



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 042 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 20 novembre 2014

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le jeudi 20 novembre 2014

•(1105)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): Bonjour, mesdames et messieurs. Merci d'être présents aujourd'hui.

Nous allons examiner le Budget supplémentaire des dépenses (B).

Nous sommes heureux d'accueillir la ministre ainsi que tous ses collaborateurs. Je remercie la ministre d'avoir pris le temps d'être parmi nous aujourd'hui.

Avez-vous préparé une déclaration, madame la ministre?

L'hon. Rona Ambrose (ministre de la Santé): Oui.

Le président: Bien. Merci beaucoup.

L'hon. Rona Ambrose: Merci, monsieur le président.

Je suis très contente de participer au Comité de la santé.

Je voudrais commencer par tous vous remercier pour la qualité de votre travail. Merci de m'avoir invitée à discuter du budget supplémentaire pour le portefeuille de la Santé.

Sont présents plusieurs de mes collaborateurs, que vous connaissez peut-être déjà: Alain Beaudet, des Instituts de recherche en santé du Canada; bien sûr Bruce Archibald, de l'ACIA; George Da Pont, notre sous-ministre à Santé Canada; Gregory Taylor, notre administrateur en chef de la santé publique; et Krista Outhwaite, notre nouvelle sous-ministre de l'Agence de la santé publique.

Je vais présenter aux membres du comité un rapide état des lieux de la réponse du Canada à l'épidémie d'Ebola en Afrique occidentale, je pense que cela sera utile à tout le monde.

Comme beaucoup d'entre vous le savent, cette épidémie est la plus grave et la plus complexe à laquelle le monde a été confronté en 40 années de lutte contre ce virus. Les impacts humanitaires, sociaux et économiques se feront sentir longtemps après que le virus ait été contenu. Le Canada a été en première ligne de la réponse internationale à cette épidémie, et ce, depuis le mois d'avril. Notre contribuons financièrement, mais aussi par des expertises et du matériel. À ce jour, nous avons engagé plus de 65 millions de dollars dans la santé, le soutien humanitaire et les interventions de sécurité. Je suis heureuse d'annoncer au comité que 57 millions de dollars de cette somme ont été dépensés. Ces fonds ont servi à soutenir les Nations Unies, l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF, et bien d'autres afin d'améliorer les traitements et la prévention, d'améliorer les capacités sanitaires, de sauver des vies et de faire face aux premières nécessités avec par exemple une aide alimentaire.

Nos efforts ont pour objectif de mettre fin à cette épidémie, de traiter les patients, d'assurer l'accès aux services essentiels, de préserver la stabilité et d'empêcher la propagation de l'épidémie aux pays voisins.

Nous avons aussi fait don et livré des équipements de protection individuels pour une valeur de plus de 2,5 millions de dollars à l'Afrique occidentale, selon les demandes de l'OMS. Cela comprend

1,5 million de paires de gants, 2 millions de masques, plus de 480 000 appareils respiratoires et plus de 1 000 lits et couvertures. L'Agence de la santé publique a également déployé notre laboratoire mobile en Sierra Leone pour fournir une assistance au diagnostic rapide et faire du dépistage, et nous attendons actuellement des instructions de l'OMS pour savoir où déployer notre second laboratoire mobile.

En plus de l'invention par le Canada d'un vaccin expérimental contre la fièvre Ebola, qui est actuellement en phase d'essais cliniques, nous avons généreusement offert 800 ampoules de ce vaccin canadien contre l'Ebola à l'OMS à Genève. Ce vaccin est un bel exemple de l'innovation scientifique canadienne. Nous espérons que s'il est reconnu sûr et efficace, il sera utilisé en Afrique occidentale pour aider à mettre fin à cette épidémie.

À cet effet, nous avons récemment lancé un essai clinique canadien de phase 1 pour le vaccin, mené par le Réseau canadien de recherche sur l'immunisation à Halifax, au Centre canadien de vaccinologie du Centre de soins de santé IWK. Cet essai viendra aider les autres essais cliniques dans le monde entier en déterminant si des dosages plus faibles pourraient avoir la même efficacité, ce qui pourrait démultiplier le nombre de doses disponibles dans chaque ampoule. Bien qu'il n'y ait jamais eu de cas du virus Ebola au Canada, nous devons bien sûr rester vigilants et prendre toutes les précautions utiles.

J'ai discuté à plusieurs reprises avec les ministres de la Santé de tout le pays et nous avons eu, je crois, trois réunions. Notre administrateur en chef de la santé publique est en contact régulier avec les médecins hygiénistes des provinces et des territoires, cela fait maintenant plusieurs mois qu'ils se réunissent, me semble-t-il, quasiment deux fois par semaine. Dans l'éventualité d'un cas d'Ebola, l'Agence de la santé publique est prête à apporter son soutien aux provinces et aux territoires en déployant nos équipes de réponse rapide au virus Ebola. Ces équipes, au nombre de cinq, sont composées d'un coordinateur, d'un épidémiologiste de terrain, d'un expert du contrôle infectieux, d'un expert en biosécurité, d'un expert en laboratoires, d'un expert en communication, d'un expert en logistique; ils seraient déployés immédiatement en renfort des services locaux de santé publique qui auraient besoin de notre aide.

Transports Canada soutient l'action de l'Agence de la santé publique en mettant à disposition des avions prêts à décoller très rapidement. Ces appareils sont chargés de fournitures d'urgence comprenant des équipements de protections tels que gants, masques et combinaisons. Notre gouvernement débloque également des fonds additionnels pour soutenir les efforts de préparation et la capacité de réponse au virus Ebola dans notre pays pour mieux aider les provinces. Cela inclut, bien entendu, les 27,5 millions de dollars qui seront affectés à la préparation du pays. Cette somme comprend un peu moins de 25 millions de dollars pour soutenir la recherche et le développement de contre-mesures médicales contre l'Ebola. Cela signifie plus d'argent pour la recherche sur le vaccin canadien contre le virus Ebola et les anticorps monoclonaux.

• (1110)

Nous avons également réservé des fonds pour soutenir la formation au contrôle infectieux et l'achat de matériel, ainsi que pour le déploiement d'agents de quarantaine dans les aéroports du Canada.

Nous avons par ailleurs lancé une campagne de sensibilisation en ligne pour améliorer la connaissance du public sur la maladie et les risques qui y sont associés, grâce à des médias sociaux tels que Facebook ou Twitter. En combattant la maladie, nous devons aussi combattre la stigmatisation qui l'accompagne. Les Canadiens doivent connaître les faits sur le virus Ebola, savoir comment le virus se transmet, en connaître les symptômes, et toute autre information qui les aidera à combattre leur peur de contracter la maladie.

Bien entendu, nous apportons une importante contribution aux efforts internationaux et travaillons ensemble pour nous préparer ici chez nous. Nous renforçons la coordination entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les différents services, et nous faisons tout pour protéger les Canadiens et combattre la maladie.

Sur un autre sujet, je voudrais vous remercier tous pour votre travail pertinent sur le projet de loi C-17, la Loi de Vanessa. En plus des nombreux mois de consultations...

Le président: Pardonnez-moi, madame la ministre, mais on me demande de vous prier de parler un peu moins vite.

L'hon. Rona Ambrose: Ah, pour les interprètes?

Le président: Je suis désolé de vous avoir interrompue. Nous vous donnerons beaucoup de temps de parole.

L'hon. Rona Ambrose: En plus des nombreux mois de consultations avec les citoyens canadiens, l'examen attentif du projet de loi par ce comité a contribué à l'adoption de la Loi de Vanessa. Je crois que nous avons beaucoup progressé l'an dernier en matière de santé et de sécurité publique, la sanction royale de la Loi de Vanessa en est une manifestation éclatante. Cette loi est la plus importante modification de la Loi sur les aliments et drogues en plus d'un demi-siècle. C'est une avancée historique dans les améliorations constantes qu'apporte notre gouvernement à la sécurité des patients, surtout ces dernières années.

Grâce au travail acharné de ce comité, et grâce à la Loi de Vanessa, les Canadiens peuvent avoir une confiance renouvelée dans les médicaments qu'ils utilisent. En tant que ministre de la Santé, j'ai désormais le pouvoir de retirer un médicament de la vente s'il n'est pas sûr. Pour la toute première fois, les effets indésirables graves et les incidents relatifs aux instruments médicaux devront être signalés par les établissements de soins de santé. De plus, comme vous le savez déjà, les tribunaux pourront infliger des amendes aux entreprises pharmaceutiques pouvant aller jusqu'à 5 millions de

dollars par jour, ou des peines de prison pour la distribution de produits dangereux. Nous pouvons aussi contraindre les entreprises pharmaceutiques à réviser leurs notices pour qu'elles indiquent clairement les informations sur les risques pour la santé, y compris des mises à jour régulières des mises en garde pour les enfants. Nous pouvons exiger des essais supplémentaires pour un produit, y compris lorsque des problèmes sont repérés avec des populations à risques spécifiques, telles que les enfants.

Beaucoup de ces nouveaux pouvoirs sont entrés en vigueur avec la sanction royale de la Loi de Vanessa, et nous travaillons vite pour mettre en place les réglementations afin d'accompagner les autres pouvoirs, comme l'obligation de déclarer tous les essais cliniques autorisés, et des éléments de signalement obligatoire des effets indésirables par les institutions de soins de santé.

Les Canadiens doivent avoir accès à l'information, surtout lorsqu'il s'agit de leur santé, et, au-delà de la Loi de Vanessa, nous avons fait de grands progrès pour améliorer la transparence grâce au cadre de transparence et d'ouverture en matière de réglementation de Santé Canada. Par exemple, Santé Canada a commencé à diffuser des synthèses d'études de sécurité des médicaments que peuvent utiliser les patients et les professionnels des soins de santé pour prendre des décisions informées. Les patients peuvent aussi consulter la base de données des essais cliniques pour savoir si l'essai clinique qui les intéresse a rempli les exigences obligatoires. Ces initiatives concrètes permettent aux Canadiens d'avoir accès à plus d'information sur les décisions ministérielles et à plus de résultats sous une forme facile à comprendre. On peut toujours faire davantage. J'ai demandé aux membres de mon cabinet d'accélérer la mise en oeuvre de l'initiative pour la transparence.

Je voudrais aussi féliciter ce comité pour son rapport sur les méfaits et les risques sanitaires de la marijuana. Comme l'a noté ce comité, fumer de la marijuana comporte des risques sérieux pour la santé chez les jeunes. Comme beaucoup d'entre vous le savent, Santé Canada a lancé une campagne de sensibilisation visant à éduquer les parents sur la façon de parler à leurs enfants adolescents des dangers liés à l'abus de médicaments d'ordonnance et à la consommation de marijuana, conformément aux recommandations de votre rapport. Des messages télévisés ont commencé à être diffusés dès le mois d'octobre sur le développement du corps et de l'esprit chez les adolescents et sur les risques de dommages irréversibles au développement, à la réussite scolaire et à la santé mentale à long terme que peuvent entraîner la consommation de marijuana et l'abus de médicaments d'ordonnance.

Le ministère a développé des contenus sur Internet et dans les médias sociaux concernant les dangers de la marijuana et des abus de médicaments d'ordonnance pour encourager les parents à s'informer, et à savoir parler de ces problèmes avec leurs enfants. Comme vous le savez, notre gouvernement a aussi engagé presque 45 millions de dollars sur cinq ans pour étendre la stratégie nationale de lutte antidrogue et d'y inclure les abus de médicaments d'ordonnance. Les conséquences nombreuses et imprévisibles de l'usage de drogues en font un problème de santé publique très concret et très vaste, et les familles canadiennes le savent parfaitement.

Au cours de cette année, j'ai rencontré des responsables de la santé, des médecins, des pharmaciens, des représentants des Premières Nations et des forces de l'ordre, des spécialistes des dépendances et des représentants d'associations médicales pour discuter de la façon dont nous pouvons collectivement nous attaquer à l'abus de médicaments d'ordonnance. J'ai lancé un appel à propositions pour trouver de nouveaux moyens d'améliorer les pratiques pour les opioïdes et autres médicaments qui présentent des risques élevés d'abus ou de dépendance. De plus, nous finançons actuellement la mise en place d'initiatives pour soutenir la recherche sur de nouvelles interventions cliniques au niveau communautaire pour la prévention et le traitement des abus de médicaments d'ordonnance.

Je voudrais maintenant passer à l'innovation dans les soins de santé, monsieur le président.

• (1115)

Comme vous le savez, les Canadiens bénéficient d'un système qui donne accès à des soins de haute qualité et qui a un effet bénéfique sur la santé, mais avec le vieillissement de la population canadienne, et la charge grandissante des maladies chroniques, il nous faut accélérer le rythme du changement. C'est pourquoi j'ai lancé, en juin dernier, le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. Il est dirigé par le Dr David Naylor et a pris un très bon départ.

Ce groupe mène une large consultation dans tout le pays, pour identifier des secteurs prometteurs pour l'innovation, et pour déterminer comment le gouvernement fédéral peut aider à accélérer ces progrès. En fait, le groupe a hâte d'entendre les Canadiens de tout le pays au cours d'une consultation en ligne qui est ouverte jusqu'au 5 décembre. Je prévois la remise du rapport final pour la fin mai et je me réjouis à l'avance de partager ces informations avec ce comité.

Monsieur le président, les Canadiens attendent de leur gouvernement fédéral qu'il joue un rôle majeur dans le maintien de notre système de soins de santé de haut niveau. Aujourd'hui, je veux répéter avec force que notre gouvernement est au travail et que nous voulons nous assurer que les Canadiens bénéficient du plus haut niveau de soins de santé.

Une fois de plus, merci de m'avoir invitée pour débattre avec vous. Mes collaborateurs et moi-même serons ravis de répondre à vos questions.

• (1120)

Le président: Merci beaucoup, madame la ministre.

La première série de questions commencera avec Mme Davies. Vous avez sept minutes. Je vous en prie.

Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD): Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie la ministre Ambrose d'être venue témoigner devant notre comité au sujet du Budget supplémentaire des dépenses.

Merci aux membres du cabinet qui sont présents.

Madame la ministre, je sais que vous n'êtes ici que pour une heure, alors bien entendu nous voulons vous poser le plus de questions possible. Je vous remercie d'avoir commencé votre exposé par une mise à jour sur la situation de l'épidémie d'Ebola, car je pense que c'est un sujet très urgent et, comme vous le savez, nous l'avons soulevé à la Chambre des Communes à plusieurs reprises avec vous et avec le secrétaire parlementaire. Il y a eu beaucoup d'inquiétude sur les retards au Canada, à la fois sur la mise à disposition de matériel et d'équipements de protection, et bien sûr beaucoup d'agitation autour du vaccin. Je suis heureuse de vous avoir entendu

dire que 57 millions de dollars de l'engagement fédéral ont déjà été dépensés.

Je voudrais aborder une question, cependant, au sujet du vaccin lui-même. Vous connaissez certainement les conditions du contrat passé avec NewLink, l'entreprise basée dans l'Iowa qui a reçu un contrat du gouvernement fédéral en 2010. C'était il y a quatre ans, et ce contrat exige de l'entreprise qu'elle commercialise le vaccin fabriqué au Canada, et dans ce contrat il y a des clauses qui soulignent que tout manque de bonne volonté et de diligence à rapidement commercialiser le vaccin dans le cadre d'une politique commerciale offensive sera considérée comme un manquement fondamental au contrat.

Ma question serait de savoir si vous-même en tant que ministre, ou le gouvernement fédéral, avez donné un préavis à NewLink Genetics en soulignant les inquiétudes qu'ont beaucoup de Canadiens — inquiétudes que nous partageons en tout cas — au sujet de la mise au placard apparente du développement du vaccin ces quatre dernières années, et l'absence d'urgence cet été pour la réalisation des essais cliniques. Le contrat stipule qu'un préavis de 90 jours doit être donné pour que l'inactivité demandée soit jugée une cause suffisante pour mettre fin au contrat. En gros, nous voulons savoir si vous avez donné un préavis de rupture de contrat. Avez-vous cherché d'autres fournisseurs pour garantir que ce vaccin sera commercialisé, étant donné que cela fait maintenant quatre ans que ce contrat a été lancé?

L'hon. Rona Ambrose: Tout d'abord, je pense que nous sommes tous très fiers que l'argent des contribuables canadiens ait servi à financer les recherches pour développer ce vaccin au cours des 10 dernières années. Comme vous le savez, cet aboutissement est devenu urgent au cours de la dernière année. Je ne dispose d'aucun élément permettant d'affirmer qu'il y ait un manque de diligence quant à la commercialisation de ce vaccin. En fait, c'est le contraire. J'ai souvent posé la question. J'ai reçu des réponses très claires et très rassurantes — et je serais ravie de donner la parole au Dr Taylor et à Krista Outhwaite sur ce point — affirmant que le processus avance à une vitesse sans précédent.

Mme Libby Davies: Alors pourquoi l'entreprise met-elle autant de temps?

L'hon. Rona Ambrose: D'après ce qui m'a été communiqué, la communauté internationale a été amenée à supporter et à soutenir la commercialisation rapide. Ne perdons pas de vue qu'il s'agit d'un vaccin expérimental. Nous sommes dans la première phase des essais cliniques. Nous sommes toujours en train de mesurer l'efficacité et l'innocuité du vaccin. Espérons qu'il est sûr et qu'il pourra rapidement être déployé lorsque nous en aurons la certitude.

Mme Libby Davies: Madame la ministre, je pense que nous partageons tous vos préoccupations quant à la sécurité du vaccin. Je réitère ma question. Vous n'avez aucune raison de penser que cette entreprise aurait pu mettre de côté la conception du vaccin, ni qu'elle puisse manquer de diligence dans la commercialisation offensive de ce vaccin que tout le monde attend désespérément, vous n'avez aucun problème avec cette entreprise.

L'hon. Rona Ambrose: Je vais laisser le Dr Taylor vous donner le plus de détails possible.

Dr Gregory Taylor (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Je ne crois pas qu'il y ait d'inquiétude à avoir vis-à-vis de cette entreprise. Elle travaille avec diligence. Une partie des retards est liée à un processus de fabrication visant à produire d'importantes quantités de vaccin pour les essais cliniques. Cela a pris du temps. Au départ, nous avons passé notre commande de façon à avoir des vaccins disponibles. Nous avons reçu le premier lot au début de l'année, vers le mois de février, je crois. La mise en route de la production a pris du temps.

Concernant les essais cliniques, il faut se rappeler qu'en temps normal, ce processus dure au minimum cinq ans. Avant cette épidémie, il n'y avait eu que 2 500 cas dans le monde...

Mme Libby Davies: Mais ils ont signé le contrat en 2010, cela fait donc quatre ans.

Dr Gregory Taylor: Oui, en 2010. Il a fallu beaucoup de temps pour mettre en place l'unité de production. Depuis que la production du vaccin a été lancée, et nous en avons reçu au début de l'année, l'entreprise a lancé pas moins de six essais cliniques.

Un autre système de production est à l'étude. Des vaccins ont été produits cette année, et il y en aura encore au début mars 2015, jusqu'à 100 millions de doses. Nous ne savons pas exactement. Pour le moment nous comptons en ampoules. Au départ, nous avons acheté 1 400 ampoules, mais comme l'a évoqué madame la ministre, certains essais cliniques canadiens utilisent des doses très faibles, ce qui pourrait démultiplier le nombre de doses disponibles.

L'entreprise a investi plus de 10 millions de dollars, et a mobilisé 42 millions de dollars auprès du département de la Défense des États-Unis, du National Institute of Allergy and Infectious Diseases, etc.

• (1125)

Mme Libby Davies: Docteur Taylor, j'aimerais rapidement enchaîner. Comme vous le savez, le Canada a été à l'initiative de la mise en place d'une interdiction de délivrer des visas pour les personnes venant des pays touchés par le virus Ebola. Je voudrais vous demander, en tant qu'administrateur en chef de la santé publique du Canada, soutenez-vous cette mesure? Quels faits viennent étayer cette décision?

Dr Gregory Taylor: L'équilibre que nous devons trouver entre la protection des Canadiens et l'aide que nous pouvons apporter et les solutions à trouver pour contenir cette épidémie repose sur des choix difficiles. Ce n'est pas une interdiction définitive. C'est une pause dans la délivrance de nouveaux visas. À ma connaissance, il existe environ 1 700 à 1 800 visas existants qui continueront à être valables.

C'est très difficile de trouver le bon compromis. Il ne s'agit pas d'une fermeture de la frontière, c'est une pause dans la délivrance des visas. D'après ce que je sais...

Mme Libby Davies: Quels sont les faits qui étayaient ce choix?

Dr Gregory Taylor: ... le ministre peut les délivrer de façon exceptionnelle

Mme Libby Davies: En tant qu'administrateur en chef de la santé publique, y êtes-vous favorable?

Dr Gregory Taylor: Personnellement, je pense que c'est l'équilibre qui convient à la situation, et oui je suis en faveur d'une approche très mesurée.

Mme Libby Davies: Quels sont les faits qui étayaient cette approche?

L'hon. Rona Ambrose: Madame la députée Davies, je pense qu'il y a eu beaucoup de désinformation. Les médias, je crois, n'ont pas rendu service aux Canadiens dans cette histoire. Ce n'est pas une interdiction de voyager. C'est une pause dans la délivrance de nouveaux visas. Pour remettre les choses en contexte, nous recevons très peu de demandes de visas émanant des trois pays concernés.

Mme Libby Davies: Mais il s'agit de tous ceux qui arrivent avec un visa, n'est-ce pas?

L'hon. Rona Ambrose: Avec un visa existant, il en existe environ 1 900 qui sont actifs actuellement pour des ressortissants de ces pays. Beaucoup sont des visas pour séjours multiples. Les gens pourront continuer à faire des allers-retours entre ces pays d'Afrique occidentale et le Canada, et les Canadiens pourront voyager sans restriction. Mais nous avons demandé aux Canadiens de ne pas se rendre là-bas sauf s'ils y sont obligés, s'ils sont travailleurs humanitaires ou s'il s'agit de voyages d'affaires importants.

Nous avons fait la même chose dans l'autre sens. De façon très concrète, nous avons dit que nous traiterions le problème au cas par cas. S'il y a des motifs économiques essentiels, nous honorons les visas existants, qu'ils soient pour entrée unique ou entrées multiples, et le ministre de l'Immigration a un pouvoir discrétionnaire pour examiner les visas au cas par cas. C'est une approche prudente, réfléchie et pratique. Nous adoptons la même approche avec les Canadiens.

Le président: Merci, madame Davies.

Merci pour vos explications, madame Ambrose.

Madame Adams, vous avez sept minutes. Je vous en prie.

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

Merci, madame la ministre, de nous avoir rejoints aujourd'hui. Nous sommes ravis de vous recevoir.

Je voudrais enchaîner et poser d'autres questions sur le virus Ebola. Je vous remercie pour vos remarques et pour avoir souligné l'importance des contributions du Canada jusqu'ici.

Il s'agit de l'une des plus importantes crises sanitaires auxquelles le monde ait eu à faire face, de notre vivant. Peut-être pourriez-vous nous donner plus de détails sur le rôle de premier plan qu'a occupé le Canada dans la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Afrique occidentale.

L'hon. Rona Ambrose: Avec plaisir, je me réjouis toujours de parler de la réponse du Canada face à l'épidémie d'Ebola en Afrique occidentale. Cela va me permettre aussi de corriger certaines informations fausses qui circulent et de combattre la stigmatisation que nous constatons parfois, surtout à l'égard des travailleurs humanitaires qui reviennent de ces pays.

Il est clair que nous sommes au milieu, comme vous l'avez dit, de la plus grosse épidémie ayant eu lieu depuis la découverte de ce virus voici 40 ans. Mais en ce qui concerne les gros titres et les statistiques effrayantes, il y a beaucoup de désinformation qui persiste au sujet du virus Ebola. Parce que le virus n'a jamais été présent au Canada, les Canadiens n'ont pas forcément à l'esprit les faits sur ce qu'est l'Ebola et ses modes de contamination. C'est pourquoi, au début du mois, nous avons annoncé que, durant tout le mois de novembre, nous allions diffuser une campagne d'information publique sur l'Ebola, pour que les gens connaissent les faits et combattent la stigmatisation. Il s'agit de renseigner le public au sujet de la nature du virus, sa propagation et de la façon de se préparer à y faire face.

Ce qui m'a préoccupé après ma rencontre avec les dirigeants des organismes d'aide, c'est que beaucoup de travailleurs humanitaires qui reviennent au Canada ne sont pas traités comme les héros qu'ils sont. Le directeur de Médecins sans frontières était très inquiet de la réaction des gens du voisinage face aux médecins qui revenaient, de la réaction des hôpitaux, et même de la réaction des autres professionnels des soins de santé.

La vérité, c'est que ces gens risquent leur vie et que les organismes d'aide gèrent leurs équipes de soignants avec des périodes très rigoureuses de repos et d'isolement. Toutes les précautions sont prises. Le public canadien doit connaître les faits sur le virus dans l'éventualité où un cas se déclarerait sur le sol canadien, mais nous devons aussi nous assurer que le public soit correctement informé, et en tant que pays, nous devons nous tenir prêts.

En ce qui concerne notre niveau de préparation, je suis rassurée par le niveau de préparation des provinces et des territoires. Je discute régulièrement avec mes homologues provinciaux, et le Dr Taylor s'entretient presque deux fois par semaine avec ses homologues. Nos collègues dans les provinces sont très confiants quant à leur niveau de préparation. L'Agence de la santé publique a transmis des directives mises à jour aux autorités sanitaires des provinces et des territoires.

Bien entendu, ils ont la responsabilité de former leurs propres travailleurs de la santé, mais ils ont vraiment relevé le défi et ont fourni les formations nécessaires au personnel infirmier et aux médecins. J'ai dit aux dirigeants des syndicats et des associations d'infirmières et infirmiers que si certains de leurs membres se sentaient encore vulnérables, alors qu'ils le fassent savoir à leurs organisations; je leur ai dit de faire en sorte que les formations soient disponibles, et que cela soit des formations pratiques, pas juste une vidéo, pour qu'ils soient parfaitement à l'aise pour mettre et enlever les équipements de protection. D'après les commentaires que j'ai eus, il me semble que cela se passe bien. Les gens se manifestent lorsqu'ils veulent davantage de formations et les provinces font tout pour que ces formations soient disponibles.

Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, l'Agence de la santé publique se tient prête avec toute son expertise. Nos cinq équipes de réponse rapide sont prêtes à soutenir les provinces dans l'éventualité d'un patient contaminé par le virus Ebola. Nos équipes sont prêtes à se déployer très rapidement. Nous avons les avions nécessaires pour atteindre n'importe quel endroit du Canada si besoin est.

Nous avons aussi mis de côté 3 millions de dollars pour soutenir les provinces et les territoires dans leurs efforts de préparation du point de vue de la communauté.

Les membres du comité seront d'accord pour que je remercie les membres de l'Agence de la santé publique. Ils ont travaillé en étroite collaboration avec les provinces et les territoires, mais aussi avec le personnel soignant qui est en première ligne. À chaque fois qu'il y a eu des inquiétudes, nous les avons encouragés à se manifester. Nous avons fait de notre mieux pour répondre à tout le monde, les responsables provinciaux comme les associations d'infirmières et infirmiers. Bien que le personnel infirmier ne relève pas de notre juridiction, il nous a paru évident qu'il fallait le prendre en compte. Nous avons travaillé très dur pour nous assurer que tout le monde soit impliqué à chaque étape des directives que nous fournissions. Nous avons communiqué directement avec les provinces et les territoires, mais aussi avec de nombreuses organisations de terrain pour leur apporter un soutien direct.

Nous continuerons de prendre toutes les mesures utiles, et nous continuerons à répondre aux sollicitations.

● (1130)

La réponse du Canada a été très importante et très efficace en fonction de la demande. Dans la mesure où les demandes de l'Organisation mondiale de la Santé arriveront, par exemple pour la tenue de protection, nous continuerons d'y répondre.

Mme Eve Adams: Merci.

Passons à l'innocuité des aliments, madame la ministre. Nous avons eu droit à de merveilleuses nouvelles, ce matin, dans le *Globe and Mail*. Le Canada est en première place dans la catégorie de la salubrité des aliments, ex aequo avec l'Irlande.

Il est de la plus haute importance de veiller à ce que les aliments déposés sur la table familiale soient salubres. Je peux vous dire que c'est là quelque chose qui me préoccupe en tant que mère et que mes amies s'en préoccupent lorsqu'elles préparent le repas pour leur famille.

Pourriez-vous nous donner les dernières nouvelles sur le système d'assurance de la salubrité des aliments au Canada et nous dire quelles pourraient être les prochaines étapes?

L'hon. Rona Ambrose: J'en serais heureuse; j'aimerais profiter de l'occasion pour féliciter Bruce pour cette première place — sans vouloir exercer de pression sur le responsable de l'ACIA, mais c'est bien sûr une très bonne nouvelle. Ces dernières années, l'Agence canadienne d'inspection des aliments a fait beaucoup pour continuer de faire son possible pour être la meilleure.

La reconnaissance, c'est bien sûr merveilleux. Ça ne veut pas dire que nous cesserons de travailler très fort, parce que c'est là une préoccupation pour nous tous, comme vous l'avez dit. Dans le dernier budget, nous avons renforcé notre engagement dans le secteur de l'innocuité des aliments en investissant 400 millions de dollars de plus pour consolider notre dispositif d'assurance de la salubrité des aliments. Nous espérons que cette dotation donnera à nos inspecteurs et à ceux qui travaillent dans ce secteur les outils dont ils ont besoin pour continuer à veiller à ce que notre système reste le meilleur au monde.

En plus de cela, bien sûr, notre gouvernement a investi plus d'un demi-milliard de dollars dans diverses mesures de contrôle depuis 2008. Au nombre de ces démarches, il y a l'amélioration des programmes d'inspection des aliments et l'embauche d'inspecteurs. L'important financement assuré dans le cadre de notre plan d'action économique étalé sur cinq ans renforcera notre système d'assurance de la salubrité des aliments et comprend les ressources nécessaires pour embaucher 200 autres inspecteurs et le personnel connexe.

Nous mettons également en place un réseau d'information sur la salubrité des aliments, soit un réseau composé de partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux dans le domaine de la salubrité des aliments et de laboratoires privés. Son rôle sera de contribuer à la protection des Canadiens contre les risques sanitaires en améliorant notre capacité à prévoir, à détecter et à répondre en cas de risques pour la salubrité des aliments.

Le financement prévoit également...

● (1135)

Le président: Madame Ambrose? Madame la ministre, nous avons largement dépassé le temps prévu. Je m'excuse pour l'interruption. Je dois être équitable envers tout le monde.

L'hon. Rona Ambrose: Je m'excuse, je ne vous regardais pas.

Le président: Madame Fry, c'est à vous.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je tiens à remercier la ministre pour son exposé. J'ai toujours pensé que la santé était trop importante pour que nous fassions de la petite politique, des jeux partisans, donc je vais commencer par féliciter la ministre pour ce que je considère maintenant — dans le passé, la ministre sait ce que je pensais de certaines mesures prises face à l'Ébola — comme une réponse excellente, vaccin compris.

La seule question que je dois poser à ce sujet, c'est celle-ci — je vais d'abord poser toutes mes questions et vous pourrez répondre ensuite, de sorte que nous pourrions obtenir une réponse complète. Qui avez-vous consulté relativement à l'interruption des visas? Je sais que l'Organisation mondiale de la Santé et plusieurs autres responsables de la santé publique ont considéré que cette mesure suscitait un peu d'anxiété dans la population, car, à leur avis, les gens allaient croire que les voyageurs pouvaient en fait être à risque.

C'est la première question que je veux poser. Autrement, bon travail quant à l'Ébola, et je m'adresse ici au Dr Taylor et à vous-même.

Je veux également soulever la question de la marijuana. Vous savez bien que j'ai considéré que le rapport sur la marijuana... Nous avons eu un rapport qui laissait entendre que l'étude était entachée d'erreurs parce qu'on ne peut tenir compte des risques sans également tenir compte des avantages, et on a fait très peu pour examiner les avantages.

Nous avons estimé qu'une grande partie des témoignages contradictoires offerts par plusieurs de nos témoins experts n'ont pas été reflétés dans le rapport. Nous avons également considéré qu'il y avait un ou deux éléments, dont des études et des travaux de recherche qui pourraient nous éclairer éventuellement sur les risques et les avantages ainsi que les effets à long terme et à court terme de la marijuana tant sur les jeunes que sur d'autres personnes, qui étaient des choses très importantes à faire. On n'en a pas fait une recommandation. Nous sommes donc d'avis que le rapport laisse beaucoup à désirer.

Ce que je veux vous demander, cependant, c'est tout simplement ceci: des publicités sont diffusées actuellement et je sais que la ministre demande plus de 5 millions de dollars pour diffuser ces publicités. Étant donné les témoignages entendus, soit que rien ne permet vraiment d'affirmer que les effets à long terme de l'usage de la marijuana sont absolument terribles — nous connaissons les effets à court terme — qui la ministre a-t-elle consulté lorsqu'elle a conçu ces publicités? Peut-elle nous dire qui étaient ces personnes, en dresser une liste et déposer la liste devant le comité à un moment donné?

L'hon. Rona Ambrose: Oui, sans problème.

L'hon. Hedy Fry: C'était ma deuxième question.

La troisième concerne l'ASPC. Encore une fois, tout en vous félicitant pour la réponse donnée à l'Ébola — bien que nous ayons pensé qu'il y avait des lenteurs au début, maintenant je pense que la réponse est bonne — j'aimerais savoir si vous êtes en mesure de nous dire qui vous avez consulté lorsque vous avez apporté des changements au poste d'administrateur en chef de la santé publique au sein de Santé Canada.

Je n'ai rien contre le Dr Taylor ni Mme Outhwaite, mais je pense que l'idée que l'administrateur en chef de la santé publique occupe un poste équivalant à celui de sous-ministre a été vraiment bien étudiée par suite de quelques-unes des constatations faites après les crises du SRAS et du H1N1. Cette idée a pris forme une fois que plusieurs responsables de la santé publique aient suggéré cette façon de faire à Santé Canada, et maintenant, ce changement, je crois, réduit la capacité de l'administrateur en chef de la santé publique de réagir

rapidement afin d'obtenir les ressources nécessaires. À l'heure actuelle, cela peut fonctionner, si lui et Mme Outhwaite s'entendent vraiment bien, mais lorsqu'il y aura des changements... Ça ne devrait pas être personnel; ça devrait être objectif.

Je veux savoir qui la ministre a consulté. Beaucoup de responsables de la santé publique ont déclaré qu'ils considèrent que c'est là une mauvaise décision, donc j'aimerais savoir qui la ministre a consulté. Peut-être pourriez-vous déposer la liste des personnes consultées, parce que je crois que c'est un problème majeur?

En conclusion, en fait non, c'est tout. Voilà quelles sont mes questions.

• (1140)

L'hon. Rona Ambrose: Est-ce que j'ai le temps de répondre?

Le président: Oui.

L'hon. Rona Ambrose: D'accord.

Bien sûr, je suis heureuse de vous répondre.

Je vous remercie pour vos compliments pour la réponse à l'épidémie d'Ébola. L'Agence de la santé publique a travaillé très fort. Nous avons essayé, en tant que gouvernement, de... Je ne devrais pas dire que nous avons essayé, mais plutôt que nous les avons appuyés du mieux possible en leur donnant ce qu'ils voulaient pour s'assurer qu'ils étaient en mesure de répondre à la crise de manière appropriée, et nous allons continuer de le faire.

En ce qui concerne la marijuana, qui nous avons consulté? J'ai organisé plusieurs tables rondes dont je serai heureuse de vous faire part. En fait, je crois que nous avons publié un communiqué après la table ronde d'experts que nous avons organisée avec des chercheurs et des médecins qui étudient cet enjeu depuis de nombreuses années, des spécialistes en toxicomanie. Lorsque je leur ai posé la question, massivement, ils ont répondu que les preuves sont absolument irréfutables. Bien sûr, le chef de la direction de l'Association médicale canadienne a communiqué publiquement le même message, soit que les preuves sont irréfutables quant aux dommages causés par la marijuana chez les jeunes et dans le cerveau en croissance.

J'ai demandé de but en blanc aux chercheurs ce que le gouvernement pouvait faire. S'ils avaient un souhait à formuler, qu'est-ce que je pouvais faire pour les aider à le réaliser? Ils m'ont répondu que nous avons besoin d'une campagne nationale de lutte contre la consommation de marijuana, une campagne nationale. Les jeunes ne savent pas à quel point la marijuana peut nuire à leur santé. Les parents croient qu'elle est pareille à celle qu'ils ont consommée il y a 30 ans. Ils n'ont aucun indice sur ce qui peut nuire à leurs enfants. Nous avons constaté des psychoses, des problèmes de santé mentale.

Je leur ai dit que nous allions essayer de faire cela et c'est ce qu'on a fait. Nous avons monté une campagne de sensibilisation axée sur les répercussions sur le développement du cerveau chez les jeunes. Santé Canada a beaucoup travaillé avec les chercheurs pour s'assurer que tout ce qui était dit dans le cadre de ces publicités était appuyé par la recherche. Nous pouvons déposer ces documents et vous les donner si vous voulez les voir. Nous pouvons vous fournir une note d'information. Il n'y a aucun doute quant aux effets néfastes de la marijuana sur le développement du cerveau. Cette donnée scientifique est irréfutable.

En ce qui concerne votre observation sur les gens qui voudraient savoir quels en sont les avantages, s'il y a des chercheurs sérieux qui aimeraient effectuer un essai clinique, je ne les ai pas rencontrés encore. Ils ne sont pas venus me voir pour dire qu'ils avaient les fonds et l'appui d'une compagnie ou de quelqu'un qui veut effectuer des essais cliniques. Il n'y a aucune preuve actuellement; le récent article paru dans *Le Médecin de famille canadien* et les directives communiquées aux médecins relativement à la prescription de marijuana nous l'ont appris. Nous n'avons pas la preuve que c'est vraiment...

L'hon. Hedy Fry: Madame la ministre, j'ai assisté à toutes les audiences du comité. Les recommandations de beaucoup de nos experts préconisaient que nous effectuions des recherches sur les avantages et les risques de la marijuana, les répercussions à court et à long terme sur le développement du cerveau. Il y a seulement une étude qui a démontré de manière irréfutable qu'il y avait des répercussions à très long terme.

L'idée d'affirmer que l'AMC et d'autres — je pense que c'est injuste envers eux — ont décidé que vous devriez faire cette publicité, alors qu'ils ont refusé de réaliser la publicité avec le ministère de la Santé...

L'hon. Rona Ambrose: Ce n'est pas ce que j'ai dit. Ce que j'ai dit, c'est...

L'hon. Hedy Fry: Ce n'est pas vrai.

L'hon. Rona Ambrose: ... que le président de l'Association médicale canadienne a déclaré que « spécialement chez les jeunes, la preuve est irréfutable — la marijuana est dangereuse ».

Ce que je vous dis, c'est que je crois que les experts m'ont dit clairement ce que nous devons faire, donc nous avons une campagne de sensibilisation pour aider les parents qui tentent d'aider leurs enfants à laisser tomber la marijuana.

Le président: Merci, madame la ministre.

Le prochain à prendre le micro pendant sept minutes, c'est M. Wilks. C'est à vous, monsieur.

M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC): Je vous remercie, monsieur le président.

Je vous remercie, madame la ministre, d'être ici aujourd'hui.

Je vais emprunter le même chemin avec vous, madame, en ce qui concerne Santé Canada et la diffusion d'une série d'annonces télévisées mettant en garde les enfants et leurs parents contre les graves problèmes de santé liés tant à l'abus de médicaments qu'à la consommation de marijuana.

Comme l'a indiqué Mme Fry, le comité a récemment terminé notre étude sur les sérieux risques et dangers de consommer la marijuana, un rapport dans lequel nous avons recommandé qu'une campagne de sensibilisation soit effectuée. Au cours de cette étude, nous avons entendu des médecins et des chercheurs parler des répercussions graves et sérieuses associées à l'usage de la marijuana, en particulier en rapport avec les adolescents.

Je me permettrai d'ajouter que dans ma précédente carrière, j'ai étudié pendant trois ans la toxicomanie, surtout en ce qui concerne la marijuana. Je suis certain que non seulement au début de l'adolescence, mais également bien plus tard, il y a d'importants problèmes et nous devons nous y attaquer. Je suis donc très heureux de voir que nous avons fait passer cette série d'annonces télévisées.

Pourriez-vous mettre à jour le comité sur l'accueil fait à cette campagne?

• (1145)

L'hon. Rona Ambrose: C'est intéressant, parce que quelqu'un m'a approchée l'autre jour pour me dire qu'elle ne savait pas que la marijuana était aussi forte aujourd'hui, comparée à ce qu'elle était quand elle était jeune. En fait, il y a des experts qui croient que nous en avons sous-estimé les effets et que c'est beaucoup plus fort, mais nous avons utilisé des chercheurs très crédibles, des experts très crédibles, pour nous assurer que ce qui est dans ces publicités est tout à fait défendable. Je serai heureuse de partager cette information en provenance de Santé Canada.

Je complimente Santé Canada pour cette réalisation. Je ne crois pas que nous ayons eu une campagne de lutte contre la consommation de marijuana depuis... Bien, je ne me souviens même pas que nous en ayons eu une au Canada. Ce qu'on sait, je crois que ça vient de l'UNICEF, c'est que nos enfants consomment plus de cannabis par habitant que partout ailleurs dans le monde. Nous savons que les experts affirment en termes clairs que cela nuit au développement du cerveau. Ce n'est pas simplement une question de santé mentale, mais il s'agit bien de sérieux problèmes de santé mentale tels que psychose et début de schizophrénie.

Je pourrais vous donner quantité de documents venant d'experts très crédibles qui affirment la même chose. L'ancien chef de la direction de l'AMC affirmait que c'est dangereux. L'actuel chef de la direction de l'AMC déclare que toutes mesures visant à mettre de l'avant les dangers, les préjudices et les effets secondaires possibles causés par la consommation de marijuana seront les bienvenues. Les spécialistes en toxicomanie se démènent, les intervenants auprès de ces enfants se démènent et les spécialistes en réhabilitation se démènent.

Les enfants en consomment de plus en plus. On les trouve maintenant sous forme de bonbon et on les distribue dans les cours d'école. Après tout, ce truc crée une plus grande dépendance. Ce n'est pas le cannabis des années 1960 et c'est très difficile pour les parents qui se heurtent à l'idée que c'est normal, que c'est comme fumer la cigarette et que ça ne cause pas autant de problèmes que les boissons alcooliques. Eh bien, les boissons alcooliques sont nocives, la cigarette est nocive. Nous faisons des campagnes de lutte contre la cigarette pour dénoncer les répercussions du tabac. Nous ne voulons pas que les gens boivent trop. Nous axons toutes sortes de campagnes de publicité sur l'abus d'alcool, pourtant, pour une raison quelconque, nous ne sommes pas supposés monter une campagne de publicité contre la consommation de cannabis chez les enfants. C'est dingue.

Je ne peux pas croire que les gens adoptent un point de vue partisan. Ceci est basé sur des données scientifiques. Les parents se démènent avec leurs enfants, lesquels sont clairement affectés sur le plan mental et physique, et il serait irresponsable de notre part de ne pas lancer une campagne de sensibilisation de la population. Quant aux accusations où les Libéraux normalisent la marijuana de sorte à présenter cela comme une campagne partisane, je pense que c'est absolument ridicule. Elle est basée sur des données scientifiques, elle est nécessaire et nous allons continuer.

M. David Wilks: Merci beaucoup.

Avant l'étude sur la marijuana, nous avons réalisé une étude de la Loi de Vanessa, pour laquelle je dois féliciter mon confrère Terence Young pour son travail admirable et ses années d'effort pour l'amener jusque-là. Nous avons entendu les témoignages de plusieurs experts dans le domaine de la sécurité des médicaments, qui ont affirmé qu'il fallait que Santé Canada fasse preuve d'ouverture et de transparence dans le partage de l'information.

En tant qu'ancien agent de police, je sais qu'il y a plusieurs risques inhérents dans beaucoup de médicaments, y compris dans ceux en vente libre. C'est pourquoi j'ai été très heureux de participer aux débats du comité sur la Loi de Vanessa et de modifier la législation de manière à inclure une plus grande transparence.

Pouvez-vous informer le comité sur ce qui est fait pour que les renseignements sur la sécurité des médicaments soient mis à la disposition de ceux qui en ont besoin?

L'hon. Rona Ambrose: Bien sûr, mais j'aimerais ajouter une chose au sujet de la marijuana.

Il est vraiment important que tout le monde, en tant que membres du comité sur la santé, se rappelle que la marijuana n'est pas un médicament approuvé dans ce pays. Elle n'a jamais fait l'objet d'une approbation rigoureuse ni d'essais cliniques pour démontrer qu'elle est sécuritaire en tant que médicament. N'oublions pas cela. Pensez-y en tant que membres du comité sur la santé. C'est très difficile parce que la rumeur est généralisée et les enfants ont le sentiment que, d'une certaine façon, c'est sécuritaire parce que c'est un médicament, alors qu'elle n'a jamais fait l'objet d'un processus d'approbation par Santé Canada, qu'elle n'est pas une drogue approuvée et qu'elle n'est pas un médicament approuvé.

Pour revenir à votre question sur la Loi de Vanessa, je remercie encore une fois le comité et tous les députés qui ont travaillé fort à cette mesure multipartite, non partisane pour apporter ces améliorations importantes.

Le projet de loi, comme vous le savez, met à jour la Loi sur les aliments et drogues pour la première fois depuis 50 ans, ce qui est incroyablement important. Les solides modifications apportées par le comité... Encore une fois, je veux remercier tous et chacun d'entre vous d'avoir pris part à cette réalisation. Vous l'avez conçu plutôt bien. La confiance et la transparence ne sont nulle part aussi importantes que dans les décisions qui influent sur la santé et la sécurité des Canadiens.

La Loi de Vanessa permettra de diffuser davantage d'information au sujet du processus d'approbation des médicaments de Santé Canada, qu'il s'agisse de ceux qui sont approuvés ou de ceux qui ne le sont pas, ce qui, je le sais, a été un élément important qui a été souligné au moment du dépôt du projet de loi. J'étais heureuse que le comité soit en mesure de modifier le processus.

Nous avons dorénavant un cadre réglementaire et un plan d'action au premier rang à l'échelle mondiale quant à la transparence du processus et je vais continuer, comme je l'ai dit, de travailler avec Santé Canada pour mieux faire connaître la méthode que nous appliquons pour approuver les médicaments. Je suis très heureuse de vous faire part du fait que le 5 novembre, Santé Canada a affiché sur son site une liste de toutes les inspections effectuées dans les usines de fabrication de médicaments au cours des trois dernières années, une information que je sais que les Canadiens attendaient. Je félicite le ministère pour la transparence affichée.

• (1150)

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Kellway, vous avez la parole, pour cinq minutes.

M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD): Merci, monsieur le président.

Merci, madame la ministre, d'être venue aujourd'hui et de passer un peu de temps avec nous pour répondre à nos questions. J'ai deux questions à votre intention aujourd'hui. Permettez-moi de les formuler toutes les deux et de vous laisser ensuite le soin de décider du temps que vous consacrez à répondre à chacune.

La première concerne la Commission de la santé mentale du Canada et la question de la santé mentale en tant qu'enjeu. Bien sûr, madame la ministre, le travail de l'opposition consiste toujours à être critique, mais quand on me demande de nommer une mesure positive du gouvernement, je suis toujours heureux de mentionner la Commission de la santé mentale du Canada. Elle a beaucoup accompli dans très peu de temps. Elle a mis en place une stratégie nationale, comme vous le savez, et elle est allée au-delà en proposant beaucoup plus sur le plan des orientations, des bonnes pratiques et de la formation, entre autres choses.

Mais le problème, madame la ministre, comme vous le savez, ne disparaît pas. Un Canadien sur cinq souffre de maladie mentale et cette réalité entraîne des coûts de 50 milliards de dollars par année à notre économie et on prévoit que ces coûts vont croître de manière importante dans l'avenir. La Commission de la santé mentale du Canada a demandé et il est temps de mettre en place un nouveau mandat pour transformer sa stratégie en plan d'action et un financement à l'appui. Donc, voici ma première question: est-ce que votre gouvernement fera cela, soit prolonger le mandat de la Commission et, bien sûr, fournir le financement pour soutenir ce mandat?

Ma seconde question concerne l'étiquetage des aliments. Nous savons que les maladies chroniques sont la cause première de décès et de handicaps au Canada; elles font partie des maladies les plus coûteuses mais également évitables. Nous savons qu'une partie de l'explication réside dans une alimentation qui n'est pas saine et que les maladies chroniques sont en fait un risque pour la santé publique, 60 % des adultes canadiens et près du tiers des enfants souffrant d'obésité. Nous savons que l'alimentation des Canadiens ne satisfait pas aux recommandations nationales. Nous savons également que le ministère a mis de l'avant des recommandations ou des propositions quant à l'étiquetage des aliments, mais il semble que ces propositions souffrent d'omissions manifestes.

D'abord le devant de l'emballage des produits alimentaires continue de donner la priorité aux arguments de vente du fabricant au lieu des informations nutritionnelles. Deuxièmement, l'étiquetage ne s'occupe pas des sucres ajoutés et nous savons que la recherche montre qu'un excès de sucre peut tripler le risque de décès dû aux maladies de coeur. Finalement, nous devrions voir sur ces étiquettes des portions normalisées qui reflètent vraiment notre consommation, de sorte que nous ne soyons pas obligés d'utiliser nos calculatrices pour déterminer ce que nous absorbons véritablement.

Est-ce que les modifications proposées à l'étiquetage des aliments ont été approuvées ou sont-elles en suspens? Selon le cas, apporterez-vous d'autres changements à ces propositions ou pourquoi n'avez-vous pas intégré ces trois éléments dans vos propositions?

• (1155)

L'hon. Rona Ambrose: Peut-être que vous pourriez préciser vos questions après la séance, mais la normalisation de la portion calculée représente l'une des choses que nous étudions et nous avons consulté les Canadiens en général à ce sujet et ensuite les groupes de défense et de promotion de la santé. Au sein de l'industrie, nous avons organisé des groupes de réflexion. Les consultations viennent tout juste de se terminer. Peu importe, si vous avez des idées à me communiquer, je serai heureuse de les entendre. La normalisation des portions calculées a été une revendication claire des gens. J'utilise l'exemple de l'une des membres de mon personnel qui m'a dit acheter deux marques différentes de pérogies, une marque indiquant une portion de six pérogies et l'autre une portion de deux pérogies. Essayer de calculer le nombre de calories — et je ne connais personne dont la portion se limite à deux pérogies — c'est très mêlant. Lorsque vous achetez du pain, la portion correspond à une tranche; normalement, les gens mangent deux tranches.

Les gens veulent que les portions soient cohérentes, réalistes et pertinentes par rapport à ce qu'ils mangent réellement; nous sommes donc penchés sur la question et j'espère que l'on peut avancer à cet égard. Les sucres posent un gros problème. C'est ce que nous ont dit clairement les mères — je parle des mères, parce que cela semble être elles qui font presque tous les achats, selon les réponses données à nos questions — et elles disent clairement vouloir connaître les sucres ajoutés et la quantité de sucre contenue dans le produit. Voilà donc une des choses que nous avons inscrites dans nos propositions visant l'étiquetage.

En ce qui concerne le devant du produit, je pourrais demander à Bruce d'en parler un peu. Par ailleurs, la compagnie ou le fabricant qui y inscrit une allégation relative aux effets sur la santé doit recevoir l'approbation de Santé Canada. Il doit prouver que son allégation est véridique, si c'est ce que vous voulez dire. Si vous parlez du marketing, des sortes différentes de marketing... Pourriez-vous être plus précis, s'il vous plaît?

Le président: Je suis désolé, mais le temps est écoulé. Peut-être que le NPD pourrait prendre part à une autre série de questions plus tard aujourd'hui; peut-être que M. Archibald pourrait reprendre là où vous avez arrêté, mais c'est à vous de décider.

Maintenant, c'est au tour de M. Young; vous avez cinq minutes, monsieur.

M. Terence Young (Oakville, PCC): Merci.

J'avais envie de poser une question: quand vous achetez des saucisses à hotdog et qu'il y en a 10 dans un paquet, pourquoi, quand vous achetez un paquet de pains à hotdog, il n'y en a que huit. Vous restez avec deux saucisses à hotdog — peut-être que ce n'est pas de compétence fédérale, je ne sais pas.

Des voix: Oh, oh!

L'hon. Rona Ambrose: J'espère que non.

M. Terence Young: Madame la ministre, j'aimerais développer la question précédente de mon collègue au sujet de la transparence et creuser un peu plus la question du processus ayant amené la Loi de Vanessa. Comme vous, j'ai été très heureux de voir qu'elle a reçu la sanction royale il y a trois semaines.

Plusieurs mesures contenues dans le projet de loi entrent en vigueur dès que le projet devient loi grâce à la signature du gouverneur général, alors que d'autres prendront quelque temps à entrer en vigueur. Je reçois beaucoup de questions à ce sujet. Je sais qu'il faut tenir d'autres consultations. Santé Canada a fait un travail

superbe de consultation sur ce projet de loi au cours des années, ce que j'apprécie beaucoup.

Pourriez-vous nous mettre à jour sur les mesures prévues dans la Loi de Vanessa qui sont en vigueur maintenant, tout de suite, et lesquelles nécessiteront d'autres consultations et entreront en vigueur ultérieurement.

L'hon. Rona Ambrose: Avec plaisir.

Je tiens avant tout à vous remercier pour les nombreuses années de travail que vous avez consacrées à ce projet. Votre travail nous a permis d'acquérir les connaissances, et aussi l'inspiration, qui permettront à tous les partis de travailler ensemble pour régler cette question.

Maintenant que le projet a reçu la sanction royale, les nouveaux pouvoirs qui me seront conférés en tant que ministre de la Santé — ainsi qu'à tous mes successeurs — me donneront la capacité d'exiger la divulgation de renseignements, de rappeler des produits thérapeutiques jugés dangereux, d'imposer des amendes et des peines plus sévères, d'incorporer par renvoi, de divulguer des renseignements commerciaux confidentiels, d'ordonner des changements d'étiquette et de demander une injonction.

Au nombre des règlements qui ne sont pas encore en vigueur, c'est-à-dire ceux qu'il nous reste à développer et ceux que nous sommes en train de rédiger afin qu'ils puissent entrer en vigueur bientôt, figure la capacité d'exiger la conduite d'essais cliniques et d'études, d'ordonner la réévaluation d'un produit et d'imposer des conditions aux autorisations de mise en marché. Le processus de réglementation nécessite encore des efforts, mais comme vous le savez, les éléments les plus importants sont la capacité de rappeler un produit dans les plus brefs délais, d'exiger de l'information, d'ordonner des changements d'étiquette et d'imposer des amendes plus sévères.

Grâce à votre travail et à celui des comités, à la Chambre comme au Sénat, nous possédons désormais un pouvoir d'action sur les éléments qui ont un impact réel sur les consommateurs et les utilisateurs d'un produit. Je dirais même que nous allons gagner beaucoup de temps. Je sais que j'ai souvent abordé cette question au Sénat, mais ce nouveau pouvoir signifie que nous n'aurons plus à négocier avec les compagnies pharmaceutiques. Les gens de notre ministère ont passé des centaines d'heures à négocier avec elles pour des changements d'étiquette, des retraits de produits dangereux des tablettes. On sait bien que plus les compagnies gardent ces produits en tablette longtemps, mieux elles se portent et plus elles génèrent de profits. Cette situation était vraiment irritante.

L'adoption de cette loi, en plus de nous donner la capacité de réagir rapidement dans le meilleur intérêt du public, libère nos fonctionnaires du fardeau de la négociation avec les compagnies pharmaceutiques et leur permet de se concentrer sur leurs vraies tâches.

• (1200)

M. Terence Young: Merci, madame la ministre.

Docteur Beaudet, j'aimerais attirer l'attention sur la Déclaration d'Ottawa, un document élaboré à Ottawa par des scientifiques canadiens il y a environ quatre ans. Ce document rend compte d'une norme très élevée sur la transparence des essais cliniques et il évoque le fait que... Je préfère vous en lire un passage, parce que j'ai beaucoup de respect pour cette Déclaration.

Les renseignements sur les protocoles et sur les résultats des essais liés à la santé ou aux soins de santé — indépendamment de l'objet, de la méthode, des résultats ou du statut de commercialisation des interventions à l'étude — doivent être enregistrés et mis à la disposition du public.

Je connais les normes des IRSC sur la transparence des essais qu'ils subventionnent en ce moment. J'aimerais parler des changements que vous pourriez apporter à votre façon d'assurer la transparence des essais subventionnés par les IRSC, et de la façon dont vous envisagez de mettre ces changements en application, s'il vous plaît.

Dr Alain Beaudet (président, Instituts de recherche en santé du Canada): Tout d'abord, je vous remercie de votre question et de vos commentaires.

Vous devriez savoir que certains de ces nouveaux règlements seront intégrés à l'ÉPTC, l'Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains. Nous en sommes encore à resserrer certains boulons de la politique, car comme vous le savez, l'ÉPTC constitue la ligne directrice et de référence utilisée partout au Canada pour définir les règles d'éthique qui régissent les essais. Évidemment, nous ne pouvons réglementer que les essais que nous finançons.

M. Terence Young: Les essais qui sont enregistrés, mais qui ne sont pas terminés...

Le président: Docteur Beaudet, nous avons dépassé le temps de parole. Pour être équitable envers tout le monde, nous pourrions revenir là-dessus pendant la deuxième heure de notre réunion.

Pour les dernières questions de la journée, nous allons donner la parole au NPD et à Mme Davies.

Mme Libby Davies: Merci beaucoup.

Je sais qu'il ne nous reste que quelques minutes en compagnie de la ministre, alors pour revenir sur deux ou trois points... Nous n'avons pas vraiment obtenu de réponse et peut-être M. Da Pont pourrait-il répondre à la question sur la Commission de la santé mentale du Canada. Nous savons que la Commission sollicite un nouveau mandat de 10 ans. Elle a présenté une demande de fonds. Nous aimerions savoir au juste si la ministre appuie ce nouveau mandat et la demande de financement. Évidemment, cela doit passer par le ministère des Finances, mais ce que nous voulons savoir, c'est si la ministre appuie cette demande. J'ai aussi une deuxième question que je poserai rapidement.

Donc, si vous pouvez répondre brièvement, je vous prie...

L'hon. Rona Ambrose: Si la question s'adresse à moi, je serai heureuse d'y répondre et George pourra poursuivre s'il le veut.

Le mandat de la Commission de la santé mentale du Canada se termine en 2017. Je sais que les responsables commencent à parler d'un nouveau mandat, mais je n'ai pas eu l'occasion de les rencontrer directement. Je sais qu'une demande a été présentée, mais il est évident qu'il reste encore du temps pour...

Mme Libby Davies: Les documents qui nous ont été fournis font mention d'une demande de prolongation de mandat de 10 ans, pour 2015 à 2025. Cela arrive plus tôt que prévu et je crois que c'est la raison pour laquelle la Commission a tenu la consultation prébudgétaire cette année, sachant que la date butoir approche.

M. George Da Pont (sous-ministre, ministère de la Santé): En fait, ces points sont tous deux exacts. Le mandat actuel dure effectivement plus longtemps et vous avez raison de dire que cette proposition de renouvellement de mandat et de fonds arrive prématurément. Nous examinons cela avec eux. Le mandat de la Commission ne se termine pas en 2015, mais bien en 2017. Ils demandent simplement un renouvellement anticipé.

●(1205)

Mme Libby Davies: On peut donc supposer que ce mandat se poursuivra. Il ne sera pas supprimé en 2017.

L'hon. Rona Ambrose: J'aimerais simplement souligner que visiblement, ils ont fait un travail formidable et que nous allons en tenir compte. Et aussi, qu'ils continuent de travailler très fort. Leur mandat se termine en 2017 et il est évident que nous allons examiner ce qu'ils... Mais quoi qu'il en soit, je pense qu'il ressort clairement, non seulement de l'investissement dans la Commission de la santé mentale du Canada, mais aussi des autres milliards investis par ce gouvernement, que...

Mme Libby Davies: D'accord. Merci beaucoup.

L'hon. Rona Ambrose: ... la santé mentale est une énorme priorité pour nous.

Mme Libby Davies: J'aimerais passer à ma dernière question et revenir sur l'utilisation médicinale de la marijuana. Vous avez peut-être vu le reportage intitulé *My QP* présenté hier à la CBC, le témoignage frappant d'une jeune mère dont le petit garçon souffre d'une maladie rare qui lui occasionne de très nombreuses crises convulsives. La seule thérapie qui se soit révélée efficace pour l'enfant, c'est la marijuana, prise sous une autre forme que fumée. La mère a soulevé la question suivante: pourquoi les règles de Santé Canada sont-elles à ce point sévères et rigides qu'elles ne lui permettent pas d'utiliser la marijuana sous forme d'onguent ou de teinture, des formes beaucoup plus appropriées pour un enfant.

Je sais que vous vous opposez farouchement au cannabis thérapeutique et qu'il existe uniquement parce que les tribunaux ont statué sur son utilisation. Il me semble cependant qu'il existe des preuves nous avons la preuve qu'il existe des situations exceptionnelles, il est nécessaire d'utiliser des produits différents. Ma question est la suivante: Santé Canada, et vous en tant que ministre, êtes-vous prêts à vous pencher sur des cas comme celui de madame McKnight afin qu'elle puisse obtenir l'aide dont elle a besoin? Fondamentalement, ce qu'elle fait en ce moment est illégal. Elle l'a affirmé publiquement. Évidemment, elle ne fait pas ça par choix, mais que peut-elle faire d'autre pour aider son fils? Je me demande si vous voulez répondre à cela.

L'hon. Rona Ambrose: Certainement, avec plaisir. Il ne fait aucun doute que j'éprouve beaucoup de sympathie à l'égard de ce que vit cette femme. Nous nous penchons déjà sur des situations de ce genre. Nous les examinons dans le cadre du programme d'accès spécial. Le programme d'accès spécial porte sur les drogues qui n'ont pas été approuvées, les drogues expérimentales ou celles qui ne sont pas offertes au Canada. Cette décision est prise par des experts, des chercheurs et des scientifiques de Santé Canada. Je crois comprendre qu'au moment où ces demandes ont été faites, chercheurs et scientifiques ont déclaré qu'il n'existait aucune preuve à l'appui. Je ne sais pas quoi vous dire. Nous avons besoin de recherches. Nous avons besoin d'essais cliniques qui démontrent que de telles solutions de rechange sont vraiment...

Mme Libby Davies: Mais le gouvernement n'a pas voulu mener de recherches.

L'hon. Rona Ambrose: Nous mettons de l'argent dans la recherche.

Mme Libby Davies: Vous pourriez prendre cette initiative par vous-même.

L'hon. Rona Ambrose: Nous l'avons fait il y a quelques années, au sein de Santé Canada, et quand je leur ai demandé les résultats, on m'a dit qu'essentiellement, les essais cliniques avaient avorté parce que la recherche en cours n'était pas valide.

Mme Libby Davies: À votre avis, c'est important de faire des recherches et des essais cliniques?

L'hon. Rona Ambrose: Je vous demande pardon?

Mme Libby Davies: Pensez-vous que la recherche clinique est importante?

L'hon. Rona Ambrose: Absolument; sans essais cliniques, sans recherches, nous n'avons aucune preuve de l'efficacité de ces solutions de remplacement. Cette maman se présente à Santé Canada et dit: pouvez-vous me donner un accès privilégié à cette drogue? Mais les chercheurs considèrent les données probantes et lui répondent: nous n'avons aucune preuve que ça fonctionne.

Nous sommes le gouvernement. Nous ne faisons pas d'essais cliniques. Vous savez comment ça fonctionne. Il faut avoir des données probantes, des recherches et des essais cliniques. Il faut que des preuves scientifiques démontrent clairement que le produit n'est pas nocif et qu'il est utile et efficace.

Le président: Merci beaucoup.

Une fois de plus, j'aimerais remercier la ministre de nous avoir accordé une heure de son temps pour passer en revue les budgets supplémentaires.

J'aimerais aussi remercier tous les membres du comité.

Les gens qui nous regardent à la maison aujourd'hui ont certainement apprécié le ton amical et respectueux dans lequel s'est déroulée cette heure de débats et de questions.

Nous allons suspendre la séance pour quelques minutes afin de permettre à la ministre de quitter la salle. Si d'autres responsables veulent venir s'asseoir à la table, nous leur laisserons le temps d'apporter leurs cartables.

Merci.

•(1205) _____ (Pause) _____

•(1210)

Le président: Nous reprenons la séance.

Nous avons terminé notre dernier tour de questions avec le NPD, c'est maintenant au tour des députés du Parti conservateur.

Monsieur Lunney, vous êtes le suivant.

Allez-y, monsieur. Vous avez cinq minutes.

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): Merci beaucoup.

Merci à tous nos témoins. Bienvenue à tous les nouveaux visages qui se sont joints à nous à la table. Nous vous sommes reconnaissants d'être ici aujourd'hui.

Une des questions que tout le monde considère comme prioritaire en soins de santé en ce moment — et je n'ai pas encore eu l'occasion d'en parler avec la ministre — est, bien sûr, la question de l'innovation. En fait, tout le monde semble avoir son avis sur où nous en sommes avec l'innovation. Nous avons créé un groupe consultatif composé de Canadiens hautement qualifiés, nommés par la ministre. Environ huit éminents Canadiens se joignent au groupe du Dr Naylor.

Il y a quelques jours, ici même à Ottawa, le Dr Chris Simpson, président de l'AMC, a parlé de la création d'une stratégie nationale sur les aînés. Dans sa déclaration, la ministre a mentionné les défis auxquels nous faisons face en ce qui concerne les maladies

chroniques et la gestion de ces maladies. Dans son exposé, le Dr Simpson a souligné que les maladies chroniques contribuent au taux d'occupation des lits d'hôpitaux et, par conséquent, à l'engorgement des urgences et à la mobilisation d'établissements complets, faute de place pour loger les patients. Le *Hill Times* contient environ 20 pages d'opinions sur différentes façons d'innover en matière de soins de santé.

Pour mettre les choses en contexte, je dirai seulement que ma province a atteint 45 % des dépenses prévues au budget provincial. Au moment où l'on se parle, la plupart des provinces en sont à 45 ou 46 % de leur budget provincial total. Mais si on retourne en arrière, en 2000, lorsque je me suis fait élire pour la première fois, et que l'on ajoute l'éducation et les services sociaux, ces trois enveloppes bouffaient à elles seules 85 % du budget total de ma province.

Nous savons donc que notre façon de dispenser les soins de santé n'est plus viable. Le Dr Simpson estime qu'il faut « déshospitaliser » les soins de santé. Nous espérons que le groupe consultatif qui entendra les points de vue de gens de partout au pays parviendra à formuler quelques suggestions utiles. Dans son mot de bienvenue, la ministre a brièvement mentionné que le comité du Dr Naylor avait pris une longueur d'avance et qu'il avait déjà entamé des consultations.

Comme la ministre n'est pas ici, je demanderais à M. Glover, à M. Da Pont ou à quiconque voulant répondre à cette question de bien vouloir nous expliquer où en est le comité du Dr Naylor, comment se passent les choses et dans quel cadre se font ces consultations.

•(1215)

M. George Da Pont: Merci beaucoup.

Comme l'a indiqué la ministre, le groupe est maintenant en plein processus de consultation. On explore plusieurs voies différentes. Comme l'a souligné la ministre, tous les Canadiens qui souhaitent exprimer leurs idées au groupe peuvent le faire par l'entremise d'une consultation ouverte, disponible en ligne.

Le groupe a rencontré individuellement divers intervenants et associations du domaine des soins de la santé. Il a également rencontré, ou prévoit rencontrer, un vaste éventail de parties intéressées, à différents échelons régionaux. Par exemple, il y a deux ou trois semaines, le groupe a organisé à Halifax une rencontre à laquelle ont participé 25 à 30 intervenants clés du secteur de la santé de la province, dont de nombreux représentants du gouvernement provincial. Il a l'intention de tenir des séances de ce genre dans diverses régions du pays au cours du prochain mois. Je pense que des rencontres sont prévues à Toronto, à Vancouver, à Winnipeg et dans deux ou trois autres villes.

Le Dr Naylor et son groupe ont aussi travaillé auprès des gouvernements provinciaux afin de solliciter leur apport. Il fera de même auprès des gouvernements territoriaux. Enfin, il examine et cherche à connaître s'il existe des exemples ou des modèles d'innovation internationaux dont on pourrait s'inspirer ou qu'on pourrait appliquer ici, au Canada.

Une réalité dont je suis bien consciente, et le groupe l'est aussi, c'est qu'un grand nombre de projets innovateurs sont en marche partout au pays, dans presque toutes les administrations. De nombreux projets pilotes efficaces ont été menés ou sont en cours. Selon moi, un des plus grands défis est de reproduire ces projets pilotes à grande échelle. C'est, je pense, l'une des questions qui revient le plus souvent lors des discussions qui ont lieu dans le cadre de ces séances.

M. James Lunney: Merci pour ces précisions.

Le temps file et c'est pourquoi je voudrais aborder rapidement une question que je soulève depuis de nombreuses années auprès des gens du ministère. Il s'agit de l'usage des inhibiteurs de la pompe à protons. Je me demande qui gère le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales. Est-ce l'ASPC, l'Agence de la santé publique du Canada, ou les IRSC?

C'est l'ASPC.

Le président: Monsieur Lunney.

M. James Lunney: Je vais poser ma question rapidement.

Le président: D'accord, très brièvement.

M. James Lunney: Nous savons que les risques pour la santé des patients qui utilisent les inhibiteurs de la pompe à protons sont accrus de 45 à 275 %. Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales examine ces résultats depuis de nombreuses années. Or, on ne recueille pas de données sur les médicaments que les patients prennent avant leur admission. C'est un problème que j'ai déjà soulevé auprès du ministère.

Avez-vous l'impression, docteur Beaudet, ou tous deux, en tant que cliniciens, que la collecte de renseignements aiderait à clarifier le rôle des inhibiteurs de la pompe à protons dans les cas d'infection à C. difficile?

Le président: Merci beaucoup.

Je suis désolé, le temps est écoulé. Je dois être équitable envers tous les membres du comité.

Monsieur Morin, allez-y.

[Français]

M. Marc-André Morin (Laurentides—Labelle, NPD): Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse au sous-ministre.

Le gouvernement reçoit 700 millions de dollars en revenus supplémentaires en raison de l'augmentation de la taxe sur le tabac, mais il ne se sert pas de cet argent pour réduire le tabagisme. En fait, le gouvernement a plutôt réduit les fonds consacrés à la réduction du tabagisme.

De plus, le gouvernement a mis en avant une faible réglementation contre le tabac aromatisé. Il ne suit pas d'autres pays, comme l'Australie, qui imposent des règlements sur un emballage uniforme.

Quand le gouvernement prendra-t-il au sérieux la réduction de la plus grande cause prévisible de décès au Canada?

● (1220)

M. George Da Pont: Je vous remercie de la question.

Le gouvernement a lancé une très bonne campagne pour réduire le nombre de fumeurs ici, au Canada.

[Traduction]

Si l'on se penche sur les résultats, on constate que notre taux de tabagisme est aujourd'hui parmi les plus bas qui aient jamais existé au pays et ce, tant chez les jeunes que chez les adultes. Il est aussi l'un des plus bas au monde et ça, c'est le fruit des nombreuses années de travail et de campagnes — campagnes d'éducation et autres — mises en place non seulement par Santé Canada, mais par beaucoup d'autres organismes aussi.

Parallèlement, nous avons exercé un rôle de premier plan en ce qui concerne les problèmes liés aux produits du tabac aromatisés, qui plaisent aux enfants et comportent un risque élevé de renormalisation du tabagisme. Comme vous le savez, il y a quelques années le Canada était le premier pays au monde à mettre en place ce type de

mesures, et la ministre a récemment annoncé son intention d'adopter des mesures supplémentaires dont le champ d'application viserait aussi les produits du tabac innovants lancés par certaines grosses compagnies de tabac.

[Français]

Je pense que nous obtenons de très bons résultats. Nous continuons à investir au chapitre de ce programme. Je suis vraiment encouragé par les résultats que nous obtenons, qui sont parmi les meilleurs au monde.

M. Marc-André Morin: Bien sûr, il y a eu une réduction du tabagisme, mais les dépenses en soins de santé découlant du tabagisme restent tout de même très substantielles. Quand on voit des gens qui sont avec leur soluté fumer devant un hôpital, on se demande combien de ceux-ci échappent à l'action gouvernementale et se retrouvent dans cette situation.

Devrait-on faire davantage d'efforts à cet égard?

M. George Da Pont: Je vais répéter la même réponse en disant que nous avons fait beaucoup de progrès à ce sujet.

[Traduction]

Actuellement, le taux de prévalence du tabagisme chez les Canadiens est abaissé à 16 %. Chez les jeunes, il est de 7 %. Ces deux taux n'ont jamais été aussi bas et je pense qu'ils démontrent l'efficacité du travail qui a été fait et qui continue de l'être, tant par Santé Canada que par de nombreuses organisations médicales, par les gouvernements provinciaux et autres organismes.

Le taux de prévalence du tabagisme décroît de façon continue. Comme je l'ai indiqué, nous intensifions nos efforts dans un domaine que nous considérons à risque, celui des produits du tabac aromatisés. Ces produits interpellent les enfants et représentent, selon nous, un risque élevé de renormalisation du tabagisme.

Les mesures mises en place par le gouvernement il y a quelques années, de même que les nouvelles mesures annoncées par la ministre il y a quelques semaines, sont des exemples par excellence des efforts soutenus déployés en ce sens. Ces efforts nous ont permis d'obtenir de très bons résultats.

Le président: Merci, monsieur Morin.

Merci. Je vous souhaite la bienvenue.

Monsieur Lizon.

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

Merci à tous les témoins. Merci de votre présence ici aujourd'hui.

Ma première question porte sur les sites de consommation supervisés. En quoi le projet de loi C-2, Loi sur le respect des collectivités, changerait-il le processus de gestion des exceptions liées aux sites de consommation supervisés?

● (1225)

M. George Da Pont: Merci beaucoup pour cette question.

Essentiellement, le projet de loi dont vous êtes saisis créerait deux régimes d'exemption distincts: un pour les substances licites, définies comme étant des substances obtenues d'une manière autorisée par la Loi réglementant certaines drogues ou autres substances ou à ses règlements d'application, et un pour les substances illicites, soit les drogues de la rue en général.

Ces nouveaux régimes renforceront les dispositions de sûreté et de sécurité des substances licites — soit les usages autorisés — qui, de toute évidence, serviraient à des fins de recherche médicale et scientifique ou à d'autres fins d'intérêt public. Pour être prises en considération, les demandes de substances licites doivent être liées à l'une des trois catégories d'activités suivantes: médicale, application de la loi ou utilisation sous ordonnance.

Vous êtes tous au courant, j'en suis sûr, que ces questions ont fait l'objet d'une décision de la Cour suprême qui établit quelques grands principes et catégories d'éléments à appliquer lors de l'évaluation des demandes. Ces éléments sont définis et décrits de façon détaillée dans le projet de loi.

L'autre volet important est que le projet de loi autoriserait le ministre à afficher publiquement un avis de demande d'exemption pour site de consommation supervisé et à recueillir les commentaires du public à ce sujet, pendant une période déterminée. L'objectif de cette mesure est de donner à la collectivité la possibilité d'exprimer son point de vue sur cette demande, puisqu'il est bien évident que celle-ci serait touchée par le résultat.

M. Wladyslaw Lizon: Merci.

J'aimerais revenir à la question de la marijuana et des études cliniques qui ont été menées.

Connaissez-vous une seule étude au monde qui prouve ou suggère que la marijuana, ou une substance dérivée de la marijuana, peut être utilisée dans le traitement de certains états pathologiques?

M. George Da Pont: Oui, des études sont en cours. Si vous le permettez, je reprendrai l'exemple évoqué par Mme Davies.

D'après ce que je comprends, six études cliniques sont en cours aux États-Unis. Ces études se penchent sur un produit dérivé qui fait l'objet de tests d'innocuité et d'efficacité dans le traitement de cette maladie en particulier. Les résultats qui commencent à ressortir de ces essais cliniques pourraient de toute évidence nous amener à repenser notre approche, du moins en ce qui concerne cette maladie en particulier.

Comme l'a dit le ministre, nous croyons qu'il existe quelques autres applications pouvant faire l'objet d'essais cliniques, sur une vaste échelle. Je crois que nous sommes tous conscients des effets bénéfiques potentiels de certaines drogues, mais nous savons qu'elles ne sont pas sans risque. Les essais cliniques servent à déterminer si les bénéfices potentiels l'emportent sur les risques. Voilà exactement le genre de preuve que nous n'avons pas pour le moment et que seuls les essais cliniques nous fourniront avec le temps.

M. Wladyslaw Lizon: Merci.

Combien de temps me reste-t-il?

Le président: Trente secondes.

M. Wladyslaw Lizon: Alors rapidement, un autre sujet. Où en êtes-vous exactement à la suite de la mise en œuvre de la nouvelle autorité de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique?

M. George Da Pont: Je dirai qu'il s'agit d'un accord tripartite historique en ce qu'il transfère aux Premières Nations la conception et la prestation des programmes et des services de santé qui auparavant relevaient de Santé Canada. La nouvelle autorité de la santé des Premières Nations a déjà très bien démarré.

L'une des premières choses que nous remarquons, c'est qu'ils ont développé des relations plus étroites avec la province et les responsables des mécanismes régionaux de prestation des services médicaux et qu'ils ont adopté une approche plus intégrée. Ils ont

maintenant la capacité réelle de restructurer les programmes, d'assurer une meilleure intégration et une meilleure cohérence avec la province et, espérons-le, d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour les membres des Premières Nations de la C.-B.

Il faut dire que ça fait seulement un an que l'autorité est en place...

● (1230)

Le président: Monsieur Da Pont, je suis désolé, votre temps est écoulé. Je dois être équitable.

M. George Da Pont: Pas de problème.

Le président: Monsieur Young, c'est à vous.

Madame Fry, vous parlerez après M. Young.

M. Terence Young: Merci, monsieur le président.

Docteur Beaudet, vous savez très bien que lorsque des personnes abandonnent les essais cliniques en cours de route, les chercheurs appellent ça des microdonnées. Parfois, c'est parce qu'elles ont commencé à réagir aux drogues. Moi, j'appelle cela de l'information vitale et l'industrie pharmaceutique, de son côté, appelle souvent cela des RCC, renseignements commerciaux confidentiels. Cela pose un grave problème pour la sécurité des patients.

Comment l'exigence de la Loi de Vanessa visant la tenue d'un registre de tous les essais cliniques modifie-t-elle votre façon de renforcer la transparence des essais subventionnés par les IRSC?

Dr Alain Beaudet: En ce qui concerne les essais subventionnés par les IRSC, c'est on ne peut plus évident. L'exigence visant la tenue d'un registre et la déclaration des effets indésirables des médicaments est obligatoire. Elle fait partie du contrat que nous signons avec le chercheur lorsque nous accordons une subvention. À défaut de respecter les conditions du contrat, le chercheur se rendrait coupable d'infraction. Cela constituerait une violation de l'Énoncé de politique des trois Conseils sur l'éthique dans les essais cliniques et relèverait du Secrétariat en éthique de la recherche qui recommanderait alors — qui me recommanderait à moi, en fait — l'adoption d'un certain nombre de sanctions, la première étant habituellement la non-admissibilité à toute subvention future des IRSC.

M. Terence Young: Les excluriez-vous de tout essai clinique futur?

Dr Alain Beaudet: Oui, nous les exclurions...

M. Terence Young: Est-ce votre seul outil d'exécution?

Dr Alain Beaudet: L'impossibilité d'accorder une subvention future est en effet notre seul outil d'exécution.

M. Terence Young: Merci.

Merci, monsieur le président.

Le président: Monsieur Young, il vous reste un peu de temps, si vous le désirez.

M. Terence Young: Merci.

Monsieur Da Pont, pouvez-vous décrire quels changements administratifs à Santé Canada appuieront l'exécution de la Loi de Vanessa, plus particulièrement en ce concerne l'obligation des établissements de santé de déclarer tout effet indésirable des médicaments?

M. George Da Pont: Merci encore pour cette question.

Nous allons mettre en place une réglementation et un cadre pour définir le mécanisme de déclaration des effets secondaires indésirables des médicaments. Nous devons, et nous souhaitons, engager des discussions avec les provinces, les hôpitaux locaux et d'autres établissements qui seront tenus de faire des déclarations, afin d'établir clairement ce qui devra être déclaré: le calendrier, le mécanisme et la fréquence des rapports. Nous voulons évidemment obtenir des données sur toute réaction grave, sérieuse.

Les discussions sont déjà bien amorcées. Nous voulons les faire avancer le plus vite possible parce qu'il s'agit visiblement de l'une des nouvelles dispositions cruciales de la Loi de Vanessa. Il nous faut peaufiner le mécanisme et déterminer comment, quand et sous quelle forme ces renseignements nous seront fournis. Lorsque nous connaîtrons les tendances, il nous sera alors beaucoup plus facile de faire des évaluations.

Le président: Monsieur Lunney, il vous reste deux minutes seulement.

M. James Lunney: Merci beaucoup.

J'ai posé une question tout à l'heure au sujet de l'inhibiteur de la pompe à protons, du PCSIN et de la collecte des données.

Docteur Taylor, une hausse du risque de 40 à 275 % — est-ce cliniquement significatif? D'après ce que j'ai entendu, c'est exagéré.

Dr Gregory Taylor: Merci pour votre question.

Nous sommes justement en train de revoir le PCSIN et de réévaluer ce système de surveillance pour voir si nous pouvons y intégrer ce genre de données et répondre à cela. Le but premier du PCSIN n'était pas la recherche. Ce programme a été créé pour la surveillance, mais c'est une bonne chose que nous puissions utiliser le réseau pour cela.

C'est un travail en constante évolution. Nous devons travailler avec nos partenaires pour voir s'il est possible d'ajouter ces données.

Tout changement de l'ordre de 200 à 400 % me semble évidemment significatif sur le plan clinique, mais nous poursuivons notre travail en espérant que les données nous permettront de remédier à cela.

M. James Lunney: Merci pour cette réponse.

J'ai l'étude en main. Ils ont recueilli toutes sortes de renseignements, notamment les variations génétiques de la bactérie. Cela ressemble à de la recherche à mes yeux. Vous avez dit que le programme n'a pas été créé pour la recherche... ce ne doit pourtant pas être si difficile de recueillir ces données; elles sont déjà dans les dossiers des hôpitaux. Cela nous coûte très cher — des millions de dollars. Nous parlons d'innovation. Il y a sûrement moyen d'aller dans cette direction.

Docteur Beaudet, le mandat des IRSC a été modifié afin de permettre aux Instituts de se constituer une réserve budgétaire pour les priorités, notamment celles du gouvernement du Canada. Les IRSC ne seraient-ils pas les mieux placés pour entreprendre une recherche non seulement sur cette question, mais également sur la pratique en place à cet hôpital du Québec depuis déjà neuf ans et qui consiste à administrer un probiotique puissant 24 heures après le début de la thérapie antibiotique et d'éliminer ainsi les infections causées par le *C. difficile*? Les IRSC ne pourraient-ils pas jouer un rôle utile à cet égard?

• (1235)

Dr Alain Beaudet: Les IRSC le font déjà. Nous finançons des travaux dans ce domaine.

Comme vous le savez peut-être, le RIEM, le Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, s'est penché sur la question de l'inhibiteur de la pompe à protons et de son lien avec le *C. difficile*. Nous avons financé un certain nombre d'études non seulement sur les probiotiques, mais aussi sur d'autres approches pour traiter les infections causées par le *C. difficile* à l'hôpital.

M. James Lunney: Connaissez-vous le programme Bio-K+ qui contient 50 milliards de CFU?

Le président: Merci.

Madame Fry, vous avez cinq minutes à votre disposition.

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

Je voulais seulement revenir sur certaines questions auxquelles n'ai pas pu répondre la ministre faute de temps, mais d'abord, j'aimerais lui demander de déposer trois documents. Le premier est le compte-rendu de la consultation à propos de la publicité sur la marijuana. La ministre pourrait-elle dire qui a été consulté et déposer le document auprès du comité? Le deuxième est le compte-rendu de la consultation concernant le refus de visa. Qui la ministre a-t-elle consulté? Je veux simplement que cela figure au compte-rendu. Le dernier concerne la décision de changer le poste d'administrateur en chef de la santé publique. Qui la ministre a-t-elle consulté et aurait-elle l'amabilité de me donner la liste de ces personnes?

Je veux maintenant aborder la question de l'administrateur en chef de la santé publique. J'ai le plus grand respect pour le Dr Taylor et Mme Outhwaite. Les choses fonctionnent, parfois, lorsque les astres sont bien alignés et que les personnes sont bien assorties et disposées à se pencher sur le problème. Nous avons reçu ici l'Agence de la santé publique du Canada et j'ai entendu bon nombre des administrateurs en chef de la santé publique provinciaux et territoriaux dire qu'ils n'étaient pas contents de cette décision. En effet, si jamais il y avait une erreur, l'administrateur en chef de la santé publique ne serait peut-être pas capable de prendre des décisions rapides parce qu'il serait empêtré dans la bureaucratie. Nous étions au gouvernement au moment de l'épidémie de SRAS et nous avons constaté que cela nous avait effectivement empêchés de réagir rapidement et d'obtenir des preuves scientifiques susceptibles de nous guider pour la suite des choses. Cette question préoccupe énormément tous les intervenants.

Je sais que c'est maintenant chose faite et qu'il est rare de voir ce gouvernement faire marche arrière. Cependant, si les preuves démontrent — et espérons que si jamais cela arrivait, les Canadiens n'en souffriraient pas — que l'administrateur en chef de la santé publique n'est pas en mesure de faire son travail de manière rapide et scientifique en raison des exigences qu'on lui impose, le gouvernement envisagerait-il de revenir sur sa décision qui, à mon avis, peut poser un risque? C'est ma première question.

Enfin, j'aimerais glisser un mot sur la publicité ciblant la marijuana. Je n'ai rien à redire sur le fait que la marijuana cause des dommages au cerveau des jeunes. Ça, nous le savons tous. Les témoins nous l'ont tous confirmé. Il n'y a eu aucune divergence d'opinions à cet égard. En revanche, il reste encore à savoir si les effets à long terme de la consommation chez un jeune perdurent tout au long de sa vie adulte. Ce qui me semble alarmiste dans cette annonce, c'est de faire croire aux parents que leurs enfants seront marqués de manière irréversible, que leurs résultats scolaires s'en ressentiront et des choses du genre. C'est une publicité alarmiste. Elle n'est pas fondée sur des preuves solides puisqu'on s'interroge encore à ce sujet.

Ma prochaine question s'adresse aux IRSC. Ne pourriez-vous mener ces essais cliniques sans qu'on vous le demande expressément? Ne croyez-vous pas...? En fait, vous ne devriez pas avoir à répondre à cette question, car elle vous place dans une position délicate, mais ne croyez vous pas que le gouvernement aurait dû faire ce travail avant de diffuser des annonces publicitaires que je qualifie d'alarmistes et qui, de l'avis de la plupart des médecins, sont sans fondement solide? Ce message dépasse les bornes. Tout le monde convient que nous devrions empêcher les jeunes d'avoir accès à la marijuana. À l'heure actuelle, ils y ont accès et nous ne cherchons même pas un moyen de les en empêcher. Nous ne faisons que brandir un épouvantail pour faire peur à tout le monde.

Les IRSC et le gouvernement ne devraient-ils pas, ou ne pourraient-ils pas, entreprendre ce genre d'études et, d'ici là, mettre un bémol à leur campagne publicitaire?

• (1240)

Dr Alain Beaudet: La réponse courte est oui. Les IRSC pourraient financer toute proposition visant un essai clinique scientifiquement fondé, avec des objectifs clairs. Je ne peux que répéter que ce que la ministre a dit tout à l'heure au sujet de l'importance d'obtenir plus de preuves scientifiques sur les effets tant négatifs que thérapeutiques de la marijuana, parce que, comme l'a dit la députée, il y a eu très peu d'essais cliniques à ce jour. Vous savez qu'ils sont très difficiles à réaliser pour diverses raisons, notamment le mode d'administration de cette drogue, la diversité de souches et la variété des produits sur le marché, ce qui explique les énormes écarts dans les résultats des essais cliniques, même s'il y a des effets thérapeutiques.

Je vous invite à lire les revues systématiques de la bibliothèque Cochrane portant sur l'ensemble des essais réalisés pour toutes les indications d'usage thérapeutique de la marijuana. Aucun n'arrive à des résultats probants.

L'hon. Hedy Fry: Il existe déjà, je crois, un médicament à base de cannabis vendu à des fins thérapeutiques, sous forme de pilule. Je ne crois donc pas que ces deux arguments, d'ailleurs j'aimerais savoir si...

Le président: Merci beaucoup, madame Fry, le temps est écoulé.

Par souci d'équité, je donne la parole au NPD pour une brève question.

Mme Libby Davies: Nous avons une question que nous allons essayer de diviser en deux.

Madame Outhwaite, j'aimerais vous demander rapidement si vous déposerez auprès du comité la description de travail, les responsabilités, les liaisons hiérarchiques et les protocoles de communication pour le nouveau poste d'administrateur en chef de la santé publique, ainsi que celle du nouveau président de l'Agence, afin que nous puissions voir quelles sont les différences. Pourriez-vous remettre ce document au comité, je vous prie?

Mme Krista Outhwaite (sous-ministre déléguée, Agence de la santé publique du Canada): Oui.

La présidente suppléante (Mme Libby Davies): OK.

Je donne la parole à M. Kellway.

M. Matthew Kellway: Merci, madame Davies. Je trouve étrange que la ministre n'ait pas répondu à ma question sur la Commission de la santé mentale, puis qu'elle réponde à celle de Mme Davies. C'est un véritable ballet, si je peux m'exprimer ainsi.

Il y a de nouveaux enjeux en matière de santé mentale et la Commission les a énoncés. Ces enjeux sont importants à bien des

égards, notamment du point de vue économique. Si ce n'est pas la Commission de la santé mentale qui le fait, pouvez-vous, vous, nous dévoiler les plans du ministère relativement à ces nouveaux enjeux, parce que 2017 approche à grands pas. Sur le plan rédactionnel, je remarque, en examinant le budget des dépenses, que votre ministère supprime des ETP. Qu'avez-vous donc l'intention de faire au sujet des problèmes de santé mentale au Canada?

Le président: Très brièvement...

M. George Da Pont: Comme je l'ai dit, et comme l'a dit la ministre, la Commission de la santé mentale a fait du très bon travail. Elle a encore un peu de temps devant elle avant la fin de son mandat. Elle a déposé une proposition visant un renouvellement et un budget anticipés. Nous étudions leur proposition en collaboration avec eux. À mon avis, il serait déplacé de spéculer davantage, mais de manière générale, je pense que la Commission de la santé mentale a été très efficace et qu'elle a accompli du bon travail.

Ce n'est pas le seul canal d'investissement. Dr Beaudet voudra peut-être en dire plus à ce sujet, mais par le biais des IRSC, nous investissons des sommes considérables dans la recherche en matière de santé mentale. Il y a d'autres investissements, notamment à Santé Canada. À titre d'exemple, d'importants volets de nos programmes pour les Premières Nations ciblent la santé mentale et les problèmes de dépendance.

Il y a un effort concerté sur des enjeux comme le programme des pensionnats indiens afin de venir en aide aux ex-pensionnaires. Il y a une très forte concertation en matière de santé mentale sur divers fronts, notamment avec la Commission de la santé mentale.

Le président: Merci beaucoup.

Je remercie tous les témoins qui ont comparu aujourd'hui. Nous devons être certains d'avoir entendu tous les témoignages et tous les chiffres. Nous devons maintenant nous prononcer sur quelques crédits encore. Sans plus tarder, nous reprenons notre étude du Budget supplémentaire des dépenses (B) pour 2014-2015 et j'ai encore cinq questions à poser.

Les crédits 1b et 5b sous la rubrique Agence canadienne d'inspection des aliments sont-ils adoptés?

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS

Crédit 1b — Agence canadienne d'inspection des aliments — Dépenses de fonctionnement et contributions.....21 605 828 \$

Crédit 5b — Agence canadienne d'inspection des aliments — Dépenses de fonctionnement.....630 703 \$

(Les crédits 1b et 5b sont adoptés avec dissidence.)

Le président: Le crédit 5b sous la rubrique Instituts de recherche en santé du Canada est-il adopté?

INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA

Crédit 5b — Instituts de recherche en santé du Canada — Les subventions inscrites au Budget des dépenses.....11 143 000 \$

(Le crédit 5b est adopté avec dissidence.)

Le président: Les crédits 1b, 5b et 10b sous la rubrique Santé sont-ils adoptés?

SANTÉ

Crédit 1b — Santé — Dépenses de fonctionnement.....23 956 508 \$

Crédit 5b — Dépenses de fonctionnement.....1 \$

Crédit 10b — Santé — Subventions inscrites au Budget des dépenses et contributions.....34 987 989 \$

(Les crédits 1b, 5b et 10b sont adoptés avec dissidence.)

Le président: Les crédits 1b, 5b et 10b sous la rubrique Agence de la santé publique du Canada sont-ils adoptés?

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Crédit 1b — Agence de la santé publique du Canada — Dépenses de fonctionnement.....1 624 812 \$

Crédit 5b — Agence de la santé publique du Canada — Dépenses de fonctionnement.....1 \$

Crédit 10b — Agence de la santé publique du Canada — Subventions inscrites au Budget des dépenses.....1 \$

(Les crédits 1b, 5b et 10b sont adoptés avec dissidence.)

●(1245)

Le président: Le président doit-il en faire rapport à la Chambre?

Des voix: Oui.

Le président: Monsieur Wilks.

M. David Wilks: Monsieur le président, je propose que nous passions aux travaux du comité.

Le président: Merci beaucoup. C'est ce que nous allons faire. Nous allons suspendre la séance un instant pour permettre à nos témoins de quitter la salle et nous reviendrons à huis clos.

Les travaux se poursuivent à huis clos.

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>