète, les taux de diabète devraient doubler, au Canada, d'ici 25 ans. L'an dernier, le vérificateur général du Canada a démolé votre stratégie de prévention du diabète en faisant valoir qu'elle n'était assortie d'aucun échéancier ni but ni objectif et qu'elle supposait davantage de dépenses pour l'administration que pour les programmes communautaires. Pourriez-vous nous dire de quelle façon vous avez redressé ce programme?

• (1015)

**Dr Gregory Taylor:** Je vais répondre à cette question.

Notre programme relatif au diabète — et nous sommes tout à fait au courant de ce que vous dites à propos de l'augmentation des taux de diabète — vise à intervenir en amont et à essayer d'aller dans une autre direction que... Au départ, nous cherchions à traiter le diabète et à fournir de l'aide concernant les conseils connexes, et nous avons fait cela. Nous nous attachons maintenant à des mesures en aval, pour prévenir le diabète. L'approche axée sur les facteurs de risque vise l'activité physique et l'alimentation; nous voulons encourager les gens à adopter un mode de vie sain de manière à réduire le taux d'obésité et à prévenir l'apparition du diabète.

En même temps, nous avons fait des travaux réellement novateurs qui nous ont menés au programme innovateur CANRISK. Il s'agit d'un questionnaire de dépistage à l'égard duquel nous avons établi un partenariat avec des pharmacies. Les gens peuvent trouver ce formulaire dans les succursales de Shoppers Drug Mart, par exemple, dont les pharmaciens sont très fiers d'être nos partenaires. Les gens peuvent donc répondre à des questions simples pour découvrir s'ils présentent un risque de diabète, puis consulter leur médecin et faire éventuellement l'objet d'interventions axées sur la réduction des facteurs de risque.

Nous croyons en la prévention, nous croyons que les Canadiens préféreraient ne pas souffrir du diabète du tout plutôt que d'avoir accès à de meilleurs traitements. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas s'en occuper; il faut s'occuper des gens qui ont le diabète. Mais je crois beaucoup plus efficace d'intervenir en amont et d'envisager l'ensemble des facteurs de risque pour prévenir carrément l'apparition du diabète.

**M. Dany Morin:** Mais, depuis les commentaires du vérificateur général du Canada que je vous ai répétés, avez-vous modifié les programmes mis en oeuvre pour réagir à ces préoccupations?

**Dr Gregory Taylor:** Nous y avons donné suite. Nous continuons à travailler de concert avec le vérificateur général. Nous avons discuté de cette question avec lui, pas plus tard que la semaine dernière, et nous rendons le programme beaucoup plus ciblé. Nous avons intégré cette question à notre stratégie intégrée de lutte contre les maladies chroniques — et c'est tout à fait sensé, car c'est relié —, et elle a ses propres cibles. Nous sommes donc sur la bonne voie pour régler tous ces problèmes.

**M. Dany Morin:** Oui, sur la bonne voie, mais vous n'avez encore mis en oeuvre aucune de ces recommandations.

**Dr Gregory Taylor:** Nous avons presque fini. Nous avons donné suite à presque toutes ces recommandations.

**M. Dany Morin:** D'accord. J'ai hâte de voir ces nouveaux changements.

Alors, que faites-vous pour prévenir le diabète, en particulier dans les collectivités les plus vulnérables? Je suis tout à fait d'accord avec vous sur le fait que la prévention est la solution, mais nous savons que, dans les collectivités vulnérables du Canada, ce problème est très difficile à prévenir.

**Dr Gregory Taylor:** Comme je l'ai dit, beaucoup de nos programmes ciblent ces collectivités. Les facteurs de risque sont extrêmement importants, et les déterminants de la santé sont importants. Je crois que Santé Canada a élaboré une stratégie ciblée sur le diabète chez les Autochtones.

**M. George Da Pont:** Oui, en effet. Nous avons — comme je viens de le mentionner — une stratégie ciblée sur le diabète dans laquelle nous investissons. C'est évidemment une partie de ce qui est couvert par le financement prévu ici, dans le Budget principal des dépenses, et nous continuons de travailler avec les collectivités autochtones pour les aider à mettre en place les ressources nécessaires pour s'attaquer à cet enjeu.

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

Je vous pose une dernière question. Nous avons entendu des nouvelles assez inquiétantes sur la possible propagation du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient. Pourriez-vous nous dire ce que fait l'Agence de la santé publique pour surveiller cette menace à la santé publique?

**Dr Gregory Taylor:** Je serais ravi de répondre à cette question.

Il en est beaucoup question dans les médias, ces jours-ci. J'ai donné cinq entrevues dans la seule journée d'hier. Nous sommes très bien préparés pour cela. Nous avons équipé les laboratoires du pays afin qu'ils puissent faire du dépistage. Tout part de notre laboratoire national, que nous avons équipé et que nous aidons dans cette entreprise. Nous travaillons avec des médecins, qui nous fournissent une orientation sur la façon d'assurer une plus grande sensibilisation. Cela veut dire que les médecins qui reçoivent un patient dont les symptômes sont compatibles lui posent des questions sur ses déplacements et lui demandent s'il s'est rendu au Moyen-Orient. Ils procèdent à des tests pour le confirmer et pour s'en assurer.

Nous avons des agents de quarantaine, qui ont formé le personnel des services frontaliers, des aéroports et des points d'entrée afin qu'ils soient sensibilisés à des maladies de ce type. Nous avons travaillé de façon très méticuleuse, en étroite collaboration avec l'OMS. En fait, le Canada est un chef de file. Un médecin de notre Agence, la Dre Theresa Tam, est coprésidente du comité d'urgence, qui vient de se réunir. Comme vous le savez, on a déclaré, hier, qu'il ne s'agissait pas d'une urgence. Cette information est fondée sur...

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Merci, docteur Taylor.

**Dr Gregory Taylor:** Nous sommes bien préparés.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Très bien.

Monsieur Lizon.

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

Encore une fois, je souhaite la bienvenue à tout le monde, et je vous remercie de vous être présentés ici aujourd'hui.

En ce qui concerne l'abus de médicaments d'ordonnance, un des problèmes qui se posent à nous et auquel je crois que nous devrions nous attaquer plus vigoureusement concerne l'élimination en toute sécurité des médicaments d'ordonnance, notamment. Samedi dernier, j'ai eu le plaisir d'assister à une activité communautaire organisée par le Service régional de police de Peel. C'est une agréable journée, où on nous montre l'équipement et la façon dont il fonctionne. Quand j'en ai l'occasion, je suis toujours prêt à vanter les mérites de la police locale. C'est un excellent service de police. Mais il fait une chose en particulier: il récupère les médicaments d'ordonnance inutilisés. Je ne sais pas quelle quantité de ces médicaments il a recueilli. Les policiers ont fait cela l'an dernier, également. Cela fait partie d'une initiative jouissant de l'appui des chefs de police.

Quels conseils pourriez-vous donner sur la façon d'augmenter le niveau de sensibilisation? Je crois qu'il y a encore trop de gens qui pensent qu'il est possible de jeter ces médicaments à la poubelle, tout simplement, ou encore dans la toilette ou dans l'évier. Je sais que, sur différents sites Web, il est possible de trouver des renseignements sur les médicaments que l'on peut jeter ou que l'on ne peut pas jeter, mais personne ne les lit.

Ma question est simple: faudrait-il indiquer quelque part sur l'étiquette de quelle façon on peut en toute sécurité se débarrasser du médicament? Ce pourrait être une simple indication: « Ne pas jeter aux ordures. »

Vous pourriez peut-être nous en dire plus sur ce sujet.

• (1020)

**M. George Da Pont:** Eh bien, c'est une idée intéressante. Vous avez parlé de la Journée nationale de retour des médicaments d'ordonnance, et, en fait, cela s'est fait cette année dans beaucoup, beaucoup plus d'endroits. Ce programme a pris beaucoup d'ampleur. J'ai moi-même vérifié, hier, si nous avions reçu les données sur la quantité de médicaments recueillis, mais la compilation n'est pas encore terminée. Je m'attends à ce que les chiffres soient beaucoup plus élevés que l'an passé.

Dans sa déclaration préliminaire, lorsqu'il a été question de la consommation abusive de médicaments d'ordonnance, la ministre a mentionné une chose importante, et c'est que, parmi tous les projets mis en oeuvre et envisagés concernant les nouveaux investissements qui figurent dans le Plan d'action économique 2014, on prévoit mettre davantage l'accent sur l'information, c'est-à-dire renseigner les médecins au sujet des pratiques en matière de prescription et renseigner le public au sujet des dangers de l'abus de médicaments d'ordonnance. Je crois qu'il faudrait réfléchir à cette proposition intéressante de fournir davantage d'information sur les façons d'éliminer les médicaments en toute sécurité.

Je ne sais pas, docteur Taylor, si vous avez quelque chose à ajouter.

**Dr Gregory Taylor:** Je serais enchanté d'ajouter quelque chose.

Je crois que la journée de retour des médicaments est une très bonne chose. Je m'inquiète un peu de la possibilité que le fait qu'elle soit organisée par la police fasse que les gens la considèrent un peu comme une punition. Nous avons travaillé de concert avec certaines années que les pharmacies Shoppers ont adopté une politique selon laquelle ils vont toujours reprendre des médicaments —, pour lui donner une image plus positive: il ne s'agit pas d'abus, mais il faut se débarrasser de ces produits, parce que des médicaments comme ceux-là peuvent, par inadvertance, être utilisés à mauvais escient.

Quand nous avons annoncé la tenue de la journée, dans les pharmacies Shoppers, samedi dernier, j'ai eu l'occasion de discuter avec quelques cadres. Ils recueillent des centaines de tonnes de médicaments. Ils les éliminent de façon plus appropriée, de façon que les médicaments n'aboutissent pas dans les toilettes et qu'ils ne soient pas libérés dans l'environnement. Je crois savoir qu'aujourd'hui, de plus en plus de pharmacies reprennent les médicaments. Je peux certainement le comprendre, en tant que Canadien; lorsque ma mère est décédée, je me suis retrouvé avec des sacs pleins de médicaments. Que devais-je en faire? Je me suis rendu à la pharmacie du coin et j'ai demandé ce que je devais faire; ils se sont fait un plaisir de les reprendre.

Tout cela tient au rôle éducatif que les pharmaciens pourraient jouer auprès des patients à qui ils ont remis des médicaments d'ordonnance; il faudrait qu'ils leur disent qu'ils n'ont qu'à rapporter leurs médicaments inutilisés; il faudrait qu'ils disent aux enfants de parents âgés, qui accumulent de grandes quantités de médicaments, que la pharmacie est un lieu très sûr, qu'on n'y pose aucune question et qu'il suffit de rapporter le produit pour qu'il soit éliminé.

Je crois que vous soulevez là une question très importante, car il faut, en tant que Canadiens, que nous encourageons les gens à se débarrasser de ces produits. Ils sont mauvais pour l'environnement; ils peuvent être utilisés à mauvais escient. Un des membres du comité a dit plus tôt que les jeunes s'en servaient lorsqu'ils faisaient la fête, mais il y a beaucoup de personnes âgées qui ne savent plus quels médicaments ils possèdent ni à quoi ces médicaments servent; je pense en particulier aux personnes qui souffrent de démence précoce. Ainsi, le fait de se débarrasser de ces produits est tout simplement un excellent moyen de réduire le risque pour un grand nombre de Canadiens.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Monsieur Lizon, vous avez 45 secondes.

**M. Wladyslaw Lizon:** Rapidement, sur le même sujet, quand nous avons mené des études, une question qui a été soumise au comité concernait le fait que, dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'un abus de médicaments d'ordonnance, le problème a trait à la formation inadéquate des médecins.

Pourriez-vous faire un commentaire à ce sujet?

**Dr Gregory Taylor:** À l'occasion d'une des tables rondes dont le ministre a parlé, et à laquelle je participais, il y avait le président de l'Association médicale canadienne et plusieurs autres médecins, ainsi que quelques spécialistes de la maîtrise de la douleur. Ils désiraient vraiment changer les lignes directrices et en produire de meilleures pour les médecins qui rédigent des ordonnances.

À titre de médecin, lorsque je prescrivais des médicaments, il n'existait pour ainsi dire aucune ligne directrice concernant les analgésiques. Je crois qu'il est très important que les spécialistes aident certains des omnipraticiens. L'AMC consacre beaucoup d'efforts à cela.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Merci, Dr Taylor.

Nous donnons maintenant la parole à la Dre Fry, pour cinq minutes.

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

J'aimerais revenir à une question qui a été posée plus tôt. Je veux parler des taux de mortalité infantile.

Comme on l'a déjà mentionné, pour un pays qui jouit d'un statut socioéconomique élevé parmi des pays semblables de l'OCDE, notre taux de mortalité infantile est scandaleusement élevé.

Comment pouvons-nous justifier cela, et que faisons-nous pour régler le problème?

**Dr Gregory Taylor:** Si j'ai bien compris, il s'agit d'un problème de méthodologie, pour l'étude de l'OCDE, et nous n'avons pas utilisé la même méthodologie. Selon les chiffres obtenus grâce à notre méthodologie, les taux n'affichent pas cette tendance-là.

Nous travaillons dur pour savoir ce qui ne va pas, selon l'OCDE, mais en premier lieu, cette comparaison n'est pas valide, étant donné les problèmes méthodologiques à l'égard du suivi.

**L'hon. Hedy Fry:** Oui, mais plutôt que de chercher à savoir également pourquoi et de vouloir s'assurer que l'OCDE a utilisé la bonne méthodologie, puisqu'une méthodologie classe tout le monde

selon les mêmes paramètres, la question est de savoir si quelqu'un a cherché à savoir pourquoi ce taux était si élevé, ou comment il pourrait être aussi élevé, et à savoir comment régler le problème, au lieu de juste blâmer le chercheur.

• (1025)

**Dr Gregory Taylor:** Nous ne blâmons pas le chercheur. Les mesures sont fondées sur des éléments probants. Les éléments probants que nous avons recueillis ne corroborent pas les conclusions de cette étude. Ils donnent à croire que les taux de mortalité infantile sont encore bons.

Nous avons un certain nombre de programmes visant les enfants — le Programme d'action communautaire pour les enfants, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones — qui ont pour but d'améliorer les taux de mortalité chez les enfants et les nouveaux-nés.

**L'hon. Hedy Fry:** Eh bien, nous nous entendons sur le fait que nous ne sommes pas d'accord, car nous utilisons aussi le classement de l'OCDE — quand le Canada fait bonne figure — pour le crier sur les toits; et pourtant, lorsque le classement montre que nous n'allons pas si bien que cela, il n'y a pas ce type de réflexion critique pour en déterminer la cause.

Et même si la méthodologie doit être remise en question, dans le cas qui nous occupe, pourquoi la situation est-elle ainsi, y a-t-il une part de vérité, que pouvons-nous faire? Nous savons que ces taux doivent en partie être attribués aux taux de mortalité infantile chez les Autochtones, et nous savons que la pauvreté et les mauvaises conditions de logement sont vraiment de grands problèmes.

C'est une tache honteuse sur le dossier du Canada, et j'aimerais qu'on me dise que le ministère de la Santé et l'Agence de la santé publique se penchent sur les causes et les solutions. La santé ne se résume pas à la seule recherche; elle va au-delà de ce qu'en disent les chiffres. Elle concerne la vie des gens dans notre pays. J'aimerais voir davantage de diligence raisonnable dans ce dossier.

Merci.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Il vous reste deux minutes.

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

J'ai remarqué que le ministre avait parlé d'une stratégie qui ferait en sorte que les étiquettes soient plus facilement lisibles pour le public. Je crois que c'est une bonne chose, et j'aimerais la féliciter et vous féliciter pour cela. Mais j'aimerais aussi savoir pourquoi il y a encore de la résistance — malgré ce qu'en disent les comités consultatifs et les groupes consultatifs — à l'étiquetage obligatoire pour le sel et le sucre et pour certains aliments que nous savons mauvais pour la santé. Les gens ne peuvent pas savoir, lorsqu'ils lisent l'étiquette, combien de sel et combien de sucre ils vont consommer, ni combien de gras trans contient le produit.

Pourquoi ne suivons-nous pas les lignes directrices internationales touchant les quantités de sucre et de gras trans? Nous tolérons des quantités deux fois plus élevées de sel que tout autre pays. Pourquoi n'avons-nous pas intégré cela au nouveau régime d'étiquetage?

**M. George Da Pont:** En fait, c'est intégré au nouveau régime d'étiquetage, et cela fait partie des consultations dont le ministre a parlé. Il ne s'agit pas seulement de rendre les étiquettes plus lisibles; il s'agit également du contenu.

Une chose qui s'est dégagée de la première ronde de consultations reflète exactement ce que vous avez dit: il faut mieux indiquer des choses comme la teneur en sucre. Il s'agit donc du contenu de l'étiquette autant que de sa lisibilité. C'est très large.

En ce qui concerne les lignes directrices, nous travaillons bien sûr avec l'Organisation mondiale de la santé, et je suis certain que vous savez que l'organisation a mis en marche un vaste processus de consultation sur les lignes directrices appropriées touchant le sucre. À ce sujet, nous appuyons nos lignes directrices sur des données scientifiques, et c'est un de ces mécanismes.

Comme vous le savez sûrement, le sodium, les gras trans et le sucre sont tous des éléments qui figurent actuellement dans les tableaux des valeurs nutritives.

**L'hon. Hedy Fry:** Est-ce que c'est obligatoire? On vous a dit qu'ils devaient y figurer, il y a sept ans, et ce n'est toujours pas fait. Voilà ma question.

**M. George Da Pont:** Je crois savoir qu'ils sont obligatoires.

**L'hon. Hedy Fry:** Ils ne sont pas obligatoires.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Merci beaucoup.

Nous souhaitons la bienvenue à M. MacKenzie au sein de notre comité aujourd'hui.

Monsieur MacKenzie, vous avez cinq minutes.

**M. Dave MacKenzie (Oxford, PCC):** Merci, madame la présidente.

Merci aux témoins d'être ici.

Je ne participe pas régulièrement aux travaux du comité, mais je trouve intéressant d'y siéger.

S'il y a une chose que je sais, dans la vie, c'est que si on n'investit pas dans la recherche et l'innovation, on fait toujours la même chose et on obtient toujours les mêmes résultats, et je crois que la santé est l'un des secteurs où l'innovation et la recherche nous ont permis de faire d'énormes progrès à de nombreux égards. Une partie de ces travaux de recherche et d'innovation se fait d'ailleurs dans notre pays, et nous devrions en être très fiers et le crier sur les toits. Quand je regarde certaines choses — à titre de parfait profane —, comme les interventions chirurgicales par voie laparoscopique, le traitement chirurgical de la cataracte, toutes ces choses qui permettent, aujourd'hui, de raccourcir la durée de l'hospitalisation des patients, et me dis que cela doit bien profiter à tout le monde.

Il me semble qu'il vaut bien mieux investir davantage dans la recherche et l'innovation que se contenter de mettre de l'argent dans le système en s'attendant à obtenir les mêmes résultats. Je suis d'accord avec ce que la ministre a dit ici. Je suis tout à fait convaincu que c'est la bonne approche à prendre. Ce n'est pas avec davantage d'argent qu'on répare un mauvais système. Nous avons besoin d'innovation et de recherche pour y arriver, et je crois que c'est la voie que vous avez choisie.

J'ajouterais une petite chose, docteur Taylor: les policiers ne cherchent pas à punir. Cela dit, j'ai cru comprendre que la ministre venait de mettre sur pied un comité de sages. Pourriez-vous nous dire comment les choses avancent dans ce dossier? À quoi pouvons-nous nous attendre de la part de ce comité?

• (1030)

**M. George Da Pont:** Je m'attends à ce que la ministre fasse une annonce à ce sujet dans un proche avenir.

**M. Dave MacKenzie:** D'accord. Je vous remercie.

Une autre question qui est souvent posée — du moins dans ma province natale de l'Ontario — concerne le fait que l'argent de la santé n'est pas nécessairement dépensé pour la santé. Le gouvernement fédéral n'exerce pas de contrôle, dans la province, quant à l'administration du système de santé. Quand nous pensons à ce que nous pourrions faire avec de l'argent du côté de l'innovation et de la recherche, comment pouvons-nous collaborer de façon plus fructueuse avec nos provinces dans le dossier de la santé, qui relève de leur responsabilité? Comment pouvons-nous travailler de façon plus efficace avec elles et essayer de définir une orientation ou des lignes directrices quelconques?

**M. George Da Pont:** Selon mon expérience, les provinces ne veulent pas toutes une orientation et des lignes directrices, mais le principal mécanisme est celui que la ministre a mentionné, à savoir des réunions régulières avec les ministres de la Santé de toutes les provinces. Ensemble, ils cernent des préoccupations communes, des dossiers sur lesquels ils peuvent travailler ensemble, par exemple l'abus de médicaments d'ordonnance ou l'achat en vrac de médicaments. Toutes sortes de choses sont mises au point, pendant ce processus, quand le gouvernement fédéral et les provinces travaillent ensemble, pour, comme la ministre l'a dit, que le groupe d'experts de l'innovation examine cette question dans une perspective plus large et détermine quelles propositions pourraient devenir des pratiques exemplaires et quelles pratiques exemplaires nous pourrions adopter, qu'il s'agisse de pratiques déjà appliquées dans certaines régions du pays ou de pratiques appliquées à l'étranger.

Je crois et j'espère que cette démarche jouera un rôle catalyseur et nous amènera à examiner ces enjeux dans une perspective plus large.

**M. Dave MacKenzie:** Je crois qu'il est important que les Canadiens reconnaissent que le gouvernement fédéral n'a pas le pouvoir ni l'intention d'imposer cela aux provinces. C'est aux provinces qu'il revient de décider de le faire.

**M. George Da Pont:** Oui.

**M. Dave MacKenzie:** Je crois qu'on oublie cela, parfois, surtout ici. Votre rôle n'est pas de dire aux provinces comment elles doivent dépenser l'argent. Nous leur envoyons de l'argent, par le truchement des transferts en matière de santé et de programmes sociaux, mais en réalité, l'affectation des fonds est une responsabilité provinciale, et c'est à elles qu'il revient de faire ceci ou de ne pas faire cela.

**M. George Da Pont:** Exactement.

**M. Dave MacKenzie:** Il est certain qu'une augmentation de la recherche et de l'innovation dans ces deux seuls secteurs que, à titre de profane, je pourrais comprendre, devrait se traduire par des économies formidables pour les systèmes de santé des provinces grâce au raccourcissement de la durée des séjours à l'hôpital des patients.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Il vous reste 30 secondes, si vous les voulez.

**M. Dave MacKenzie:** J'y renonce.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Très bien. Merci beaucoup.

Nous revenons à M. Morin.

**M. Dany Morin:** Merci beaucoup.

Je vais continuer d'adresser mes questions au Dr Taylor. Nous avons eu une discussion intéressante au sujet du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, ou MERS-CoV.

Tout d'abord, merci d'avoir dit que vous surveillez la situation de très près. J'aimerais m'en assurer; travaillez-vous avec les provinces pour assurer la préparation à l'échelle du pays?

**Dr Gregory Taylor:** Absolument. Nous pouvons utiliser divers mécanismes pour travailler avec les provinces et, de toute évidence, directement avec le réseau de la santé publique. Je suis coprésident du conseil du réseau. Cette question est très préoccupante. De fait, demain, vendredi, nous allons tenir une réunion spéciale de tous les médecins hygiénistes en chef pour discuter, justement, de cet enjeu. Nous surveillons les éclosions de rougeole et nous cherchons la meilleure façon de réagir, et de réagir également au MERS-CoV, et aussi le dossier du H7N9, H5. Ces dossiers font l'objet d'un suivi constant.

Ce sont des mécanismes officiels. Nous avons aussi des mécanismes informels, à l'échelon technique, c'est-à-dire que nous restons constamment en communication avec les provinces et les territoires. En général, par exemple, le médecin hygiéniste en chef d'une province donnée va me téléphoner ou m'envoyer un courriel personnel. Vous avez vu ce qu'ont révélé les médias, hier. La province nous a avisés de la situation très rapidement, et par des voies très personnelles.

Il y a donc là toute une gamme de mécanismes officiels et informels grâce auxquels nous restons bien branchés à l'échelle du pays.

**M. Dany Morin:** Estimez-vous avoir accès à des ressources suffisantes pour assurer une intervention d'urgence appropriée?

**Dr Gregory Taylor:** Oui, nous avons des ressources adéquates pour le faire. Nous travaillons avec les provinces et avec les territoires; nous pouvons donc compter sur cette capacité collective.

Au cours des dernières années, les provinces et les territoires ont également mis sur pied leurs propres capacités. Il y a aujourd'hui trois agences de la santé publique au pays. Je crois savoir que certaines provinces songent à en créer une qui leur soit propre, alors, encore une fois, si l'on pense aux ressources, je crois que le Canada est en très bonne posture.

**M. Dany Morin:** Merci.

J'aimerais revenir sur la question de la santé maternelle. J'ai en main les données que je n'avais pas plus tôt et que vous n'avez pas non plus.

Le 6 mai dernier, l'Organisation mondiale de la santé a publié un rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le développement que les Nations Unies veulent atteindre d'ici 2015. Le rapport établit très clairement, au sujet du taux de mortalité maternelle par 100 000 naissances vivantes sur une période de 20 ans, que le taux était de 6 pour 100 000 en 1990, de 7 en 1995 et en 2000, de 11 en 2005 et de 11 décès de la mère pour 100 000 naissances vivantes en 2013.

Voilà les statistiques. Qu'avez-vous à dire?

•(1035)

**Dr Gregory Taylor:** Je crois que nous devrions obtenir ce rapport et le prendre très au sérieux pour savoir s'il y a des enjeux sous-jacents dont nous devrions nous occuper. Merci de l'avoir porté à notre attention. J'ignorais que ce rapport existait, et nous allons certainement faire un suivi très serré.

**M. Dany Morin:** Ce qui est le plus troublant, dans tout cela, c'est qu'à l'échelle mondiale, le taux de mortalité a chuté de 45 % — il s'agit du taux mondial — depuis 1990, et que celui du Canada est en augmentation. C'est pourquoi je vous prie d'étudier ce rapport. Ce

serait magnifique si vous pouviez revenir nous parler de cette question.

Ma prochaine question concerne la salubrité des aliments. Nous avons entendu des données contradictoires sur les ressources affectées à l'inspection des aliments au Canada. Nous savons que le budget de 2012 prévoyait une réduction de 56 millions de dollars et la mise à pied de 308 membres du personnel. Aujourd'hui, on prévoit une diminution de près de 10 % des dépenses prévues.

Pourriez-vous nous dire clairement combien il y avait d'employés à l'ACIA en 2011?

**M. Bruce Archibald (président, Agence canadienne d'inspection des aliments):** Je n'ai pas les données de 2011 en main, mais j'ai celles de 2012 et de 2013.

**M. Dany Morin:** Veuillez nous les donner.

**M. Bruce Archibald:** Au total, en 2012, il y avait 7 291 employés. En 2013, il y en avait 7 119, ce qui représente une légère diminution, mais je soulignerais également que le nombre d'employés affectés aux inspections a augmenté pendant cette période, passant de 3 534 à 3 557.

Vous avez donc raison, il y a eu une réduction du budget global, en raison du budget de 2012, mais l'Agence a cherché un peu partout le moyen de réaliser des gains en efficacité et n'a pas diminué le nombre d'employés chargés des inspections ou de quelque activité que ce soit touchant la salubrité des aliments.

**M. Dany Morin:** Si je vous comprends bien, le nombre d'inspecteurs n'a pas diminué?

**M. Bruce Archibald:** En fait, il a légèrement augmenté.

**M. Dany Morin:** Bien, d'accord.

Et qu'en est-il du nombre d'inspecteurs chargés des installations de transformation de viande crue, par exemple le boeuf XL?

**M. Bruce Archibald:** Je n'ai pas en main les données précises, parce que nous ne ventilons pas les chiffres de cette manière; les inspecteurs effectuent souvent de multiples tâches et travaillent dans différents secteurs. Mais nous avons augmenté les inspections pour le programme de la viande et aussi pour un certain nombre d'autres secteurs. Dans l'ensemble, le nombre de personnes qui travaillent dans les installations, en particulier les installations de transformation de la viande au Canada — a augmenté.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Notre temps est écoulé. Merci, monsieur Archibald.

Nous avons assez de temps pour faire une dernière ronde de questions de cinq minutes.

Monsieur Wilks.

**M. David Wilks:** Merci, madame la présidente. Je vais laisser mon temps à M. Lunney, qui a d'autres questions à poser.

**M. James Lunney:** Merci beaucoup.

J'aimerais revenir sur le sujet dont nous discutons plus tôt, à savoir le nombre excessif d'ordonnances d'inhibiteurs de la pompe à proton; on estime que 70 % des gens qui prennent ces médicaments ne devraient pas les prendre. Ils ne devraient pas les prendre pour traiter des brûlures d'estomac. C'est ici que le rôle de réglementation devient si important. Pour un patient qui prend ce type de médicaments, la documentation fait état d'un risque accru de 40 à 275 % — de 40 à 275 % —, tout dépendant du dosage et de la durée. Je crois que cela reflète ce que dit le rapport du RIEM, le Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments. Il en est question sur le site Web de la FDA, mais on n'y fournissait pas de chiffres.

En outre, les patients qui prennent ces médicaments ne font pas seulement face à un risque accru d'infection, ils font également face à un risque trois fois plus élevé de complications encore pires, par exemple des opérations chirurgicales inutiles aux intestins. Bien sûr, les séjours prolongés à l'hôpital nous coûtent des dizaines de millions de dollars, à l'échelle du pays. Mais la recherche montre également que les patients qui prennent ces médicaments, en plus de faire face à un risque accru d'infections et de complications, courent également un risque cinq fois plus élevé de décès. C'est la pire des issues. J'espère que vous comprenez pourquoi j'estime qu'il s'agit d'une urgence.

Le sujet le plus important sur le site Web de l'Agence de la sécurité publique, ce sont les personnes âgées, en particulier les personnes âgées de plus de 80 ans, et il est bien connu que l'acidité gastrique, chez les personnes âgées, est réduite; cela fait partie du processus de vieillissement normal, mais cela fait qu'ils courent un risque plus élevé. C'est en réalité le même problème pour la suppression de l'acidité.

Il faut de toute urgence intervenir dans ce dossier. J'espère que vous comprenez pourquoi, si on parle du CSIN, il a beau avoir été conçu dans le but d'assurer une surveillance, nous devrions tout de même recueillir des données à ce sujet. Nous ne pouvons pas attendre une autre décennie pour aider les gens à éviter les risques d'un décès inutile à l'hôpital, et pour éviter des dizaines de millions de dollars de dépenses. Si nous cherchons des façons d'innover, c'est que nous espérons pouvoir être plus souples.

On se préoccupe beaucoup de la surconsommation d'antibiotiques. Bien sûr, le risque de récurrence, chez les patients hospitalisés qui prennent des IPP, est de 42 %. Pour les patients qui prennent de la vancomycine, le risque est de 25 %, je crois; et avec le nouveau médicament, le Difigid, il est de 15 %.

Je reviens au Dr Beaudet; voilà pourquoi il est urgent de faire de la prévention à l'aide des probiotiques, et j'espère que vous êtes d'accord pour aller de l'avant à cet égard. Si nous pouvions mettre un frein aux infections avec une solution aussi simple, ce serait beaucoup plus facile que de procéder à des transplantations fécales, si vous me permettez de le dire, un traitement utilisé en aval.

Pour terminer, vous travaillez avec des médecins, avec l'AMC et avec les intervenants du programme Choisir avec soin dans ce dossier. Il est question de l'utilisation appropriée des techniques d'imagerie médicale et de l'utilisation des antibiotiques. Il me semble, après en avoir discuté avec le Dr Chris Simpson qui, comme mon collègue l'a mentionné, dirige l'AMC, que ce serait là un bon moyen d'aider les médecins à communiquer avec leurs patients sur l'inutilité du recours à ces médicaments pour le traitement de la dyspepsie.

Pourriez-vous nous parler brièvement de ce programme national, Choisir avec soin?

Je vais ensuite laisser la parole à mon collègue.

•(1040)

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Il reste seulement deux minutes. Tout dépend de la longueur de la réponse, mais nous n'avons vraiment plus beaucoup de temps.

Qui va répondre?

**M. George Da Pont:** Je ne crois pas qu'il existe une réponse. Comme vous l'avez fait remarquer, nous travaillons avec l'AMC et, par son entremise, avec les collègues de médecins pour le programme Choisir avec soin, qui a pour but de transmettre aux médecins

davantage de renseignements et de conseils sur les pratiques de prescription.

**M. James Lunney:** J'espère que vous serez d'accord, M. Da Pont, sur le fait que tout commence par des avertissements appropriés de Santé Canada, car les hôpitaux s'appuient sur ces avertissements, tout comme le font les médecins.

**M. George Da Pont:** Oui.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Très bien. Merci beaucoup.

Pour commencer, merci à...

**M. Terence Young:** [Note de la rédaction: inaudible]

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Il reste une minute. Allez-y.

**M. Terence Young:** En 2010, la société Eli Lilly comparaisait devant un tribunal, aux États-Unis, et devait produire des données probantes selon lesquelles son médicament, le Zyprexa, un puissant antipsychotique, aidait les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. La société a déposé sept rapports d'étude, sans aucune donnée probante.

Le Zyprexa et le médicament mis au point par Johnson & Johnson, le Risperdal, sont largement utilisés dans nos établissements de soins de longue durée pour traiter les patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer, alors qu'aucune donnée probante n'atteste leur efficacité. Mais il existe des données probantes, tirées de leurs propres études, déposées devant les tribunaux, selon lesquelles ces médicaments, en particulier le Zyprexa, augmentent de 200 à 300 % le risque de décès chez les personnes âgées. Le Zyprexa cause le diabète. En outre, il engourdit les personnes âgées. Elles tombent de leur lit. Elles se cassent une hanche. Six mois plus tard, elles sont mortes.

Donc, en Amérique du Nord, les personnes âgées vont — littéralement — mourir dans nos établissements de soins de longue durée parce qu'elles prennent un médicament qui ne leur procure aucun avantage sur le plan de la santé, mais qui...

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Monsieur Young, votre temps est écoulé, et il nous reste encore à voter.

**M. Terence Young:** ... qui augmente le risque de décès de 200 à 300 %.

J'aimerais tout simplement savoir si l'Agence de la santé publique pourrait exercer une influence quelconque ou favoriser le règlement de ce problème.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Il ne nous reste plus que quelques secondes; il nous reste encore à voter, et les personnes qui participeront à la séance du prochain comité commencent à arriver.

**M. George Da Pont:** Cela relèverait probablement de Santé Canada, en tant qu'organisme de réglementation. Je ne connais pas tellement le problème que vous soulevez. Mais nous pourrions peut-être communiquer avec vous personnellement ou envoyer une lettre au comité.

**La vice-présidente (Mme Libby Davies):** Merci, monsieur Da Pont. Vous pouvez faire parvenir l'information au comité.

J'aimerais remercier les hauts fonctionnaires d'être venus ici pour discuter du Budget principal des dépenses.

Nous allons passer directement au vote. Il y a deux façons de faire. Nous pouvons mettre aux voix chacun des crédits, et il y en a 10. Le comité pourrait aussi, si les membres y consentent unanimement, ramener cela à deux crédits, et, je crois, les adopter à la majorité. C'est le comité qui choisit.

Êtes-vous d'accord pour que nous regroupions les crédits?

D'accord. Merci beaucoup. Je vois que personne ne s'y oppose.

Est-ce que les crédits soumis au comité, moins les sommes déjà approuvées dans les crédits provisoires, sont adoptés?

INSTITUTS CANADIENS DE LA RECHERCHE EN SANTÉ

Crédit 1 — Dépenses de fonctionnement..... 47 112 396 \$

Crédit 5 — Subventions inscrites au Budget des dépenses..... 932 143 424 \$

(Les crédits 1 et 5 sont adoptés à la majorité)

SANTÉ

Crédit 1 — Dépenses de fonctionnement..... 1 774 856 975 \$

Crédit 5 — Dépenses en capital..... 31 656 363 \$

Crédit 10 — Subvention inscrites au Budget des dépenses et contributions.....  
1 683 745 108 \$

(Les crédits 1, 5 et 10 sont adoptés à la majorité)

CONSEIL D'EXAMEN DU PRIX DES MÉDICAMENTS BREVETÉS

Crédit 1 — Dépenses du programme..... 9 949 348 \$

(Le crédit 1 est adopté à la majorité)

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Crédit 5 — Dépenses en capital..... 6 100 596 \$

Crédit 10 — Subvention inscrites au Budget des dépenses et contributions.....  
253 014 798 \$

(Les crédits 5 et 10 sont adoptés à la majorité)

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS

Crédit 1 — Dépenses de fonctionnement..... 470 029 881 \$

Crédit 5 — Dépenses en capital..... 24 264 263 \$

(Les crédits 1 et 5 sont adoptés à la majorité)

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

**Des voix:** D'accord.

**Une voix:** Avec dissidence.

**Le président:** Merci beaucoup tout le monde.

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>