



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 061 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 7 mai 2015

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le jeudi 7 mai 2015

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): Mesdames et messieurs, bonjour et bienvenue à la réunion.

Nous sommes réunis ici aujourd'hui afin d'étudier le Budget principal des dépenses. Nous accueillons cet après-midi la ministre et bon nombre de ses collaborateurs.

Madame la ministre, je vous remercie d'avoir pris le temps de vous présenter ici aujourd'hui en compagnie de vos collaborateurs. Vous avez préparé un exposé. Nous allons vous donner l'occasion de nous le présenter, et nous passerons ensuite à notre habituelle période de questions.

Merci.

L'hon. Rona Ambrose (ministre de la Santé): Merci beaucoup, monsieur le président. Je remercie également les membres du comité. Je tiens à tous vous remercier du travail que vous faites dans le cadre du Comité de la santé. Je sais que bon nombre d'entre vous prennent très à coeur les questions relatives à la santé, et je les remercie de leur dévouement à cet égard.

Je suis accompagnée de Simon Kennedy, nouveau sous-ministre de Santé Canada, de Krista Outhwaite, présidente nouvellement nommée de l'Agence de la santé publique du Canada, et du Dr Gregory Taylor, administrateur en chef de la santé publique du Canada, que vous avez déjà rencontré. Je sais qu'il participera à la seconde moitié de la réunion. Vous pourrez lui poser des questions à propos de son voyage en Guinée et en Sierra Leone, où il est allé rendre visite à nos troupes et à d'autres personnes qui luttent sur le terrain contre le virus Ebola. Je suis certaine qu'il aura de merveilleuses choses à vous raconter.

Michel Perron est ici pour représenter l'Institut de recherche en santé du Canada. Il occupe lui aussi ses fonctions depuis peu. Je sais que, la dernière fois, vous avez rencontré le Dr Alain Beaudet.

Enfin, je suis accompagnée de M. Bruce Archibald, président de l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Je sais que vous l'avez déjà rencontré lui aussi.

Monsieur le président, dans un premier temps, j'aimerais vous présenter un aperçu de quelques-uns des principaux sujets qui nous ont occupés ces derniers temps. Je vous parlerai d'abord du système de soins de santé du Canada, des pressions qui s'exercent sur lui et des occasions d'amélioration que nous offre l'innovation. J'attirerai ensuite votre attention sur quelques activités que nous avons menées récemment en ce qui concerne des questions prioritaires comme la violence familiale, l'innocuité des médicaments et la salubrité des aliments.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, le Canada a affecté une somme d'environ 215 milliards de dollars aux soins de santé en 2014 uniquement. Les provinces et les territoires, qui ont la responsabilité de dispenser les soins de santé aux Canadiens,

travaillent très fort pour s'assurer que leur système répond continuellement aux besoins des Canadiens. Cependant, compte tenu du vieillissement de la population, des maladies chroniques et de l'incertitude économique, le financement et la prestation de soins de qualité sont des tâches qui ne deviendront pas plus faciles avec le temps.

[Français]

Le gouvernement demeure un solide partenaire des provinces et des territoires grâce à des montants inégalés de transferts. Depuis 2006, les transferts fédéraux en santé ont augmenté de près de 70 % et devraient passer de 34 milliards de dollars, cette année, à plus de 40 milliards de dollars par année d'ici la fin de la décennie, ce qui représente une somme sans précédent.

Cet investissement fédéral constant dans les soins de santé procure aux provinces et aux territoires la prévisibilité et la souplesse financière voulues pour répondre aux contraintes auxquelles leurs administrations sont confrontées et pour respecter leurs priorités.

[Traduction]

En outre, bien entendu, le soutien qu'offre le gouvernement fédéral à la recherche en santé par le truchement des IRSC et les investissements qu'il a faits dans des domaines comme ceux de la santé mentale, de la prévention du cancer et de la sécurité des patients contribue à accroître l'accessibilité des Canadiens aux soins de santé et la qualité des soins qui leur sont offerts.

Afin de tirer parti des transferts plus généreux que jamais et des investissements ciblés que je viens de mentionner, nous avons pris un certain nombre d'autres mesures qui visent à améliorer la santé des Canadiens et à alléger la pression qui s'exerce sur le système de santé. À ce jour, nous avons mobilisé des investissements du secteur privé de plus de 27 millions de dollars pour soutenir les partenariats faisant la promotion de modes de vie sains. Je suis très heureuse du dynamisme que nous avons observé partout au Canada.

L'an dernier, en collaboration avec Canadian Tire, les Partenaires philanthropes LIFT et la CBC, nous avons lancé le Jeu d'échange, initiative qui avait pour but de trouver des idées novatrices encourageant les Canadiens à mener une vie plus saine et plus active. En janvier dernier, nous avons annoncé que la meilleure idée avait été soumise par la Division du Québec de la Société canadienne du cancer. Cette idée — le « trottibus » est un programme novateur d'autobus scolaire pédestre qui offre aux enfants de l'école primaire une façon sécuritaire et amusante de se rendre à l'école tout en étant actifs. Le gouvernement fédéral versera un financement de 1 million de dollars pour contribuer à mettre en oeuvre cette merveilleuse idée partout au pays.

D'autres projets d'innovation sociale encouragent tous les enfants à mener une vie active dès le plus jeune âge de manière à ce que l'on puisse réaliser de véritables progrès au chapitre de la prévention des maladies chroniques, de l'obésité et d'autres problèmes de santé. Nous soutenons aussi l'innovation en matière de soins de santé par l'entremise d'investissements des Instituts de recherche en santé du Canada. En fait, notre gouvernement est à présent le plus important bailleur de fonds de la recherche en santé au Canada. Il investit à peu près 1 milliard de dollars chaque année dans ce domaine.

Depuis qu'elle a été lancée en 2011, la Stratégie de recherche axée sur le patient a pour but d'améliorer les choses en faisant profiter les patients des résultats des plus récentes recherches. J'ai été heureuse de constater qu'on nous a octroyé des fonds supplémentaires dans le cadre du budget de 2015 de manière à ce que nous puissions aller de l'avant en nous appuyant sur cette initiative fructueuse, qui englobe notamment un important partenariat avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

Les Canadiens bénéficient d'un système de santé qui offre un accès à des soins de qualité supérieure et qui favorise de bons résultats en matière de santé. Toutefois, compte tenu du vieillissement de la population, de l'évolution de la technologie et des nouvelles réalités économiques et financières, nous ne pouvons pas nous permettre de nous reposer sur nos lauriers. C'est pourquoi nous avons ardemment soutenu les initiatives novatrices qui visent à améliorer la qualité des soins de santé et à les rendre plus abordables.

Comme vous le savez, le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, que j'ai lancé en juin dernier, a consacré les 10 derniers mois à étudier les principaux secteurs d'innovation au Canada et à l'étranger dans le but de déterminer comment le gouvernement fédéral peut soutenir les idées les plus prometteuses. À ce jour, le groupe a rencontré plus de 500 personnes, y compris des patients, des familles, des dirigeants d'entreprise, des économistes et des chercheurs, et il est en train d'analyser tout ce qu'il a entendu. J'ai hâte de recevoir son rapport final, qui me sera soumis en juin.

• (1535)

Il y a un autre sujet que j'aimerais aborder, soit celui de la violence familiale. Il s'agit d'un problème pressant en matière de santé publique auquel nous n'accordons pas toute l'attention qu'il mérite. La violence familiale a d'indéniables répercussions sur la santé des femmes, des enfants et même des hommes qui en sont victimes. Elle a aussi des effets très importants sur le système de santé et le système de justice.

La violence familiale peut causer des douleurs et des maladies chroniques, des problèmes de toxicomanie, divers troubles comme la dépression, l'anxiété et l'automutilation, de même que de nombreuses autres souffrances graves que ses victimes devront subir pendant toute leur vie. Voilà pourquoi j'ai été heureuse d'annoncer l'hiver dernier que le gouvernement fédéral investirait 100 millions de dollars sur 10 ans pour soutenir la lutte contre la violence familiale et contribuer à la bonne santé des victimes de violence. Cet investissement aidera les professionnels de la santé et les organisations communautaires à améliorer la santé physique et mentale des victimes de violence et contribuera à mettre fin aux cycles intergénérationnels de la violence.

En plus des efforts que nous avons déployés pour contrer la violence familiale et soutenir l'innovation en vue d'accroître la durabilité du système de soins de santé, nous avons réalisé des progrès considérables relativement à un certain nombre d'importants problèmes relatifs à l'innocuité des médicaments. Les Canadiens

veulent et méritent des soins sur lesquels ils peuvent se fier et compter. À cet égard, j'aimerais remercier le comité de l'étude réfléchie qu'il a faite du projet de loi phare du gouvernement en matière de santé des patients, la Loi de Vanessa. Se situant dans le prolongement des consultations que nous avons menées auprès des Canadiens avant son dépôt, l'examen attentif qu'a fait le comité du projet de loi, y compris les amendements utiles proposés par le député Young, ont permis de renforcer le projet de loi et contribueront à le doter de la transparence accrue à laquelle s'attendent les Canadiens.

Comme vous le savez, la Loi de Vanessa permettra d'apporter au Canada les plus importantes améliorations en matière d'innocuité des médicaments en plus de 50 ans. En outre, il me permettra, en tant que ministre, de procéder au rappel de médicaments non sécuritaires et d'imposer de nouvelles sanctions sévères, notamment des peines d'emprisonnement et des amendes pouvant aller jusqu'à 5 millions de dollars par jour, alors que l'amende maximale s'élève actuellement à 5 000 \$ par jour. De surcroît, ce texte législatif oblige les sociétés pharmaceutiques à mener des essais plus approfondis et à revoir les étiquettes afin que les renseignements sur les risques pour la santé y figurent en langage clair et simple, ce qui englobe la mise à jour des mises en garde pour les enfants. De plus, il améliorera la surveillance en obligeant des établissements de santé à déclarer les effets indésirables d'un médicament, et il exigera que Santé Canada respecte de nouvelles exigences en matière de transparence en ce qui a trait à ses décisions réglementaires relatives aux homologations de médicaments.

Pour nous assurer que les nouveaux pouvoirs en matière de transparence permettent aux familles et aux chercheurs du Canada d'accéder à l'information dont ils ont besoin, nous venons de lancer une autre série de consultations afin de nous enquérir des types de renseignements les plus susceptibles de contribuer à l'amélioration de l'innocuité des médicaments. Outre les améliorations découlant de la Loi de Vanessa, nous faisons d'énormes progrès et accroissons la transparence au moyen du Cadre réglementaire de transparence et d'ouverture de Santé Canada. En plus des résumés des examens de l'innocuité permettant aux patients et aux professionnels de la santé de prendre des décisions plus éclairées, nous publions de l'information plus détaillée en ce qui concerne les inspections dont ont fait l'objet les sociétés et les installations de fabrication de médicaments. Les renseignements fournis concernent notamment les dates d'inspection, les permis, les types de risque observés et les mesures prises par Santé Canada. Les patients peuvent également consulter la base de données de Santé Canada sur les essais cliniques pour déterminer si un essai présentant de l'intérêt a donné des résultats conformes aux exigences réglementaires.

La lutte contre la toxicomanie et la dépendance au Canada est une autre de mes priorités. Il ne fait aucun doute que la dépendance aux drogues dangereuses a des répercussions dévastatrices et considérables sur les familles et les collectivités du Canada. Je suis heureuse que la campagne de publicité que Santé Canada a lancée l'automne dernier pour donner suite à des recommandations du comité aide les parents à discuter avec leurs adolescents des dangers que pose la consommation de marijuana et de médicaments sur ordonnance. La campagne est axée sur ces deux types de produits, car un trop grand nombre de jeunes consomment de façon abusive des médicaments censés les guérir.

Notre gouvernement reconnaît également que les personnes aux prises avec la toxicomanie ont besoin d'aide pour se libérer de l'emprise de la drogue. Bien sûr, le gouvernement fédéral soutient les activités de prévention et les projets de traitement dans le cadre de sa stratégie nationale antidrogue. Il s'est engagé à investir plus de 44 millions de dollars pour accroître l'ampleur de la stratégie de façon à ce qu'elle englobe la consommation abusive de médicaments sur ordonnance, et il continue de collaborer avec les provinces afin d'améliorer les services de traitement de la toxicomanie.

Afin de discuter des mesures que nous pouvons prendre pour nous attaquer collectivement au problème de la consommation abusive de médicaments sur ordonnance, j'ai rencontré des médecins, des pharmaciens, des représentants des Premières Nations et des organismes d'exécution de la loi, des spécialistes en toxicomanie, des experts en médecine, et, évidemment, des parents, et je continuerai à le faire.

Enfin, notre gouvernement continue de faire de véritables investissements en vue de renforcer le système d'assurance de la salubrité des aliments. Par exemple — et il s'agira du dernier que je vais vous fournir —, j'ai récemment annoncé que nous allions investir plus de 30 millions de dollars sur cinq ans pour la création du Réseau d'information sur la salubrité des aliments. Ce réseau moderne permettra de renforcer l'interconnexion des spécialistes du domaine de la salubrité des aliments et permettra aux laboratoires d'échanger sur une plateforme Web sécuritaire des informations relatives à la surveillance et des données touchant la salubrité des aliments nécessaires de toute urgence. Cela nous aidera à être encore mieux placés pour protéger les Canadiens contre les risques liés à la salubrité en renforçant notre capacité de prévoir et de déceler les problèmes liés à la salubrité des aliments, et d'intervenir, le cas échéant. Cet investissement viendra s'ajouter au financement sans précédent que nous avons déjà versé et aux pouvoirs accrus qui ont été instaurés, notamment en ce qui a trait à la mise en oeuvre de sanctions plus sévères, de mesures de contrôle plus rigoureuses à l'égard de la bactérie *E. coli*, de nouvelles exigences en matière d'étiquetage des viandes et d'activités améliorées de surveillance des inspections.

• (1540)

En conclusion, je souligne qu'il ne s'agit là que de quelques-unes des priorités que nous soutiendrons au moyen des fonds que notre gouvernement a alloués au portefeuille de la santé. Dans le cadre du présent Budget principal des dépenses, nous investirons notamment dans la santé des Premières Nations, dans les activités menées actuellement pour contribuer à l'initiative internationale visant à endiguer l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest et dans les importantes activités liées à la recherche et à la salubrité des aliments que j'ai déjà mentionnées.

Je vais m'arrêter là-dessus. Mes collaborateurs et moi serons très heureux de répondre aux questions des membres du comité. Merci.

Le président: Merci beaucoup, madame la ministre.

Monsieur Rankin, allez-y. Vous avez sept minutes.

M. Murray Rankin (Victoria, NPD): Madame Ambrose, je vous remercie, vous et vos collaborateurs, d'être parmi nous aujourd'hui. Nous sommes heureux de vous voir.

Ma première question concerne la motion que le Parlement a adoptée à l'unanimité en vue d'offrir un soutien absolu aux survivants de la thalidomide. Comme vous le savez, depuis l'adoption de cette motion, le nombre de survivants connus est malheureusement passé de 97 à 94. Trois décès sont survenus. Le gouvernement — plus précisément vous, je crois, madame la ministre — a promis le 6 mars

de verser un montant forfaitaire de 125 000 \$, puis un montant de 168 millions de dollars pour les soins dont ils auront besoin jusqu'à la fin de leur vie.

J'aimerais que vous expliquiez au comité comment le ministère en est arrivé à ce montant de 168 millions de dollars.

L'hon. Rona Ambrose: Tout d'abord, j'aimerais dire qu'il est important que nous nous souvenions de cet événement tragique survenu dans les années 1960, que nous réfléchissions au bon travail que le comité a fait à propos de la Loi de Vanessa et que nous ne perdions pas de vue les raisons pour lesquelles il est extrêmement important que notre pays dispose de solides lois en matière de salubrité des aliments.

Notre gouvernement éprouve une très profonde sympathie pour les personnes qui ont souffert de ce qui s'est produit. Même si les événements en question ont eu lieu dans les années 1960, j'ai formulé publiquement, au nom de notre gouvernement et de tous les Canadiens, des regrets et des excuses à l'intention des victimes de la thalidomide. Nous savons que nous ne pourrions jamais effacer la douleur et les souffrances que des gens ont subies.

J'ai eu l'occasion de rencontrer à quelques occasions Mercedes Benegbi qui dirige l'Association canadienne des victimes de la thalidomide. Comme vous le savez, nous avons annoncé qu'une somme de 180 millions de dollars allait être versée aux survivants. Je suis heureuse de mentionner que nous avons été en mesure de verser immédiatement aux survivants le montant forfaitaire non imposable de 125 000 \$. Si nous avons agi très rapidement, c'est qu'il nous faudra un certain temps pour mettre en place la pension annuelle liée à l'autre montant de 168 millions de dollars. De plus, nous avons créé un fonds extraordinaire d'aide médicale. Nous sommes en train de travailler sur certains points de détail liés à cela.

M. Murray Rankin: Êtes-vous en mesure de nous dire à quel moment cela sera en place. Est-ce que cela sera prêt cette année?

L'hon. Rona Ambrose: Oui, tout à fait.

M. Murray Rankin: Le budget comporte des montants très précis en ce qui a trait à la radioprotection — 20,2 millions de dollars — et aux pesticides — 40 millions de dollars —, mais nous n'avons trouvé aucune mention de ce montant de 168 millions de dollars.

L'hon. Rona Ambrose: Ces fonds existent et ont été inscrits au budget. Ils font partie du cadre. Oui, nous prévoyons régler les détails liés aux versements annuels dans un avenir rapproché. Nous travaillons très fort là-dessus.

M. Murray Rankin: Dans un avenir rapproché...?

L'hon. Rona Ambrose: Nous savions qu'il faudrait un certain temps pour créer cela. Nous ne pouvons pas mettre au point tous les paramètres du jour au lendemain. Nous devons également trouver une tierce partie appropriée qui nous aidera à distribuer les fonds.

M. Murray Rankin: Vous êtes consciente du fait qu'il est très difficile pour les survivants de planifier leur vie, de payer les travaux de rénovation de leur maison, d'assumer leurs frais de transport, etc. Nous devons en arriver à mettre fin à cette crise. Vous n'êtes pas en mesure de nous fournir une date. Serez-vous en mesure d'informer les survivants avant les élections?

L'hon. Rona Ambrose: Tout à fait.

M. Murray Rankin: Ils seront informés avant les élections.

L'hon. Rona Ambrose: Tout à fait. Nous espérons être en mesure de leur faire une annonce dans un avenir très rapproché. Nous travaillons très rapidement, mais nous avons tout de même tenu à leur verser immédiatement la somme de 125 000 \$ de manière à ce qu'ils disposent de quelque chose qu'ils puissent utiliser.

• (1545)

M. Murray Rankin: J'ai très peu de temps. Je vous suis très reconnaissant de cela.

J'aimerais aborder la question des inspections relatives à l'innocuité des médicaments. Selon une question à inscrire au *Feuilleton*, 307 inspections de ce genre ont été menées depuis le 1^{er} avril, mais une seule société s'est vu remettre une « proposition de suspension » de permis à l'issue de ces 307 inspections. Par comparaison, la Food and Drug Administration des États-Unis a mené 110 inspections dans des installations appartenant à des intérêts canadiens au cours des 10 dernières années, et elle a relevé des activités répréhensibles.

Selon le *Toronto Star*, chaque année, quelque 4 000 essais cliniques sont menés au Canada, mais seulement 1,5 % d'entre eux font l'objet d'une inspection.

Combien d'inspections se soldent chaque année par la prise de mesures relatives à l'innocuité des médicaments?

L'hon. Rona Ambrose: Je ne peux pas vous fournir le nombre exact, mais je suis heureuse de dire que, grâce au cadre qu'a adopté Santé Canada pour assurer la transparence de l'information relative à l'innocuité des médicaments et aux essais, le Canada dispose à présent du régime le plus transparent du monde. Les Canadiens pourront consulter un site Web pour déterminer si une usine a été inspectée, si des problèmes ont été relevés et, le cas échéant, si la prise de mesures correctives a été ordonnée.

M. Murray Rankin: D'accord, mais lorsque vous...

L'hon. Rona Ambrose: Simon vient de me fournir une information en réponse à la question que vous avez posée.

En 2013-2014, nous avons mené 428 inspections.

M. Murray Rankin: Combien de mesures d'application...?

L'hon. Rona Ambrose: Une proportion de 96 % des établissements qui ont fait l'objet d'une inspection s'est vu accorder une cote de conformité. En tout, 19 établissements ont reçu une cote de non-conformité. Nous effectuons un suivi de toutes ces statistiques.

À mes yeux, l'élément important tient au fait que les gens voulaient savoir ce qui se passait, et qu'ils peuvent à présent le savoir grâce à notre nouveau cadre de transparence.

M. Murray Rankin: Je comprends cela.

Vos propos concernant la transparence m'amènent à vous parler de la Loi de Vanessa, que vous avez mentionnée plus tôt.

Un médecin de Toronto, Nav Persaud, a présenté à Santé Canada une demande de renseignements afin d'obtenir les résultats des essais cliniques menés relativement à un médicament anti-nausée destiné aux femmes enceintes qui porte le nom de diclectin. Il a présenté la demande il y a trois ans et demi. Il a finalement obtenu un document de 359 pages. De ce nombre, 212 étaient complètement expurgées ou caviardées.

En mars, après l'adoption de la Loi de Vanessa, il a présenté une nouvelle demande en vue d'obtenir l'intégralité des 359 pages, mais à ce jour, il n'a rien reçu. C'est ce que m'a appris une lettre que j'ai reçue il y a tout juste deux jours. Selon ce que j'avais cru comprendre, il allait être possible, en vertu de la Loi de Vanessa, d'obtenir des données relatives aux essais cliniques. Quant au

médecin en question, la démarche qu'il a entreprise s'est révélée frustrante de bout en bout.

L'hon. Rona Ambrose: Je comprends sa frustration.

La Loi de Vanessa vise à rendre accessibles les renseignements relatifs aux essais cliniques, mais ce, tout en protégeant, dans une certaine mesure — et évidemment pour des raisons d'ordre juridique — les renseignements commerciaux confidentiels. Je crois que notre intention était de faire en sorte que la Loi de Vanessa permettrait de communiquer le plus grand nombre de renseignements possible.

En ce qui concerne précisément la demande de renseignements que vous avez évoquée, je pense que son traitement est toujours en cours, mais je sais que Simon est en train d'examiner cela.

M. Simon Kennedy (sous-ministre, ministère de la Santé): Merci, madame la ministre.

En ce qui a trait au cas qui a été mentionné, je vous dirai que la demande initiale a été soumise en vertu des règles sur l'accès à l'information. Le ministère est obligé d'appliquer les dispositions législatives en matière d'accès à l'information, lesquelles comportent un certain nombre d'exemptions visant, entre autres, les renseignements de nature commerciale.

Grâce aux nouveaux pouvoirs conférés par la Loi de Vanessa, il y a une autre possibilité que nous pouvons utiliser afin de communiquer de l'information en cas de menace pour la santé ou la sécurité. Nous avons discuté avec le chercheur en question et lui avons transmis une lettre très détaillée pour lui expliquer la procédure de soumission d'une demande en vertu de la Loi de Vanessa. Nous demeurons en contact avec lui, et nous souhaitons être en mesure de recourir à cette possibilité pour régler le problème.

M. Murray Rankin: Me reste-t-il encore du temps?

Le président: Votre temps est écoulé, monsieur Rankin. Vous avez utilisé 7 minutes et 20 secondes.

Par souci d'équité, je cède maintenant la parole à Mme McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie la ministre et tous ses collaborateurs d'être ici aujourd'hui. Il est toujours agréable et très important d'avoir l'occasion de discuter du Budget principal des dépenses.

À mon avis, l'un des éléments d'une importance cruciale tient évidemment aux transferts aux provinces. À coup sûr, les transferts représentent une part considérable de notre soutien au système de soins de santé du Canada. Au cours des derniers mois, il est souvent arrivé que des mandants m'écrivent et laissent entendre qu'il y a eu des compressions au chapitre des transferts aux provinces. Comme vous le savez probablement, madame la ministre, cela est totalement inexact. Je pense qu'il faut corriger cette information erronée, et je tente de m'assurer que ce sera le cas.

Le document budgétaire fait assurément ressortir l'évolution qu'on suivie ces paiements de transfert. Je crois comprendre que notre gouvernement va accroître les paiements aux provinces de plus de 27 milliards de dollars au cours des cinq prochaines années. Nous avons pris d'importantes mesures pour tenter de contribuer à attirer au Canada un plus grand nombre de médecins.

Je vous saurais gré de rétablir les faits en ce qui a trait aux transferts aux provinces, à l'orientation que nous avons prise et à l'engagement qu'a pris notre gouvernement à l'égard de la grande importance que revêt la capacité des provinces de dispenser des soins de santé.

• (1550)

L'hon. Rona Ambrose: Oui, bien sûr.

Lorsque le ministre des Finances, Jim Flaherty, a renouvelé notre engagement à l'égard des provinces et des territoires à l'échéance de l'accord sur la santé, il l'a fait pour les 10 prochaines années en octroyant un financement record. Bien entendu, cela comprend l'application, pour le bénéfice des provinces, d'un facteur de progression de 6 % jusqu'en 2016, et de 3 % par la suite. En d'autres termes, d'ici la fin de la décennie, le montant annuel atteindra les 40 milliards de dollars. Cela représente une augmentation de 70 %, par rapport à 2006, des transferts fédéraux dans le seul domaine des soins de santé.

Il s'agit là de quelque chose de très important pour les provinces et les territoires, car cela leur a permis de faire des prévisions beaucoup plus facilement au moment d'établir leurs propres budgets. De plus, la santé est probablement le secteur qui leur cause le plus de maux de tête en raison de son incidence sur les autres postes budgétaires. Ne perdons pas de vue que, si les soins de santé absorbent une part notable du budget fédéral, ils accaparent une proportion considérable, voire la moitié, du budget de la plupart des provinces. Par conséquent, elles s'évertuent à trouver des moyens de réduire leurs coûts, car autrement, elles devront examiner les répercussions de la santé sur leurs autres services.

Je pense que nous devrions garder présents à l'esprit les plus récents renseignements fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé. Depuis 2000, les dépenses en santé des provinces et des territoires ont connu une croissance inférieure à 5 %, et cette croissance est inférieure à 3 % depuis 2010. Par conséquent, si l'on tient compte de cela, du montant de l'augmentation et du facteur de progression que nous appliquons au financement que nous versons chaque année aux provinces et aux territoires, il se révèle que, au cours des trois prochaines années, grâce au facteur de progression de 6 %, nos transferts devraient continuer d'augmenter à un taux deux fois plus élevé que celui de l'augmentation des dépenses en santé des provinces. Nous sommes bien placés pour leur offrir les fonds dont elles ont besoin.

Cependant, je crois que nous devons également examiner des questions d'ordre financier, car si les transferts en santé ont atteint des niveaux sans précédent, le fait est que les provinces tentent de trouver des moyens de réduire leurs coûts, vu que, si rien ne change, d'ici 20 ans, la santé accaparrera l'intégralité du budget de chaque province, ce qui est totalement intenable.

Voilà pourquoi nous insistons sur l'innovation. Voilà pourquoi nous nous employons, avec les provinces et les territoires, à donner suite aux recommandations formulées par le groupe en juin et à nous pencher sur ce que nous pouvons faire pour susciter l'innovation au sein de notre système de soins de santé. À mes yeux, si nous ne faisons pas cela, nous manquerons à nos obligations à l'égard des Canadiens, car si nos investissements par habitant en santé sont considérables, notre système de soins de santé n'est pas le meilleur du monde. J'aime bien me vanter de notre système de santé, mais il est possible de l'améliorer, et j'estime que seule l'innovation nous permettra de le faire.

Nous investissons dans l'innovation, et nous continuerons à discuter avec les provinces du soutien que nous pouvons leur fournir dans certains domaines, par exemple le partenariat stratégique que nous avons établi avec elles sur la recherche axée sur le patient, et d'autres investissements que nous avons faits récemment dans le cadre du budget.

Il s'agit d'un bon moment pour tenir cette discussion, vu que des sommes ont été mises de côté pour les soins de santé pour les 10 prochaines années. Discutons de la façon intelligente de le dépenser et des meilleures mesures à prendre afin d'obtenir les meilleurs résultats possible pour les Canadiens. Je crois que c'est là-dessus que notre gouvernement se concentre actuellement en collaboration avec les provinces, et, selon moi, cela sera profitable pour le système de soins de santé.

Mme Cathy McLeod: Merci.

À coup sûr, je me réjouis de vos commentaires à propos de l'innovation. Je pense que nous avons pu constater que certaines choses fonctionnent très bien — elles améliorent la qualité de vie et, bien entendu, elles sont très rentables. D'après moi, cette évolution vers le financement de l'innovation se révélera essentielle, et cela me mène aux réflexions et à la question que j'aimerais maintenant formuler.

Je m'attends assurément que chaque personne assise autour de la table, qu'il s'agisse de parents ou de mandants... Bien sûr, le vieillissement de la population occasionnera quelques difficultés extraordinaires au cours des prochaines années. Pourriez-vous mentionner quelques-unes des mesures que vous prévoyez examiner en ce qui concerne le soutien en matière de santé à offrir aux personnes âgées? À mes yeux, il s'agit là d'une question qui occupera une place importante au cours des années à venir.

• (1555)

L'hon. Rona Ambrose: Oui. Je crois que vous avez raison. Je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire qu'il sera incroyablement important de mettre l'accent sur la santé des aînés. Je pense que les provinces sont elles aussi confrontées à cette question au moment de planifier la prestation de leurs soins de santé et de tenter de trouver des façons de restructurer leurs modèles de soins de manière à faire face à l'énorme défi d'ordre démographique qui se profile à l'horizon.

Nous faisons notre part pour régler ces problèmes. J'ai été très heureuse de constater que des fonds notables avaient été octroyés, dans le cadre du budget, à la création du Centre d'innovation canadien sur la santé du cerveau et le vieillissement. Lorsqu'on s'intéresse aux sujets de ce genre, on constate que la santé du cerveau est une question qui occupe actuellement toute la place, et le gouvernement a investi massivement dans ce domaine, par exemple par l'entremise de ses investissements dans les neurosciences ou dans la recherche sur la démence et la maladie d'Alzheimer. Le centre en question, qui sera établi à Toronto, au centre Baycrest Health Sciences, soutiendra de nouvelles recherches et, surtout, la création de nouveaux services destinés à nous aider à faire face aux problèmes de santé auxquels nous nous heurtons à mesure que nous vieillissons.

À mon avis, cela procurera des données probantes et un bon soutien aux provinces au moment où elles tentent de trouver des façons d'affronter ce gigantesque défi.

Le président: Merci, madame la ministre.

Madame Fry, allez-y.

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

Je tiens à remercier la ministre d'être venue ici aujourd'hui. Je vais lui poser une série de questions. Comme elles sont assez nombreuses, j'aimerais qu'elle me fournisse des réponses brèves.

En ce qui concerne l'innovation, je constate que le financement des IRSC a été réduit de 4,5 millions de dollars par rapport au budget de 2014-2015. Sachant que le rapport Naylor sur l'innovation est sur le point d'être publié, j'aimerais savoir comment les IRSC seront en mesure d'y donner suite si vous n'augmentez pas leur budget de façon à financer de plus amples recherches sur l'innovation dans le système de soins de santé.

En outre, comme nous le savons, à l'heure actuelle, les organismes qui font de la recherche doivent trouver une somme assez substantielle — 8,5 millions de dollars — afin de financer les organisations qui ne disposent d'aucun autre moyen d'obtenir les fonds qui leur permettent d'effectuer chaque année, depuis deux ans, cette petite transition de trois mois. Cette compression signifie qu'elles vont devoir... Personne ne sait ce qu'elles vont faire, vu qu'il leur sera impossible d'obtenir ces fonds de transition des IRSC, qui devront procéder à un certain nombre de compressions. Voilà pour les IRSC.

Je me demandais également pourquoi... Par exemple, nous avons constaté que les sommes allouées aux soins de santé primaires destinés aux membres des Premières Nations et aux Inuits avaient été réduites d'une somme considérable — 45 millions de dollars — par rapport à 2014-2015, et 59 millions de dollars... Cela créera un véritable manque à gagner à un moment où le vérificateur général évoque des questions comme celles de la qualité des soins et des résultats, du nombre d'infirmières et d'infirmiers et de la capacité de dispenser des soins dans le Nord, aux Inuits et aux populations des Premières Nations.

Nous constatons une augmentation de l'incidence des maladies infectieuses, de l'obésité et du diabète de type 2. Nous voyons des cas de rachitisme dans le Nord, et j'en avais entendu parler à la faculté de médecine uniquement comme d'une chose du passé. Aucun cas de rachitisme n'a été relevé ici depuis à peu près un siècle, et pourtant, des cas ont été observés dans le Nord. La qualité de la nutrition n'est plus bonne. On est aux prises avec des problèmes de surpeuplement. Le nombre de cas de tuberculose est à la hausse. Nous assistons à une espèce d'effondrement. Je sais que la ministre va dire que ces compressions sont attribuables à la fin du plan d'action sur l'eau potable et le traitement des eaux usées.

Depuis février dernier, 139 avis sur la qualité de l'eau potable ont été diffusés dans les collectivités des Premières Nations. Par conséquent, la qualité de l'eau est mauvaise, et les choses vont en empirant. En trois mois, 139 avis ont été émis. Pourquoi effectuer des compressions dans des programmes essentiels pour un groupe de Canadiens dont les résultats en matière de santé, selon le plus récent rapport de l'UNICEF, sont les pires au monde?

Il y a un troisième sujet à propos duquel j'aimerais vous poser des questions — il s'agira du dernier que j'aborderai, car je crois que je n'aurai pas de temps pour un autre. L'une de mes questions concerne l'ACIA. Elle recevra 107 millions de dollars de moins qu'en 2013-2014. Nous observons aussi que, d'après votre Rapport sur les plans et les priorités de 2015-2016, vous prévoyez éliminer 271 postes à temps plein au sein du sous-programme des viandes et de la volaille du Programme d'amélioration de la salubrité des aliments.

Nous avons aussi entendu parler de la contamination des produits du boeuf par la bactérie *E. coli*. À cet égard, nous voulons savoir combien d'inspecteurs de viandes ont été employés en 2013, en 2014 et en 2015. Est-ce que des postes d'inspecteur sont demeurés vacants? A-t-on réduit le nombre d'inspections et leur fréquence au sein d'une installation donnée? Le cas échéant, j'aimerais que vous nous fournissiez le nom de ces installations et les raisons justifiant

ces réductions. Combien d'inspections sanitaires générales sont menées chaque année dans les usines de fabrication de produits alimentaires prêt-à-manger, par exemple ceux de Maple Leaf Foods, ou dans les usines où sont traités des aliments crus comme le poulet et la volaille?

Pourquoi effectuer des compressions dans un domaine aussi essentiel où les résultats ont été très mauvais au cours des trois dernières années?

À la Chambre, la ministre a déclaré qu'elle embaucherait des inspecteurs chargés d'inspecter les inspecteurs en raison des mauvais résultats qui ont été obtenus. Quelle est la qualité de la formation que ces inspecteurs ont reçue? S'ils n'ont pas été en mesure de déceler des problèmes aussi graves, est-ce parce que leur formation ne s'assortit d'aucune exigence?

Je vais m'en tenir à ces trois sujets, et j'espère obtenir des réponses sur chacun d'eux. Voilà pourquoi j'ai été aussi précise.

• (1600)

Le président: Madame la ministre, vous avez deux minutes et demie.

L'hon. Rona Ambrose: Parfait.

Il n'y a pas eu de compression à l'égard des IRSC. En fait, il y a des augmentations. Je laisserai Michel Perron en parler davantage durant la deuxième heure.

Les programmes de santé pour Autochtones n'ont pas subi de compressions. Les endroits dans le budget où on peut constater une baisse touchent des activités temporarisées. Nous les avons approuvées et reconduites; vous les verrez donc revenir. Il n'y a aucune compression à l'égard de la santé autochtone.

L'ACIA n'a subi aucune compression. En fait, il y avait un supplément de 400 millions de dollars dans le budget l'année dernière. Je vais laisser Bruce vous expliquer cela plus en détail.

En ce qui a trait à la santé autochtone, je souhaite dire à quel point notre gouvernement est engagé à l'égard des 2,5 milliards de dollars qu'il investit chaque année et les services infirmiers essentiels qu'il offre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dans 80 communautés.

Rappelons-nous ce qui suit: peu importe où vous êtes, si vous êtes un Autochtone canadien, nous allons vous fournir une évacuation d'urgence, ne serait-ce que pour un simple rendez-vous de routine, peu importe où vous vivez. Si des Autochtones vivent dans une région où aucune route ne se rend, nous allons fournir une évacuation d'urgence afin de les amener à un hôpital, chez un médecin, à l'endroit auquel ils doivent être amenés, quel qu'il soit, afin de nous assurer qu'ils ont accès à des soins. L'évacuation et le transport des Autochtones canadiens à des fins médicales nous coûtent chaque année plus de 200 millions de dollars.

Bien sûr, les soins sont couverts, qu'il s'agisse de transport médical, de soins dentaires ou de médicaments d'ordonnance. Nous offrons des soins de santé très complets aux Autochtones canadiens membres des Premières Nations. Nous avons augmenté notre soutien au chapitre de la santé autochtone de 31 % depuis 2006. Nous allons continuer de travailler en collaboration avec tous nos partenaires autochtones dans les 734 établissements de santé qui se trouvent dans des réserves autochtones partout au Canada et que nous soutenons financièrement.

L'hon. Hedy Fry: Il me reste 30 secondes, madame la ministre. Vous avez dit qu'il n'y a pas de compression, mais il y en a. Je regarde les données depuis 2013, et je regarde ce qui a été retiré sans être remplacé.

Tout cela revient à une question: si tout est merveilleux, comment se fait-il que les résultats ne cessent d'empirer? Je crois que si on investit dans un programme particulier de quelque façon que ce soit et que des gens signalent des problèmes, nous devrions voir une amélioration au cours d'un cycle de trois ans — trois ans à partir de 2013 — et être en mesure de dire qu'il y en a une. Aucune amélioration n'a été constatée dans les trois secteurs dont j'ai parlé.

Les IRSC, madame la ministre, subissent des compressions. Le fait d'ajouter des fonds est...

Le président: Madame Fry...

L'hon. Rona Ambrose: Madame Fry, le Canada est maintenant vu comme étant le meilleur pays au monde au chapitre de la salubrité alimentaire. Cette affirmation provient d'un rapport du Conference Board du Canada. Dans l'ensemble de l'OCDE, nous sommes numéro un; nous devançons même les É.-U., et nous devrions en être fiers. Nous ne devrions jamais nous adresser aux Canadiens de façon alarmiste au sujet de la salubrité alimentaire. Notre système de salubrité des aliments est incroyablement efficace et très sécuritaire.

Le président: Merci beaucoup, vous êtes pile dans les temps.

Monsieur Wilks, allez-y, monsieur.

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

Merci, madame la ministre, d'être ici. J'ai été heureux de vous entendre parler du traitement de la toxicomanie. C'est une de mes passions, comme vous le savez, puisque je suis moi-même en rétablissement à long terme. Par conséquent, je voulais vous poser deux questions, et elles tournent autour de deux substances illégales au Canada: la marijuana et l'héroïne.

Comme vous le savez, madame la ministre, le comité a entrepris sa propre étude sur les méfaits de la consommation de marijuana et les graves risques qu'elle pose pour la santé. Nous recommandons qu'une campagne de sensibilisation du public soit entreprise, étant donné que les médecins et les chercheurs nous ont présenté de façon claire les conséquences graves et nuisibles de la consommation de marijuana, particulièrement sur le cerveau en croissance des adolescents et des enfants à naître.

La récente campagne de santé publique qui a été lancée constituait une excellente façon de sensibiliser les familles aux risques que pose la marijuana pour la santé. Je trouve très inquiétant le fait que le chef du Parti libéral propose de légaliser et de banaliser la marijuana. Je crois que c'est complètement irresponsable. Dans ce cas, je crois que nos progrès à cet égard ont été cruciaux.

Premièrement, j'aimerais que vous parliez des efforts déployés par le gouvernement afin d'empêcher les jeunes de consommer de la marijuana.

● (1605)

L'hon. Rona Ambrose: Bien sûr. Merci, et je veux vous féliciter pour le projet de loi que vous avez soumis, pour votre rétablissement et pour votre plaidoyer visant à soutenir les personnes qui travaillent très fort pour vivre sans consommer.

Bien sûr, en tant que ministre de la Santé, je suis très inquiète des conséquences de la consommation de marijuana sur les jeunes au Canada, et, comme vous le savez, selon l'étude que le comité a effectuée, des graves conséquences qu'elle a sur la santé. La marijuana n'est pas une drogue illégale pour rien. Elle est illégale parce qu'elle est très nuisible et qu'elle a de graves conséquences sur la santé des jeunes. Le comité a entendu des témoignages qui ont clairement établi ces affirmations, et quand j'ai eu l'occasion de

rassembler des intervenants du domaine de la santé provenant des secteurs de la santé mentale et de la dépendance, ils ont parlé de leurs préoccupations à l'égard de l'augmentation de la consommation de marijuana et du nombre de jeunes qui sont exposés à cette drogue et qui n'en savent pas assez sur les façons dont elle peut leur faire du tort. J'ai posé la question suivante: « qu'est-ce que je pourrais faire pour vous aider à faire votre travail? » Ils ont répondu: « nous voulons une campagne de lutte contre la marijuana, une campagne nationale. »

Nous nous sommes engagés à produire une campagne publicitaire s'adressant aux parents et aux jeunes, afin de leur transmettre le message. C'est ce que nous avons fait, et nous avons ciblé les enjeux liés à la consommation de marijuana et de médicaments d'ordonnance. La campagne a été très efficace, puisque beaucoup de parents ont dit: « c'est une blague? Je ne savais pas que ce qui se vend dans la rue est à peu près 500 fois plus fort que quand j'étais jeune », et il y a toutes les conséquences pour la santé, que ce soit l'apparition précoce de troubles psychotiques ou de la schizophrénie, bien sûr, la baisse du QI, et de nombreuses choses dont vous avez entendu parler dans le cadre de l'étude du comité.

Nous savons que les preuves sont irréfutables, particulièrement chez les jeunes; nous devons donc diffuser l'information. Je vais citer le président actuel de l'Association médicale canadienne, qui a dit ce qui suit: « toute mesure visant à mettre en lumière les dangers, les préjudices et les effets secondaires possibles causés par la consommation de marijuana sont les bienvenus. »

C'est ce que nous continuerons à faire.

Ce que je pense de l'idée de M. Trudeau de légaliser la marijuana? Je n'aime pas ça. J'ai vu ce qui se passe à Vancouver, où des dispensaires vendent de la marijuana à des jeunes; eh bien, un jeune de 15 ans, l'autre jour, a fini par être très malade et faire une surdose. Je crois que le fait de rendre une drogue dangereuse plus accessible et de la banaliser en l'exposant en vitrine est une très mauvaise idée. Je ne sais pas comment je pourrais penser d'une autre façon, en tant que ministre de la Santé. Cette drogue a un impact grave sur la santé des jeunes. Je crois que les parents doivent s'éduquer et réfléchir sérieusement au type de ville dans laquelle ils veulent vivre, et le faire savoir à ceux qui prennent ces décisions. Je crois que c'est irresponsable.

Les collectivités et les parents dans l'ensemble du Canada nous ont dit clairement que les installations de culture à domicile constituent un problème de santé publique, mais encore davantage un enjeu de sécurité publique; nous nous sommes donc battus pour les faire fermer. Nous avons adopté des règlements visant à faire fermer les installations de culture à domicile. Bien sûr, nous contestons actuellement l'injonction que les tribunaux ont accordée, et nous continuerons de la contester devant les tribunaux. Je ne crois pas que ce soit une bonne idée de permettre les installations de culture à domicile. La police, les pompiers et les parents nous ont dit qu'ils ne veulent pas qu'il y ait des installations de culture à domicile dans leur quartier, et nous allons continuer de nous battre à cet égard.

Nous savons qu'un rapport de l'UNICEF, il y a quelques années, affirmait que les jeunes Canadiens étaient les plus grands consommateurs de marijuana par habitant au monde, et cela était très inquiétant. Nous avons déployé des efforts importants dans les écoles et ailleurs afin de sensibiliser les jeunes par l'entremise de notre campagne publicitaire. J'ai été très heureuse d'apprendre, dans un rapport récent, que, selon le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, il y a une diminution, d'après ce que je comprends, du nombre de jeunes qui consomment de la marijuana; c'est donc une bonne chose. La stratégie fonctionne. L'idée selon laquelle, si nous rendons cette drogue légale, les jeunes en consommeront moins, n'a absolument aucun sens, selon moi. Je crois que nous devons continuer à sensibiliser les gens aux dangers qu'elle comporte, ainsi que les parents, afin qu'ils puissent en parler avec leurs enfants et faire en sorte qu'ils s'en tiennent loin.

M. David Wilks: Rapidement, madame la ministre, je me suis opposé catégoriquement aux sites d'injection supervisée, et je continue de m'y opposer catégoriquement, et c'est un autre sujet lié à la toxicomanie qui me passionne. À mon humble avis, nous favorisons le problème, nous ne le réglons pas. Pour régler le problème, il faut que les toxicomanes cessent de consommer, et nous devons leur fournir des services de désintoxication.

Je me demande si vous pouvez parler du projet de loi concernant les sites d'injection supervisée. Le Sénat l'étudie actuellement. On rencontre certaines difficultés, puisque l'opposition y fait obstacle, et je me demande si vous pouvez en parler quelques minutes.

• (1610)

L'hon. Rona Ambrose: Certainement. En fait, j'ai eu une rencontre productive avec le Sénat hier. La majorité des membres, libéraux et conservateurs, trouvaient que le projet de loi était une bonne idée; je trouve donc étrange que l'opposition, à la Chambre des communes, n'est pas disposée à soutenir un projet de loi qui correspond au cadre que nous avons établi dans le but de respecter la décision de la Cour suprême relativement aux sites d'injection supervisée.

Au bout du compte, quand les gens vous demandent pourquoi vous n'appuieriez pas l'idée de Justin Trudeau d'ouvrir des sites d'injection partout au pays sans avoir à consulter les gens, je dis: « qu'est-ce que c'est que cela? » Le fait de permettre que de l'héroïne illégalement achetée dans la rue soit injectée dans un lieu précis constitue une exception à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Souvenons-nous de ce que cela signifie. Cela signifie que la police doit réfléchir à la criminalité qui pourrait avoir lieu aux alentours du site. Il faut que les municipalités soient prêtes à faire face aux problèmes qui pourraient être causés par un site semblable. Il faut que les parents soient au courant. Il faut que le voisinage appuie l'ouverture du site. Il faut que la province et les autorités en matière de santé publique soient prêtes à le gérer et à mettre sur pied des ressources dans ses alentours afin de soutenir les toxicomanes. La prévention... nous voulons qu'un traitement leur soit offert et qu'ils aient des solutions de rechange sûres à la consommation d'héroïne. De très nombreux aspects sont en cause, et c'est le cadre que nous avons mis en place.

Les consultations publiques constituent l'élément le plus important. Je ne comprends pas pourquoi les autres partis s'opposent à la tenue de consultations publiques avec le voisinage, la police, les autorités en matière de santé publique et les provinces relativement à l'emplacement de sites d'injection.

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

Madame Morin, allez-y.

[Français]

vous disposez de cinq minutes.

Mme Isabelle Morin (Notre-Dame-de-Grâce—Lachine, NPD): D'accord. Merci beaucoup, monsieur le président.

Je voudrais parler de l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Beaucoup d'articles concernant le manque d'inspecteurs ont paru en avril dernier à ce sujet.

Madame la ministre, vous nous avez dit un peu plus tôt que les budgets n'avaient pas été réduits, mais qu'ils avaient plutôt été légèrement augmentés. Dans votre présentation, vous avez dit qu'il y aurait des plateformes Web sécurisées pour partager de l'information. Je pense que c'est une bonne chose, mais est-il aussi prévu qu'il y ait davantage d'inspecteurs?

Selon Bob Kingston, qui est président du Syndicat Agriculture, soit l'organisme qui représente les inspecteurs fédéraux, on coupe vraiment les coins ronds en matière de salubrité. De plus en plus, on laisse aux entreprises la responsabilité de faire de l'auto-inspection. À Montréal et partout au Québec, il faudrait un minimum de 45 inspecteurs, mais il n'y en a que 30. De façon générale, il y a 10 inspecteurs de moins que le minimum requis pour ce qui est de l'inspection de plusieurs installations vouées à la transformation de la viande. A-t-on prévu des fonds pour embaucher de nouveaux inspecteurs? On parle tout de même d'une situation qui affecte beaucoup les Canadiens et les Canadiennes.

D'après ce que je comprends, la viande qui est exportée vers les États-Unis fait l'objet d'une inspection tous les jours, alors que dans le reste du Canada, les inspections ne se font que trois fois par semaine.

Je voudrais connaître la raison pour laquelle il y a deux poids, deux mesures. Pourquoi est-il prévu dans le budget que la viande destinée à la consommation canadienne soit moins inspectée que celle destinée à la consommation américaine?

Est-ce que le budget propose d'éliminer ce déséquilibre?

[Traduction]

L'hon. Rona Ambrose: Merci.

Premièrement, je répète que le Canada a le système alimentaire le plus sécuritaire au monde, même si on le compare aux États-Unis. Au chapitre des investissements, il n'y a absolument aucune compression.

Je sais qu'un dirigeant syndical a déclaré qu'il y a des compressions, mais le président de l'ACIA a affirmé qu'il n'y en avait pas. Par conséquent, pendant que M. Kingston joue pour la galerie, je lui demanderais de se reporter aux vrais chiffres budgétaires, et il verra qu'il n'y a absolument aucune compression. En fait, nous avons maintenant investi près de 1 milliard de dollars...

• (1615)

[Français]

Mme Isabelle Morin: En fait, il ne dit pas nécessairement qu'il y a eu des réductions budgétaires, mais plutôt qu'il n'y a pas suffisamment d'inspecteurs.

[Traduction]

L'hon. Rona Ambrose: Une fois encore, il a tort. Il a dit qu'il y avait des compressions. Nous avons investi près de 1 milliard de dollars. Dans le dernier budget, nous avons investi 400 millions de dollars pour permettre à l'ACIA d'embaucher plus de 200 nouveaux inspecteurs de première ligne affectés à la salubrité des aliments. Une fois encore, afin de saisir une autre occasion de nous assurer de la solidité de notre système de salubrité alimentaire, nous avons aussi...

[Français]

Mme Isabelle Morin: Il y a une usine de transformation...

[Traduction]

L'hon. Rona Ambrose: Puis-je répondre à votre question?

[Français]

Mme Isabelle Morin: Oui, mais je vous donne un exemple concret. Il y a justement une usine de transformation à Montréal-Ouest.

[Traduction]

L'hon. Rona Ambrose: Une fois encore, nous avons...

[Français]

Mme Isabelle Morin: Un nombre minimum de 45 inspecteurs serait nécessaire selon les normes, mais il n'y en a que 30. Est-ce que des pressions sont prévues pour faire en sorte qu'il y ait un nombre suffisant d'inspecteurs?

[Traduction]

L'hon. Rona Ambrose: Je comprends que vous voulez faire tout ce que le dirigeant syndical désire, mais nous avons fait des investissements très clairs. Nous avons assez d'inspecteurs. En fait, notre système alimentaire est coté comme étant le plus sécuritaire au monde.

Laissez-moi vous lire ce que disent de vrais experts oeuvrant au sein du système de salubrité alimentaire, et non des dirigeants syndicaux. M. Keith Warriner, directeur du programme de salubrité alimentaire et d'assurance de la qualité de l'Université de Guelph, a dit que le fait de laisser entendre que la viande vendue au Canada n'est pas sécuritaire n'est rien de plus qu'une déclaration alarmiste.

Un autre universitaire, qui travaille au Département de la politique des ressources biologiques à l'Université de la Saskatchewan et qui est un expert en matière de salubrité alimentaire, a dit ce qui suit:

Le Canada a l'un des meilleurs systèmes de salubrité alimentaire au monde, sinon le meilleur. D'autres pays utilisent notre système réglementaire comme modèle au chapitre de la salubrité alimentaire [...]

[...] Les produits alimentaires qui sont disponibles dans nos épiceries sont aussi sécuritaires qu'ils peuvent l'être.

Je vous demanderais de ne pas tenir de propos alarmistes, puisque la salubrité alimentaire est très importante pour les Canadiens. Nos inspecteurs font un excellent travail.

[Français]

Mme Isabelle Morin: Absolument. Il est certain que les Canadiens veulent qu'il y ait assez d'inspecteurs.

[Traduction]

L'hon. Rona Ambrose: Nos inspecteurs disposent de toutes les ressources dont ils ont besoin, et ils font un excellent travail.

[Français]

Mme Isabelle Morin: Je vais passer à un autre sujet. Je veux m'assurer d'avoir le temps de poser ma question.

En 2012-2013, le Programme de santé des animaux et de prévention des zoonoses avait un budget de 175 millions de dollars. Or les budgets de 2014-2015 et de 2015-2016 prévoient un montant de 90 millions de dollars.

Concernant les emplois et les ressources humaines, les équivalents temps plein pour le Programme de santé des animaux et de prévention des zoonoses...

[Traduction]

Le président: Madame Morin, nous avons dépassé le temps imparti.

[Français]

Mme Isabelle Morin: ... ont fait l'objet de plusieurs compressions et je voulais savoir si...

[Traduction]

Le président: Vous avez dépassé de peu les cinq minutes. Je vous ai donné un peu de temps supplémentaire.

Monsieur Young, vous avez cinq minutes.

M. Terence Young (Oakville, PCC): Merci, madame la ministre, de vous joindre à nous aujourd'hui, et merci à tout le monde d'être venu.

Avant de poser mes questions, j'aimerais vous féliciter, ainsi que Santé Canada, pour les publicités de lutte contre la toxicomanie en ligne et à la télévision, que nous avons vues, et qui ont été commandées par vous. Selon moi, elles étaient très efficaces. À coup sûr, elles captaient l'attention du téléspectateur. Il semble qu'elles s'adressaient aux jeunes, ce qui est très important, avant qu'ils ne décident d'essayer des drogues, afin qu'ils soient conscients du fait qu'elles sont très mauvaises pour leur santé. J'ai trouvé les publicités excellentes; je voulais donc vous féliciter à leur sujet.

Comme vous le savez, madame la ministre, je m'intéresse depuis de nombreuses années aux enjeux liés à la sécurité des médicaments; j'étais donc très heureux d'avoir l'occasion de prendre part à notre étude de la Loi de Vanessa. Nous nous sommes assurés que le libellé définitif du projet de loi permettrait de régler les problèmes de longue date que les experts en sécurité des médicaments ont signalés pendant des années au sujet du manque de transparence de Santé Canada.

Quand nous rédigeons une loi touchant à des enjeux aussi importants que l'innocuité des médicaments, il est absolument essentiel d'écouter les experts et de prendre bonne note des conseils qu'ils nous offrent. Votre ouverture à l'égard des conseils a renforcé le projet de loi, et je crois qu'il servira à renforcer notre système d'innocuité des médicaments pour de nombreuses années à venir.

La loi est maintenant adoptée depuis un certain moment. Nous savons qu'un certain nombre de mesures font l'objet de consultations afin que nous puissions nous assurer que les détails sont mis en oeuvre de façon efficace; en d'autres mots, nous nous assurons d'obtenir un bon résultat. Pourriez-vous, s'il vous plaît, fournir des détails supplémentaires au comité au sujet du suivi continu dont fait l'objet la mise en oeuvre des pouvoirs qui ont été mis en place?

L'hon. Rona Ambrose: C'est l'une de nos principales priorités. Avant même que le projet de loi soit adopté, nous rédigeons déjà la réglementation en collaboration avec les experts et les intervenants appropriés pour faire avancer les choses parce que nous voulions tout mettre en place le plus rapidement possible.

Par exemple, vous savez peut-être que, dans le cas des réactions indésirables aux médicaments, nous avons besoin de l'information des hôpitaux. Certains hôpitaux étaient un peu préoccupés par la façon dont nous allions appliquer la réglementation. Par conséquent, nous les consultons actuellement pour déterminer la meilleure façon de recueillir l'information de façon rapide et efficace sans ralentir le travail des intervenants de première ligne. C'est un exemple des intervenants avec qui nous devons assurer une coordination.

Je veux vous rassurer: comme je l'ai dit, avant même que la loi soit adoptée, nous avons commencé à travailler sur la réglementation afin de pouvoir tout mettre en place le plus rapidement possible. Et bien sûr, vous savez que certains des pouvoirs prévus directement dans la loi n'exigeaient pas de réglementation et sont entrés en vigueur dès l'adoption.

• (1620)

M. Terence Young: En ce qui concerne les réactions indésirables aux médicaments, les établissements de santé doivent les déclarer, et j'ai cru comprendre qu'on coordonne actuellement le tout avec les hôpitaux et les établissements de santé. Je travaille dans ce domaine depuis de nombreuses années. J'ai appris au fil du temps que les médecins, pour diverses raisons, ne veulent pas déclarer les réactions indésirables aux médicaments; celles qui sont graves, et c'est justement de celles-là que nous parlons. Ils ne veulent tout simplement pas les déclarer, pour diverses raisons, et ils refusent tout simplement de le faire.

Avez-vous des renseignements à ce moment-ci sur le niveau de coopération que les établissements de santé obtiennent de leurs propres médecins? Tous les hôpitaux se sont déjà dotés d'un processus censé permettre de répertorier les réactions indésirables aux médicaments. Ces réactions doivent être déclarées à l'interne, mais là, on parle d'une autre étape. Comme je l'ai dit, d'après mon expérience, les médecins n'aiment pas déclarer les réactions.

Avez-vous entendu quoi que ce soit ou avez-vous obtenu des commentaires au sujet de la façon dont avance le processus en ce qui concerne les médecins?

L'hon. Rona Ambrose: Je n'ai pas reçu de rétroaction pour l'instant, mais je peux vous dire que, si nous avons un problème, je serai prête à faire tout ce qu'il faut, parce que c'était extrêmement important. Il n'y a aucune raison pour laquelle un médecin — surtout un médecin — ne voudrait pas participer à l'application d'une loi comme celle-ci et s'assurer que nous pouvons consigner et utiliser l'information sur les réactions indésirables aux médicaments afin de pouvoir, en tant qu'organisme de réglementation des compagnies pharmaceutiques, prendre les décisions qui s'imposent au sujet de l'innocuité des médicaments.

Je n'ai aucune raison de croire que les choses ne vont pas bien, mais je peux vous garantir que, si les choses ne tournent pas rond, nous appliquerons de la pression de toutes les façons que nous le pouvons.

M. Terence Young: Merci.

Le président: Monsieur Young, il vous reste 30 secondes.

M. Terence Young: Dans le cadre de mes recherches, j'ai découvert que les médecins ont parfois de très bonnes raisons de ne pas déclarer ces réactions. C'est très pénible pour un médecin qui a prescrit un médicament de découvrir que ce dernier a fait du tort à son patient. On parle de personnes merveilleuses qui consacrent leur vie à aider les autres.

L'hon. Rona Ambrose: Oui.

M. Terence Young: Parfois, ils sont très occupés, ce qui, selon moi, ce n'est pas une très bonne raison, parce que, si cette information qui peut sauver des vies est transmise à l'organisme de réglementation, celui-ci peut détecter rapidement un médicament néfaste pour certains patients. Je crois que, parfois, ils ont peur des poursuites, ce qui est l'aspect pratique de cette problématique. Dans le passé, ils envoyaient les rapports à l'Association médicale canadienne, mais cette dernière n'y donnait pas suite. Je crois que les médecins se disaient que rien n'allait être fait et ce n'était donc pas nécessaire de remplir un formulaire...

Le président: Monsieur Young...

M. Terence Young: ... mais la Loi de Vanessa prévoit une structure vers laquelle ils peuvent se tourner et où leurs efforts ne resteront pas lettre morte.

L'hon. Rona Ambrose: Absolument.

Le président: Merci, monsieur Young.

Nous poursuivons avec M. Ashton. Allez-y, vous avez cinq minutes.

Mme Niki Ashton (Churchill, NPD): Parfait. Merci beaucoup, monsieur le président.

Madame la ministre Ambrose, j'aimerais revenir à certains enjeux qui, selon moi, sont parmi les plus urgents auxquels notre pays est confronté dans le domaine de la santé, et je veux parler des défis auxquels les collectivités autochtones sont confrontées.

Je suis très troublée par une déclaration que vous avez faite tantôt en ce qui concerne les réductions dans les budgets, qui s'élèvent à environ 15 % depuis 2011. Ces réductions ne sont pas comptabilisées comme des compressions, mais comme étant attribuables à l'élimination progressive de programmes.

Madame la ministre Ambrose, si nous devons nous en tenir à cette notion d'élimination progressive des programmes, nous parlons de programmes qui n'ont jamais été remplacés. En outre, ils n'ont de toute évidence pas été remplacés pour ce qui est des soins critiques qui étaient fournis aux collectivités. Je sais que, dans certains cas, il s'agissait de programmes à l'intention des Autochtones et offerts par des Autochtones: des professionnels de la santé autochtones qui oeuvraient dans des collectivités autochtones et qui affichaient de très bons taux de réussite. Comme nous avons déterminé qu'il y a eu des réductions de 15 % des budgets liés aux soins de santé primaires depuis 2011, je me demande de quelle façon vous et votre gouvernement pouvez justifier ce genre de compressions dans un secteur où les besoins sont les plus criants.

L'hon. Rona Ambrose: Vous devriez peut-être répéter la question au sous-ministre, mais il m'a assuré, en fait, qu'il n'y a eu aucune réduction. Au contraire, il y a eu une augmentation de 164,8 millions de dollars liée à la reconduction et à l'expansion des programmes et services touchant la santé des Premières Nations et des Inuits et à une augmentation du niveau de financement en vue de l'application du cadre tripartite de la Colombie-Britannique, du renouvellement du Plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées des Premières Nations et du Fonds d'investissement-santé pour les territoires.

Mais ce n'est pas tout. L'une des choses qui sont ressorties du rapport du vérificateur général au sujet de la santé des Premières Nations, c'est la question des compétences. J'aimerais vous encourager, en tant que député du Manitoba — et j'ai aussi encouragé le gouvernement manitobain et les Premières Nations du Manitoba à le faire — à réfléchir à ce qui se passe actuellement en Colombie-Britannique. Il s'agit d'une initiative novatrice dans le cadre de laquelle la province, le gouvernement fédéral et les Premières Nations ont créé...

• (1625)

Mme Niki Ashton: C'est parfait, je comprends, mais mon rôle, ici, en tant que parlementaire canadienne... et je veux revenir sur la question des soins de santé primaires. Les déclarations auxquelles vous faites référence portent sur beaucoup de choses, et si vous vouliez...

L'hon. Rona Ambrose: Je serais heureuse de le faire.

Mme Niki Ashton: J'aimerais simplement terminer mon commentaire...

L'hon. Rona Ambrose: L'augmentation est maintenant de 30 % du point de vue des augmentations...

Mme Niki Ashton: Vous pourriez peut-être nous fournir les renseignements touchant le dossier des soins de santé pour les Autochtones, madame la ministre Ambrose.

L'hon. Rona Ambrose: Encore une fois, nous offrons les soins de santé aux Premières Nations en collaboration avec les provinces. En ce qui concerne le financement consacré à la santé des Premières Nations de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, on parle actuellement d'une augmentation de 30 %.

Pour ce qui est des données dans le budget — Simon peut vous parler des aspects techniques du dossier —, il n'y a pas de diminution. En fait, il y a eu une augmentation de 168 millions de dollars, et je vous encourage à lui demander de vous expliquer les aspects techniques afin que vous puissiez voir...

Mme Niki Ashton: Absolument, et j'aimerais bien obtenir ces documents, si vous pouviez présenter le tout au comité par écrit.

J'aimerais parler d'un programme très efficace qui avait fait ses preuves et qui figure dans la catégorie des programmes visés par ce que vous appelez l'élimination progressive des programmes, ce qui, selon vous, n'est pas une forme de compression, mais je crois que le commun des mortels qui a constaté la valeur de ces programmes considère qu'il s'agit de compressions. Je parle du programme de renforcement des familles par l'amélioration de la santé des mères et des enfants, un programme incroyable réalisé au Manitoba et qui était considéré comme une pratique exemplaire. On m'a dit qu'il allait être temporarisé, même s'il répond à un important besoin lié à la santé des mères et des enfants au sein des Premières Nations, ce qui est censé être une priorité du gouvernement et qui en est très certainement une pour toute personne de l'extérieur du Canada.

Je me dis que c'est un exemple de programme lié à la santé mené par les Autochtones qui devrait être appuyé et renforcé, mais votre gouvernement a plutôt décidé de le considérer comme non prioritaire. Allez-vous fournir un financement stable et sûr pour ce programme à l'avenir? Et allez-vous reconnaître l'importance d'appuyer les programmes semblables liés à la santé des mères et des enfants dans les collectivités autochtones du pays?

L'hon. Rona Ambrose: Oui. Nous avons fait de généreux investissements touchant la question de la santé des mères et des enfants au sein des Premières Nations. Vous parlez d'un programme

qui est offert par les Premières Nations. Il a bel et bien été temporarisé, mais le financement a été renouvelé, et il figurera dans le Budget supplémentaire des dépenses. C'est ce que j'essayais de dire. On peut croire qu'il y a une réduction dans le budget, mais nous avons reconduit ces programmes dans le cadre de l'initiative du programme de santé fédérale pour les Autochtones. Ces programmes ont été temporarisés, mais ils figureront dans le Budget supplémentaire des dépenses.

Mme Niki Ashton: C'est une excellente nouvelle. Quand le programme va-t-il recommencer à être offert?

L'hon. Rona Ambrose: Eh bien, c'est une reconduction, alors le financement continuera à être renouvelé, et le programme continuera à être offert.

Mme Niki Ashton: Selon ce qu'on nous a fait comprendre, il n'est pas offert actuellement.

L'hon. Rona Ambrose: Nous serons heureux d'y jeter un coup d'oeil, mais s'il s'agit d'un programme de Santé Canada, il sera reconduit.

Mme Niki Ashton: J'apprécierais évidemment que vous portiez une attention particulière à ce dossier.

J'aimerais revenir à...

Le président: Madame Ashton, les cinq minutes sont écoulées.

Mme Niki Ashton: Merci.

Le président: Merci.

D'accord, monsieur Lizon, allez-y, s'il vous plaît.

M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC): J'ai combien de temps, monsieur le président?

Le président: Ne vous arrêtez pas, et je vous dirai quand ce sera fini.

M. Wladyslaw Lizon: D'accord. J'ai l'impression qu'il ne me reste pas beaucoup de temps.

Merci beaucoup, madame la ministre, et merci à tous les représentants d'être là. Je vais vous poser une question très brève.

Madame la ministre, pouvez-vous faire le point sur l'accord tripartite qui est en place en Colombie-Britannique depuis environ un an. Je sais que vous vous êtes rendue en Colombie-Britannique pour en parler. Pouvez-vous s'il vous plaît nous faire une mise à jour? Quels sont les changements que vous avez remarqués au sein des Premières Nations de la Colombie-Britannique?

L'hon. Rona Ambrose: Monsieur, je vais le faire avec plaisir. En fait, je suis une ardente partisane de ce qui se passe en Colombie-Britannique, et je crois fermement que c'est une solution stratégique qui permettrait à d'autres Premières Nations, aux gouvernements provinciaux et à Santé Canada d'assurer la prestation des soins de santé aux Premières Nations. C'est une initiative progressiste et totalement novatrice. C'est une solution intégrée et une façon tout à fait fantastique d'habiliter les membres des Premières Nations non seulement à se responsabiliser à l'égard de leur santé, mais aussi à participer à la création de leurs propres programmes de santé.

Bien sûr, le transfert a eu lieu vers la fin de 2013. À ce moment-là, les Premières Nations de la Colombie-Britannique sont devenues responsables de leurs services de santé. Santé Canada fournit encore le financement, et, bien sûr, le ministère n'a pas quitté la table: il sera là à chaque étape pour travailler avec l'Autorité sanitaire des Premières Nations et le gouvernement provincial en vertu d'intégrer les services au niveau de la province.

Cependant, cela signifie que, maintenant, lorsque la province de la Colombie-Britannique s'intéresse au dossier de la santé, elle compte sept autorités sanitaires, y compris l'Autorité sanitaire des Premières Nations, dans tous ses plans gouvernementaux lorsqu'il est question de la santé des Premières Nations. Nous n'avons absolument pas arrêté de fournir les fonds nécessaires. Nous continuons à fournir le financement, et c'est vraiment une façon transformatrice et fantastique d'intégrer les services de santé de façon à habilitier les collectivités des Premières Nations et à les intégrer vraiment dans ce qui est en fait le modèle de prestation des services de santé de la province.

Nous espérons avoir des conversations à ce sujet. J'ai parlé à tous mes collègues ministres de la Santé du pays. Nous espérons nous réunir bientôt en Saskatchewan pour discuter du même modèle. Nous avons été encouragés par le Manitoba, mais nous n'avons pas encore discuté avec ses représentants. Nous discutons du dossier avec les Premières Nations de l'Alberta.

C'est beaucoup de travail, mais la Colombie-Britannique, les Premières Nations de la Colombie-Britannique et le grand chef Doug Kelly ont prouvé que c'était possible. Nous fêtons actuellement le premier anniversaire de l'accord, et nous constatons des résultats très bons et très positifs. J'ai rencontré le comité et l'autorité sanitaire lundi, et je suis absolument enchantée de voir l'enthousiasme avec lequel les intervenants au niveau communautaire se responsabilisent à l'égard de leur santé. C'est vraiment excellent.

Nous espérons que les autres provinces voudront aussi parler de ce modèle avec nous.

• (1630)

M. Wladyslaw Lizon: Diriez-vous qu'il s'agit d'un modèle qui pourrait être adopté partout au pays pour fournir les soins de santé aux Premières Nations?

L'hon. Rona Ambrose: Chaque province est unique. Toutes les collectivités autochtones devraient se réunir. Ce ne sera peut-être pas exactement comme en Colombie-Britannique, mais c'est un modèle excellent, et nous voyons déjà de très belles choses se produire là-bas. Je crois que c'est un modèle qui pourrait être repris ailleurs, et j'espère vraiment que d'autres provinces se joindront à la discussion, arrêteront d'ergoter au sujet des compétences constitutionnelles et commenceront à réfléchir au fait que chaque Autochtone qui vit dans leur province est un citoyen de leur province. C'est là-dessus qu'il faut se concentrer et il faut aussi assurer la prestation des soins de santé aux Premières Nations plutôt que de se demander qui est responsable et de pointer les autres du doigt. Je suis convaincue que nous y arriverons.

M. Wladyslaw Lizon: Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Lizon.

Merci beaucoup, madame la ministre.

L'hon. Rona Ambrose: Merci.

Le président: En fait, vous êtes restée un peu plus longtemps que prévu, alors nous vous en remercions.

Je vais suspendre la séance une minute ou deux, puis nous serons de retour.

• _____ (Pause) _____

•

• (1635)

Le président: Nous reprenons nos travaux. Nous allons poursuivre la rotation; monsieur Rankin, vous avez cinq minutes.

M. Murray Rankin: Merci beaucoup.

Je tiens à remercier les représentants d'être là. Comme je l'ai dit plus tôt, je l'apprécie beaucoup. Pour commencer, j'aimerais parler de l'utilisation des médicaments à des fins autres que celles indiquées sur l'étiquette. Je veux parler des publicités mensongères touchant des utilisations non approuvées des médicaments. *L'International Journal of Risk and Safety* a examiné de quelle façon Santé Canada réglemente la publicité des médicaments au Canada et applique la loi. Les auteurs ont examiné les plaintes déposées durant une décennie, de 2000 à 2011, et conclu que Santé Canada n'en fait pas suffisamment.

L'opposition officielle a posé une question qui a été inscrite au *Feuilleton*, laquelle a révélé que Santé Canada avait reçu 359 plaintes liées à des publicités sur des médicaments, mais qu'elle n'a imposé aucune amende dans ces cas. Des gens ont écrit des lettres, et Santé Canada « a travaillé avec eux pour garantir la conformité ». Les amendements prévus à la Loi sur les aliments et drogues dans la Loi de Vanessa prévoient des amendes salées, des amendes de 500 millions de dollars et plus, mais si la loi n'est pas appliquée, pourquoi faudrait-il la prendre au sérieux?

Nous comprenons le fait que vous devez travailler avec les entreprises pour assurer leur conformité, mais si les règles interdisant certaines pratiques n'ont pas de mordant, pourquoi ces compagnies s'y conformeraient-elles et pourquoi feraient-elles la bonne chose? Elles ne reçoivent qu'une lettre d'avertissement, alors quel est le problème?

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, merci de la question.

Dans le cadre du plan du ministère à l'égard de la transparence et de l'ouverture, nous irons bientôt de l'avant pour rendre publiques toutes les diverses plaintes relatives à la publicité que nous recevons et la façon dont le ministère intervient pour régler la question. La santé et la sécurité des Canadiens est évidemment notre principale priorité, et la façon dont nous réagissons à ces questions est toujours proportionnelle au risque. Dans de nombreuses circonstances, nous avons découvert que le fait d'envoyer une lettre d'avertissement et de parler à la société en question débouche sur un règlement. Celle-ci cesse ses activités. Nous rendrons publiques ces statistiques, nos mesures de suivi et leur taux de réussite dans les mois à venir. J'espère que cela permettra de faire la lumière sur ce que nous faisons dans ce domaine pour nous assurer d'être conformes.

M. Murray Rankin: Cela pourrait être utile. Merci, monsieur Kennedy.

Je vais maintenant parler de la recherche et des Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC. Dans le budget de 2015, aucune augmentation n'a été accordée aux conseils subventionnaires, mais, sur les 15 millions de dollars par année qui ont été versés aux IRSC, 13 millions étaient destinés à la Stratégie de recherche axée sur le patient dont a parlé le ministre, et 2 millions, à la recherche sur les antimicrobiens.

Selon les renseignements qu'on m'a fournis, on observe essentiellement ce qu'on a appelé un « temps d'arrêt » pour les chercheurs. Ils s'attendaient à ce que l'argent continue d'affluer, mais il y a un déficit de financement, et les chercheurs prennent leur mal en patience pendant que l'on comble ce déficit durant le temps d'arrêt. Ils ont besoin de 8,5 millions de dollars pour chacune des deux années afin de combler le déficit durant la transition vers l'élimination progressive des anciens programmes. La communauté de recherche est grandement préoccupée à ce sujet. On a tenu de beaux discours au sujet du groupe d'experts de l'innovation, mais ce qui nous concerne, ce sont les dollars réels. Pourriez-vous commenter cette question?

• (1640)

M. Michel Perron (vice-président, Affaires extérieures et développement d'entreprise, Instituts de recherche en santé du Canada): Merci de la question.

Dans un souci de précision, j'aimerais dire que la question du déficit dont parle le député concerne le changement de notre approche de financement à l'égard de notre programme ouvert de subvention pour les chercheurs, lequel compte pour une part importante de notre budget qui permet aux chercheurs de présenter une demande de financement. Des modifications ont été apportées au programme. Nous avons mené des consultations auprès des universités et des établissements universitaires pendant environ trois ans afin de les informer du changement. La durée a été réduite autant que possible pour passer à trois mois, ce qui n'est pas inhabituel dans le milieu de la recherche parmi les universitaires pour ce qui est de financer le début et la fin de différents programmes de financement. En ce qui concerne le déficit dont il est question, nous ne connaissons pas le chiffre exact, parce que nous n'avons pas compilé les premiers résultats du programme pilote, qui seront rendus publics sous peu.

Dans le cadre du déficit, les établissements universitaires ont très tôt reconnu sa capacité de réduire au maximum toute répercussion possible qui ne pourrait être évitée autrement. La durée du déficit a été raccourcie autant que possible pour passer à trois mois.

M. Murray Rankin: J'aimerais beaucoup me pencher sur le rapport cinglant du vérificateur général au sujet de la stratégie ratée de prévention du diabète. Je me demande seulement si quelque chose a été fait pour réagir aux conclusions scandaleuses qui ont été tirées dans le rapport de 2013. Il y est question de pratiques de gestion qui laissent à désirer, de l'absence de stratégie, de priorités et de mesures de rendement.

Le président: Monsieur Rankin, pourriez-vous répondre brièvement, puis nous passerons au prochain intervenant.

Mme Krista Outhwaite (présidente, Agence de la santé publique du Canada): Merci de la question.

En réalité, nous avons accompli beaucoup de travail sur ce à quoi fait allusion le député pour ce qui est de la vérification de la stratégie de prévention du diabète. De fait, le monde, le Canada, l'Agence de la santé publique et tous ses partenaires ont travaillé en amont afin de réagir aux causes du diabète. On a beaucoup travaillé sur la promotion de modes de vie plus sains auprès des enfants et des adultes, ce qui permettra d'aider à prévenir ou à atténuer l'apparition du diabète.

Nous avons des plans d'action importants pour ce qui est de réagir aux préoccupations particulières du vérificateur général à ce chapitre particulier. Nous avons presque tout terminé le travail que nous avions prévu faire pour réagir aux préoccupations. Peut-être même

avons-nous tout terminé. Je serais ravie de fournir un rapport qui le prouve au comité.

M. Murray Rankin: Cela serait fantastique.

Le président: Merci.

Monsieur Toet.

M. Lawrence Toet (Elmwood—Transcona, PCC): Merci, monsieur le président. Je suis vraiment ravi d'être ici.

J'aimerais commencer avec vous, monsieur Kennedy. La ministre a invité certains des députés d'en face à passer en revue avec vous les aspects techniques du processus lié au budget des dépenses. J'ai assisté à bon nombre des réunions sur le budget des dépenses et, chaque fois, j'en suis sorti étonné et sidéré par rapport à l'approche simpliste qui est bien souvent adoptée pour tenter de comparer un Budget principal des dépenses à un autre, sans comprendre l'ensemble du processus lié au Budget supplémentaire des dépenses et son fonctionnement.

Peut-être pourriez-vous nous éclairer sur ce sujet. Nous savons que nous ne pouvons affecter des fonds à un programme qui n'a pas été désigné, et c'est donc là où le Budget supplémentaire des dépenses entre en jeu. Peut-être pourriez-vous attirer davantage l'attention sur cette question et vous assurer que nous comprenons clairement le fonctionnement de ce processus.

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, parfois je pense que les fonctionnaires sont aussi déconcertés que le sont les membres du comité. Concernant la question qui a été soulevée à la table avec la ministre sur le financement accordé aux Premières Nations en particulier, beaucoup de programmes dans le budget du ministère ne font pas l'objet d'un financement continu. Ce sont des programmes qui sont renouvelés périodiquement, et c'est souvent très utile, parce qu'il est possible de faire le point pour examiner la politique ou les dépenses sous-jacentes et apporter des modifications.

Dans le cas du Budget principal des dépenses, nous voyons qu'il ne tient pas compte d'un certain nombre de programmes pour lesquels il existe réellement de l'argent dans le cadre financier, et ils sont soumis à un processus de renouvellement. Pour ce qui est des seuls détails techniques, sous la rubrique des crédits approuvés, nous avons des augmentations du financement de 164,8 millions de dollars, qui sont répartis comme suit: 63,5 millions de dollars pour la croissance dans les programmes et les services de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits, 29,3 millions de dollars en financement pour la mise en oeuvre de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la santé des Premières Nations et en financement pour l'Autorité sanitaire des Premières Nations, 22,3 millions de dollars pour le renouvellement du Plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées des Premières Nations et 23 millions de dollars pour le Fonds d'investissement-santé pour les territoires.

Le Budget principal des dépenses comprend également des diminutions de 170,6 millions de dollars, mais celles-ci concernent les programmes qui font en réalité l'objet d'un renouvellement; ces fonds apparaîtront donc dans le Budget supplémentaire des dépenses. Entre la diminution fantôme de 170 millions de dollars, somme qui sera renouvelée dans le budget des dépenses, et les augmentations du financement, le bilan est négatif, ce qui donne l'impression que le financement est en baisse dans le Budget principal des dépenses. En réalité, le financement augmente, parce que nous aurons ces renouvellements. Nous devons joindre les deux ensembles de programmes.

De façon générale, l'augmentation du financement est prévisible et stable année après année pour les dépenses qui tiennent compte de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, et ces fonds sont requis, parce que nos dépenses augmentent. Les fonds fournis dans le cadre financier augmentent chaque année. Je peux assurer aux députés — et je serais heureux d'envoyer une lettre qui le prouve — qu'il n'y a aucune diminution du financement dans ce domaine.

• (1645)

M. Lawrence Toet: Merci. J'apprécie votre explication.

Monsieur Taylor, j'ai été vraiment ravi tout récemment de vous rencontrer au laboratoire de microbiologie à Winnipeg, et j'ai eu l'occasion de voir le travail qui est accompli là-bas et l'excellent travail qui a été effectué relativement au vaccin contre Ebola par les gens du laboratoire. J'ai aussi eu l'occasion de voir le travail qui est fait dans l'ombre et dont beaucoup d'entre nous ne sont pas au courant.

En ce qui a trait à la mise à la disposition du public de ces vaccins partout dans le monde, au contrôle central qui émane du laboratoire de microbiologie et aux rapports qui sont présentés, je me demande si vous pourriez donner au comité une idée du travail qui est effectué là-bas. Nous entendons parler du vaccin, mais que se passe-t-il vraiment sur le plan du déploiement? Que se passe-t-il avec le soutien en arrière-plan? Comment tout cela s'assemble-t-il? J'ai été vraiment fasciné durant cette visite de voir tous les différents éléments s'unir pour faire quelque chose de très spécial dont le Canada devrait être fier.

Dr Gregory Taylor (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Merci de la question; c'est une chance inespérée. Nous sommes très fiers du travail qui est accompli dans notre laboratoire. Le travail est de calibre mondial, et le laboratoire est reconnu comme tel depuis un certain temps. En ce qui a trait au vaccin même que nous avons mis au point, comme vous le savez, nous l'avons fait breveter en vue de sa commercialisation. Il en est actuellement aux essais cliniques en Afrique de l'Ouest.

Lors de mon récent voyage en Afrique de l'Ouest, je suis allé voir un des centres de traitement d'Ebola juste au moment où débutait une séance d'information pour les membres du personnel sur les essais cliniques qui seraient en réalité conduits sur le personnel. Ce que je comprends des essais cliniques, c'est que notre vaccin fonctionne très bien. De fait, une des entreprises avec lesquelles nous travaillons, Merck, pense qu'il s'agit du vaccin qui sera mis de l'avant. Nous en sommes donc très fiers.

Je pense qu'il vaut la peine de mentionner que la mise au point des vaccins, depuis leur création jusqu'à leur utilisation réelle chez les gens, prend généralement de 10 à 12 ans, d'après ce que nous disent les fabricants de vaccins. En raison de l'épidémie d'Ebola, parce que nous avons collaboré avec de nombreuses organisations partout dans le monde, y compris l'OMS et le CDC, cette durée a été grandement raccourcie. Par conséquent, nous devrions être en mesure d'assister à la commercialisation du vaccin au cours des prochains mois, peut-être à l'automne, même si nous pouvons dans les faits l'utiliser dès maintenant.

Comme vous le savez, les chiffres diminuent. Cela peut sembler un peu tard, mais je crois que nous allons continuer de voir cette maladie dans l'avenir et, la prochaine fois, grâce à notre vaccin, la réaction et l'épidémie seront très différentes.

Le président: Merci beaucoup.

Madame McLeod, c'est à vous.

Mme Cathy McLeod: Merci, monsieur le président.

J'aimerais profiter de la présence de M. Taylor pour peut-être parler un peu... Certainement, Ebola a été une préoccupation importante il y a quelques mois. Peut-être pourrait-il vraiment faire le point sur notre capacité de lutter contre cette épidémie particulière.

Dr Gregory Taylor: J'en serais heureux, monsieur le président. C'est une excellente question.

Puisque j'en reviens, je dois d'abord dire que les interventions fonctionnent. Comme vous l'avez vu, les chiffres ont diminué de façon constante. Tout semble indiquer que, s'il n'y a pas d'autres cas d'ici samedi, le Libéria sera déclaré exempt d'Ebola. Les chiffres au Sierra Leone diminuent de façon importante; en Guinée, il y a encore des cas. Les interventions et le soutien, et je suis fier de dire que celui du Canada est de 110 millions de dollars, notre vaccin, nos laboratoires sur le terrain et nos Forces canadiennes permettent de changer les choses.

Je dois dire, puisque j'ai été sur le terrain en Afrique de l'Ouest, que je suis revenu très fier d'être Canadien. Cela a vraiment été une mission de collaboration. J'y suis allé avec du personnel du MAECD, ainsi qu'avec le chef de la direction de la Croix-Rouge canadienne et le chef de la direction du volet canadien de Médecins Sans Frontières. J'ai été appuyé par notre ambassadeur sur le terrain ainsi que par notre haut-commissaire sur le terrain et par le personnel. Cela a vraiment été une excellente mission. Elle a laissé sur moi une impression indélébile, je dois dire. Vous pouvez lire sur le sujet, vous pouvez voir les images, mais ce n'est pas la même chose que d'y être en personne.

J'ai été frappé par la question de la pauvreté. J'ai été amené par un des membres de mon personnel à un bidonville à Freetown où on venait de lever une quarantaine. Tout un ménage était touché par la quarantaine qui concernait une personne. Cela visait de 50 à 60 personnes, parce que l'on tient compte du nombre de personnes qui utilisent une toilette. C'était tout droit sorti d'un film. J'étais à côté d'une clinique et je voyais quelqu'un cuisiner à 500 mètres devant moi, puis quelqu'un d'autre jetait de l'urine dans la ruelle 500 mètres plus loin.

Ce qui frappait surtout, c'était les besoins essentiels en matière de santé publique de ces personnes. Les besoins en eau propre et en toilettes ne sont tout simplement pas satisfaits. En Guinée, ce qui ressortait, c'était le sentiment de chaos. C'était beaucoup de pièces en mouvement, beaucoup de choses qui se passaient au même moment. J'ai comme souvenir la vision de chèvres qui sont transportées dans une voiturette, et celles-ci sont sur les supports de toit de la voiture, à peine accrochées et tout près de tomber.

J'ai vu nos Forces à Freetown. Elles travaillaient directement avec nos collègues du Royaume-Uni. C'était une expérience spectaculaire. On aurait dit une seule équipe, et nous étions très fiers de ce qu'elle faisait. J'ai eu la chance de parler à un certain nombre de jeunes hommes et de jeunes femmes, de médecins et d'infirmières qui travaillaient là-bas, et j'en suis très fier.

Je dois dire — et j'utilise consciemment ce mot — je suis « tombé » sur des Canadiens. Lorsque nous sommes arrivés dans un des centres de traitement d'Ebola, une infirmière qui travaillait là-bas et qui, je l'ignorais, était de la Nouvelle-Écosse, nous a emmenés en visite. C'était un des centres de traitement de MSF. Un autre centre de traitement était dirigé par la Croix-Rouge, celle de la France. Un médecin de la Colombie-Britannique nous a fait faire la visite.

Le Canada a une très grande réputation dans ce pays. Je pense que le message clé qu'il faut laisser, c'est que ce n'est pas encore terminé. Les chiffres diminuent, mais, comme vous l'avez probablement vu au Libéria, ils ont augmenté de nouveau, parce qu'il semble maintenant qu'Ebola est transmis par les relations sexuelles. À ce qu'il paraît, on peut porter le virus pendant une période pouvant aller jusqu'à quatre à cinq mois, et cela a été le cas, selon nous, d'une personne au Libéria. Ce n'est donc pas terminé et, longtemps après la disparition d'Ebola, les besoins en matière de santé publique demeureront assez élevés dans ces pays-là. C'est ce que des modèles intéressants ont donné à penser, parce que l'infrastructure a disparu et que les enfants n'étaient pas immunisés. La rougeole tuera peut-être plus d'enfants qu'Ebola ne l'a fait durant l'épidémie. C'est sans mentionner, bien sûr, que ces pays ont certains des taux les plus élevés de malaria au monde.

Clairement, ce n'est pas fini. Ils auront manifestement besoin de l'aide de la communauté internationale. De toute évidence, le Canada a encore beaucoup à offrir, je pense, et je dois revenir à la question fondamentale de l'eau propre. L'assainissement de l'eau fait cruellement défaut dans ces pays-là.

• (1650)

Mme Cathy McLeod: Merci.

Je vais maintenant parler des IRSC. J'aimerais en apprendre un peu plus, surtout en ce qui concerne la recherche axée sur le patient et la façon dont vous voyez la chose. De toute évidence, dans le budget, cette initiative est présentée comme une voie d'avenir importante. Pourriez-vous nous donner quelques détails?

M. Michel Perron: Merci, monsieur le président, et merci, madame, de me poser la question.

En effet, la Stratégie de recherche axée sur le patient du Canada, qu'on appelle la SRAP, est vraiment une plateforme clé de la collaboration entre les partenaires fédéraux et provinciaux sur le terrain — de même qu'avec les patients — au chapitre de l'innovation en santé, et elle promet des résultats qui vont changer les choses. L'objectif consiste à assurer une véritable continuité, du banc d'essai jusqu'au chevet, en s'assurant que la recherche pénètre dans l'ensemble du système et puisse être appliquée de façon immédiate et le plus directement possible aux besoins du patient, aux besoins des décideurs, et ainsi de suite.

Nous avons créé toute une série d'unités de soutien à la SRAP, qui sont cofinancées par les entités compétentes des provinces; les IRSC, les gouvernements provinciaux et d'autres partenaires investissent plus de 270 millions de dollars dans les six premières unités de soutien de la SRAP, ce qui à mon sens prouve non seulement que les provinces y accordent beaucoup d'attention, mais également qu'elles sont prêtes à investir dans cette plateforme de façon à rapprocher la recherche des patients. Nous avons été ravis de constater que le budget de 2014 prévoyait des investissements additionnels dans l'initiative de la SRAP, et qu'un financement de 13 millions de dollars est également prévu en 2016-2017.

Il est clair à mon avis que ce dossier mérite probablement que votre comité continue de s'y intéresser, étant donné les résultats qu'il promet.

Le président: Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de Mme Fry.

L'hon. Hedy Fry: Merci beaucoup.

Je me réjouis d'avoir la possibilité de poser des questions aux fonctionnaires, car je crois que j'obtiendrai des réponses.

En fait, monsieur Perron, vous avez fourni des explications en réponse à la question que vous a posée plus tôt mon collègue du NPD au sujet des coupures imposées aux IRSC. Certains d'entre nous savent lire un budget, en fait, et nous savons très bien que nous devons surtout nous attacher à ce que vous intégrez dans le Budget principal des dépenses et dans le Budget supplémentaire des dépenses. Mais vous avez de fait parlé spécifiquement de cette période de transition. Le problème, toutefois, c'est de savoir pour quelle raison on estime que c'est un problème. Il faut trouver une solution, étant donné qu'aucun de ces organismes n'a la capacité de recouvrer suffisamment d'argent pour composer avec cette période de transition. Je ne sais pas si vous avez établi un plan afin d'y arriver.

• (1655)

M. Michel Perron: D'abord et avant tout, comme vous le savez, les IRSC reçoivent un financement important, une somme de 1 milliard de dollars, et nous essayons d'investir cette somme de la manière la plus efficace et précise possible dans la recherche sur la santé. À ce chapitre, les changements mis en oeuvre dans les IRSC sont le fruit de très longues consultations que nous avons menées auprès des provinces, des établissements d'enseignement et des centres de santé sur la façon de réduire le fardeau imposé aux candidats, sur la façon dont nous pouvons mettre en place un processus de présentation de demandes plus efficace, sur la façon de simplifier le processus de présentation des demandes et d'évaluation par les pairs.

Je tiens à souligner que les IRSC ont établi un processus d'examen par les pairs de calibre mondial.

Essentiellement, ces modifications ont entraîné un changement de programme fonctionnel, qui, en effet, suppose un faible écart, comme je l'ai dit plus tôt, qui pourrait affecter de 75 à 100 chercheurs. C'est un très petit nombre, même si c'est un nombre important — je ne veux pas le minimiser — sur les 13 000 chercheurs que nous finançons chaque année. Nous nous sommes vraiment efforcés de réduire cet écart, mais l'écart est tout à fait temporaire et reflète les changements apportés à nos approches des programmes de manière à répondre aux besoins des universitaires.

L'hon. Hedy Fry: Merci. J'aimerais revenir sur une chose qui, à mes yeux, est extraordinairement importante à protéger: la santé et la sécurité des Canadiens.

Je m'adresse aux représentants de l'ACIA; prenons vos dépenses réelles de 2013-2014, qui s'établissaient à 805,7 millions de dollars. Prenons maintenant le Budget principal des dépenses de 2014-2015; nous constatons une baisse importante, votre budget étant passé de 805 millions de dollars à 619 millions de dollars. Même si, selon votre Budget supplémentaire, vous avez dépensé 691 millions de dollars et même si, aujourd'hui, votre Budget principal prévoit des dépenses de 698 millions de dollars, il y a quand même un manque à gagner important de 107 millions de dollars par rapport à 2013. La réponse selon laquelle nous disposons du meilleur système de sécurité alimentaire du monde ne me convainc pas, étant donné que, chaque fois qu'un problème est porté à notre attention, c'est parce que les États-Unis ont refusé nos aliments. Récemment, si cette affaire de XL Foods a éclaté, c'est parce que la FDA avait refusé le boeuf qui venait d'être livré.

Tout ce que je veux savoir, c'est combien d'inspecteurs des viandes étaient employés en 2013, en 2014 et en 2015; s'il reste des postes à combler; et quelle formation ces inspecteurs doivent suivre. Pour finir, ma dernière question a trait au fait qu'il est dit que 271 équivalents temps plein seront éliminés du programme des viandes et de la volaille. Qu'est-ce que cela signifie? Quelles seront les répercussions sur la sécurité alimentaire?

M. Bruce Archibald (président, Agence canadienne d'inspection des aliments): Merci, monsieur le président, de cette question.

En fait, je dois répondre à un certain nombre de questions, et nous allons tenter d'y arriver.

Je crois que la première question avait trait au problème des budgets et des changements apportés aux budgets année après année. Je vais plutôt demander à Daniel Paquette, notre vice-président responsable de la gestion intégrée et directeur principal des finances de l'agence, de répondre à cette partie de la question.

M. Daniel G. Paquette (dirigeant principal des finances, vice-président, Direction générale de la gestion intégrée, Agence canadienne d'inspection des aliments) : Merci.

Si vous vous fondez sur l'information figurant dans le Budget principal des dépenses, vous verrez qu'elle change du tout au tout année après année, et c'est ce qui rend l'analyse un peu plus difficile.

En 2013-2014, le document reflète nos dépenses réelles et une partie des dépenses supplémentaires qui ont été approuvées dans le Budget supplémentaire des dépenses. Une différence importante, dans notre cas, c'est qu'il y a également, pour nous, l'autorité législative pour les paiements compensatoires.

Si je prends la différence clé, ici, c'est-à-dire l'écart entre les sommes de 805 millions de dollars et 698 millions de dollars, en 2013-2014, nous avons dû verser plus de 58 millions de dollars en rémunération supplémentaire, et cette somme visait principalement l'anémie infectieuse du saumon. Ajoutons que l'écart entre ces deux années tient au fait que le budget de 2012 imposait une dernière réduction des crédits, ce qui représentait 45 millions de dollars.

Si vous allez plus loin dans les dépenses futures, il y aura quelques réductions de plus, surtout pour des programmes qui vont disparaître, mais nous nous attendons à aller de l'avant et à demander leur renouvellement.

L'hon. Hedy Fry: Au sujet de ma question concernant le nombre d'inspecteurs...?

Le président: Nous avons dépassé notre temps, mais je vais vous laisser terminer car je crois que c'est un point important, après quoi nous allons donner la parole à Mme Morin.

M. Bruce Archibald: Le nombre d'inspections peut varier considérablement, d'un jour à l'autre, car il dépend des besoins et de ce type de choses. Mais, au cours des sept dernières années, le nombre d'inspections effectuées par l'agence a augmenté de 19 %. Le nombre des inspecteurs a augmenté régulièrement, presque chaque année, et ils ont toujours été en nombre suffisant pour répondre à l'ensemble des besoins en matière de sécurité alimentaire.

• (1700)

Le président: Est-ce que vous avez terminé? D'accord.

Madame Morin, vous pouvez y aller.

[Français]

Mme Isabelle Morin: Merci, monsieur le président.

Je vais revenir à la question que je voulais poser un peu plus tôt à la ministre Ambrose.

Le Programme de santé des animaux et de prévention des zoonoses a connu des baisses budgétaires assez draconiennes. En 2012-2013, il y avait un budget de 175 millions de dollars, mais on constate qu'il est cette année de 90 millions de dollars. Au chapitre des ressources humaines, cela représente une perte de 400 emplois à temps plein par année. On est en effet passé de 1199 emplois en 2011-2012 à 800 emplois cette année.

J'aimerais connaître la raison pour laquelle ce programme a subi une telle réduction. N'est-ce pas un programme essentiel?

M. Bruce Archibald: Je vous remercie de la question.

Je vais demander à M. Mayers, qui est le vice-président des politiques et des programmes de l'agence, de répondre à cette question.

[Traduction]

M. Paul Mayers (vice-président, Politiques et programmes, Agence canadienne d'inspection des aliments): Merci beaucoup, monsieur le président.

En ce qui concerne le Programme de santé des animaux et de prévention des zoonoses, comme le directeur principal des finances l'a expliqué, si vous comparez le budget au Rapport sur les plans et priorités, vous relèverez ces écarts. Mais en réalité, dans le Programme de santé des animaux et de prévention des zoonoses, si vous vous fondez sur le Rapport sur les plans et priorités, vous constaterez en fait une augmentation du budget et des ETP entre 2014-2015 et 2015-2016.

Donc, encore une fois, le problème de...

[Français]

Mme Isabelle Morin: Je compare le budget à celui de 2012. Il a tout de même été réduit de presque la moitié depuis cette période.

Pouvez-vous me dire ce qui explique qu'il y ait cette année 400 emplois de moins qu'en 2012?

[Traduction]

M. Paul Mayers: Nous, à l'agence, nous avons adopté une approche axée sur le risque pour la répartition de nos ressources. Mais d'une année sur l'autre, comme le dirigeant principal des finances l'a expliqué, la comparaison dépend de toutes sortes d'enjeux, par exemple le renouvellement. Un renouvellement important, dans le secteur des zoonoses, par exemple, concerne notre programme de gestion de l'ESB, un programme qui devait graduellement disparaître, mais qui a été reconduit.

Voilà pourquoi il est difficile de faire de telles comparaisons, car le Budget principal des dépenses n'est pas le seul aspect à prendre en considération. Le Budget supplémentaire des dépenses a également de l'importance, car il permet de comprendre la situation générale de manière prospective. Comme nous l'avons souligné, à propos de nos activités d'inspection de première ligne, le personnel de l'agence a toujours été en nombre suffisant.

[Français]

Mme Isabelle Morin: Puisque vous me garantissez qu'il n'y aura pas de perte d'emplois dans ce domaine, je vais passer à un autre sujet.

L'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire est très préoccupée au sujet de la situation des abeilles colonisatrices. C'est Santé Canada qui est responsable des pesticides qu'on utilise. Le néonicotinoïde est un insecticide qu'on applique sur les semences, ce qui soulève beaucoup de préoccupations. Un rapport a été fait...

M. Marc-André Morin (Laurentides—Labelle, NPD): Cette utilisation est interdite en Europe.

Mme Isabelle Morin: C'est effectivement interdit en Europe.

L'ARLA a justement présenté un rapport à ce sujet il y a deux ou trois ans. Quelle est la situation à cet égard? C'est préoccupant, car les abeilles sont essentielles. Le rapport de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire conclut que des changements devront être apportés. Des sommes seront-elles consacrées à ces questions? Où en est ce dossier?

M. Simon Kennedy: Je vous remercie de la question.

Si vous me le permettez, je vais répondre en anglais pour m'assurer d'être précis dans la réponse que je vais formuler.

Mme Isabelle Morin: D'accord.

[Traduction]

M. Simon Kennedy: Nous examinons de très près ce problème. De toute évidence, Santé Canada a un mandat important à remplir pour protéger la sécurité du public. En même temps, nous voulons être certains que nos décisions seront fondées sur les meilleures données scientifiques qui soient.

Les pesticides de la catégorie des néonicotinoïdes sont soumis à des réévaluations continues. Nous travaillons de concert avec les États-Unis, dont l'organisme responsable de la protection de l'environnement mène également une réévaluation des néonicotinoïdes.

Avant que ce travail soit terminé et qu'une décision finale puisse être prise, il faudra respecter le moratoire sur l'ajout d'utilisation de cette catégorie particulière de pesticides, ce qui veut dire que les produits dont l'utilisation est déjà permise sur le marché vont demeurer, mais leur application à de nouveaux secteurs ou à de nouvelles utilisations devra attendre les résultats de l'examen.

• (1705)

[Français]

Mme Isabelle Morin: Le rapport auquel je faisais référence a été rendu public en 2012, soit il y a trois ans. Combien de temps faudra-t-il attendre avant qu'on agisse à cet égard?

[Traduction]

Le président: Madame Morin, vous avez largement dépassé votre temps.

Monsieur Wilks, vous pouvez y aller.

M. David Wilks: Merci, monsieur le président.

J'ai quelques questions seulement, qui concernent le même sujet; une question pour les représentants de Santé Canada et une autre pour les représentants des IRSC. Les deux concernent la cigarette électronique. Comme vous le savez, notre comité a mené une étude sur la cigarette électronique et présenté un certain nombre de recommandations que le ministre va mettre en oeuvre; le gouvernement du Canada va entre autres mettre en place un nouveau cadre législatif pour la réglementation des cigarettes électroniques et des dispositifs connexes.

Est-ce qu'une tranche des 26,5 millions de dollars de dépenses prévus pour le programme du tabac sera réservée à l'élaboration d'un cadre législatif, dans le cadre de cette initiative?

M. Simon Kennedy: Monsieur le président, en ce qui concerne la cigarette électronique, il faut dire que notre ministère étudie la question très attentivement. Nous remercions en fait le comité du travail qu'il a fait, de toutes les consultations qu'il a menées et aussi des recommandations. Nous les avons examinées très attentivement.

Je dois dire, maintenant, que nous n'avons pas réservé de sommes précises en vue de ce travail étant donné que nous disposons de personnel dans le secteur des politiques, d'analystes et ainsi de suite, qui sont justement chargés de ce travail, mais il n'a pas été nécessaire, par exemple, d'embaucher du personnel supplémentaire ou de créer un bureau consacré à cette question. Nous avons des spécialistes qui passent leur temps à examiner ce type d'enjeu et qui, en réalité, effectuent ce travail.

Selon la décision que prendra le gouvernement au bout du compte, quant aux prochaines mesures que nous prendrons, il est tout à fait possible que nous ayons à décider de réaffecter les ressources en modifiant le budget. Mais en ce qui concerne le travail d'élaboration des politiques, l'examen des travaux de votre comité et l'élaboration d'une réponse du gouvernement, il n'est pas nécessaire de modifier le budget ou de déplacer des sommes. Nous pouvons le faire à même les ressources dont nous disposons déjà.

M. David Wilks: Merci.

M. Simon Kennedy: Je tiens à vous rassurer, nous travaillons très fort pour pouvoir vous revenir avec une réponse.

M. David Wilks: Je l'apprécie. Comme vous le savez, c'est une grande priorité pour le ministre. Nous croyons avoir déjà présenté quelques recommandations très avisées.

Je m'adresse de nouveau, mais sur un autre sujet, à mon bon ami, M. Perron. Comme vous le savez, je le répète, le rapport de notre comité sur les cigarettes électroniques a été présenté au gouvernement. Prévoyez-vous qu'une tranche quelconque de la somme d'environ 1 milliard de dollars en dépenses prévues pour les IRSC cette année sera consacrée à des projets touchant la cigarette électronique?

M. Michel Perron: Les IRSC, comme mon collègue du portefeuille de la santé l'a indiqué, reconnaissent l'importance de ce nouveau domaine de recherche. Je devrais souligner que les IRSC ont déjà financé un certain nombre de projets de recherche touchant les diverses facettes de cette question, par exemple les préjudices et les avantages possibles des cigarettes électroniques, l'évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme et l'efficacité de la cigarette électronique dans le processus d'abandon du tabagisme.

Je vais vous donner des exemples plus précis; en 2013, les IRSC ont investi une somme de quelque 800 000 \$ sur cinq ans, versée à une équipe dirigée par le Dr Eisenberg de l'Hôpital général juif pour appuyer un premier essai clinique visant à évaluer l'efficacité des cigarettes électroniques dans le processus d'abandon du tabagisme. Nous attendons les résultats de ces essais.

En ce qui concerne la poursuite des recherches sur le sujet, il est évident que les IRSC vont continuer à appuyer les recherches dans ce domaine. Nous organisons un concours ouvert justement aux candidats chercheurs de ce domaine particulier et, en ce qui concerne plus précisément le rapport du comité, les IRSC évaluent actuellement les options possibles touchant la mise en oeuvre des recommandations du comité sur les lacunes de la recherche.

M. David Wilks: Merci beaucoup.

Je vais laisser le temps qu'il me reste à M. Young.

Le président: D'accord.

Vous avez une minute, monsieur.

M. Terence Young: D'accord, je vais me dépêcher.

Monsieur Kennedy, l'année dernière, j'arrivais à l'aéroport de Toronto, un soir, et j'ai vu ces grands panneaux publicitaires, de très grands panneaux hauts d'environ huit pieds, de couleur vive; il était impossible de ne pas les voir, et sur ces panneaux il était écrit « Humira ». Je sais bien que la loi actuelle permet de faire de la publicité pour sensibiliser le public à une maladie, mais il ne s'agissait pas de cela, il s'agissait d'une publicité pour un médicament.

C'est le nom d'un médicament très cher, qui coûte environ 22 000 \$ par année, et qui est utilisé pour le traitement de l'arthrite rhumatoïde, de l'arthrite juvénile et de la maladie de Crohn. S'il est interdit de faire de la publicité pour des médicaments d'ordonnance, c'est que ces médicaments comportent tous des dangers et que la décision doit revenir à un médecin. Personne ne devrait pouvoir décider de prendre un médicament d'ordonnance sans avoir d'abord consulté un expert. Ce médicament, Humira, a des effets indésirables. Il peut causer le cancer ou la tuberculose. Ce n'est assurément pas une décision qu'il convient de prendre quand on se promène dans un aéroport avec sa valise.

Qu'est-il possible de faire, en vertu de la Loi de Vanessa... que pouvez-vous faire ou que prévoyez-vous faire pour empêcher les pharmaceutiques de semer, dans l'esprit des gens, l'idée de se passer des services de leur médecin et de décider de prendre un médicament avant de s'être renseignés à son sujet?

• (1710)

M. Simon Kennedy: Merci beaucoup de poser cette question.

Toutes sortes de dispositions assez énergiques ont été adoptées en vertu de la Loi de Vanessa, mais, malheureusement, je ne suis pas en mesure de dire quelle disposition spécifique s'applique à la publicité ni de quelle façon elle s'applique, mais je pourrais vous faire parvenir une réponse plus tard.

Par exemple, selon le règlement actuel, les tribunaux peuvent imposer des pénalités qui vont jusqu'à une peine d'emprisonnement et des amendes pouvant atteindre 5 millions de dollars par jour, alors que la limite actuelle est de 5 000 \$ par jour. Les sociétés pharmaceutiques ont été obligées de revoir leurs étiquettes et d'y intégrer de nouvelles informations sur le risque, y compris des mises en garde touchant la santé des enfants. Dans le cas où certains produits ne sont pas sûrs, les rappels font l'objet d'une surveillance plus étroite. C'est très diversifié. Cette loi est très ambitieuse.

Je suis désolé, j'essaie de m'en souvenir, mais je ne connais pas sur le bout des doigts les dispositions qui concernent spécifiquement la publicité. Le principe général, je crois, c'est que nous allons nous efforcer d'être plus sévères, à l'avenir, devant ce type d'infraction.

M. Terence Young: Merci.

Le président: Madame Fry, vous pouvez y aller.

L'hon. Hedy Fry: Merci.

Je voulais en fait revenir sur la question du financement pour les collectivités inuites et autochtones.

J'aimerais revenir sur le budget des dépenses pour voir ce qu'il prévoyait en 2013-2014 et ce qu'il prévoit aujourd'hui et déterminer si vous avez demandé plus dans le Budget des dépenses supplémentaire. Mais, en fait, ce qui me préoccupe le plus, c'est ce plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées, qui doit prendre fin en 2016-2017, et j'espère qu'il ne sera pas éliminé. J'aimerais que vous me rassuriez, que vous me disiez que cela n'arrivera pas, que c'est simplement des mots sur papier, et que, quand le moment sera venu, vous n'y mettrez pas fin. Compte tenu du fait que, depuis février, ce qui est peu, il y a

eu 139 avis d'ébullition de l'eau, il est évident que ce programme est nécessaire.

J'aimerais tout simplement savoir si je puis être rassurée, si vous pouvez dire que vous ne permettrez pas que ce programme disparaisse.

M. Simon Kennedy: Oui, je puis certainement vous rassurer: le financement de Santé Canada pour l'eau et l'eau potable... Le rôle de Santé Canada consiste, plus précisément, à mener des tests. Il y a d'autres éléments qui relèvent d'Affaires autochtones, par exemple, mais il est certain que ce financement sera maintenu, qu'il ne disparaîtra pas.

Si vous me le permettez, j'aimerais revenir un instant sur la Loi de Vanessa; cette loi prévoit un pouvoir d'injonction grâce auquel il sera possible pour nous d'intervenir très rapidement, dès qu'un problème concernant la publicité se pose. Je voulais boucler la boucle, sur cette question.

L'hon. Hedy Fry: J'ai vu qu'on allait encore une fois couper dans la santé publique, dans le secteur de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. Pourquoi faut-il prendre une telle mesure touchant la santé publique et pourquoi faut-il effectuer des coupures dans le budget de la santé publique?

Aujourd'hui plus que jamais, étant donné les multiples pandémies qui peuvent se répercuter sur les maladies infectieuses, vu le nombre élevé de personnes souffrant d'obésité ou de diabète de type 2, et vu que la tuberculose refait surface, il faut se pencher sur tous les types de problèmes auxquels le Canada fait face. La promotion de la santé et la prévention des maladies, au bout du compte, permettent de réduire les dépenses, alors pourquoi coupons-nous dans ce secteur? Pourriez-vous me l'expliquer, madame Outhwaite?

Mme Krista Outhwaite: Merci, madame, de poser cette question.

Si nous examinons uniquement le Budget principal des dépenses, vous avez raison de souligner que le financement de l'Agence de la santé publique a été réduit. Il s'agit d'une réduction nette, mais il y a aussi une augmentation par exemple pour l'initiative de préparation contre le virus de l'Ebola — il en a déjà été question —, il y a une petite somme pour les Jeux panaméricains, et il y en a un peu pour la recherche en génomique.

Par ailleurs, nous voyons qu'il y a des diminutions, et la majorité, voire la totalité de ces diminutions sont liées à une initiative temporisée, c'est-à-dire le programme de services de santé offerts pour lutter contre l'hépatite C. Vous vous rappellerez peut-être que cela a trait à la mise en oeuvre récente de programmes d'indemnisation des Canadiens atteints de l'hépatite C, un programme assez important. Il y a aussi un programme de financement complémentaire qui a été dévolu aux provinces et aux territoires dès 2001, je crois, selon lequel les provinces et territoires recevaient des paiements dans le but précis de s'assurer que les personnes souffrant d'hépatite C aient accès à des services de santé pertinents et adaptés, partout au pays.

Nous constatons une légère réduction, également, au chapitre du programme de santé fédéral pour les Autochtones, une initiative qui doit également disparaître. Cela fait d'ailleurs partie de l'initiative continue, qui sera renouvelée sur les conseils que les fonctionnaires ont présentés au gouvernement, comme mon collègue l'a mentionné.

Deux autres diminutions ont trait à des projets terminés. Vous vous souviendrez peut-être que nous avons donné un peu d'argent à GSK afin que l'entreprise intègre à ses installations de Sainte-Foy, au Québec, une nouvelle chaîne de remplissage de vaccins antipandémiques; c'est fait. Nous avons aussi terminé un projet touchant les défibrillateurs externes automatisés, réalisé avec la Fondation des maladies du coeur et de l'AVC.

• (1715)

L'hon. Hedy Fry: Merci beaucoup. Cela explique tout.

Où en suis-je, monsieur Lobb?

Le président: Il vous reste une minute.

L'hon. Hedy Fry: Il me reste une minute pour poser une question au sujet des transferts. Il semble que les transferts vont être réduits et éventuellement ramenés à 3 % d'ici 2017. Le fait est qu'ils ne vont pas augmenter de manière exponentielle. Le Conseil de la fédération a fait quelques calculs et, selon ses estimations, de 2017 à 2024 — la date de 2024 a été choisie, bien sûr, car il y aura à ce moment-là un examen des transferts —, cela représentera, par rapport aux transferts actuels, une diminution de 36 milliards de dollars. Ce sera une grande perte. Étant donné le vieillissement de la population, vu les besoins établis selon le profil démographique et les régions, qu'arrivera-t-il à ce chapitre?

Le président: Madame Fry, nous pourrions peut-être laisser M. Carrie poursuivre.

Monsieur Carrie, allez-y, vous avez cinq minutes, monsieur.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup.

J'aimerais partager mon temps avec M. Young. Pour commencer, j'aimerais dire aux représentants de Santé Canada à quel point j'apprécie tout le travail réalisé au fil des ans dans le secteur des produits de santé naturelle et en ce qui a trait au régime de réglementation, qui est de calibre mondial.

Comme vous le savez peut-être, je fais toujours partie, au nom de la ministre, du comité de la médecine traditionnelle chinoise... Étant donné qu'aujourd'hui, les Canadiens d'origine asiatique sont de plus en plus nombreux et qu'ils voudraient avoir accès à cette médecine traditionnelle chinoise à laquelle ils sont habitués, pourriez-vous nous parler du travail que vous faites à ce chapitre. Quelle approche avez-vous adoptée en ce qui concerne la médecine traditionnelle chinoise? Quelles innovations vous permettent d'offrir ces produits aux Canadiens?

M. Paul Glover (sous-ministre délégué, ministère de la Santé): Merci à vous d'avoir posé la question.

Il est tout à fait exact que, de plus en plus, les Canadiens se tournent vers des solutions de rechange, comme la médecine traditionnelle chinoise. Notre ministère a mis en oeuvre quelques mesures. D'abord et avant tout, parmi ces mesures, mentionnons que, sous l'autorité entre autres de la ministre, un comité consultatif fournit des conseils au ministère, de manière continue, au sujet de la réglementation des médecines traditionnelles chinoises, des défis que la collectivité chinoise doit relever pour faire entrer ces produits au pays, de la pratique de la médecine traditionnelle chinoise, de quelques-uns des enjeux connexes, des allégations relatives aux produits et de toutes sortes de choses du même type.

Nous avons travaillé en étroite collaboration avec le gouvernement chinois. Il s'est montré très généreux et nous a fourni la pharmacopée traditionnelle des divers produits végétaux et des différentes substances, laquelle fait état de leur utilisation traditionnelle en Chine, ce qui nous a permis de nous assurer que les

praticiens qui présentent des allégations touchant ces produits végétaux respectent leur utilisation traditionnelle et les modes d'utilisation et que c'est en harmonie avec ce qui se fait dans ce pays, d'où proviennent ces produits végétaux — ces médicaments — et l'utilisation qu'on en fait depuis longtemps. Voilà quelques exemples de tout ce que nous faisons pour travailler de concert avec cette collectivité, pour nous assurer que ses membres sachent quelles sont leurs obligations, lorsqu'ils font venir ici ces médicaments et ces produits végétaux. Nous avons mis en place une méthode rapide et efficiente qui nous permet de savoir ce que ces personnes proposent et de déterminer si cela est conforme à l'utilisation traditionnelle dans leur pays d'origine.

• (1720)

M. Terence Young: Merci.

Notre travail est, par nature, critique, et il doit en être ainsi. Je ne crois pas que nous prenions assez souvent le temps de nous arrêter pour reconnaître nos succès et pour les célébrer. L'Agence canadienne d'inspection des aliments accumule depuis assez longtemps de très belles réussites. J'aimerais demander à M. Archibald s'il pouvait, en une minute et demie... J'ai dit plus tôt que je pensais que cela était dû à la chance, et je suppose qu'il y a un élément de chance, mais la chance n'est pas tout; vous réussissez en outre bien des choses. Vous pourriez peut-être nous parler de vos réussites.

M. Bruce Archibald: Merci beaucoup de poser la question.

Je crois que l'agence peut être fière d'un certain nombre de belles choses. Ces dernières années, nous avons fait des investissements importants dans le domaine de la sécurité alimentaire, lancé des programmes améliorés de surveillance des fruits et légumes frais, mis sur pied des équipes de vérification des inspections qui font respecter le haut niveau d'intégrité de notre système et adopté une approche axée sur la science au moment de définir nos méthodes de travail et d'évaluation.

Comme le ministre l'a mentionné, c'est avec un très grand plaisir que nous avons vu, dans le rapport du Conference Board du Canada, que nous nous classions au premier rang, devant 17 autres pays de l'OCDE. Il est toujours possible de s'améliorer. Nous cherchons toujours des façons de renforcer toujours davantage nos systèmes. Comme le ministre l'a mentionné, nous avons fait des investissements importants pour établir un réseau entre les divers laboratoires consacrés à l'assurance de la salubrité des aliments du pays, qui relèvent du gouvernement provincial ou fédéral, ce qui nous permet d'échanger des données en temps réel.

Je sais que votre comité s'intéresse en premier lieu à la question de la santé, mais je tiens à mentionner la gestion très réussie d'une épidémie de grippe aviaire au Canada, qui s'est déclarée à la fin de la dernière année civile. Certains cas nous ont été signalés encore une fois, en Ontario, cette année. Grâce à une bonne collaboration avec les provinces et aux excellents programmes de biosécurité dans lesquels le gouvernement a investi, et aussi grâce à une bonne collaboration avec les divers groupes de producteurs, dans ce difficile dossier, nous avons réussi beaucoup mieux, au Canada, que nos homologues des États-Unis. En fait, les États-Unis ont fait venir ici certains de leurs représentants afin qu'ils étudient nos systèmes de façon à les comprendre et pour nous demander de les aider à améliorer leur propre système. Je crois que les sujets de discussion ont été nombreux.

Mon dernier commentaire concerne mon personnel. Chaque année, le gouvernement du Canada procède à une enquête auprès des fonctionnaires. Notre taux de participation a dépassé les 82 %, c'est le taux le plus élevé parmi les grands ministères ou organismes fédéraux. Quelque 90 % de nos employés ont dit être fiers du travail qu'ils faisaient à l'ACIA, et 95 % ont affirmé qu'ils étaient toujours prêts à en faire plus. À mon avis, cela indique que notre équipe est solide et que nos employés font tous les jours un travail d'excellente qualité.

Merci de m'avoir donné l'occasion de parler d'eux.

Le président: Merci beaucoup.

Cela met fin à la portion de notre séance qui est consacrée aux questions et réponses. Il nous reste une dernière tâche à accomplir. Nous devons voter sur le Budget principal des dépenses. Nous avons obtenu le consentement unanime des trois partis. Nous allons donc pouvoir regrouper toutes nos questions en une seule, et nous pourrions ainsi gagner un peu de temps.

Les crédits 1 et 5 sous la rubrique Agence canadienne d'inspection des aliments, les crédits 1 et 5 sous la rubrique Instituts de recherche en santé du Canada, les crédits 1, 5 et 10 sous la rubrique Santé et le crédit 1 sous la rubrique Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, moins le montant attribué à titre de crédit provisoire, sont-ils adoptés?

M. Murray Rankin: S'agit-il d'un vote par appel nominal?

Le président: Oui, il s'agit d'un vote par appel nominal.

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS

Crédit 1 — Dépenses de fonctionnement et contributions..... 537 749 431 \$

Crédit 5 — Dépenses en capital..... 25 783 194 \$

(Les crédits 1 et 5 sont adoptés à 5 voix contre 4.)

INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA

Crédit 1 — Dépenses de fonctionnement..... 47 463 563 \$

Crédit 5 — Subventions inscrites au Budget des dépenses..... 955 287 128 \$

(Les crédits 1 et 5 sont adoptés à 5 voix contre 4.)

SANTÉ

Crédit 1 — Dépenses de fonctionnement..... 1 777 987 439 \$

Crédit 5 — Dépenses en capital..... 28 035 364 \$

Crédit 10 — Subventions inscrites au Budget des dépenses et contributions.....
1 678 425 178 \$

(Les crédits 1, 5 et 10 sont adoptés à 5 voix contre 4.)

CONSEIL D'EXAMEN DU PRIX DES MÉDICAMENTS BREVETÉS

Crédit 1 — Dépenses du Programme..... 9 947 595 \$

(Le crédit 1 est adopté à 5 voix contre 4.)

Le président: Dois-je faire rapport du Budget principal des dépenses à la Chambre?

Des voix: D'accord.

Une voix: Avec dissidence.

Le président: Nous allons déposer le budget la semaine prochaine.

S'il n'y a rien d'autre, je crois que ce sera tout pour aujourd'hui. J'aimerais remercier nos représentants pour avoir pris le temps de répondre à toutes les questions.

Je remercie les membres d'avoir posé des questions courtoises.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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