



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 026

Le vendredi 26 mars 2021

Président : M. Ron McKinnon



Comité permanent de la santé

Le vendredi 26 mars 2021

• (1300)

[Traduction]

Le président (M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.)): Je déclare la séance ouverte. Bienvenue à tous à la 26^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Le Comité se réunit aujourd'hui pour étudier le projet de loi C-237, Loi prévoyant l'élaboration d'un cadre national sur le diabète, puis procéder à son examen article par article. Ensuite, nous discuterons du premier rapport du Sous-comité du programme et de la procédure.

Je tiens à remercier les témoins d'être venus aujourd'hui.

Tout d'abord, nous accueillons Mme Sonia Sidhu, députée de Brampton-Sud, dont c'est le projet de loi d'initiative parlementaire. De Diabète Canada, nous entendrons Mme Kimberley Hanson, directrice exécutive, Affaires fédérales. Enfin, de FRDJ Canada, nous recevons Dave Prowten, président et chef de la direction, et Mme Juliette Benoit, bénévole.

Madame Sidhu, veuillez prononcer vos remarques liminaires.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Monsieur le président, chers collègues, je vous remercie.

J'ai le plaisir de parler aujourd'hui de mon projet de loi d'initiative parlementaire, le projet de loi C-237, Loi prévoyant l'élaboration d'un cadre national sur le diabète.

Avant de commencer, je tiens à remercier infiniment tous les membres pour leur soutien à l'égard de cette initiative en deuxième lecture. Je suis heureuse de savoir que nous partageons l'objectif de lutter contre le diabète.

Cette année, nous célébrons le 100^e anniversaire de la découverte de l'insuline par Sir Frederick Banting et ses partenaires à l'Université de Toronto. C'est également à cette université que les cellules souches ont été découvertes dans les années 1960. Celles-ci ont conduit à des recherches prometteuses qui pourraient déboucher sur un remède.

Puisque le Canada est à l'origine de ces grandes inventions dans la lutte contre le diabète, nous devrions également nous doter d'une stratégie globale pour aider les personnes qui vivent avec cette maladie.

Au Canada, 11 millions de personnes vivent avec le diabète ou le prédiabète. Le nombre de diagnostics a doublé au cours des 20 dernières années, et toutes les trois minutes, un autre Canadien s'ajoute à cette liste. Dans ma propre collectivité de Brampton, près d'un résident sur six vit avec le diabète ou le prédiabète.

Au cours de mes 18 années de carrière comme professionnelle de la santé, j'ai vu des patients souffrant de maladies cardiovasculaires, de maladies rénales, d'hypertension artérielle et ayant subi des amputations; le diabète était souvent une condition sous-jacente qui compliquait les choses. Voilà pourquoi une stratégie est si importante. En combattant ou en prévenant efficacement une maladie, nous aurons une incidence sur de nombreuses autres.

Si l'on considère les dépenses du système de santé publique et des personnes vivant avec le diabète, elles représentent un lourd fardeau financier. Chaque dollar dépensé pour combattre et prévenir le diabète se traduit par des économies plus importantes au bout du compte.

C'est l'une des maladies chroniques les plus courantes au Canada et le nombre de cas ne fait qu'augmenter. Certains Canadiens présentent un risque accru de diabète, comme les Sud-Asiatiques, les Noirs et les Autochtones. Nous savons également que le diabète touche de façon disproportionnée les Canadiens à faible revenu et peu scolarisés. Les taux de diabète sont trois à quatre fois plus élevés chez les Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne. En outre, les Autochtones reçoivent un diagnostic de diabète de type 2 à un âge plus précoce que les autres personnes.

La pandémie de COVID-19 a touché de manière disproportionnée les Canadiens atteints de maladies chroniques, notamment le diabète.

Pour toutes ces raisons, nous avons besoin d'un plan national cohérent pour répondre au diabète, qui coordonne le financement des mesures de sensibilisation, la prévention, la recherche et le traitement, et qui assure un accès égal aux soins dans tout le Canada.

Monsieur le président, nous pouvons tirer des leçons des plans et des programmes antérieurs du Canada en matière de diabète, et nous pouvons nous assurer que le cadre prévu par le projet de loi C-237 est fondé sur des données, qu'il est responsable et qu'il fait appel à des intervenants comme Diabète Canada, la FRDJ et d'autres.

Un cadre national sur le diabète fournirait une orientation commune à tous les intervenants pour s'attaquer au diabète et, par le fait même, à d'autres maladies chroniques présentant les mêmes facteurs de risque. Il renforcerait la coordination des efforts entre les administrations fédérales, provinciales et territoriales et fournirait un mécanisme de suivi et de communication des progrès réalisés.

Ce cadre permettrait de relever les lacunes des approches actuelles, de renforcer les actions visant à lutter contre les inégalités en matière de santé dans le domaine du diabète et de réduire le chevauchement des efforts en assurant la coordination entre les administrations.

Le projet de loi prévoit de promouvoir la recherche, la collecte de données et le traitement. Il offrirait aux peuples et aux organisations autochtones la possibilité de s'engager dans des stratégies fédérales, provinciales et territoriales en utilisant une approche fondée sur les distinctions.

Il améliorerait la vie de millions de Canadiens. En avril 2019, ce comité a mené une étude et publié un rapport sur cette question même.

Monsieur le président et monsieur Davies, vous faisiez tous deux partie du Comité à l'époque. Le rapport complet décrit déjà les mesures que le gouvernement devrait prendre dans la lutte contre le diabète.

La première recommandation de ce rapport est que le gouvernement du Canada, en partenariat avec les provinces et les territoires et en collaboration avec les intervenants, planifie et mette en œuvre une approche pour la prévention et la gestion du diabète au Canada dans le cadre d'une stratégie nationale sur le diabète. Le projet de loi C-237 donne à la ministre le mandat précis de le faire.

• (1305)

Le rapport du HESA contient 10 autres recommandations. Il recommande notamment au gouvernement d'étudier les possibilités de réduire la stigmatisation liée au diabète et d'améliorer la sensibilisation et l'éducation du public sur le diabète; de financer, par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada, la recherche sur la prévention et le traitement du diabète; de tenir des discussions avec les provinces et les territoires afin d'étudier les approches possibles pour offrir une couverture uniforme des médicaments, des fournitures et des équipements liés au diabète dans tout le Canada; de collaborer avec les provinces et les territoires afin d'explorer les approches possibles pour améliorer l'accès aux soins de santé des personnes vivant avec le diabète dans les collectivités rurales, éloignées et du Nord et de s'attaquer aux difficultés rencontrées par de nombreux Canadiens pour avoir accès à un médecin de famille; et de collaborer avec les organismes de réglementation provinciaux pour veiller à ce que les professionnels de la santé reçoivent une éducation et une formation complètes pour cerner et gérer correctement le diabète et les complications qui en découlent chez leurs patients.

Je crois qu'avec une meilleure coordination entre tous les ordres de gouvernement et les intervenants, nous serons mieux placés pour vaincre le diabète. Je sais que le gouvernement tiendra pleinement compte du rapport du HESA et des dizaines de témoins qui ont partagé leur expertise et leur expérience pour aider à formuler les recommandations. Par exemple, je pense personnellement que la proposition 360° de Diabète Canada est excellente.

En novembre dernier, je me suis rendue à la maison Banting, à London, en Ontario, où se trouve la flamme de l'espoir, qui brûle en permanence pour rendre hommage à tous ceux qui ont été touchés par le diabète. Elle nous rappelle que nous devons encore travailler à trouver un véritable remède. Elle ne s'éteindra que lorsqu'on en aura découvert un.

La découverte de l'insuline est considérée comme l'une des plus grandes réussites médicales du XX^e siècle. C'était la première fois que le prix Nobel de médecine était décerné à quelqu'un qui se trouvait à l'extérieur de l'Europe. Il a été décerné au Canada. La meilleure chose que nous puissions faire en tant que nation pour honorer cette découverte est de nous engager à nouveau à aider tous

ceux qui luttent contre cette maladie chronique, que ce soient des patients, des médecins, des chercheurs ou des proches.

Monsieur le président et chers membres du Comité, les Canadiens ont toujours été des chefs de file dans la lutte contre le diabète. Je tiens à vous remercier encore une fois pour le soutien que vous avez manifesté à l'égard de ce projet de loi qui, je l'espère, finira par nous permettre d'éteindre la flamme de la maison Banting. Le Canada a donné l'insuline au monde entier. Pourquoi ne pouvons-nous pas montrer la voie?

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, madame Sidhu.

Nous allons maintenant entendre le témoignage de la représentante de Diabète Canada.

Madame Hanson, vous avez six minutes pour prononcer vos remarques liminaires.

Mme Kimberley Hanson (directrice exécutive, Affaires fédérales, Diabète Canada): Mesdames et messieurs les membres du Comité, bonjour. Je suis reconnaissante de vivre et de travailler sur les terres traditionnelles des peuples Haudenosaunee, Anishinabe et algonquin.

[Français]

Je voudrais commencer par vous remercier de l'occasion que vous m'offrez de comparaître aujourd'hui au sujet de cet important projet de loi, mais surtout de votre travail constant visant à améliorer et à protéger la santé de tous les Canadiens.

[Traduction]

Je n'ai jamais été aussi fière d'être Canadienne qu'au cours de la dernière année. J'ai trouvé inspirant de voir nos élus travailler ensemble dans des circonstances difficiles et en constante évolution pour aider les Canadiens à surmonter la pandémie de COVID-19.

Cependant, le moment dont je suis la plus fière au Canada est peut-être celui où, au début du mois, les députés de tous les partis ont voté à l'unanimité en faveur du projet de loi C-237 de Mme Sidhu. En tant que personne qui vit avec le diabète et plusieurs de ses complications depuis maintenant 25 ans et qui a perdu de nombreux êtres chers en conséquence de cette maladie, j'ai été impressionnée de voir tous les députés reconnaître que le diabète est un problème grave au Canada, et que nous devons prendre des mesures audacieuses et urgentes pour y remédier.

En 2019, comme l'a mentionné la députée Sidhu, le Comité a étudié les stratégies de lutte contre le diabète au Canada. Il a formulé la recommandation suivante:

Que le gouvernement du Canada, en partenariat avec les provinces et les territoires, et en collaboration avec les parties concernées, telles que Diabète Canada, planifie et mette en œuvre une façon de prévenir et de gérer le diabète au Canada, dans le cadre d'une stratégie nationale de lutte contre le diabète, comme celle proposée par Diabète Canada dans le document intitulé *Diabète 360°: Cadre d'élaboration de la nouvelle stratégie canadienne du diabète*. Le partenariat devrait faciliter l'établissement d'approches stratégiques propres aux peuples autochtones, placées sous la responsabilité et la direction des groupes autochtones désireux d'appliquer ce cadre de travail.

Mesdames et messieurs les membres du Comité, ce sont les mots que vous avez employés. Vous avez fait cette recommandation parce que vous avez reconnu que les pays dotés d'une stratégie ou d'un cadre national pour lutter contre le diabète obtiennent de meilleurs résultats.

• (1310)

[Français]

La prévalence du diabète y est plus faible et ceux qui en vivent souffrent moins des complications. C'est pourquoi l'Organisation mondiale de la santé recommande à chaque pays de se doter d'une stratégie nationale sur le diabète.

[Traduction]

Pourtant, à l'heure actuelle, le Canada ne dispose pas de pareille stratégie, et au cours des huit années qui se sont écoulées depuis que le Canada a mis en place une stratégie nationale sur le diabète, près de deux millions de Canadiens ont reçu un diagnostic de diabète. C'est pourquoi Diabète Canada, nos collègues de la FRDJ qui sont ici aujourd'hui et la communauté que nous représentons estiment qu'il est si urgent que le Canada agisse pour alléger le fardeau qui pèse sur les Canadiens en raison de cette maladie. Avec un nouveau diagnostic toutes les trois minutes au Canada, au moins 12 amputations évitables de membres inférieurs par jour, ainsi que 20 décès supplémentaires, nous n'avons pas un instant à perdre pour adopter le projet de loi C-237 et mettre en œuvre une approche nationale pour prévenir le diabète de type 2 et toutes ses complications.

La pandémie de COVID-19 ne fait qu'accroître ce sentiment d'urgence. Il a été démontré que les personnes diabétiques courent au moins trois fois plus de risques de mourir de la COVID-19 que les personnes non diabétiques. De nouvelles recherches suggèrent que l'infection à la COVID-19 pourrait déclencher de nouveaux cas de diabète, et l'insécurité économique et l'inactivité physique déclenchées par la pandémie ont exposé nombre d'entre nous à un risque accru de diabète de type 2 et de ses complications.

Les personnes vivant avec le diabète sont beaucoup plus susceptibles d'être confrontées à des problèmes de santé mentale, notamment la dépression et l'anxiété. La COVID-19 a également exacerbé ce risque. Je n'ai pratiquement pas quitté notre maison depuis maintenant plus d'un an à cause du risque que je cours si j'attrape la COVID-19, et je sais que nombre de mes amis et collègues vivant avec le diabète sont dans la même situation. Le sentiment d'isolement et d'inquiétude que tous les Canadiens éprouvent en ce moment est puissant, et il ajoute au fardeau mental et émotionnel que représente la vie avec le diabète.

Pendant la pandémie de COVID-19, de nombreuses personnes tardent à accéder aux soins de santé, ce qui semble augmenter le risque de complications liées au diabète, comme la cécité et l'amputation des membres inférieurs. Comme l'a dit la Dre Karen Cross lors de la dernière réunion du caucus multipartite sur le diabète, si le diabète avant la COVID-19 était un tremblement de terre, la COVID-19 serait le tsunami qui s'ensuivrait. Nous devons agir maintenant pour minimiser les incidences du tsunami de diabète et de ses complications auquel nous faisons face.

[Français]

Le projet de loi C-237 améliorera la prévention et le traitement du diabète, favorisera la recherche essentielle sur le diabète, améliorera la collecte de données et s'attaquera aux inégalités en matière de santé. Il exige que le ministre de la Santé dépose à la Chambre des communes un cadre national sur le diabète, dans un délai d'un an.

[Traduction]

Le projet de loi C-237 s'aligne fortement sur le cadre stratégique Diabète 360° de Diabète Canada, qui a été élaboré en collaboration avec plus de 120 intervenants et qui bénéficie d'un appui solide non seulement de l'ensemble de la communauté des diabétiques, mais aussi d'autres intervenants clés en matière de santé, notamment la Société canadienne du cancer et la Fondation des maladies du cœur. Lorsque le projet de loi C-237 deviendra loi, Diabète Canada encourage la ministre à se pencher attentivement sur la stratégie Diabète 360° pour préparer le nouveau cadre national du Canada sur le diabète.

Lorsque le projet de loi C-237 aura force de loi, les responsables de Diabète Canada seront heureux de collaborer avec le gouvernement afin de définir le cadre national de lutte contre le diabète et de mettre en place des mécanismes de gouvernance et d'évaluation ainsi que des soutiens à la collaboration intergouvernementale pour faire en sorte qu'il profite rapidement au plus grand nombre de Canadiens possible. C'est pourquoi Diabète Canada appuie fortement le projet de loi C-237 et félicite la députée Sonia Sidhu pour le leadership dont elle a fait preuve en le déposant et pour son engagement envers notre cause.

Nous exhortons le Parlement à adopter rapidement cette mesure législative afin que nous puissions commencer la mise en œuvre le plus tôt possible, comme le souhaitent les Canadiens. Dans un sondage Ipsos réalisé en novembre 2020, 86 % de tous les répondants et 91 % des répondants des communautés noires, autochtones et de personnes de couleur ont exhorté le gouvernement fédéral à adopter de toute urgence une stratégie nationale sur le diabète.

Cette année, le Canada et le monde entier célèbrent le 100^e anniversaire de la découverte de l'insuline par des scientifiques de l'Université de Toronto. Cette découverte capitale a sauvé la vie de millions de personnes dans le monde et est reconnue à juste titre par la plupart des Canadiens comme l'une de nos plus fières réalisations. En adoptant maintenant le projet de loi C-237, le gouvernement fédéral peut reconnaître, comme il se doit, l'importance de cet anniversaire et commencer dès maintenant à bénéficier des retombées d'une approche nationale sur les plans humain et financier.

• (1315)

[Français]

Je vous remercie de votre attention.

[Traduction]

Le président: Merci.

Nous entendrons maintenant les représentants de FRDJ Canada.

Vous avez six minutes pour prononcer vos remarques liminaires.

M. Dave Prowten (président et chef de la direction, FRDJ Canada): Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie.

Je suis accompagné aujourd'hui de Juliette Benoît, jeune défenseuse de la FRDJ, qui nous rejoint depuis L'Assomption, au Québec, et qui nous parlera de l'expérience vécue du diabète de type 1. À titre d'information, Mme Benoît était l'une de nos deux coprésidentes jeunesse lors de la Journée de mobilisation des enfants pour une guérison en novembre dernier et elle a sans doute rencontré certains d'entre vous lors de ces séances.

Nous sommes heureux de parler aujourd'hui en faveur du projet de loi C-237, Loi prévoyant l'élaboration d'un cadre national sur le diabète. La FRDJ est reconnaissante envers Mme Sidhu pour le leadership dont elle a fait preuve en présentant cette mesure législative, tout comme nous le sommes envers les députés et les autres organismes de lutte contre le diabète, comme Diabète Canada, qui ont travaillé fort pour élaborer une stratégie canadienne sur le diabète.

Notre mission est d'accélérer les percées susceptibles de changer la vie des patients afin de guérir, de prévenir et de traiter le diabète de type 1 et ses complications. Le diabète de type 1 fait que le système immunitaire de l'organisme attaque et détruit les cellules productrices d'insuline dans le pancréas, ce qui rend les enfants et les adultes dépendants à vie d'injections ou de perfusions quotidiennes d'insuline. Comme d'autres l'ont fait remarquer, l'année 2021 marque le 100^e anniversaire de la découverte de l'insuline, qui a changé la vie des gens et qui a été célébrée à juste titre comme le cadeau du Canada au monde entier. Comme l'a dit lui-même Sir Frederick Banting, « l'insuline n'est pas un remède ».

Le taux d'incidence du diabète de type 1 augmente de plus de 5 % par année au Canada, ce qui est supérieur à la moyenne mondiale. Le taux d'incidence du diabète de type 2 augmente encore plus rapidement, tout comme la proportion des budgets de santé annuels consacrée au diabète.

Par conséquent, la FRDJ souhaite encourager l'adoption de ce projet de loi. Il sera essentiel que tous les ordres de gouvernement travaillent ensemble pour que cette stratégie sur le diabète soit percutante en favorisant les conditions qui préviennent le diabète et en prenant des mesures pour garder les diabétiques en santé. Il s'agirait, notamment, de trouver des moyens de rendre les technologies du diabète plus abordables et accessibles, car leur prix est hors de portée pour de nombreuses familles de travailleurs.

Pour le diabète de type 2, la prévention passe par des modifications du mode de vie. Pour le type 1, la prévention passe par des investissements dans de nouvelles recherches sur la réponse auto-immune qui en est la cause.

J'aimerais prendre un moment pour souligner le partenariat entre la FRDJ et les IRSC pour vaincre le diabète. Il s'agit d'un partenariat remarquable entre la FRDJ et le gouvernement du Canada, qui doit être renouvelé cette année. Lancé en 2017 avec un financement de 15 millions de dollars des IRSC et assorti de 15 millions de dollars de la FRDJ, ce partenariat finance des recherches essentielles pour prévenir les complications du diabète et étudier des thérapies immunitaires révolutionnaires et des remèdes à base de cellules souches.

Il est également important que nous concentrons nos ressources sur le soutien psychosocial, comme Kim Hanson vient de le mentionner. Comme on ne peut pas changer ce qu'on ne mesure pas, une stratégie solide doit faire le suivi des résultats pour les deux types de diabète par l'intermédiaire d'un registre, d'un dépôt ou des deux.

J'aimerais céder la parole à Mme Benoît pour qu'elle vous parle de l'urgence d'élaborer une stratégie nationale sur le diabète.

[Français]

Mme Juliette Benoît (bénévole, FRDJ Canada): Je vous remercie, monsieur Prowten.

Bonjour à tous.

Je m'appelle Juliette Benoît. J'ai 17 ans et je viens de L'Assomption, au Québec. Je vis avec le diabète de type 1 depuis près de cinq ans et demi.

À l'âge de 11 ans, ma vie a changé. J'ai reçu ce diagnostic un peu après l'Halloween. Il est assez inhabituel qu'un enfant demande d'arrêter sa chasse aux bonbons pour aller à la salle de toilette.

J'avais soif et j'avais faim, mais plus je mangeais, plus je perdais du poids. J'avais aussi perdu mon énergie et ma joie de vivre. Comme mes proches ont vraiment commencé à s'inquiéter, mes parents m'ont amené à l'hôpital. Je me rappelle les murs froids et le personnel qui essayait de me rassurer, mais j'étais plutôt embêtée par toutes les questions que l'on me posait. Finalement, on a mis trois mots et un chiffre sur mes symptômes: « diabète de type 1 ».

Par la suite, j'ai suivi toutes sortes de formations pour apprivoiser la bête qui était en moi. Je trouvais cela assez étrange de voir ma mère, mon père, ma belle-mère et mon beau-père, assis autour de la même table, essayer de faire des blagues en vue d'alléger la situation.

Avant même que je m'en rende compte, je me suis retrouvée chez moi, à 11 ans, à me faire des injections et à essayer de survivre à tout cela. On a demandé à l'enfant que j'étais d'être une adulte, d'être forte et de tenir le coup. Le diagnostic de diabète, c'est vraiment ce que je croyais être le pire pour un enfant. On m'a dit que je devais me faire des piqûres plusieurs fois par jour et arrêter de manger des bonbons. C'est vraiment comme cela que je voyais ma maladie.

Heureusement, grâce à la recherche, j'ai maintenant une pompe à insuline qui me permet de m'administrer de l'insuline sans injection et un lecteur de glycémie en continu qui me permet de connaître mon taux de sucre plus rapidement et sans piqûre, en plus de me permettre d'ajuster mes doses d'insuline plus facilement.

Cela dit, ce n'est pas une guérison. Ces appareils facilitent mon quotidien, mais je passe encore de nombreuses heures par jour à m'occuper de mon diabète. Imaginez, avant et après avoir mangé quoi que ce soit, avant, pendant et après l'activité physique, lorsque je ne me sens pas bien et à bien d'autres moments, je dois vérifier mon taux de sucre, calculer les glucides de ce que je mange et ajuster le tout en conséquence.

C'est pourquoi le projet de loi C-237 est si important pour moi. La recherche doit se poursuivre, afin que l'on trouve comment atteindre une véritable guérison. Les Canadiens atteints de diabète ont besoin du soutien des gouvernements fédéral et provinciaux pour qu'on rende abordables les pompes à insuline et les systèmes de surveillance en continu de la glycémie. En effet, le diabète est une maladie très coûteuse et difficile à vivre.

Nous avons besoin d'aide pour gérer le stress et le fardeau mental de la maladie, et nous en avons aussi besoin pour réduire la stigmatisation. C'est très important que l'on arrête de me demander si je suis diabétique parce que j'ai mangé trop de sucre, par exemple. Cette remarque fâchante, tous les diabétiques de type 1 l'entendent quotidiennement.

À 11 ans, je suis devenue une mini-adulte, mais surtout, une guerrière. Je suis devenue un symbole de force pour tous les diabétiques de type 1. Il ne reste plus qu'à espérer que le projet de loi visant la création d'un cadre national sur le diabète sera adopté, afin que des mesures concrètes soient appliquées.

Je vous remercie de votre attention.

• (1320)

[Traduction]

M. Dave Prowten: Merci, madame Benoît, d'avoir partagé votre histoire personnelle et percutante.

Comme Mme Benoît l'a clairement indiqué, le diabète est une maladie implacable, qui sévit 24 heures sur 24, sept jours sur sept et 365 jours par année. L'adoption de ce projet de loi créera un cadre pour une stratégie nationale sur le diabète, qui mènera à des interventions tangibles ayant des résultats réels sur la santé. Elle permettra aux Canadiens comme Mme Benoît, qui vivent avec le diabète, de mener une vie plus facile, plus saine et plus sécuritaire. Je ne peux imaginer meilleure façon d'honorer l'héritage de Sir Frederick Banting et de Charles Best.

Je vous remercie.

Le président: Merci à tous.

Nous allons maintenant passer aux questions. Nous commençons par M. d'Entremont. La parole est à vous pour six minutes.

Nous vous écoutons.

[Français]

M. Chris d'Entremont (Nova-Ouest, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Premièrement, j'aimerais remercier Juliette d'être venue témoigner aujourd'hui.

Je n'aurais jamais pu imaginer, à l'âge de 17 ans, faire une présentation devant un tel comité. Même à 51 ans, je trouve cela souvent difficile. Alors, je la remercie de son témoignage et je lui souhaite un bon anniversaire.

Mon fils a reçu un diagnostic de diabète de type 1, il y a cinq ans déjà. Il est donc dans une situation qui ressemble à la sienne, sauf que lui, il avait 17 ans, à l'époque.

[Traduction]

Le président: Pardonnez-moi, monsieur d'Entremont.

Je pense que les interprètes ont du mal à vous entendre. Pourriez-vous lever un peu votre micro, je vous prie?

M. Chris d'Entremont: J'en suis désolé.

Je remercie Mme Sidhu d'avoir présenté le projet de loi. Comme je le disais à Juliette, mon fils a reçu un diagnostic de diabète de type 1 il y a cinq ans. On devrait recevoir une épinglette — après 5 ans, après 10 ans. Mme Hanson est d'accord avec moi. C'est difficile.

Juliette a souligné quelque chose de très important. Non seulement, en tant que parents ou patients, nous essayons continuellement de trouver des façons de gérer la maladie, mais au fond de nous-mêmes, nous devons trouver des moyens de trouver le remède. Voilà pourquoi il est très bon de recevoir des représentants de Diabète Canada et de la FRDJ. Cela fait également ressortir le volet recherche.

Encore une fois, nous parlons de diabète, une cause très importante pour moi.

Je veux poser une question à Mme Sidhu. Le projet de loi contient de nombreuses excellentes idées et propose que nous tra-

vaillions ensemble et ayons un cadre national, mais qui le mettra en œuvre? Une fois que la députée Sidhu aura terminé son travail et que la Chambre des communes aura adopté le projet de loi, qui est censé mettre en œuvre le projet de loi ou ce qu'il prévoit?

• (1325)

Mme Sonia Sidhu: Merci, monsieur d'Entremont. J'ai écouté votre discours, à la Chambre des communes, au cours duquel vous expliquez, à titre de parent, la situation d'André. Je suis d'accord avec vous. Au cours de mes 18 années en tant que spécialiste de la santé, j'ai vu de nombreux parents dans la même situation.

À qui cela s'adresse-t-il? À tous les groupes démographiques. Je m'attends à ce que le gouvernement fédéral joue un rôle quant à la coordination de la collecte des données et de la communication de l'information pour encourager la prévention, au financement de la recherche pour trouver un remède et à l'approvisionnement abordable et fiable en traitements et en appareils.

Je m'attends à ce qu'un cadre comprenne des directives claires concernant lesquelles le ministère et les gouvernements sont responsables de mettre en œuvre les divers aspects, par l'éducation et la sensibilisation, même pour ce qui est de retarder l'apparition de la maladie. Je parle du diabète de type 1. Il permettra de prévenir les facteurs de risque associés au diabète de type 2, dont l'obésité.

M. Chris d'Entremont: Merci beaucoup.

C'est l'élément qui prête à confusion. Je vais probablement poser une question à Mme Hanson à ce sujet dans quelques instants. Le hic, c'est qu'il s'agit d'un projet de loi du gouvernement fédéral qui porte sur un cadre national ou fédéral, mais au Canada, nous avons des provinces qui sont responsables des soins de santé. Elles s'occupent de leurs populations. Diabète 360° existe depuis un certain temps.

Madame Hanson, peut-être pouvez-vous nous dire depuis combien de temps Diabète Canada parle de la stratégie Diabète 360°, et qu'en est-il de l'intérêt montré à ce stade-ci, au-delà du projet de loi de Mme Sidhu?

Mme Kimberley Hanson: Merci beaucoup, monsieur d'Entremont. Ce sont d'excellentes questions.

Nous avons élaboré la stratégie Diabète 360° en septembre 2017. Nous sommes vraiment heureux de constater que la discussion se poursuit aujourd'hui. Nous aimerions beaucoup pouvoir couronner le tout avec un engagement formel à l'égard d'un cadre national sur le diabète, comme le propose ce projet de loi.

Comme vous le savez, je crois, nous bénéficions d'un fort soutien à l'échelle fédérale, grâce à ce comité. Le comité des finances a aussi recommandé la stratégie trois fois de suite. Il est important de souligner que les provinces et les territoires participent fortement également. En novembre 2020, Diabète Canada a organisé une deuxième table ronde à laquelle ont participé des représentants de tous les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que du gouvernement fédéral.

Les provinces et les territoires s'entendent pour dire qu'ils sont déterminés à travailler autant qu'ils le peuvent à la mise en œuvre de stratégies provinciales ou territoriales sur le diabète, mais qu'ils croient qu'il est nécessaire d'adopter une approche coordonnée et un cadre commun, et de communiquer les pratiques exemplaires. Ils souhaiteraient que le gouvernement fédéral leur fournisse ces éléments le plus rapidement possible.

Pour répondre à la question que vous venez de poser à la députée Sidhu, je suis d'accord avec elle. Lorsque le projet de loi sera adopté et recevra la sanction royale, j'encourage le gouvernement à envisager sérieusement de mettre en place un comité consultatif gouvernemental multisectoriel ou une structure de gouvernance comprenant des représentants des gouvernements provinciaux, qui — vous avez tout à fait raison — devront mettre en œuvre les approches axées sur le traitement prévues dans ce cadre, ainsi que des groupes de patients.

Le président: Merci, monsieur d'Entremont.

Nous passons maintenant à M. Van Bynen. Allez-y, s'il vous plaît. Vous disposez de six minutes.

M. Tony Van Bynen (Newmarket—Aurora, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je tiens tout d'abord à féliciter ma collègue, Mme Sidhu, de l'adoption unanime de son projet de loi d'initiative parlementaire. Depuis longtemps, Mme Sidhu défend vigoureusement les Canadiens atteints de diabète, et le projet de loi est essentiel pour améliorer l'accès à la prévention et au traitement pour les Canadiens.

J'ai été fier d'appuyer ce projet de loi d'initiative parlementaire et j'ai hâte de voir le cadre devenir réalité et d'en apprendre plus sur le travail accompli.

Madame Sidhu, le projet de loi précise entre autres que le gouvernement doit travailler avec les provinces et les territoires, les organisations autochtones et des intervenants clés pour renforcer les efforts déployés. Pouvez-vous dire au Comité si ce travail a commencé et en quoi il consiste?

• (1330)

Mme Sonia Sidhu: Merci, monsieur Van Bynen. C'est une très bonne question. Je vous remercie de votre appui sans réserve.

Vous avez raison. Nous devons consulter les intervenants autochtones également, car, comme vous le savez, dans les réserves et les populations autochtones, les taux sont plus élevés qu'au sein de n'importe quelle autre population. Nous devons consulter les intervenants autochtones, les provinces et les territoires. Le gouvernement doit consulter les intervenants, notamment Diabète Canada et la FRDJ, et écouter les propositions.

Mme Hanson a parlé de la stratégie Diabète 360°, que tous les membres du comité de la santé ont appuyée. Elle comprend de très bons éléments et j'espère qu'elle peut répondre à de nombreuses préoccupations des Autochtones également.

Des consultations sur des sujets qui aident les gens atteints de diabète ont eu lieu. Concernant d'autres aspects, comme le Guide alimentaire canadien, aucune consultation nationale n'a été réclamée et c'est pourquoi le projet de loi le prévoit. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les partenaires autochtones et d'autres intervenants se réuniraient dans le but de créer une stratégie nationale sur le diabète, ce que je demande dans mon projet de loi, le projet de loi C-237.

Il s'agit également des Canadiens de tous âges et groupes démographiques, et il s'agirait de tenir compte des cultures et des milieux socioéconomiques.

M. Tony Van Bynen: Merci. C'est une bonne transition.

Madame Hanson, en 2019, dans le cadre de l'étude qu'effectuait ce comité sur la stratégie de lutte contre le diabète au Canada, vous

avez témoigné au nom de Diabète Canada. Le rapport qui a découlé de l'étude contenait un certain nombre de recommandations. Pouvez-vous nous dire si certaines des recommandations que vous avez faites ont contribué à formuler le projet de loi d'initiative parlementaire, et de quelle façon?

Mme Kimberley Hanson: J'ose croire que l'étude du Comité a enrichi ce projet de loi d'initiative parlementaire à plusieurs égards, monsieur Van Bynen. De façon générale, l'étude a confirmé qu'il y avait un problème et que nous devons agir de façon beaucoup plus coordonnée pour le résoudre.

Je vois dans ce projet de loi l'approche globale pour régler le problème qui est proposée dans la stratégie Diabète 360°, l'accent étant mis non seulement sur la prévention, mais aussi sur les traitements du diabète.

Je vois qu'on met l'accent sur les mesures, ce qui est essentiel — tant que nous ne pourrions pas mieux quantifier le fardeau que représente le diabète au Canada, nous ne parviendrons jamais à le réduire — et aussi sur la lutte contre les inégalités en santé qui, comme nous le savons, alourdit le fardeau non seulement de la COVID-19 mais aussi du diabète.

Lorsque j'ai lu l'avant-projet de loi de la députée Sidhu, j'ai été vraiment ravie de constater à quel point il cadrerait bien avec la stratégie Diabète 360°. Je pense que l'adoption de ce projet de loi favorisera grandement l'élaboration d'une stratégie nationale sur le diabète comme nous le demandons.

M. Tony Van Bynen: Merci.

Monsieur Prowten, vous avez aussi témoigné devant le Comité à l'époque, au nom de FRDJ Canada. J'aimerais que vous répondiez à la même question, s'il vous plaît.

M. Dave Prowten: Je ne veux pas répéter ce que Mme Hanson a dit, mais je pense que nous savons qu'il est essentiel de disposer de bonnes données pour renverser la vapeur. C'est ainsi que je vois les choses.

Prenons un exemple simple: si nous ne savons pas qui est atteint du diabète de type 1 et qui est atteint du diabète de type 2 — et certains de nos dossiers de santé provinciaux et territoriaux ne font pas la distinction —, si l'on n'a pas cette information de base, il est alors très difficile de prendre des décisions pour modifier le système.

Ces renseignements sont essentiels pour la mise en œuvre d'un programme. L'information permet aux provinces et aux territoires de prendre de meilleures décisions. C'est pourquoi je pense qu'il y a probablement un recoupement entre le rôle possible du fédéral et celui des provinces et des territoires.

• (1335)

M. Tony Van Bynen: Merci.

Depuis le début de la pandémie, nous avons entendu parler de l'importance de la mise en commun des données dans le milieu médical. Plus précisément, on nous a dit qu'il était nécessaire d'accroître l'échange de données au Canada, ce à quoi vous avez fait allusion. Bien que nous l'ayons surtout entendu dans le contexte de la COVID-19, je me demande si vous, monsieur Prowten ou madame Hanson, pouvez nous dire si c'est également nécessaire pour le diabète.

Dans l'affirmative, comment un mécanisme pancanadien d'échange de données pourrait-il contribuer aux efforts de prévention et de gestion de la maladie dans tout le pays?

Mme Kimberley Hanson: Je peux peut-être commencer rapidement. Monsieur Prowten, je sais que vous voudrez parler du registre.

Présentement, au Canada, nous ne pouvons pas vous dire combien de personnes parmi celles qui ont reçu un diagnostic de diabète ont celui de type 1 et combien ont celui de type 2. Il s'agit là d'un renseignement de base et fondamental pour comprendre les différents traitements ainsi que le prix et l'utilisation des médicaments.

Tant que nous ne pourrons pas créer un genre de répertoire national de données qui nous permettrait de réunir et de comprendre les données nous offrant un portrait du diabète dans ce pays, nous ne faisons vraiment que procéder par essais et erreurs, lorsqu'il s'agit d'élaborer des protocoles de traitement.

Évidemment, les provinces doivent être responsables du système de soins de santé dans leurs régions, ce que nous appuyons sans réserve. Le gouvernement fédéral pourrait toutefois jouer un rôle essentiel dans la compilation de données, ce qui nous aiderait à mieux comprendre la situation du diabète à l'échelle nationale et qui aiderait les provinces et les territoires à mieux mettre en contexte leurs propres points de vue. Nous pensons que les données constituent un pilier de cette stratégie.

Voulez-vous ajouter quelque chose, monsieur Prowten?

M. Dave Prowten: J'allais seulement faire une remarque. Je pense que nous avons une occasion vraiment unique en ce qui concerne le diabète, car il y a des appareils comme les glucomètres en continu et les pompes qui peuvent fournir des données au clinicien.

Nous avons beaucoup parlé de soins virtuels pendant la COVID. Il s'agit là d'une grande occasion, mais en plus, ces données pourraient ensuite être réunies. On pourrait, en fait, commencer à utiliser des données qui sont générées par les patients littéralement toutes les cinq minutes.

Je pense que, dans le cas de cette maladie, une belle occasion de compiler ces données et de prendre des décisions vraiment importantes se présente.

M. Tony Van Bynen: Merci.

Un problème bien défini est un problème à moitié résolu.

Le président: Merci, monsieur Van Bynen.

[Français]

Nous allons poursuivre avec M. Thériault.

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Je vous remercie, monsieur le président.

Vous me permettez d'abord de m'adresser à Mme Benoît pour lui dire que sa présentation était fort intéressante. Il est important d'avoir pris le temps de témoigner de ce qu'elle et beaucoup d'autres jeunes enfants et adultes vivent. Cela m'a beaucoup touché.

Les maladies chroniques sont des maladies avec lesquelles on apprend à vivre. Or, parce qu'on apprend à vivre avec elles, on dirait qu'on les perd de vue. Elles sont insidieuses, elles s'installent dans notre quotidien. En effet, quand quelqu'un a un diabète de type 2, c'est tout un processus qui concerne le mode de vie. On di-

rait qu'à ce moment-là, il s'opère une responsabilisation du patient, ou de la victime.

On parlait tantôt de stigmatisation. Souvent, on responsabilise la personne atteinte en faisant lien avec le fait qu'elle aurait peut-être un mauvais mode de vie. Cela peut être vrai, mais encore faut-il faire toute la prévention et toute l'éducation en amont pour éviter ce genre de situation. À mon avis, c'est ce qui manque constamment et c'est lié au fait que, quand des maladies ne sont pas aussi fulgurantes qu'une crise cardiaque, par exemple, cela frappe moins l'imaginaire. On sait à quel point un infarctus touche l'imaginaire, mais on sait aussi que plusieurs maladies cardiaques ont souvent comme facteur déterminant le diabète. Puisque les maladies chroniques frappent moins l'imaginaire, on finit par s'habituer à vivre avec elles et on les perd de vue.

Ce que je trouve intéressant, dans la démarche de ma collègue Mme Sidhu, c'est qu'on sait qu'il y a des discussions depuis des années sur des stratégies nationales et des cadres stratégiques. Il y en a depuis 2005, et des discussions ont eu lieu en 2018 autour de Diabète 360°. Or, aujourd'hui, on dit qu'il faut un projet de loi, qu'il faut inscrire tout cela à l'intérieur d'une intention législative.

De façon très succincte, madame Sidhu, pourriez-vous nous dire pourquoi on arrive à cela aujourd'hui plutôt qu'en 2005 ou qu'en 2018? Pourquoi nous apparaît-il tout à fait incontournable, aujourd'hui, que toutes ces intentions se retrouvent dans un cadre législatif?

• (1340)

[Traduction]

Mme Sonia Sidhu: Merci, monsieur Thériault.

C'est important parce que, comme je l'ai mentionné dans mon discours, dans ma circonscription de Brampton, une personne sur six est atteinte de diabète. Beaucoup d'autres personnes sont atteintes de prédiabète ou n'ont pas été diagnostiquées. Comme vous le savez, Brampton comprend une importante population sud-asiatique qui est touchée par le diabète. Nous avons également une importante communauté noire, qui est deux fois plus susceptible d'être atteinte de diabète.

Dans la région de Peel, le nombre de personnes atteintes de diabète a doublé entre 1996 et 2015. C'est ce que montrent les données. C'est pourquoi le conseil municipal de Brampton apporte un grand soutien. Il sait ce qui se passe sur le terrain, et c'est pourquoi il a appuyé mon projet de loi. C'est tellement important. Les programmes ne fonctionnent pas bien. Nous avons besoin de cette stratégie.

M. le président et M. Davies étaient là lors de la dernière législature, lorsque le comité de la santé a mené une étude sur le diabète. Nous avons formulé des recommandations. Il y a toujours d'autres facteurs, comme l'hérédité et l'environnement, mais le diabète de type 2 peut souvent être évité grâce à une alimentation saine, une vie active, l'éducation et la sensibilisation. C'est pourquoi, si une personne est consciente des signes précurseurs, elle peut peut-être prévenir cette maladie ou retarder son apparition. Les conséquences à long terme sont plus dangereuses. La sensibilisation aux réalités culturelles est une autre chose. C'est pourquoi il est si important de mettre en place cette stratégie maintenant.

[Français]

M. Luc Thériault: Cependant, c'était sûrement aussi le cas en 2005 et en 2018. Nous sommes maintenant en 2021, heureusement, mais je voulais surtout parler du cadre juridique, parce que le projet de loi demande d'instaurer un cadre national.

Selon vous, quelle est la différence entre un cadre national et les stratégies nationales qui ont été élaborées au cours des années précédentes?

[Traduction]

Mme Kimberley Hanson: Oui, merci, monsieur Thériault.

Je pense qu'il n'y a pas de différence entre un cadre national et une stratégie nationale. Lorsque nous avons rédigé la stratégie Diabète 360°, nous avons grandement discuté des mots à utiliser pour décrire ce que nous essayions d'accomplir. Diabète Canada espère ardemment que, lorsque le projet de loi C-237 sera adopté, le cadre qui devra être déposé au Parlement sera fortement inspiré par le cadre stratégique Diabète 360°.

Je ne peux pas dire pourquoi nous nous trouvons dans la situation dans laquelle nous sommes en 2021, mais je peux dire que nous avons constaté, dans le cas d'autres maladies ou groupes de maladies — comme le cancer —, que lorsque nous adoptons une approche coordonnée, lorsque nous aidons à favoriser l'échange de renseignements et de pratiques exemplaires dans l'ensemble du pays, nous pouvons améliorer les soins de santé des Canadiens et vraiment réduire les répercussions de ces maladies. Je conviens tout à fait qu'il est plus que temps d'agir, mais puisque le présent est le seul temps dont nous disposons, agissons maintenant pour appuyer ce projet de loi et aller de l'avant.

• (1345)

[Français]

M. Luc Thériault: En conclusion, voilà pourquoi un cadre juridique est nécessaire aujourd'hui.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous passons maintenant à M. Davies.

Monsieur Davies, allez-y, s'il vous plaît. Vous disposez de six minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci.

Je tiens à remercier tous les témoins de leur présence.

Madame Hanson, je pense que c'est vous qui avez mentionné que le financement de la stratégie Diabète 360° a été recommandé trois fois de suite, et je crois comprendre qu'il est à nouveau recommandé dans le budget de 2021. Le gouvernement fédéral a-t-il déjà approuvé le financement de la stratégie Diabète 360°?

Mme Kimberley Hanson: Non, pas encore, monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci.

Vous connaissez les recommandations qu'a formulées le comité de la santé à la suite de son étude. Je pense que ces recommandations ont été adoptées à l'unanimité par ce comité lors de la dernière législature. Est-ce que certaines de ces recommandations, résultant de l'étude sur la stratégie sur le diabète, ont déjà été mises en œuvre par ce gouvernement?

Mme Kimberley Hanson: Pas à ce que je sache, monsieur.

M. Don Davies: Merci.

Madame Hanson, lorsque vous avez comparu au Comité le 2 octobre 2018 pour cette étude, vous avez énuméré très clairement les dépenses à la charge de nombreuses personnes atteintes de diabète. Cela s'élève à plus de 1 500 \$ par année, en fait, ce qui est considéré comme catastrophique. Quelle est la proportion de Canadiens atteints de diabète qui ne peuvent pas suivre leur traitement en raison des coûts?

Mme Kimberley Hanson: Selon certaines de nos recherches, au moins 30 % des Canadiens vivant avec le diabète déclarent être incapables de suivre le traitement qui leur a été prescrit en raison des coûts. Je constate que ce problème ne fait que s'exacerber au fil du temps. L'écart entre les personnes qui ont les moyens de suivre les meilleurs traitements parce qu'ils ont une assurance privée, notamment, et celles qui peuvent uniquement se permettre les traitements les plus élémentaires ne fait que croître. Voilà pourquoi il est essentiel, selon Diabète Canada, que chaque Canadien vivant avec le diabète ait accès aux soins, certes, mais aussi aux médicaments, aux dispositifs et aux fournitures dont il a besoin pour bien vivre et protéger sa santé.

M. Don Davies: Vous dites qu'environ 30 % des personnes atteintes de diabète ont de la difficulté à satisfaire à ces besoins.

Mme Kimberley Hanson: Oui.

M. Don Davies: Monsieur Prowten, je dirais que les autres membres du Comité et moi avons tous beaucoup étudié la question du diabète juvénile, et vous avez extrêmement bien réussi à attirer notre attention sur leurs réalités. Je sais que certains enfants doivent vérifier leur taux de glycémie à une fréquence incroyable — toutes les cinq minutes — et je sais donc que les glucomètres en continu, les pompes à insuline et l'insuline sont essentiels.

Puisque 2021 marque le 100^e anniversaire de l'insuline au Canada, pensez-vous que nous devrions saisir cette occasion pour veiller à ce que tous les Canadiens aient accès à l'insuline et à l'équipement nécessaire, comme les pompes à insuline et les glucomètres, par l'intermédiaire d'un programme national d'assurance-médicaments?

M. Dave Prowten: Il va sans dire que tous devraient avoir tout ce dont ils ont besoin pour gérer leur maladie. J'ajouterais que nous devons intensifier la recherche afin de trouver le prochain niveau de traitement permettant essentiellement de guérir cette maladie. Beaucoup de gens ont besoin de meilleurs soins actuellement.

M. Don Davies: Merci.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Sidhu.

J'ai un ou deux points. Je tiens absolument à vous féliciter d'avoir présenté ce projet de loi et j'admire votre initiative, mais je dois dire que votre gouvernement peut mettre en œuvre le cadre de Diabète 360°, financer ce programme et garantir que toutes les personnes diabétiques et tous les Canadiens qui ont besoin de médicaments y aient accès.

J'aimerais savoir si vous êtes allée voir la ministre de la Santé pour lui demander de mettre en œuvre le programme Diabète 360° au lieu d'être obligée de présenter un projet de loi d'initiative parlementaire à cet égard. Nous savons tous que cela peut être beaucoup plus long et qu'il est possible qu'on n'obtienne pas les résultats escomptés assez rapidement. Votre gouvernement a le pouvoir d'agir maintenant. Avez-vous porté cela à l'attention de la ministre de la Santé? Lui avez-vous demandé de le faire?

Mme Sonia Sidhu: Merci, monsieur Davies.

D'abord, je vous remercie de votre appui.

Personnellement, j'appuie pleinement le programme Diabète 360° et, à titre de présidente du Caucus multipartite sur le diabète, je sais que nous travaillons ensemble. Lors de notre étude sur le diabète, dans la législature précédente, nous avons tous appuyé ce programme. Le gouvernement doit évidemment mener ses propres consultations, notamment auprès des intervenants, mais Diabète Canada a fait un excellent travail en élaborant sa stratégie Diabète 360°.

• (1350)

M. Don Davies: Permettez-moi de vous interrompre, madame Sidhu. Dans ce cas, pourquoi votre gouvernement ne la met-il pas en œuvre?

Mme Sonia Sidhu: Voilà pourquoi le projet de loi C-237 est une voie vers une stratégie. Diabète 360° est un exemple d'une telle stratégie.

Il ne convient pas à ce moment-ci de dicter à Santé Canada ce qui devrait être mis en œuvre, mais je [*Difficultés techniques*] et le plan de recherche, et nous devons laisser Santé Canada l'examiner aux fins de la mise en œuvre. Voilà pourquoi c'est une avenue pour y arriver. Nous avons une excellente collaboration avec Diabète Canada. Voilà pourquoi j'ai présenté le projet de loi C-237.

Nous avons besoin de cette stratégie. Je suis personnellement favorable à la stratégie Diabète 360° et aux étapes suivantes. C'est pourquoi j'ai présenté le projet de loi C-237. Nous avons besoin d'une stratégie.

M. Don Davies: Je comprends, madame Sidhu, mais là n'est pas la question. Je comprends que vous l'appuyez. Je veux savoir pourquoi votre gouvernement ne va pas de l'avant, puisqu'il pourrait manifestement la mettre en œuvre maintenant. Je précise aux fins du compte rendu que le NPD estime que cela devrait être mis en œuvre maintenant. Des consultations ne sont pas nécessaires. Ce sont d'excellentes recommandations. Des gens subissent beaucoup de douleur inutilement, jusqu'à leur décès, et nous croyons que ce programme devrait être mis en œuvre immédiatement.

Le président: Merci, monsieur Davies.

Cela conclut notre premier tour. Je ne pense pas que nous ayons le temps de faire un deuxième tour. Souhaitez-vous faire un tour à une minute pour chaque parti?

Je vois que M. d'Entremont hoche la tête.

Faisons cela. Chaque parti aura une minute.

Nous commençons par M. d'Entremont.

M. Chris d'Entremont: Je vais donc poser une brève question à ce sujet.

La question s'adresse à Mme Hanson.

Combien la stratégie Diabète 360° a-t-elle coûté, en dollars d'aujourd'hui? Je sais qu'elle existe depuis un certain nombre d'années. Pour Diabète Canada, combien coûterait la mise en œuvre d'une telle stratégie?

Mme Kimberley Hanson: Si elle était mise en œuvre selon nos recommandations — ce qui n'est qu'une des possibilités —, cela prendrait sept ans, au coût total de 150 millions de dollars. Pour cette même période, elle représenterait des économies de 20 mil-

liards de dollars pour notre économie, soit 11 milliards pour les systèmes de santé et 9 milliards pour les employeurs canadiens.

M. Chris d'Entremont: Combien de réunions avez-vous eues avec des ministres ou des secrétaires parlementaires au fil des ans pour transmettre ce message?

Mme Kimberley Hanson: Plus que je ne peux en compter.

M. Chris d'Entremont: Très bien. J'espère que le secrétaire parlementaire nous écoute aussi.

Merci.

Le président: Merci, monsieur d'Entremont.

Nous passons à Mme O'Connell.

Vous avez une minute.

Mme Jennifer O'Connell (Pickering—Uxbridge, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tous d'être ici.

Madame Benoît, je vous remercie tout particulièrement d'avoir raconté votre histoire sur la stigmatisation, car je pense qu'il convient de ne pas négliger cet aspect.

J'ai très peu de temps.

J'aimerais revenir sur le commentaire précédent sur les raisons pour lesquelles on n'a pas simplement demandé au gouvernement de la mettre en œuvre. Eh bien, pourquoi ne se débarrasse-t-on pas des projets de loi d'initiative parlementaire? Tout député a le privilège absolu de présenter un projet de loi sur les enjeux importants pour lui et ses électeurs. Je pense que c'est ce dont nous devrions débattre ici aujourd'hui.

La question s'adresse à tout témoin qui souhaiterait intervenir. Y a-t-il un pays doté d'un cadre ayant donné de bons résultats, selon vous? Si oui, comment a-t-il été mis en œuvre?

Vous pourriez nous parler de pays comparables dans le monde.

Madame Sidhu, je vous remercie et vous félicite d'avoir présenté un projet de loi d'initiative parlementaire.

Mme Kimberley Hanson: C'est une excellente question, madame O'Connell. Je pourrais commencer et M. Prowten pourrait compléter.

Un certain nombre de pays — je pense en particulier à la Suède, au Danemark, à la Finlande, au Royaume-Uni et à la Nouvelle-Zélande — ont adopté une approche nationale à l'égard du diabète et ont des taux de prévalence et des coûts beaucoup plus faibles que nous. En fait, le Canada se situe dans le tiers inférieur des pays de l'OCDE pour la prévalence et les coûts de traitement du diabète, surtout en raison de l'absence d'une telle approche. Selon de nombreux indicateurs sur le diabète, même des pays comme le Portugal et l'Inde ont des approches plus coordonnées et de meilleurs résultats que le Canada.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, l'Organisation mondiale de la Santé recommande à tous les pays d'adopter une approche nationale, et je crois que le Canada devrait prendre cette recommandation très au sérieux.

• (1355)

Le président: Merci, madame O'Connell.

[Français]

Monsieur Thériault, vous disposez d'une minute.

M. Luc Thériault: Au fond, toutes mes questions de tout à l'heure étaient en lien avec le cadre juridique annoncé. Tantôt, M. Prowten disait que ce serait intéressant pour la recherche et que la collecte des données serait notamment encore plus efficace. C'est parfait. J'ai également compris des témoignages de Mmes Hanson et Benoît que cela nous aiderait aussi à actualiser toute la réflexion et les stratégies qui existent depuis un certain temps, comme le programme Diabète 360°.

Je comprends que le projet de loi sera, comme le disait Mme Sidhu, la porte d'entrée de l'actualisation pour les 150 millions de dollars qui vont nous permettre de réaliser des économies de 20 milliards de dollars.

Alors, allons-y. Tout le monde est d'accord sur cette initiative, personne ne peut être contre. Maintenant, ce qu'il reste à faire, c'est d'actualiser toutes ces bonnes intentions. Nous aurons bientôt un cadre juridique quand même assez large, mais plein de bonnes intentions. Tout le monde l'a appuyé. Je me fie aux témoignages des gens qui sont dans le domaine depuis des années.

Pour ma part, je suis prêt à être heureux de cette initiative, et je félicite Mme Sidhu de son objectif.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous passons à M. Davies pour une minute, s'il vous plaît.

M. Don Davies: Merci.

J'aimerais simplement féliciter Diabète Canada et la FRDJ Canada de l'excellent travail [*Difficultés techniques*] pour expliquer les raisons de politique publique. D'après ce que je comprends, la mise en œuvre de la stratégie Diabète 360° permettra non seulement à notre pays d'économiser en soins de santé au fil du temps, mais aussi de sauver la vie de Canadiens.

Je sais que la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers a constaté que chaque année, 270 à 420 Canadiens atteints de diabète meurent parce qu'ils n'ont pas suivi le traitement prescrit en raison des coûts. Nous savons que beaucoup d'enfants peuvent avoir accès aux outils dont ils ont besoin. Je pense que c'est connu.

Si j'ai bien compris, Mme Sidhu laisse entendre que Santé Canada devra tenir des consultations au sujet de ce projet de loi.

Selon vous, madame Hanson, y a-t-il de véritables préoccupations ou des consultations supplémentaires nécessaires qui empêchent le gouvernement d'aller de l'avant immédiatement?

Mme Kimberley Hanson: Monsieur Davies, j'espère que ces consultations seront axées sur la clarification des structures de gouvernance pour la mise en œuvre de ce cadre, et sur la définition précise des façons dont tous les ordres de gouvernement peuvent y collaborer.

J'espère que le travail considérable que la FRDJ a fait avec nous pour mobiliser la communauté afin de définir le contenu du cadre sera conservé, et j'espère que dans les mois qui suivront l'adoption de ce projet de loi, on se concentrera sur les façons de le mettre en œuvre le plus rapidement possible. Nous ne pouvons vraiment pas attendre davantage.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Merci, monsieur Davies.

C'est là-dessus que se terminent nos séries de questions.

Merci à tous. Je tiens particulièrement à remercier les témoins de leurs témoignages, de nous avoir transmis leurs connaissances, et du temps qu'ils nous ont consacré aujourd'hui.

Nous allons maintenant suspendre la séance et inviter les témoins à se retirer. Nous passerons sous peu à l'étude article par article.

• (1355) _____ (Pause) _____

• (1400)

Le président: Conformément au paragraphe 75(1) du Règlement, l'étude de l'article 1, le titre abrégé, et du préambule est reporté.

Nous passons à l'article 2.

(Article 2)

Le président: Je crois savoir qu'il y a un amendement pour l'article 2.

J'invite M. d'Entremont à présenter cet amendement.

M. Chris d'Entremont: Monsieur le président, je propose que le projet de loi C-237, à l'article 2, soit modifié par adjonction, après la ligne 24, page 2, de ce qui suit:

f) faire en sorte que l'Agence du revenu du Canada administre le crédit d'impôt pour personnes handicapées de manière équitable et que, en vue de la réalisation de son objectif, ce crédit d'impôt soit conçu pour venir en aide au plus grand nombre possible de personnes atteintes de diabète.

Autrement dit, il a toujours été difficile pour les personnes atteintes de diabète d'être admissibles au crédit d'impôt pour personnes handicapées, comme l'ont signalé divers organismes. En tant que parent, je peux vous dire que c'est probablement à la troisième tentative que nous avons réussi à l'obtenir pour André. Je peux imaginer ce qu'il en est pour ceux qui n'ont pas notre chance de pouvoir travailler pour eux-mêmes et de faire ce genre de choses...

L'idée est simplement d'essayer de faciliter le travail et de reconnaître qu'il existe un crédit d'impôt pour personnes handicapées. Je pense que c'est une modification très simple et rassurante qui ne change pas l'intention du projet de loi.

Le président: Merci, monsieur d'Entremont.

Nous poursuivons le débat.

Mme Sidhu souhaite intervenir. Allez-y.

Mme Sonia Sidhu: Merci [*Difficultés techniques*].

Je ne suis pas contre l'amendement de M. d'Entremont, mais je rappelle aux membres du Comité que l'ARC n'est pas indépendante pour rien. [*Difficultés techniques*] dicter ce type de décision.

Je ne pense pas que le règlement relatif au crédit d'impôt pour personnes handicapées mentionne une maladie ou une condition en particulier. D'après ce que je comprends, le CIPH vise à aider les personnes ayant un handicap qui les empêche de travailler ou qui requiert beaucoup de temps, comme d'importants traitements de physiothérapie. Ce ne sont pas toutes les personnes atteintes de diabète qui satisfont à ces critères.

Qu'une personne ait droit ou non au CIPH, elle a droit à des allègements fiscaux pour les frais médicaux, comme les coûts de l'insuline, des pompes à insuline et d'autres fournitures, par l'intermédiaire du crédit d'impôt pour frais médicaux. Une aide supplémentaire est offerte aux travailleurs canadiens à faible revenu grâce au supplément remboursable pour frais médicaux.

Pour certaines personnes, le diabète peut être coûteux à gérer. Je le sais personnellement. Ce sont les provinces, qui administrent les soins de santé, qui devraient combler cette lacune. Voilà pourquoi le gouvernement devra travailler de concert avec les provinces et les territoires pour veiller à établir clairement les responsabilités de chaque ordre de gouvernement et d'affecter les ressources au bon programme.

Je remercie encore une fois M. d'Entremont de sa contribution et de ses commentaires.

Le président: Merci, madame Sidhu.

Monsieur d'Entremont, la parole est à vous.

M. Chris d'Entremont: Je suis sensible aux propos de Mme Sidhu. Toutefois, concernant l'incapacité en soi, je pense que les personnes diabétiques doivent souvent s'absenter du travail pour un rendez-vous chez le médecin et des traitements. Si elle tombe malade, elle doit s'absenter du travail.

Le diabète a un coût énorme qui ne se limite pas à l'achat d'insuline, de tests, etc. Il s'agit simplement d'un amendement amical visant à reconnaître que pour les personnes atteintes, le diabète est une maladie qui prend beaucoup de temps à gérer pour fonctionner au quotidien.

Notre autre défi est un problème cerné par la FRDJ en 2017. Les personnes qui tentent d'obtenir le CIPH ont toujours des difficultés. C'est un problème propre au diabète, et j'espère que nous pourrions tous appuyer cette mesure à mesure qu'elle progresse.

Merci.

• (1405)

Le président: Merci, monsieur d'Entremont.

Madame Rempel Garner, la parole est à vous.

L'hon. Michelle Rempel Garner (Calgary Nose Hill, PCC): Monsieur le président, je voudrais exprimer mon appui à l'amendement. Je pense que c'est le simple bon sens. Tous ceux qui participent à cette réunion aujourd'hui ont sans aucun doute reçu des appels d'électeurs voulant s'informer sur cette question. Cela témoigne d'une volonté certaine d'aller de l'avant dans ce dossier. Une de mes collègues, Mme Julia Parsons, m'a certainement sensibilisée à la question.

Je vous remercie, monsieur d'Entremont; je vais sans doute appuyer votre amendement.

Le président: Merci, madame Rempel Garner.

Comme je ne vois pas d'autres intervenants, nous allons mettre l'amendement aux voix.

Monsieur le greffier, voulez-vous procéder au vote?

M. Tony Van Bynen: Monsieur le président, pourriez-vous relire l'amendement, pour que ce soit clair?

Le président: Je vais demander à M. d'Entremont de le faire.

M. Chris d'Entremont: Il s'agit d'un ajout à l'article 2:

f) faire en sorte que l'Agence du revenu du Canada administre le crédit d'impôt pour personnes handicapées de manière équitable et que, en vue de la réalisation de son objectif, ce crédit d'impôt soit conçu pour venir en aide au plus grand nombre possible de personnes atteintes de diabète.

J'espère que le greffier l'a transmis à tout le monde.

Le président: J'en ai une copie.

Avez-vous d'autres questions ou commentaires?

Je vois qu'il n'y en a pas; je demanderais au greffier de tenir le vote.

(L'amendement est adopté par 11 voix contre 0.)

Le président: L'amendement est adopté; nous passons maintenant à l'article en soi.

(L'article 2 modifié est adopté.)

(Les articles 3 et 4 sont adoptés.)

Le président: Le titre abrégé est-il adopté?

Des députés: Oui.

Le président: Le préambule est-il adopté?

Des députés: Oui.

Le président: Le projet de loi modifié est-il adopté?

Des députés: Oui.

Le président: Le président doit-il faire rapport du projet de loi modifié à la Chambre?

Des députés: Oui.

Le président: Le Comité doit-il ordonner une réimpression du projet de loi modifié pour l'usage de la Chambre à l'étape du rapport?

Des députés: Oui.

Le président: Sur ce, félicitations, madame Sidhu, pour l'adoption de votre projet de loi.

Il sera renvoyé à la Chambre. Je pourrai en faire rapport à la Chambre à la prochaine séance, je crois, qui aura lieu dans deux semaines. Par la suite, on passera à l'étape du rapport et par le processus de troisième lecture des projets de loi d'initiative parlementaire.

Nous allons maintenant étudier le rapport du Sous-comité.

Je crois qu'il faut ratifier le rapport. Je crois que le greffier en a transmis une copie à tous les membres du Comité.

Pour l'étude sur la COVID-19, de façon générale, nous avons proposé de tenir une première ronde de quatre jours pour le sujet choisi par le NPD. De façon similaire, nous proposons une ronde de quatre jours pour l'étude du Bloc québécois.

Une fois ces deux parties terminées, nous allons prévoir les deux dernières réunions de l'étude sur le Conseil du prix des médicaments brevetés pour M. Thériault. Dans le cadre de ce processus, nous aimerions inviter la ministre avant le 31 mai pour discuter du Budget principal des dépenses.

• (1410)

Monsieur Thériault, je vois que vous levez la main. Voulez-vous aborder ce sujet?

[Français]

M. Luc Thériault: Cela concerne un autre sujet, monsieur le président. Il s'agit des motions de régie interne que j'ai déposées l'autre jour.

Je n'ai rien à dire sur le projet, pour l'instant.

[Traduction]

Le président: Monsieur Davies, vous avez également levé la main. Voulez-vous aborder ce sujet en particulier, ou un autre?

[Français]

M. Don Davies: Cela concerne aussi un autre sujet.

[Traduction]

Le président: Nous allons vous entendre tous les deux lorsque nous aurons réglé la question du rapport du Sous-Comité.

Quelqu'un peut-il proposer la motion pour l'adoption du rapport du Sous-comité?

Je ne sais pas si c'est nécessaire, mais je vois que M. Van Bynen propose la motion.

Voulez-vous discuter de ce sujet?

Je vois que non. Nous allons maintenant passer au vote. Quelqu'un s'oppose-t-il à la ratification du rapport du Sous-comité?

Comme personne ne s'y oppose, je déclare le rapport du Sous-comité ratifié par le Comité.

Merci à tous.

Nous allons maintenant passer à d'autres sujets.

Monsieur Thériault, vous souhaitez présenter vos motions de régie interne. Allez-y.

[Français]

M. Luc Thériault: Je vous remercie, monsieur le président.

J'ai mis en avis deux motions de régie interne, alors j'aimerais bien que nous les adoptions aujourd'hui, comme cela a été fait à d'autres comités.

La première concerne les documents traduits par le Bureau de la traduction et se lit ainsi:

Que tous les documents présentés dans le cadre des travaux du Comité qui ne proviennent pas d'un ministère fédéral ou qui n'ont pas été traduits par le Bureau de la traduction soient préalablement soumis à une révision linguistique par le Bureau de la traduction avant d'être distribués aux membres.

Monsieur le président, voulez-vous que nous disposions de celle-ci avant que je présente la deuxième motion, ou voulez-vous que je présente les deux avant que nous en discutions?

[Traduction]

Le président: Monsieur Thériault, nous allons les étudier une à la fois.

• (1415)

[Français]

M. Luc Thériault: D'accord.

[Traduction]

Le président: Je conviens que vous avez présenté cette motion en particulier.

Votre formulation n'est pas tout à fait la même que ce que je vois dans la motion. Je vais donc lire la version anglaise de ce que je vois, puisque je crois qu'il s'agit de la motion à l'étude:

That all documents submitted for Committee business that do not come from a federal department or that have not been translated by the Translation Bureau be sent for prior linguistic review by the Translation Bureau before being distributed to members.

Est-ce la motion que vous présentez?

[Français]

M. Luc Thériault: L'interprétation était assez fidèle à ce que j'ai lu en français.

[Traduction]

Le président: Merci.

C'est la question que nous abordons. Voulez-vous discuter de...

[Français]

M. Luc Thériault: De toute façon, monsieur le président, vous avez déjà le texte anglais, qui dit la même chose.

[Traduction]

Le président: Oui. Je ne savais pas si vous lisiez le texte exact de la motion. J'écoutais l'interprétation. Il y avait peut-être une légère différence.

Monsieur Davies, votre main est toujours levée; voulez-vous aborder ce sujet en particulier?

M. Don Davies: Non. C'est à propos de l'autre sujet, monsieur le président.

Le président: D'accord.

Madame Rempel Garner, allez-y.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Merci, monsieur le président.

J'appuie la motion dans sa substance. J'aimerais apporter un léger amendement au sujet des communications courantes transmises au Comité par les bureaux des députés, que nous devons traduire. Étant donné les ressources disponibles dans les bureaux des députés, je proposerais de modifier la motion pour y ajouter « du bureau d'un député ». La motion se lirait donc ainsi:

Que tous les documents présentés dans le cadre des travaux du Comité qui ne proviennent pas d'un ministère fédéral ou du bureau d'un député, ou qui n'ont pas été traduits par le Bureau de la traduction soient préalablement soumis à une révision linguistique par le Bureau de la traduction avant d'être distribués aux membres.

Selon ce que je comprends, cet amendement a été proposé à tous les autres comités également, et a été adopté.

Le président: Merci, madame Rempel Garner.

La discussion porte sur l'amendement proposé par Mme Rempel Garner...

[Français]

M. Luc Thériault: Monsieur le président, si cela permet d'accélérer les choses, je peux même l'intégrer.

[Traduction]

Le président: Nous allons passer par le processus habituel; je ne voudrais pas me perdre.

Voulez-vous discuter de cet amendement?

Mme Jennifer O'Connell: Selon ce que je comprends, le député a accepté la proposition à titre d'amendement favorable.

Le président: Il n'y a pas vraiment d'amendement favorable. Nous allons tenir un vote au sujet de l'amendement.

Je ne vois pas de main levée pour la discussion. Nous allons donc décider. Quelqu'un s'oppose-t-il à l'adoption de cet amendement?

(L'amendement est adopté. [Voir le Procès-verbal])

Le président: Nous passons à la discussion au sujet de la motion de M. Thériault, telle que modifiée par Mme Rempel Garner. Voulez-vous débattre de la motion ou proposer un autre amendement?

Je vois que non. Quelqu'un s'oppose-t-il à l'adoption de la motion?

(La motion est adoptée.)

Le président: Monsieur Thériault, avez-vous une autre motion à proposer?

[Français]

M. Luc Thériault: Oui, monsieur le président.

[Traduction]

M. Don Davies: Monsieur le président, j'invoque le Règlement. Nous traitons des motions. Comme M. Thériault a présenté une motion, je crois que ce serait à mon tour d'en présenter une. Je ne crois pas qu'un député puisse présenter ses motions l'une à la suite de l'autre sans que nous respections l'ordre établi.

Le président: M. Thériault voulait présenter les deux motions en même temps. Je lui ai proposé de les présenter une à une, mais s'il accepte d'attendre...

Est-ce que cela vous convient, monsieur Thériault?

M. Don Davies: Dans ce cas, je vais attendre, parce que je crois que les deux motions portent sur le même thème, mais pour la prochaine fois, aux fins du processus, les députés ne peuvent présenter qu'une seule motion à la fois et je crois qu'il faudrait que les choses restent ainsi. Dans le cas présent, je vais faire abstraction du processus et permettre à M. Thériault de poursuivre, puisque sa motion est [Difficultés techniques].

Le président: Merci, monsieur Davies.

Je vais vérifier auprès du greffier, pour me rafraîchir la mémoire.

• (1420)

[Français]

M. Luc Thériault: Monsieur le président, je remercie mon collègue.

La deuxième motion de régie interne concerne les essais techniques pour les témoins. Voici le texte de la motion:

Que le greffier informe chaque témoin à comparaître devant le Comité que des essais techniques par l'équipe soutien de l'Administration de la Chambre doivent être effectués afin de vérifier la connectivité et l'équipement utilisé afin d'assurer la meilleure qualité sonore possible; et que la présidence informe le Comité, au début de chaque réunion, de tout témoin qui n'a pas effectué les essais techniques requis.

Je sais que l'on fait des tests pour assurer la qualité sonore et que les choses se sont améliorées au fil des réunions. Toutefois, il n'en demeure pas moins que les interprètes font parfois des commen-

taires au sujet de la qualité du son. Personnellement, j'utilise presque toujours le canal d'interprétation lorsque j'assiste aux réunions du Comité.

Je pense que ce serait intéressant que cette motion soit adoptée et, surtout, que le président nous en informe dès le départ. Le fait de prévoir nos travaux et de convoquer les témoins à l'avance permet que cette procédure soit actualisée lors de chaque réunion du Comité. Selon nous, c'est important que cette motion de régie interne soit adoptée.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Voulez-vous discuter de la motion de M. Thériault?

Je vous dirais, monsieur Thériault, que le greffier fait tout ce qu'il peut pour faire exactement ce que prévoit la motion. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons besoin d'un avis de plusieurs jours avant de recevoir les témoins.

Dans tous les cas, comme personne ne demande à prendre la parole, nous allons passer au vote.

(La motion est adoptée.)

Le président: Merci, monsieur Thériault.

Monsieur Davies, je crois que vous souhaitez présenter une motion également.

M. Don Davies: Oui, merci.

Lors de la réunion du sous-comité du programme, tous les partis ont eu l'occasion de discuter de la motion. Je crois que je peux dire, au nom de tous les membres, qu'ils ont manifesté leur souhait de la voir adoptée par le comité principal.

Pour le bien des membres du Comité, et comme la discussion date d'un bon moment — et aussi pour les nouveaux membres du Comité —, le mardi 18 février 2020, nous avons adopté une motion voulant que le Comité adopte à nouveau les rapports qui avaient déjà été adoptés et présentés au gouvernement à la 42^e législature, mais pour lesquels nous n'avions pas obtenu la réponse du gouvernement.

Il y avait sept rapports: un sur la stratégie de lutte contre le diabète au Canada; un sur les commotions cérébrales liées aux sports; un sur les répercussions de l'abus de méthamphétamine au Canada; un sur les jeunes Canadiens, l'exercice et la santé; un sur la santé des communautés LGBTQIA2; un sur la violence subie par les travailleurs de la santé au Canada; une lettre écrite à la ministre de la Santé, au ministre de la Sécurité publique et au ministre des Services aux Autochtones pour demander une réponse à la lettre envoyée par le président du comité de la santé au sujet de la stérilisation forcée des femmes au Canada.

Soit dit en passant, toutes ces questions sont toujours d'actualité. Je propose donc à nouveau la motion aujourd'hui. Tout le monde a reçu l'avis à cet effet. Elle permettrait tout simplement au Comité d'adopter à nouveau les rapports, et permettrait au président de déposer ces rapports devant la Chambre afin d'obtenir une réponse du gouvernement — nous l'espérons — à leur sujet, ce qui s'est avéré difficile pour le Comité la dernière fois. La plupart des rapports — si ce n'est la totalité — ont été adoptés à l'unanimité.

Merci.

• (1425)

Le président: Merci, monsieur Davies.

Nous avons sept motions devant nous. Je ne sais pas s'il est possible de les adopter toutes en même temps.

Voulez-vous discuter de ces motions de façon générale? J'aimerais prendre le pouls des membres du Comité. Le greffier a transmis une copie des motions à tout le monde. Avez-vous des préoccupations ou des questions à leur sujet?

Comme il n'y en a pas, monsieur le greffier, serait-il approprié d'adopter les sept motions d'un seul coup?

Le greffier du Comité (M. Jean-François Pagé): S'il y a consentement unanime, oui.

Le président: Y a-t-il consentement unanime des membres du Comité en vue de l'adoption des sept motions en un seul vote?

Est-ce que quelqu'un s'oppose à cette façon de procéder? Personne ne s'y oppose.

(Les motions sont adoptées. [Voir le Procès-verbal]

Le président: Merci à tous.

Lorsque nous avons adopté ces motions il y a un peu plus d'un an, les conservateurs qui siégeaient alors au Comité avaient fait part de leur dissidence possible. J'avais dit que je les aviserais avant de déposer les rapports.

Mon intention, maintenant que le Comité a adopté les motions, est de déposer les rapports à la Chambre à la première occasion après notre pause de deux semaines. Les députés qui souhaitent présenter un rapport dissident devraient être présents à cette séance.

Y a-t-il d'autres sujets à aborder?

Comme nous n'avons pas d'autres sujets à aborder, je crois que nous allons clore la réunion.

Je vous remercie tous de votre présence. Je vous souhaite deux bonnes semaines constructives dans vos circonscriptions respectives. Nous nous reverrons sous peu.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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 des communes.

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 de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

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 House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>