



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

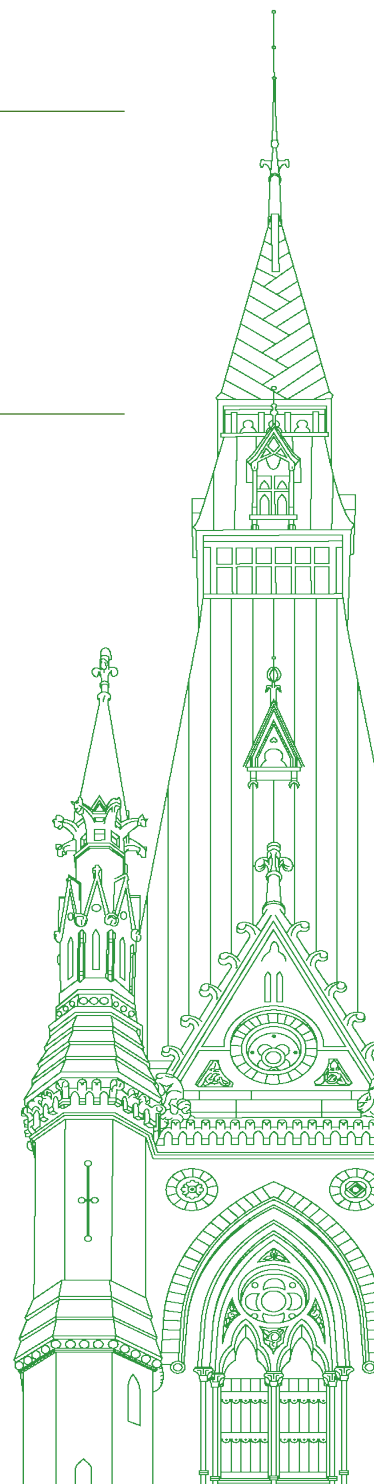
Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 003

Le jeudi 2 octobre 2025

Présidente : Hedy Fry



Comité permanent de la santé

Le jeudi 2 octobre 2025

• (1100)

[Français]

La présidente (L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.)): Bonjour, tout le monde.

J'ouvre maintenant la séance.

[Traduction]

Bienvenue à la troisième réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

[Français]

Nous reconnaissons que nous nous réunissons sur le territoire traditionnel non cédé du peuple anishinabe algonquin.

[Traduction]

La séance d'aujourd'hui se déroulera sous forme hybride, conformément au Règlement.

Je tiens à rappeler aux participants les consignes suivantes.

Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Je tiens à vous rappeler que vos observations doivent être adressées à la présidence. Je tiens également à vous rappeler de faire attention à votre communication audio, car nous ne voulons pas qu'un retour sonore endommage les oreilles de qui que ce soit.

Il y a un petit autocollant sur votre bureau sur lequel vous ne devez pas oublier de déposer votre téléphone afin d'éviter toute perturbation sonore.

Je prie les députés présents dans la salle de lever la main lorsqu'ils souhaitent prendre la parole. Je vous donnerai alors la parole. Comme il s'agit d'une réunion dont l'ordre d'intervention nous est connu, je tiens simplement à vous rappeler que, pendant la première série de questions, les interventions dureront six minutes. Pendant la deuxième série de questions, il y aura deux interventions de cinq minutes, et une intervention deux minutes et demie pour le Bloc. Ces interventions seront suivies de deux autres interventions de cinq minutes. Nous verrons combien de séries de questions nous aurons le temps de mener.

Comme tous les participants à la réunion sont présents dans la salle, je propose que nous passions directement aux deux heures d'audition sans les diviser en deux segments d'une heure.

Nous allons commencer l'audition.

Conformément à la motion adoptée le mardi 23 septembre, le Comité entamera la séance d'information en entendant les hauts fonctionnaires de Santé Canada...

[Français]

Luc Thériault (Montcalm, BQ): Madame la présidente, j'invoque le Règlement.

Vous avez décidé, comme ça, d'entrée de jeu, que nous allions tenir une seule réunion de deux heures plutôt que deux réunions d'une heure. Je vous ferais remarquer que, en ce qui concerne mon droit de parole, quand on tient deux réunions d'une heure, cela me donne un bloc de six minutes dans la deuxième heure.

Voulez-vous me donner deux minutes et demie de temps de parole pendant toute l'heure qui va suivre?

[Traduction]

La présidente: Excusez-moi, monsieur Thériault. Je ne vous entends pas. Je ne portais pas mon écouteur, et j'en suis désolée. Je vieillis, et je deviens sourde. Veuillez poursuivre.

[Français]

Luc Thériault: C'est parfait. Il n'y a pas de problème. Je souhaite que tout le monde mette ses oreillettes pour que je ne sois pas pris à vivre ça une autre fois aujourd'hui.

J'ai dit que vous aviez décidé, d'emblée, que nous tenions une réunion de deux heures plutôt que deux réunions d'une heure. Toutefois, je vous ferais remarquer que, lorsque nous tenons deux réunions d'une heure, j'ai le droit qu'on m'alloue un bloc de six minutes au début de la deuxième heure.

Votre décision implique-t-elle que, pendant la deuxième heure aujourd'hui, j'aurai juste des blocs de deux minutes et demie?

[Traduction]

La présidente: Je crois que, comme à l'habitude, le Bloc disposera de six minutes pendant la première série de questions. Toutefois, selon l'accord conclu au sein du Comité ces derniers temps et aujourd'hui, le Bloc disposera de deux minutes et demie pendant la deuxième série de questions, tandis que les libéraux et les conservateurs disposeront de cinq minutes chacun.

[Français]

Luc Thériault: Ce n'est pas ma question, madame la présidente. Je vais recommencer.

Nous tenons une réunion de deux heures. Nous nous entendons là-dessus, n'est-ce pas? Ainsi, au premier tour, j'aurais six minutes de temps de parole. Au deuxième tour, j'aurais deux minutes et demie de temps de parole. Je vous demande si je vais avoir deux minutes et demie pendant tout le reste de la réunion, ou bien si je vais pouvoir profiter d'un autre bloc de six minutes, comme c'est le cas quand nous faisons deux réunions d'une heure.

[Traduction]

La présidente: Non, car nous ne diviserons pas la séance en deux parties distinctes d'une heure. Nous tiendrons une seule séance complète. Nous allons donc procéder comme suit: les interventions de la première série de questions dureront six minutes, mais la deuxième série de questions se déroulera comme d'habitude, à moins que vous ne souhaitiez suggérer à vos collègues de vous accorder un temps de parole égal. Je suis disposée à envisager cette possibilité, si vous souhaitez leur en faire la demande.

Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Madame la présidente, je préconise que nous lui accordions une deuxième intervention de six minutes, et que nous puissions aller de l'avant.

Les conservateurs sont-ils d'accord?

Nous allons lui accorder deux interventions de six minutes.

La présidente: Je suis désolée, mais les interventions de la deuxième série de questions ne durent pas six minutes. Elles durent cinq minutes.

Marcus Powlowski: Non. Il pourrait disposer de six minutes pendant la deuxième et la troisième série de questions. C'est ce qu'il laisse entendre.

La présidente: Tous les députés acceptent-ils d'accorder le même temps de parole au Bloc?

Marcus Powlowski: Oui.

La présidente: Oui? C'est bien. Comme personne ne s'y oppose, c'est ce que nous ferons.

Je vous remercie, monsieur Thériault.

Je tiens à préciser que, conformément à la motion adoptée le mardi 23 septembre, le Comité commencera la séance d'information en entendant les hauts fonctionnaires de Santé Canada et la présidente de l'Agence de la santé publique du Canada.

Je souhaite la bienvenue à nos témoins. Je vais accorder cinq minutes de temps de parole aux représentants du ministère de la Santé, puis cinq minutes de temps de parole aux représentants de l'Agence de la santé publique du Canada. Je commencerai par donner la parole aux représentants du ministère de la Santé.

• (1105)

Aujourd'hui, nous accueillons Greg Orensak, sous-ministre; Jocelyne Voisin, sous-ministre adjointe principale, Direction générale des politiques de santé; Pamela Aung-Thin, sous-ministre adjointe, Direction générale des produits de santé et des aliments; Matt Jones, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs; Kendal Weber, sous-ministre adjointe, Direction générale des substances contrôlées et du cannabis; et Dre Supriya Sharma, conseillère médicale en chef.

Nous recevons également des représentants de l'Agence de la santé publique du Canada, notamment Nancy Hamzawi, présidente; Stephen Bent, vice-président, Direction générale de la réglementation, des opérations et de la gestion des urgences; et Michael Collins, vice-président, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques.

Les deux principaux responsables ont chacun cinq minutes pour faire leur déclaration préliminaire. Je vous donnerai un avertissement deux minutes avant la fin de votre intervention afin que vous

puissiez commencer à conclure vos propos, puis un autre avertissement 30 secondes avant la fin de votre intervention.

Si tout le monde est d'accord, nous allons commencer à entendre les interventions en cédant la parole à M. Orensak.

Veuillez commencer votre déclaration, monsieur.

Greg Orensak (sous-ministre, ministère de la Santé): Merci, madame la présidente. Merci, chers députés. Nous vous remercions de nous avoir invités à comparaître devant le Comité aujourd'hui. Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de discuter des priorités de Santé Canada et d'expliquer comment notre travail appuie les priorités du gouvernement du Canada.

[Français]

Au printemps dernier, le premier ministre a remis aux ministres une lettre de mandat commune énonçant sept priorités fondamentales. Aujourd'hui, je suis heureux de vous faire part de la manière dont Santé Canada contribue à la réalisation de ces objectifs.

[Traduction]

Je commencerai par parler de notre travail de modernisation de la réglementation.

Le gouvernement a lancé un examen des formalités administratives cet été. Dans notre cas, l'objectif consiste à éliminer les règles désuètes ou trop complexes et à réduire les doublons et les chevauchements de processus qui retardent la prise de décision, tout en continuant à accorder la priorité à la santé et à la sécurité.

[Français]

Le rapport de Santé Canada indique 42 mesures que le ministère et l'Agence de la santé publique du Canada prennent pour réduire le fardeau administratif, tout en continuant à protéger la santé et la sécurité de la population canadienne.

[Traduction]

Les principaux domaines d'intervention comprennent la réduction des barrières commerciales par l'harmonisation des normes internationales, l'amélioration de l'expérience client et de la prestation des services, l'adoption d'approches fondées sur les risques, la rationalisation des réglementations et la simplification des règles, ainsi que la promotion de nouveaux produits et de nouvelles technologies.

[Français]

Je vais maintenant aborder la question de l'approvisionnement en drogues illégales toxiques et de la crise des surdoses.

[Traduction]

Dans le cadre du Plan frontalier du Canada, Santé Canada collabore avec des partenaires de l'ensemble du gouvernement afin de perturber la production et la distribution illégales de drogues. Par exemple, nous fournissons des capacités nationales supplémentaires pour offrir aux organismes d'application de la loi et de santé publique du Canada des renseignements et des services de qualité relatifs au profil des drogues, afin de leur permettre de cibler de manière plus stratégique les mesures qu'ils prennent pour lutter contre la menace que représentent les drogues synthétiques.

Santé Canada a également mis sur pied une nouvelle unité de gestion des risques liés aux précurseurs chimiques afin de renforcer la surveillance et d'améliorer le contrôle pour favoriser la prise de mesures législatives et douanières en temps opportun. Plus tôt cette année, le Canada a mis en place de nouvelles mesures de contrôle pour trois précurseurs du fentanyl, en procédant en urgence à leur inscription dans les annexes de médicaments. Nous continuerons à faire progresser ces efforts.

[Français]

Du point de vue de la santé publique, nos efforts pour lutter contre la crise des surdoses et les risques liés à la consommation de substances sont guidés par la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances.

[Traduction]

La solidité d'un système de santé dépend de la disponibilité d'une main-d'œuvre compétente qui bénéficie d'un soutien adéquat. C'est pourquoi nous prenons des mesures concrètes pour aider un plus grand nombre de professionnels de la santé formés à l'étranger à mettre leurs compétences à profit ici, au Canada. Le but n'est pas seulement de recruter les meilleurs talents, mais aussi de leur fournir les outils, les ressources et le soutien dont ils ont besoin pour réussir leur intégration dans le monde du travail et commencer à soigner des patients le plus rapidement possible.

[Français]

La technologie joue également un rôle clé dans l'amélioration de l'accès. Nous nous efforçons de faire en sorte que chacun reçoive les soins dont il a besoin, et les outils numériques nous aident à concrétiser cet objectif. L'accès aux renseignements personnels sur la santé est essentiel. C'est pourquoi nous continuons à faire progresser le programme de données sur la santé avec les provinces et les territoires.

• (1110)

[Traduction]

La santé mentale est une autre priorité clé de Santé Canada. Nous travaillons avec nos partenaires des provinces et des territoires pour soutenir l'expansion des services intégrés destinés aux jeunes et des initiatives communautaires en matière de santé mentale grâce au Fonds pour la santé mentale des jeunes.

[Français]

Santé Canada continue également d'administrer des programmes qui contribuent à rendre la vie plus abordable pour la population canadienne.

[Traduction]

Par exemple, le Régime canadien de soins dentaires continue de prendre de l'ampleur, et plus de cinq millions de Canadiens sont désormais admissibles à cette couverture.

Nous continuons de nous concentrer sur notre mandat principal, qui consiste à aider les Canadiens à préserver et à améliorer leur santé.

Cette démarche est essentielle à la réussite du Canada, car lorsque les Canadiens sont en bonne santé, ils peuvent participer plus pleinement à la vie civique et économique de notre pays.

Je tiens à remercier le Comité pour le travail qu'il a accompli afin de nous aider à concrétiser nos priorités et, en fin de compte, à améliorer la santé de tous les Canadiens.

Voilà qui conclut mes observations liminaires. Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'exprimer..

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Orensak.

J'aimerais maintenant donner la parole à Nancy Hamzawi, présidente de l'ASPC. Allez-y.

Vous avez cinq minutes.

Nancy Hamzawi (présidente, Agence de la santé publique du Canada): Madame la présidente et honorables députés, merci de nous avoir invités à comparaître devant le Comité aujourd'hui. C'est un honneur d'être ici pour discuter du mandat et des priorités de l'Agence de la santé publique du Canada.

Un système de santé publique solide contribue à assurer la sécurité économique et nationale du Canada et est essentiel pour soutenir une main-d'œuvre saine et productive, la prospérité sociale et économique, ainsi que le bien-être à long terme de notre société.

[Français]

Le mandat de l'Agence de la santé publique du Canada consiste à améliorer la santé de toutes les personnes et les communautés au Canada en réagissant aux menaces pour la santé publique, en prévenant les maladies et les blessures, ainsi qu'en favorisant une bonne santé physique et mentale. Il s'agit notamment d'atténuer les répercussions des éclosons de maladies infectieuses et des urgences sanitaires, comme les pandémies et les catastrophes naturelles, sur la santé publique.

[Traduction]

Dans un contexte géopolitique de plus en plus complexe, l'Agence se concentre sur le renforcement de la résilience et de la préparation, ainsi que sur la contribution à la posture de défense du Canada.

Bien que le champ d'action de l'Agence soit vaste, trois préoccupations de santé publique sont au cœur de ses préoccupations cet automne: l'influenza aviaire hautement pathogène, les épidémies de rougeole en cours et la crise des drogues toxiques.

[Français]

En ce qui concerne la grippe aviaire, l'Agence, en collaboration avec les ministères et organismes du portefeuille de la Santé, ainsi qu'avec ses partenaires provinciaux et territoriaux, continue d'accroître les efforts liés à l'évaluation des risques, à la surveillance, à l'intervention, à la coordination et aux contre-mesures médicales, afin que nous soyons mieux préparés à protéger le public.

[Traduction]

Bien que le risque actuel pour la population reste faible, l'influenza aviaire peut provoquer des maladies graves chez les humains. Le Canada adopte une approche proactive et s'est déjà procuré 870 000 doses de vaccin contre l'influenza aviaire pour les humains afin d'aider les provinces et les territoires à protéger les Canadiens contre cette nouvelle menace mondiale.

Je vais maintenant parler de la rougeole. Ces 30 dernières années, l'Organisation mondiale de la santé estimait que le Canada avait officiellement éliminé la rougeole. Le Canada risque de perdre son statut de pays ayant éliminé la rougeole dès ce mois-ci, étant donné que la transmission se poursuit depuis plus d'un an.

Au 26 septembre, un total de 5 449 cas avaient été signalés à l'Agence. La majorité de ceux-ci sont liés à une épidémie qui a débuté en octobre 2024 et qui touche plusieurs administrations.

Globalement, le risque reste le plus élevé chez les personnes non vaccinées — 93 % des cas n'étaient pas vaccinés ou n'avaient pas d'antécédents vaccinaux connus — et chez les enfants, puisque dans 70 % des cas, les personnes touchées avaient moins de 18 ans.

[Français]

L'Agence surveille attentivement l'augmentation récente du nombre de cas de rougeole détectés à l'échelle mondiale et aide les provinces et les territoires, au besoin, à gérer les nouveaux cas au Canada.

[Traduction]

Le Canada déploie également des efforts considérables pour lutter contre la crise des drogues toxiques, qui a des répercussions sanitaires, sociales et économiques importantes et tragiques sur la société canadienne.

Au cours des 12 mois compris entre avril 2024 et mars 2025, notre dernière période de référence, nous avons enregistré une moyenne quotidienne de 18 décès liés à une intoxication aux opioïdes, 15 hospitalisations liées aux opioïdes, 64 visites aux urgences pour des intoxications liées aux opioïdes et 95 interventions des services médicaux d'urgence pour des surdoses suspectées d'être liées aux opioïdes. Il s'agit là de moyennes quotidiennes.

L'Agence surveille attentivement cette situation en constante évolution et propose des activités visant à faire progresser les politiques gouvernementales relatives aux drogues grâce à la surveillance et à la recherche appliquée, à des approches de prévention en amont et à des campagnes de sensibilisation du public ciblées.

L'excellence scientifique est au cœur de toutes les activités de l'Agence.

L'Agence dispose désormais d'un comité consultatif scientifique, composé d'experts externes chargés de fournir des avis scientifiques impartiaux et opportuns sur son calendrier scientifique et de recherche.

[Français]

Ce comité a pour mission de présenter des évaluations critiques des activités scientifiques proposées, notamment ce qui concerne la planification scientifique, l'innovation en matière de science et de recherche en santé publique, ainsi que la promotion de l'équité en santé.

[Traduction]

Vous avez peut-être vu dans les médias que l'Agence est en pleine transformation, puisqu'elle continue de réduire ses activités liées à la pandémie en vue d'adopter une posture durable axée sur son mandat en matière de sécurité sanitaire.

Au cours de cette période de recalibrage, nous restons fidèles à notre engagement envers les Canadiens, et nous poursuivons la réalisation de notre mandat en mettant davantage l'accent sur les réper-

cussions sur la santé publique et l'harmonisation avec le mandat et les missions du gouvernement. C'est l'engagement indéfectible envers la santé publique et le service public de tous les employés de l'ASPC qui motive le travail que nous accomplissons pour tous les Canadiens. J'ai le privilège d'observer et de constater cet engagement chaque jour.

C'est un privilège pour mes collègues et moi-même de comparaître aujourd'hui devant ce comité afin de vous parler de tous les travaux...

• (1115)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à la période des questions et réponses. Je tiens à préciser que chaque tour durera six minutes, et que ces six minutes comprennent à la fois les questions et les réponses. Je vous demande simplement de garder ce fait à l'esprit, et je vous préviendrai quand vous approcherez de la fin du temps imparti.

Nous allons commencer par un tour pour lequel chacun aura six minutes, et nous allons commencer avec M. Mazier, qui aura six minutes pour les conservateurs.

Monsieur Mazier, vous avez la parole.

Dan Mazier (Mont-Riding, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci aux fonctionnaires d'être présents ce matin.

Mes questions s'adressent à Santé Canada.

Madame Weber, Santé Canada est le ministère fédéral qui approuve les sites de consommation supervisée. Est-ce exact?

Kendal Weber (sous-ministre adjointe, Direction générale des substances contrôlées et du cannabis, ministère de la Santé): Oui, lorsqu'une demande d'exemption est présentée en vue de la création d'un site de consommation supervisée, Santé Canada examine cette demande sous l'angle de la santé et de la sécurité publiques.

Dan Mazier: Selon le site Web de Santé Canada, un site de consommation supervisée est un endroit où la « personne apporte sa drogue à un site pour la consommer » et « [s]elon le site, les drogues sont injectées, reniflées, inhalées ou consommées sous forme de pilules ».

Cette description est-elle toujours exacte?

Kendal Weber: Les sites de consommation supervisée offrent aux personnes un endroit où elles peuvent consommer des substances illégales sous surveillance, de sorte qu'en cas de surdose, elles puissent bénéficier d'une aide.

• (1120)

Dan Mazier: C'est un lieu où ils consomment, où les drogues sont injectées, reniflées et inhalées.

Kendal Weber: Oui.

Dan Mazier: C'est ce qu'ils font.

Certains sites de consommation supervisée agréés par le gouvernement fédéral autorisent-ils la consommation de crack, oui ou non?

Kendal Weber: L'approbation des sites de consommation supervisée tient compte des préoccupations en matière de santé publique et de sécurité publique. Ces sites offrent aux personnes qui consomment des substances un endroit supervisé où elles peuvent consommer des drogues illégales.

Dan Mazier: La consommation de crack pourrait être autorisée dans ces sites supervisés par le gouvernement fédéral.

Kendal Weber: Des drogues illégales sont consommées dans les sites de consommation supervisée, de sorte que les personnes...

Dan Mazier: Du crack, par exemple...

Kendal Weber: Il y a tout un éventail de drogues illégales.

Oui, des drogues illégales sont consommées dans les sites de consommation supervisée, afin que les personnes puissent bénéficier de la présence de professionnels de santé à proximité pour surveiller les cas de surdose et prévenir les décès.

Dan Mazier: L'utilisation de méthamphétamine est-elle autorisée dans ces sites?

Kendal Weber: Les substances illégales sont consommées dans des sites de consommation supervisée, afin que des professionnels de santé puissent être présents pour surveiller les cas de surdose.

Dan Mazier: La méthamphétamine est autorisée dans ces sites. C'est une substance illégale.

Kendal Weber: La consommation de substances illégales est autorisée dans les sites.

Ils demandent une dérogation à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances afin que des professionnels de la santé puissent être présents pour surveiller la consommation de drogues en cas de surdose.

Dan Mazier: Quelle est la drogue la plus couramment consommée dans les sites de consommation supervisée approuvés par Santé Canada?

Kendal Weber: Je ne sais pas quelle est la drogue la plus couramment consommée, mais je soupçonne qu'il s'agit du fentanyl, étant donné que le plus grand nombre de décès que nous observons actuellement est lié à la consommation de fentanyl illégal au Canada et dans tout le pays.

Dan Mazier: Oui, vous avez raison. D'après votre site Web, il s'agit bien du fentanyl.

Quarante-neuf pour cent des personnes qui fréquentent les sites de consommation supervisée approuvés par votre ministère consomment du fentanyl. Est-ce exact?

Kendal Weber: L'important, c'est que les sites de consommation supervisée cherchent... Les organismes demandent une exemption à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances afin que les personnes puissent s'y rendre et consommer des substances illégales. Un professionnel de la santé supervise la consommation afin d'intervenir en cas de surdose.

Dan Mazier: Pourtant, selon votre site Web, 49 % de ces visites sont liées au fentanyl. C'est tout ce que je veux confirmer.

Les renseignements qui figurent sur votre site Web sont-ils exacts?

Kendal Weber: Oui. Dans tout le Canada, il y a des personnes qui consomment du fentanyl illégal. Ces sites leur offrent un endroit où ils peuvent se rendre pour en consommer, et un professionnel de la santé est présent pour les surveiller et les aider en cas de surdose, afin d'éviter tout décès.

Dan Mazier: Merci, madame la présidente.

Santé Canada examine actuellement une demande visant à ouvrir un site de consommation supervisée à Whitehorse, au Yukon. Ce site se trouve à seulement 200 mètres de l'école primaire École Whitehorse, à 300 mètres de la garderie Kidz Learnville et à 400 mètres de la garderie Footprints.

Pouvez-vous vous engager aujourd'hui à rejeter cette demande, compte tenu de la proximité de ces écoles et garderies?

Kendal Weber: Si cette demande a été soumise aux fins d'examen, nous l'évaluerons sous l'angle de la santé et de la sécurité publiques.

L'un des éléments clés d'une demande d'exemption émanant de la communauté est la consultation de cette dernière. Il s'agit d'un élément essentiel de la demande présentée par la communauté: l'examen de la consultation de la communauté, ainsi que des besoins en matière de santé et de sécurité publiques.

Dan Mazier: Vous n'êtes donc pas prête à vous engager aujourd'hui à rejeter cette demande, alors qu'elle est sur le point d'aboutir. Des drogues illégales sont à 200 mètres des écoles et garderies publiques, et vous n'êtes pas prête à vous engager aujourd'hui. Vous ne pouvez donner aucune indication au public sur la manière dont vous envisagez cette question et sur le fait que vous rejetterez ou envisagerez sérieusement de rejeter cette proposition.

Kendal Weber: Nous examinons chaque demande d'exemption au cas par cas...

Dan Mazier: Vous ne pouvez pas me répondre par oui ou par non. D'accord. Très bien. J'ai une autre question à vous poser.

Est-ce que Santé Canada rejette automatiquement les demandes d'ouverture de sites de consommation supervisée s'ils sont situés à proximité d'écoles ou de garderies, oui ou non?

Kendal Weber: Notre loi ne prévoit pas d'interdiction relative à la distance par rapport à une école. Certaines provinces canadiennes ont toutefois imposé des restrictions à cet égard. Plus particulièrement...

Dan Mazier: Santé Canada a-t-il déjà reçu des signalements concernant la présence de drogues abandonnées, de seringues usagées ou de pipes à crack dans les cours d'école ou les terrains de jeux des garderies situés à proximité des sites de consommation supervisée approuvés par le ministère?

• (1125)

Kendal Weber: Je ne peux pas me prononcer sur les plaintes. Nous sommes conscients qu'il y a une consommation publique de substances dans les collectivités.

Dan Mazier: Aucun rapport n'a jamais atterri sur votre bureau.

Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci.

Je donne maintenant la parole à M. Eyolfson, du Parti libéral, pour six minutes.

Doug Eyolfson (Winnipeg-Ouest, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tous d'être présents. Je suis ravi de vous voir tous ici aujourd'hui.

J'ai des questions complémentaires à poser à Mme Weber au sujet des sites de consommation supervisée.

À votre connaissance, combien de décès par surdose se sont produits dans des sites de consommation supervisée au Canada?

Kendal Weber: Il n'y a eu aucun décès, mais les sites ont répondu à plus de 65 000 cas de surdoses et ont été consultés plus de 5,3 millions de fois.

Doug Eyolfson: Peut-on raisonnablement supposer que si ces personnes avaient consommé des drogues ailleurs que dans un site de consommation supervisée, elles auraient couru un risque nettement plus élevé de décéder?

Kendal Weber: Si les moyens nécessaires, comme l'utilisation de naloxone, n'avaient pas été disponibles pour sauver ces personnes, c'est possible.

Doug Eyolfson: Merci.

Certaines personnes ont signalé avoir trouvé des pipes à crack ou des seringues usagées à proximité de ces lieux.

Dans un site de consommation supervisée, lorsqu'une personne utilise une seringue, l'emporte-t-elle avec elle ou est-elle jetée sur place?

Kendal Weber: Il y a un système d'élimination sécurisé sur place.

Doug Eyolfson: Merci.

Existe-t-il des estimations concernant la prévention des maladies? Nous savons que la réutilisation des seringues peut augmenter le risque de transmission de maladies comme le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C. Existe-t-il des données ou des preuves concernant la distribution de seringues propres aux personnes qui fréquentent ces sites... Quelle est l'ampleur du fardeau lié à la maladie qui a pu être évité grâce à ces sites?

Kendal Weber: Oui, absolument, il en découle une réduction du fardeau lié aux maladies. Le concept des sites de consommation supervisée remonte en fait à plusieurs décennies, à l'époque où le VIH et d'autres maladies infectieuses ont fait leur apparition.

Doug Eyolfson: Merci.

Madame Hamzawi, en ce qui concerne l'atténuation des épidémies, la littérature médicale contient différentes estimations à ce sujet. Les mesures de santé publique prises pendant la pandémie ont été controversées et n'ont pas été acceptées par beaucoup de gens. Existe-t-il une estimation du nombre de vies qui ont été sauvées au Canada grâce aux mesures de santé publique qui ont été prises dans ce pays?

Nancy Hamzawi: Je n'ai pas le chiffre exact sous les yeux, mais je pourrai vous communiquer le nombre de vies sauvées.

Doug Eyolfson: Ai-je raison de comprendre que la mortalité relative due à la COVID au Canada pendant la pandémie a représenté un tiers de celle des États-Unis?

Nancy Hamzawi: Elle a été nettement inférieure, et ce, grâce à la plus grande campagne de vaccination de l'histoire du Canada, au cours de laquelle 152 millions de vaccins ont été administrés à travers le pays.

Doug Eyolfson: Merci.

Nous parlons de l'épidémie de rougeole et de sa progression. Hier, j'ai vu un autre titre dans les journaux du Manitoba annonçant une nouvelle épidémie importante. C'est ma province d'origine. Avons-nous des stratégies pour améliorer la couverture vaccinale au Canada?

Nancy Hamzawi: En ce qui concerne plus particulièrement la rougeole, je tiens à souligner que nous collaborons activement avec les provinces et les territoires dans ce domaine. Nous déployons tous les efforts possibles, et le député et moi-même avons d'ailleurs rencontré nos homologues la semaine dernière à Edmonton, où nous avons discuté de la rougeole et du fait que tous les gouvernements sont confrontés à ce problème. Nous collaborons afin de fournir les meilleurs renseignements possibles aux Canadiens.

Les vaccins sont notamment distribués aux populations particulièrement vulnérables, afin qu'elles disposent des renseignements nécessaires pour prendre les bonnes décisions.

● (1130)

Doug Eyolfson: Merci.

J'ai entendu certaines allégations selon lesquelles certaines épidémies de rougeole et d'autres maladies infectieuses récentes étaient dues à l'augmentation de l'immigration au Canada. Existe-t-il des données qui corroborent cette affirmation?

Nancy Hamzawi: Je ne connais aucune donnée qui corrobore cette affirmation.

Comme je l'ai déjà mentionné, 93 % des cas concernent des personnes non vaccinées.

Doug Eyolfson: Merci.

Combien de temps me reste-t-il, madame la présidente?

La présidente: Il vous reste 26 secondes.

Doug Eyolfson: Je ne pense pas pouvoir poser une question intéressante en si peu de temps.

Merci beaucoup.

La présidente: Nous passons maintenant au Bloc québécois.

Monsieur Thériault, vous avez six minutes.

[Français]

Luc Thériault: Merci beaucoup, madame la présidente.

Bonjour à tous.

Madame Hamzawi, je tiens d'abord à vous féliciter pour votre nouveau poste.

Au début septembre, vous avez indiqué que vous alliez supprimer 320 postes. Vous avez aussi dit à ce moment-là que cela vous amènerait à redéfinir les priorités, à rationaliser certains programmes et, dans certains cas, à cesser carrément certaines activités. Y a-t-il des priorités que vous allez abandonner? Si oui, lesquelles? Quelles activités allez-vous cesser?

Nancy Hamzawi: Merci beaucoup de la question.

Je veux souligner que nous avons été très sérieux dans notre prise de décisions visant l'ajustement des programmes de l'Agence, laquelle a été créée à la suite d'une crise pandémique. Notre priorité, c'est la sécurité sanitaire.

Nos compressions portant plutôt sur la réduction des effectifs, nous allons maintenir le spectre d'activités de l'Agence. Par exemple, la direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques continuera ses activités réglementaires. Grâce aux leçons que nous avons apprises de la pandémie de la COVID-19, nous allons renforcer nos capacités dans quelques domaines, par exemple la surveillance des eaux usées et la génomique. Ce sont des capacités que nous n'avions pas avant la pandémie. Il y aura des compressions dans plusieurs domaines mais, jusqu'à maintenant, l'Agence ne cessera aucune activité en particulier.

Luc Thériault: Donc, vous ne pouvez pas me dire aujourd'hui quelles activités cesseront ni quelles priorités seront abandonnées.

En passant, je vous suis reconnaissant de parler en français mais, si vous êtes plus à l'aise en anglais, je peux avoir accès à l'interprétation. Cela ne me dérange pas. Cela peut accélérer le rythme de notre conversation et ainsi me donner plus de temps pour poser mes questions.

Nancy Hamzawi: Je vais essayer de parler plus vite en français.

L'accent est sur la sécurité sanitaire. Nous n'allons pas abandonner de priorités, nous allons ajuster nos effectifs dans toutes nos activités.

Luc Thériault: Ce que j'avais compris, c'est que l'ensemble des compressions s'appliquait à l'ensemble des programmes, et que cela pouvait aussi toucher les activités du Laboratoire national de microbiologie. À ce que je sache, le travail du Laboratoire est assez essentiel en matière de recherche, de tests diagnostiques, de surveillance et de confinement des maladies. Ce dernier joue également un rôle crucial dans la biosécurité nationale, et même internationale.

Pourquoi supprimer des emplois là? Comment garantissez-vous qu'on ne jouera pas dans le même film prépandémique où un gouvernement — pas le dernier, mais le précédent — avait supprimé des programmes et nous avait mis dans une situation où la pandémie nous a heurtés de plein fouet? Comment nous assurez-vous que la population ne sera pas mise en danger alors qu'un organisme aussi essentiel que celui-là subira des compressions?

• (1135)

Nancy Hamzawi: Les compressions budgétaires ne sont pas les mêmes dans chacune des directions générales. Par exemple, la direction générale du laboratoire national de microbiologie est celle qui a été la moins touchée. Elle a subi une réduction de 4 %, et celle-ci touchait plutôt des domaines où l'on pouvait réaliser des gains d'efficacité ou des domaines où l'on faisait de la recherche universitaire plutôt que de la recherche appliquée. C'est donc la direction générale qui a été la moins touchée au sein de l'Agence.

Les 320 postes représentent 10 % de notre effectif actuel. Par exemple, dans les directions générales comme le groupe qui m'appuie et qui appuie l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, il y a eu une réduction de 50 %. Nous avons donc essayé de faire des compressions du côté de la surveillance et de l'administration, pour éviter de toucher aux programmes qui sont cruciaux pour la santé des Canadiens.

Luc Thériault: Vous avez parlé de la rougeole et des maladies infectieuses, tout à l'heure. On sait qu'il y a un problème concernant les vaccins, et on pourra y revenir, mais pouvez-vous nous assurer que vous avez tout ce qu'il faut pour faire face à cette tendance et au fait que des maladies aux conséquences graves vont ressurgir?

Nancy Hamzawi: Oui, je suis absolument convaincue que nous avons les ressources nécessaires. Nous sommes prêts.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Thériault. Nous passons maintenant au deuxième tour de questions.

J'aimerais clarifier une chose. Je crois comprendre que, lors du deuxième tour, M. Thériault disposait de six minutes, puis qu'il ne disposera plus que de deux minutes et demie lors des tours suivants. C'est ce que j'ai compris.

Est-ce exact?

Il acquiesce. Merci.

Je donne maintenant la parole à Mme Konanz, pour le Parti conservateur. Madame Konanz, vous avez cinq minutes.

Helena Konanz (Similkameen—Okanagan-Sud—Kootenay-Ouest, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci à tous les experts présents dans la salle. Je suis impatiente d'en savoir plus sur vos priorités.

Je pense que je vais poser ma première question à Mme Weber.

En 2023, le gouvernement de la Colombie-Britannique et le gouvernement fédéral ont créé un programme pilote permettant à toute personne adulte de posséder des drogues dures illicites en Colombie-Britannique. Depuis lors, plus de 6 000 personnes — maris, femmes, filles, fils — sont décédées de causes liées aux drogues. C'est un phénomène qui a ravagé nos collectivités.

Ce programme pilote de décriminalisation prendra fin en janvier 2026. À ce jour, avez-vous reçu une demande du gouvernement de la Colombie-Britannique visant à prolonger cette expérience mortifère?

Kendal Weber: Non, nous n'en avons pas reçu.

Helena Konanz: Si vous me le permettez, madame Weber, je vais vous poser une autre question par l'intermédiaire de la présidente.

Il s'agissait d'un projet pilote approuvé par le gouvernement fédéral. J'aimerais savoir — et je suis certaine que les habitants de la Colombie-Britannique aimeraient eux aussi le savoir — quels sont les trois principaux indicateurs que vous utilisez ou que vous avez utilisés pour évaluer le succès de ce projet pilote.

Kendal Weber: La décriminalisation — l'objectif de l'exemption relative à la possession personnelle de certaines drogues — visait à réduire la stigmatisation et à atténuer la crainte de poursuites pénales qui empêche les gens de demander de l'aide. Il s'agit de la première exemption de ce type, et je pense qu'il est important de souligner que tout au long de l'exemption et de la supervision du projet pilote, les consultations avec les parties prenantes se sont poursuivies. La Colombie-Britannique est en fait intervenue à deux reprises pour demander la modification de l'exemption.

Ainsi, à l'heure actuelle, l'exemption est limitée à la possession personnelle à domicile, dans les cliniques de traitement des dépendances et dans les sites de prévention des surdoses. Son champ d'application est donc assez limité, et la consommation reste illégale dans les lieux publics.

Helena Konanz: Excusez-moi, madame Weber. Ce sont des renseignements très intéressants, mais quels sont les critères que vous utilisez pour juger du succès de ce projet? Nous avons vu des milliers de personnes mourir dans les rues des villes de Colombie-Britannique. De nombreux experts ont recommandé de mettre fin à ce projet. Je présume que vous utilisez certains critères, car s'il n'y en avait pas, le programme n'aurait pas duré jusqu'à maintenant.

• (1140)

Kendal Weber: Nous exigeons des rapports trimestriels de la province de Colombie-Britannique. Ces rapports sont publiés sur leur site Web. Les rapports, la surveillance et les critères d'évaluation s'articulent autour de quatre volets. Le premier volet concerne l'utilisation des services de santé, le deuxième concerne le bien-être des personnes qui consomment des drogues, le troisième concerne l'application de la loi et le quatrième porte bien entendu sur la sensibilisation et la compréhension du public à l'égard de la décriminalisation.

Chaque trimestre, la province rend compte des différents indicateurs relevant de ces quatre thèmes. Ces rapports sont publiés sur son site Web afin que le public puisse en prendre connaissance.

Helena Konanz: Je présume que vous estimez que ce programme est une réussite, car si ce n'était pas le cas, vous ne l'auriez pas maintenu jusqu'à ce jour.

Malheureusement, nous avons des toxicomanes qui errent dans les rues comme des zombies. Ils sont sous l'emprise de la drogue. Est-ce que cela est considéré comme un résultat acceptable dans le cadre de ce programme pilote?

Kendal Weber: Nous continuons à surveiller l'exemption. Elle vient à échéance en janvier 2026 et elle n'a fait l'objet d'aucune demande de renouvellement. Elle a été modifiée à deux reprises...

Helena Konanz: Excusez-moi.

Si vous recevez une demande de prolongation de la part du gouvernement de la Colombie-Britannique, allez-vous agréer à cette demande?

Kendal Weber: Nous ne sommes pas encore à la fin de la phase pilote. Lorsque la demande sera présentée, cela se fera en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Le cas échéant, nous examinerons la santé et la sécurité publiques et nous tiendrons compte des indicateurs.

Helena Konanz: À l'heure actuelle, plusieurs collectivités nous ont demandé de mettre fin à ce programme. Nous avons également reçu des demandes de la GRC. Nous avons reçu des demandes de l'association des chefs de police de la Colombie-Britannique et de l'Association canadienne des chefs de police aux termes desquelles le gouvernement fédéral est prié de revenir sur sa position.

Pourquoi votre organisme n'est-il pas revenu sur cette décision, alors que vous avez la possibilité de donner cet avis au ministre?

Kendal Weber: La province de Colombie-Britannique est effectivement intervenue pour demander des modifications à l'exemption. Nous avons apporté deux modifications. Comme je l'ai mentionné précédemment, l'exemption est désormais limitée aux quatre endroits où les policiers ne peuvent pas posséder...

Helena Konanz: Excusez-moi.

Croyez-vous que ce programme est une réussite?

Kendal Weber: L'application de l'exemption n'est pas arrivée à terme. Il s'agit d'une exemption de trois ans qui s'étend jusqu'en janvier 2026.

La présidente: Excusez-moi, votre temps est écoulé.

Je passe maintenant à la deuxième personne du Parti libéral.

Madame Sidhu, vous avez cinq minutes.

Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je remercie tous les représentants qui ont comparu devant le Comité aujourd'hui pour faire profiter les Canadiens de leurs précieuses connaissances.

Mes premières questions, qui portent sur l'intelligence artificielle, iront à Santé Canada.

Plus tôt cette année, le gouvernement fédéral a annoncé les principes directeurs pancanadiens relatifs à l'utilisation de l'intelligence artificielle, ou IA, dans le domaine de la santé. Pouvez-vous expliquer au Comité comment ces principes directeurs pourraient jouer un rôle transformateur en ce qui concerne la modernisation du système de santé canadien?

Greg Orensak: Ces principes ont été élaborés en collaboration avec les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral. Ils visent à garantir la confidentialité, la transparence et la reddition de comptes. Ils sont conformes à certaines des meilleures pratiques internationales en la matière. Ils fournissent certaines règles à suivre pour une adoption sûre et fiable de l'IA dans le système de santé canadien.

Ces principes visent à favoriser la confiance du public à l'égard de l'IA et l'utilisation responsable de cette dernière dans le domaine de la santé. Enfin, compte tenu de la participation étendue des provinces et des territoires, ils contribuent à assurer l'uniformité des pratiques à l'échelle du pays.

Sonia Sidhu: Pouvez-vous expliquer au Comité le rôle que l'IA peut jouer dans l'avenir des systèmes de santé?

Pensez-vous que l'adoption de l'IA dans le système de santé contribue à accroître l'efficacité des diagnostics dans les soins primaires et les soins d'urgence?

Greg Orensak: Pour ce qui est de l'adoption, je pense qu'il existe de nombreuses façons prometteuses dont l'IA peut contribuer à transformer les soins de santé de différentes manières, de la détection des maladies à l'amélioration des diagnostics, tout en veillant au maintien de normes rigoureuses et à l'utilisation appropriée des ressources.

Nous constatons une adoption et un succès considérables dans les cabinets médicaux pour la prise de notes assistée par IA, par exemple. Cela contribue à alléger une partie du fardeau administratif qui pèse sur les praticiens.

L'IA est utilisée dans les hôpitaux pour prédire certains événements. Elle est également utilisée pour prédire les temps d'attente.

Elle contribue également à soutenir la recherche et l'innovation en fonction de données standardisées de qualité afin de permettre l'utilisation de ce type de technologies en santé.

• (1145)

Sonia Sidhu: Merci.

Nous avons entendu parler de l'allongement des temps d'attente. Pensez-vous que cela puisse réduire les temps d'attente et optimiser l'allocation des ressources médicales? Croyez-vous cela possible?

Greg Orensak: Il y a des exemples de ce type de déploiement dans des environnements vastes et complexes, comme les hôpitaux, par exemple. Donc oui, l'IA a effectivement été déployée de cette façon.

Sonia Sidhu: Ma prochaine question s'adresse à Santé Canada et à l'Agence de la santé publique du Canada, ou ASPC, donc n'importe qui peut répondre.

Compte tenu du processus actuel des essais cliniques au Canada et du fait que certains Canadiens se font soigner aux États-Unis ou dans d'autres pays pour accélérer le processus, pouvez-vous expliquer au Comité ce que fait Santé Canada pour simplifier ce processus tout en préservant nos normes de santé?

Greg Orensak: Les essais cliniques jouent évidemment un rôle très important dans l'avancement de la recherche en santé et l'efficacité des traitements médicaux, et il s'agit d'un écosystème très actif.

À Santé Canada, nous mettons en place de nouveaux règlements visant à simplifier les processus afin qu'un plus grand nombre d'essais cliniques puissent se tenir au Canada en soutien à l'innovation et à l'accès aux médicaments pour les patients canadiens.

Sonia Sidhu: Je vais m'arrêter là.

La présidente: Je vous remercie.

Monsieur Thériault, du Bloc québécois, vous avez la parole pour six minutes.

[Français]

Luc Thériault: Merci, madame la présidente.

Madame Weber, je veux qu'on parle des recommandations 48 et 42 du rapport final du comité d'experts qui a fait l'examen législatif de la Loi sur le cannabis.

Vous savez sans doute que, depuis l'entrée en vigueur de la Loi, plusieurs problèmes ont été créés. Par exemple, le fait que quatre personnes puissent cultiver du cannabis à une même adresse a donné lieu à des abus et à des quantités produites exagérément élevées. Sur le site Web de Santé Canada, on dit encore que c'est possible en vertu des règles.

À quel moment allez-vous appliquer la recommandation du comité d'experts pour qu'une seule personne par lieu puisse cultiver le cannabis?

[Traduction]

Kendal Weber: Je n'ai pas les chiffres sur lesquels reposent ces recommandations. Parlez-vous de la production de cannabis à des fins personnelles et du nombre de licences qui sont autorisées par foyer? Est-ce bien de cela qu'il est question?

[Français]

Luc Thériault: C'est pour la production à des fins médicales.

[Traduction]

Kendal Weber: La question porte sur l'utilisation à des fins médicales. D'accord.

[Français]

Luc Thériault: On permettait à quatre personnes de produire du cannabis dans un même lieu. Ça a donné lieu à des exagérations. Le comité d'experts a dit qu'il fallait réduire cette limite à une personne

par lieu. Quand allez-vous mettre en place cette recommandation? Plusieurs personnes attendent ça.

Kendal Weber: Merci.

[Traduction]

Pour la culture de cannabis utilisé à des fins médicales, nous autorisons jusqu'à quatre personnes par foyer. Nous avons pris des mesures importantes pour révoquer ou refuser ces autorisations si nous constatons que des personnes cultivent de plus grandes quantités que ce que leur médecin autorise. Elles consultent leur médecin, qui fait la recommandation...

• (1150)

[Français]

Luc Thériault: Il y a un problème: vous n'avez pas l'intention d'appliquer la recommandation du comité d'experts, mais même les autorités policières ne peuvent pas intervenir étant donné que la loi est ainsi faite. Or, quand les policiers doivent intervenir, ils doivent intervenir parce qu'on est allé au-delà de ce qui était permis par la loi.

Cela dit, j'aimerais aussi vous parler de la recommandation 42 du comité d'experts, selon laquelle on devrait permettre aux pharmaciens de distribuer des produits du cannabis aux personnes qui détiennent une autorisation médicale. L'Association québécoise des pharmaciens propriétaires nous dit que les pharmaciens sont les mieux placés pour assurer la surveillance thérapeutique du cannabis à des fins médicales. Les patients pourraient ainsi bénéficier de leurs conseils professionnels, notamment en lien avec les interactions. En effet, les gens qui prennent du cannabis à des fins médicales prennent souvent d'autres médicaments aussi.

Est-ce que vous avez l'intention d'appliquer cette recommandation en permettant la distribution de cannabis à des fins médicales par les pharmaciens propriétaires? Ça se fait en Australie, en France, en Allemagne, en Israël, en Italie et au Royaume-Uni.

Kendal Weber: Merci de la question.

[Traduction]

Pour la distribution dans les points de vente au détail, la surveillance incombe aux gouvernements provinciaux. Si la volonté est de distribuer le cannabis dans les pharmacies, cela peut être envisagé à l'échelon provincial. L'accès à des fins médicales se fait par l'intermédiaire des titulaires de licences fédérales, et c'est quelque chose que nous continuons à surveiller. Pour ce qui est des points de vente au détail et de la vente en pharmacie, c'est également aux provinces qu'il appartient d'examiner la question.

[Français]

Luc Thériault: Cependant, il y a une disposition dans la loi qui fait que la distribution ne se fait pas nécessairement par des pharmaciens. Effectivement, les gouvernements provinciaux peuvent légiférer en la matière. Toutefois, votre ministère va-t-il être proactif quant à cette recommandation et faire valoir que c'est effectivement une solution plus sécuritaire pour les patients?

[Traduction]

Kendal Weber: Cela implique vraiment une collaboration avec les provinces, étant donné leur compétence en ce qui concerne la vente au détail et la surveillance des pharmacies.

[Français]

Luc Thériault: Cela veut-il dire qu'il faut être attentiste?

Un comité d'experts vous dit que c'est une solution importante pour la sécurité des patients. Allez-vous faire la promotion de cela, ou plutôt être attentiste et attendre que, tout à coup, les provinces décident de le faire? Avez-vous un plan ou non à cet égard, ou êtes-vous en train de me dire que le comité d'experts a outrepassé son mandat?

[Traduction]

Kendal Weber: Non. Le comité d'experts a fait un excellent travail. Il a mené des consultations approfondies et formulé un certain nombre de recommandations. Certaines d'entre elles s'adressaient expressément au gouvernement fédéral et plusieurs appelaient à une collaboration entre les autorités fédérales, provinciales et territoriales. Dans ce domaine, il est important que nous travaillions avec les provinces et les territoires qui souhaitent approfondir cette question.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Thériault.

Nous passons maintenant aux conservateurs pour cinq minutes. Monsieur Bailey, vous avez la parole.

Burton Bailey (Red Deer, PCC): Merci, madame la présidente.

Je pose ma question à Santé Canada. La stratégie antitabac s'est donné comme objectif de portée nationale de réduire à 5 % d'ici 2035 la proportion de gens qui consomment du tabac. Quelle est l'estimation actuelle du nombre de Canadiens qui fument la cigarette — un pourcentage suffira?

Greg Orensak: Selon les données de 2024, environ 11 % de la population canadienne âgée de 18 ans ou plus a fumé des cigarettes au cours des 30 derniers jours.

Burton Bailey: Santé Canada dispose-t-il de données actualisées, recueillies depuis 2022, qui prouvent que la stratégie antitabac fonctionne?

Greg Orensak: Nous continuons de recevoir des données sur les taux de tabagisme et de vapotage chez les Canadiens. Nous poursuivons donc notre suivi à ce sujet.

Burton Bailey: L'un des quatre thèmes principaux de la stratégie consiste à aider les Canadiens à cesser de fumer en « fournissant de l'information sur les sources de nicotine moins nocives et en rendant celles-ci accessibles ». Selon votre évaluation, les sachets de nicotine utilisés à des fins thérapeutiques sont-ils une source moins nocive de nicotine?

• (1155)

Greg Orensak: Comme vous le savez, le tabagisme est l'une des principales causes de maladies évitables et de décès prématurés. Nous nous engageons à continuer d'aider les gens à arrêter de fumer, à empêcher les enfants d'avoir accès aux produits de vapotage et à rechercher des moyens d'aider les fumeurs à arrêter.

Burton Bailey: Les données de 2022-2025 suggèrent que l'utilisation de sachets de nicotine comme alternative à la cigarette a entraîné une baisse marquée des ventes de cigarettes d'environ 4 % selon la réglementation de Santé Canada. Pourquoi la vente de sachets a-t-elle été approuvée par Santé Canada au départ?

Greg Orensak: Les sachets de nicotine ont été approuvés comme étant l'un des produits existants qui permettent aux gens de consommer de la nicotine, mais qui sont moins nocifs que la cigarette.

Burton Bailey: Madame la présidente, j'ai du mal à entendre M. Orensak. Peut-on augmenter le volume de son micro ou... Je ne l'entends pas.

La présidente: Nous allons suspendre votre temps de parole le temps de trouver ce qui ne va pas.

Burton Bailey: Je vous remercie.

La présidente: Votre volume est-il plus fort maintenant?

Burton Bailey: D'accord, je vais réessayer.

Pourquoi l'ancien ministre de la Santé, Mark Holland, a-t-il décidé unilatéralement de limiter la vente des sachets de nicotine de substitution aux pharmacies, rendant ainsi l'accès à ces produits beaucoup plus difficile pour ceux qui cherchent une alternative à la cigarette?

Greg Orensak: En août 2024, Santé Canada a publié un arrêté ministériel introduisant de nouvelles mesures concernant les thérapies de substitution nicotinique. Cette mesure a été prise en grande partie en raison des préoccupations exprimées par les professionnels de la santé concernant l'utilisation par les jeunes de ces thérapies — comme les sachets — à des fins récréatives.

Burton Bailey: Afin d'aider les Canadiens à arrêter de fumer et d'aider Santé Canada à atteindre son objectif de réduire à 5 % ou moins d'ici 2035 la proportion de gens qui consomment du tabac, ne serait-il pas logique de permettre aux Canadiens d'avoir accès aux sachets de nicotine?

Greg Orensak: Les sachets de nicotine restent accessibles aux Canadiens. Ils sont disponibles dans les pharmacies, derrière le comptoir. Les Canadiens qui choisissent d'utiliser ce type de thérapie de substitution nicotinique peuvent toujours y avoir accès.

Les mesures prises par l'ancien ministre visaient principalement à protéger les jeunes contre les méfaits de l'utilisation récréative de ces sachets.

Burton Bailey: Santé Canada donnera-t-il aux Canadiens la liberté de choisir d'arrêter de fumer en annulant l'ordonnance de l'ancien ministre libéral de la Santé et en soumettant la vente des sachets de nicotine à la même réglementation que pour les cigarettes, c'est-à-dire de réserver la vente de ces produits aux adultes munis d'une pièce d'identité valide délivrée par le gouvernement? Le fera-t-il afin d'empêcher les jeunes d'avoir l'accès à ces produits, mais sans toutefois cesser d'épauler les Canadiens qui souhaitent arrêter de fumer?

Greg Orensak: Nous continuerons d'examiner et d'étudier de nombreuses sources de données pour étoffer ces nouvelles règles, y compris les données sur l'attrait des arômes pour les jeunes, par exemple, ainsi que tous les commentaires que nous recevons dans le cadre des consultations. Nous continuerons d'examiner les facteurs de risque quant aux mesures qui pourraient permettre d'atténuer les méfaits de façon appropriée — en particulier ceux qui touchent les jeunes —, tout en continuant de trouver le juste équilibre pour maintenir l'accès aux outils d'aide au sevrage tabagique pour ceux qui en ont besoin.

La présidente: Merci. Votre temps est écoulé, monsieur Bailey.

La parole est maintenant à M. Powlowski, pour cinq minutes.

Marcus Powlowski: Plusieurs d'entre nous faisaient partie du Comité lors de l'éclosion de la COVID-19, notamment M. Thériault et Mme Sidhu. Je vois Todd Doherty assis là-bas; je pense qu'il y siégeait aussi à ce moment-là.

Dans les semaines qui ont précédé la COVID-19, nous avons reçu la Dre Tam et le Dr Njoo, je crois. Nous leur avons demandé d'évaluer le niveau de risque. À peine quelques semaines avant le confinement de notre société, on nous a dit à maintes reprises que le risque était faible. Cependant, si on s'était rendu dans n'importe quel vestiaire ou aréna à Thunder Bay pour poser la question à une équipe de hockey amateur, la majorité aurait répondu: « Oui, ça s'en vient. »

Selon moi, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada ont sous-estimé le risque. Je pense que notre réponse à la première vague de l'épidémie a été sous-optimale. Plusieurs enquêtes ont d'ailleurs été menées pour en comprendre les raisons.

Le *Globe and Mail* a publié un article d'enquête dans lequel de nombreuses personnes ont été interrogées pour comprendre les problèmes au sein de l'ASPC. Je sais que la vérificatrice générale a également publié un rapport. Chose certaine, une des critiques faites par le *Globe and Mail* concernait la forte présence de bureaucrates, plutôt que de professionnels de la santé, au sein de l'ASPC et de Santé Canada. Cette tendance, qui existe depuis un certain nombre d'années, semble avoir contribué à notre réponse sous-optimale.

Je tiens à souligner que Mme Hamzawi, la nouvelle dirigeante de l'Agence de la santé publique du Canada, n'est pas médecin. La Dre Tam, qui est médecin, travaillait là auparavant.

Je ne pense pas qu'il faille être médecin pour être à la tête de l'Agence de la santé publique du Canada, mais que pouvez-vous faire pour rassurer les gens comme moi et la population canadienne sur le fait que notre gouvernement a donné suite à la préoccupation concernant le manque de personnel médical?

Je suis heureux que la Dre Sharma soit présente, car elle est médecin.

Comment pouvez-vous nous donner l'assurance que vous tenez réellement compte des avis médicaux et des meilleures données scientifiques pour prendre vos décisions?

• (1200)

Nancy Hamzawi: Tout d'abord, je dois préciser que la Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada est très claire: l'Agence est dirigée par un président, en l'occurrence moi. Au fond, j'agis à titre de directrice générale de l'organisation. Il y a aussi un administrateur en chef de la santé publique, qui fait également partie de la direction de l'Agence. Ce sont deux postes distincts. D'ailleurs, dans la Loi, il y a quatre dispositions de plus pour l'administrateur en chef de la santé publique qu'il n'y en a pour le président. Voilà qui témoigne de la grande importance du rôle de l'administrateur en chef de la santé publique.

À l'heure actuelle, l'administrateur en chef intérimaire de la santé publique est le Dr Howard Njoo. Nous menons actuellement un processus de nomination par voie de concours, et nous attendons avec impatience son aboutissement prochain.

Ce que je peux vous assurer, c'est que l'Agence continue de placer les avis scientifiques et médicaux au cœur de son travail, et nous continuons d'en tirer parti dans toute la mesure du possible. Comme je l'ai mentionné plus tôt en ce qui concerne les réductions, nous avons pris grand soin de les limiter dans ces domaines. Par exemple, le laboratoire est celui qui est le moins touché par les changements.

Permettez-moi de souligner quelques faits, et cela nous ramène à une question posée plus tôt, madame la présidente. Pendant la pandémie de COVID-19, sans les mesures de santé publique ou les vaccins, il y aurait eu jusqu'à 800 000 décès. Le nombre de décès observés, en date du 24 avril 2022, s'élevait à 38 783. En l'absence de mesures de santé publique ou de vaccins pendant la pandémie, jusqu'à 2 millions d'hospitalisations étaient prévues, mais il y en a eu 150 602. Sans les mesures de santé publique ou les vaccins, il y aurait eu jusqu'à 34 millions de cas, mais 3,3 millions de cas ont été signalés. Voilà les faits concernant ce qui s'est passé pendant la pandémie, et c'est ce que montre la modélisation.

La présidente: Merci, monsieur Powlowski.

Nous passons maintenant à la troisième série de questions en commençant par le parti conservateur.

Monsieur Strauss, c'est à vous.

Matt Strauss (Kitchener-Sud—Hespeler, PCC): Merci, madame la présidente.

Merci aux fonctionnaires de témoigner devant notre comité. Je travaillais moi-même dans le domaine de la santé publique, et je devais faire de représentations devant le conseil d'administration. C'est toujours un moment stressant, alors je vous remercie du travail que vous faites et d'être ici aujourd'hui.

Mes questions s'adressent à Mme Hamzawi.

Avant tout, je tiens à dire qu'au moment de votre nomination, j'ai remarqué que certains faisaient des commentaires, pour tout dire, absolument injustes, odieux et inappropriés. Je trouve que vous avez géré cette situation avec beaucoup de grâce et de sang-froid, alors merci de votre excellent travail.

J'ai examiné ce document sur la stratégie de l'Agence de la santé publique du Canada en matière de science. Je sais qu'il a été produit avant que vous n'entriez en poste. Je ne sais pas si vous avez eu le temps de le parcourir, mais j'ai trouvé certaines sections très intéressantes. J'aurais quelques questions à vous poser là-dessus.

Dans ce document, l'agence parle à plusieurs occasions de décolonisation et de science. À votre avis, est-ce que la stratégie scientifique que déploie l'ASPC actuellement est colonisée?

• (1205)

Nancy Hamzawi: Essentiellement, cela reflète l'importance de l'équité en santé dans notre travail. C'est important pour nous d'être en phase avec toutes les populations au Canada et de lutter contre le racisme dans notre travail.

Matt Strauss: J'en conclus que c'est un oui, que les recherches scientifiques menées à l'heure actuelle font l'objet d'un biais colonialiste.

Pourriez-vous nous citer des exemples de colonisation dans les recherches que mène l'agence?

Nancy Hamzawi: Je dirais qu'une des grandes priorités de l'agence, c'est l'équité en santé pour que nous puissions appuyer toutes les populations. Certaines populations sont touchées plus durement, comme les Autochtones. Nous avons aussi des programmes conçus spécifiquement pour les Noirs. Certaines populations ont besoin de plus de soutien pour accéder aux soins de santé.

Matt Strauss: L'équité en santé est un principe très important mentionné à de nombreuses reprises dans votre rapport. Il semble que vous ayez une préférence pour ce terme au lieu d'employer le mot « décolonisation ». Je me demande si vous pourriez vous engager, si c'est bien la définition de ce terme, à parler d'équité en santé plus souvent dans les documents que vous rédigez.

Nancy Hamzawi: Merci de ce commentaire. Je vais examiner cet enjeu soigneusement.

Matt Strauss: Merci.

Dans un même ordre d'idées, votre rapport indique que l'Agence de la santé publique du Canada « reconnaît qu'il est essentiel de prendre des mesures significatives contre le racisme dans les sciences et les préjugés raciaux subis par les communautés racialisées pour atteindre l'excellence scientifique. »

Est-ce qu'il y a du racisme au sein de la communauté scientifique à l'heure actuelle, et quelles mesures comptez-vous prendre contre ce phénomène?

Nancy Hamzawi: Cela signifie essentiellement que nous portons un regard sur notre travail afin de lutter expressément contre le racisme. Par exemple, quand je travaillais à Santé Canada et que nous examinions les exigences en matière de crème solaire. On part du principe qu'il faut conseiller les gens ayant une couleur de peau plus claire différemment par rapport aux gens avec une peau plus foncée. C'est un exemple du genre de conseils que nous pouvons donner sur ce qu'il faut éviter en fonction des données scientifiques probantes.

Matt Strauss: Je dirais que c'est un excellent exemple. Je me souviens du temps où j'étudiais la médecine en 2004; c'est exactement comme cela que je pensais.

Ce document indique que l'ASPC veut diversifier son bassin de scientifiques. Est-ce que l'agence est à la recherche de scientifiques issus de disciplines diverses pour mettre en commun des solutions aux problèmes à l'aide de méthodes variées, ou est-ce que c'est plutôt un enjeu de quotas raciaux dans l'embauche de scientifiques?

Nancy Hamzawi: Nous devons respecter nos obligations législatives en matière d'équité en emploi, mais notre travail doit aussi s'appuyer sur une vision multidisciplinaire. Nous examinons tous les aspects multidisciplinaires et interdisciplinaires de ces enjeux, en plus d'observer nos obligations légales sur l'équité en emploi.

Matt Strauss: Est-ce que ce sont des quotas en matière d'atteinte des objectifs sur l'équité?

Nancy Hamzawi: Il ne s'agit pas de quotas, mais nous devons nous pencher sur la disponibilité de la main-d'oeuvre dans tous ces secteurs.

Matt Strauss: Vous avez parlé des exigences que vous devez observer. Qui est responsable d'établir ces exigences?

Nancy Hamzawi: Nous devons respecter nos obligations législatives en matière d'équité.

Matt Strauss: C'est prévu par la loi, d'accord. Pourriez-vous nous indiquer de quelles lois il s'agit, car j'aimerais les examiner.

Y a-t-il moyen de savoir si on répond bien aux exigences en matière d'équité raciale? Est-ce qu'on y satisfait présentement?

Nancy Hamzawi: Veuillez m'excuser, mais pourriez-vous répéter votre question?

Matt Strauss: Arrivez-vous actuellement à satisfaire aux exigences législatives? Quelles sont ces exigences auxquelles il faut satisfaire à l'heure actuelle?

Nancy Hamzawi: J'ai examiné les lacunes en matière d'équité en emploi la semaine dernière. C'est particulièrement important pour nous de redéfinir notre stratégie dans le cadre des réductions dont j'ai parlé. Nous n'atteignons pas nos cibles sur les personnes ayant un handicap et les Autochtones, pour qui nous voulons nous assurer de combler les lacunes.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant aux libéraux.

Madame Chi, vous disposez de cinq minutes.

● (1210)

Maggie Chi (Don Valley-Nord, Lib.): Merci aux fonctionnaires de témoigner ici aujourd'hui. Merci de nous laisser vous questionner sur ces divers enjeux.

Comme nous le savons bien, les Canadiens comprennent que la santé mentale est un aspect capital de la santé globale et qu'il importe tout autant de soutenir le bien-être des Canadiens que leur santé physique en cas de maladie.

Du point de vue de l'économie, une mauvaise santé mentale cause l'absentéisme, une faible productivité et peut même mettre un terme à une carrière de façon prématurée, mais quand les gens ont accès à du soutien et à des ressources par l'intermédiaire de leur médecin de famille, d'un groupe de soutien ou des services offerts directement en milieu de travail, ils sont plus résilients et plus productifs au travail. C'est particulièrement important compte tenu des défis démographiques et des pressions sur le marché du travail qui attendent les Canadiens au cours des prochaines années.

Pourriez-vous nous expliquer comment les initiatives en santé mentale de Santé Canada aident les Canadiens à demeurer actifs sur le marché du travail et à soutenir leur participation à l'économie canadienne? Que faites-vous en collaboration avec les provinces, les territoires et vos partenaires pour vous assurer que les Canadiens aient accès au soutien dont ils ont besoin de manière opportune?

Greg Orensak: Vous avez raison de dire que les enjeux en santé mentale sont très répandus. Je pense que selon les statistiques, environ un Canadien sur trois vivra des difficultés en matière de santé mentale au cours de sa vie.

En collaboration avec Santé Canada, les provinces, les territoires et les parties prenantes, nous appuyons un système multidisciplinaire pour aider à intégrer la santé mentale dans l'approche de soins de santé axés sur le patient. Nous appuyons ce système, que nous intégrons dans la gamme de soins offerts. Cela va de la promotion à la prévention, en plus du soutien et des services en matière de traitement.

Parmi nos priorités, nous cherchons à prendre des ententes pour améliorer les soins de santé mentale destinés aux Canadiens, notamment en injectant 25 milliards de dollars afin d'appuyer ces priorités dans toutes les provinces et tous les territoires. Nous signons des ententes bilatérales avec chacune des provinces et chacun des territoires qui comportent un volet en santé mentale. Il s'agit d'une de nos priorités.

Maggie Chi: Merci.

Quels sont les principaux obstacles auxquels les Canadiens sont confrontés lorsqu'ils tentent d'accéder à des services et du soutien en santé mentale? Qu'est-ce que vous et Santé Canada faites en collaboration avec vos partenaires pour réduire ces obstacles?

Greg Orensak: Un des obstacles aux soins, ce sont les préjugés, qui sont une grande source de préoccupations pour nous. C'est une question de promotion et de prévention et c'est une partie importante de notre travail.

Nous examinons de près les défis en matière de santé mentale auxquels les jeunes sont confrontés et qui pourraient les empêcher d'être des participants à part entière à la société et de mener des études essentielles pour que ces jeunes s'épanouissent.

En 2024, nous avons lancé un nouveau fonds pour la santé mentale des jeunes. Nos investissements aident à améliorer l'accès aux soins directement dans les communautés pour aider les jeunes à s'épanouir et s'assurer qu'une gamme complète de soins soit disponible.

Maggie Chi: Merci.

En matière de technologie, ma collègue, Mme Sidhu, a mentionné l'adoption de l'intelligence artificielle, qui pourrait aider à rationaliser les services.

Avez-vous constaté qu'on offrait des services de soins virtuels ou qu'on mettait en ligne des plateformes numériques pour élargir l'accès aux soins? Dans les communautés rurales et éloignées, comment appuie-t-on ou élargit-on ces services auxquels les jeunes ont du mal à accéder?

Greg Orensak: Cela fait partie de notre trousse d'outils. Il existe différentes manières de soutenir la santé mentale des gens, en particulier celle des jeunes. Les organisations comme la ligne Jeunesse, J'écoute qui cherchent à bonifier l'offre de services, sachant que les jeunes sont plus portés à employer les outils technologiques de nos jours.

Nous avons aussi constaté que les établissements postsecondaires ont commencé à adopter des outils numériques en matière de santé mentale et de bien-être. Ces outils leur permettent de fournir des ressources 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et d'aider les communautés rurales et éloignées.

• (1215)

Maggie Chi: Merci.

La présidente: Merci.

Nous passons maintenant à M. Thériault pour deux minutes et demie.

[Français]

Luc Thériault: Ma question, en fait, plutôt une demande, s'adresse à vous, monsieur Orensak.

Le 12 décembre 2024, j'ai demandé à Santé Canada de déposer le contrat de la Sun Life devant le Comité. Santé Canada s'y est engagé. Évidemment, il y a eu la prorogation et tout le reste. Toutefois, j'aimerais savoir quand vous allez déposer ce contrat.

Greg Orensak: Je vous remercie de votre question.

[Traduction]

C'est avec plaisir que nous allons vous communiquer tous les détails relatifs au contrat. Nous allons travailler avec nos collègues de

Services publics et Approvisionnement Canada si vous souhaitez toujours que nous procédions ainsi.

[Français]

Luc Thériault: Ce que nous voulons, c'est le contrat. Vous vous étiez engagés à nous le fournir. Nous attendons donc le contrat.

Vous avez choisi la Sun Life pour gérer le programme. Or, selon le président de l'Association dentaire canadienne, les soignants doivent s'armer de patience lorsqu'ils font affaire avec cet assureur. Dans certains cas, lui et ses collègues peuvent attendre une réponse de préautorisation pendant des semaines, voire parfois des mois, pour finalement apprendre que l'assureur a besoin de documents supplémentaires.

Ça ne va pas du tout. Les mêmes dentistes font des préautorisations au privé avec le même assureur et ça passe rapidement. C'est comme s'il y avait deux poids, deux mesures. Allez-vous assurer un suivi là-dessus?

[Traduction]

Greg Orensak: Nous sommes au courant des inquiétudes qui existaient lorsque l'autorisation préalable a été mise en place à la fin de l'an dernier.

Vous avez raison de dire qu'il y a un arriéré dans ces approbations. Nous avons maintenant éliminé cet arriéré et nous traitons à nouveau les demandes d'autorisation préalable selon les niveaux de service habituels, soit en moins d'une semaine. Nous avons donc résolu ce problème.

Le régime canadien de soins dentaires est un peu différent des régimes privés dans la façon d'utiliser l'autorisation préalable, parce qu'il faut établir si les services sont nécessaires sur le plan médical. C'est une approche légèrement différente de ce qui se fait dans le secteur privé.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons à M. Doherty du parti conservateur pour cinq minutes, s'il vous plaît.

Todd Doherty (Cariboo—Prince George, PCC): Merci aux témoins de leur présence.

Madame Hamzawi, vous nous avez rapidement présenté toute une série de chiffres assez révélateurs sur notre réponse à la COVID. Pourriez-vous nous les répéter, s'il vous plaît?

Nancy Hamzawi: Bien sûr, il n'y aucun problème.

Ces données proviennent d'une publication intitulée Scénarios contrefactuels des effets de la vaccination et des mesures de santé publique sur les cas de COVID-19 au Canada : qu'est-ce qui aurait pu arriver? C'est avec plaisir que nous allons vous fournir ce document.

Concernant les nombres qu'on peut voir au tableau 1 de cette publication, sans les mesures de santé publique et les vaccins, il y aurait pu y avoir jusqu'à 800 000 morts, mais avec les mesures de santé publique et les vaccins, ce chiffre s'élevait à 38 783 en date du 24 avril 2022. Sans ces mesures et sans les vaccins, il y aurait eu jusqu'à 2 millions d'hospitalisations, mais il y en a eu 150 602. Sans ces mesures de santé publique, il y aurait eu 34 millions de cas; avec les mesures prises par les gouvernements, il y en a eu 3,3 millions.

Todd Doherty: Est-ce que c'est votre modélisation? Est-ce que c'est le modèle qu'emploie la santé publique?

Nancy Hamzawi: Oui, il s'agit d'une modélisation.

Todd Doherty: Pourriez-vous nous transmettre ces informations?

Nancy Hamzawi: Oui, nous sommes ravis de déposer cette publication. Il n'y a pas de problème, car tout est du domaine public.

Todd Doherty: Combien de Canadiens sont morts par surdose d'opioïdes l'an dernier, et comment ces chiffres se comparent-ils aux données recueillies il y a 10 ans?

Nancy Hamzawi: Le nombre total de morts entre avril 2024 et mars 2025... Je suis désolée, je...

Todd Doherty: C'est correct.

Nancy Hamzawi: De janvier 2016 à mars 2025, le nombre de morts s'élève à 53 821 et le nombre de morts liées aux opioïdes s'élève à 6 601, soit une réduction de 21 % par rapport à l'année précédente.

• (1220)

Todd Doherty: Diriez-vous que le gouvernement réussit à infléchir la courbe depuis 10 ans?

Nancy Hamzawi: Les chiffres baissent de trimestre en trimestre depuis quatre trimestres, alors nous sommes maintenant prêts à dire qu'il y a eu une baisse, mais c'est une donnée qui porte sur l'ensemble du pays. La situation est bien différente selon la région et la population, comme les Autochtones...

Todd Doherty: En effet. Par exemple, la Colombie-Britannique, ma province, présente le taux le plus élevé.

Nancy Hamzawi: C'est exact. Tout à fait.

Todd Doherty: Quels indicateurs de rendement, si indicateurs il y a, votre ministère utilise-t-il pour mesurer l'efficacité de ce qui se fait pour réduire les décès liés aux opioïdes?

Nancy Hamzawi: En matière de suivi des données, nous nous concentrons sur...

Todd Doherty: Avez-vous des indicateurs de rendement? Avez-vous fixé une cible nationale à atteindre?

Nancy Hamzawi: Nous cherchons à atteindre le niveau zéro. Notre intention, c'est de trouver une sortie de crise, mais ce que nous surveillons en particulier, c'est le nombre de morts, d'hospitalisations, de visites à l'urgence et d'interventions des services d'urgence.

Todd Doherty: D'accord. Les chiffres sont-ils en baisse?

Nancy Hamzawi: L'an dernier, il y a eu une baisse de 21 % du nombre de morts, une baisse de 17 % des hospitalisations, une diminution de 19 % des visites à l'urgence et une baisse de 19 % des interventions des services d'urgence.

Todd Doherty: D'accord.

Nancy Hamzawi: Je tiens à dire qu'il s'agit là de données compilées à l'échelle nationale. Les données varient beaucoup selon les régions du pays, et [Note de la rédaction — Inaudible].

Todd Doherty: Merci de cette réponse.

Madame Weber, vous nous avez dit que les centres de consommation supervisée recevaient un total de 5,3 millions de visites. S'agit-il d'une donnée annuelle, ou des chiffres de l'an dernier?

Kendal Weber: Non. Je crois que c'est depuis 2017.

Todd Doherty: Est-ce que les chiffres sont en augmentation, ou est-ce qu'ils baissent?

Kendal Weber: Les chiffres continuent d'augmenter, et tous les jours, des gens utilisent ces centres d'injection supervisée. Les chiffres vont encore augmenter.

Todd Doherty: D'accord.

Avez-vous fixé une cible de réduction des morts causés par les opioïdes. Je présume que vous visez à atteindre un chiffre nul.

Nancy Hamzawi: C'est notre cible.

Todd Doherty: D'accord. Je vais passer à ma prochaine question.

Le financement lié au PUDS est censé expirer cette année? Avez-vous prévu le remplacer par un autre programme, ou allez-vous le prolonger?

Nancy Hamzawi: Parlez-vous du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances?

Todd Doherty: Oui.

Kendal Weber: Le financement lié au Programme sur l'usage et les dépendances aux substances n'expire pas cette année, et nous pouvons compter sur lui jusqu'en 2028. Nous recevons également notre financement permanent dans le cadre du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances.

Le gouvernement a augmenté les budgets précédents, et certaines mesures viennent à échéance, mais nous pouvons compter sur un financement continu, puis certains fonds vont expirer au terme de la stratégie canadienne sur les drogues et autres substances en mars 2028.

Todd Doherty: Merci de cette réponse.

À votre connaissance, le ministère a-t-il averti la ministre que les politiques actuelles ne parviennent pas à freiner les morts par surdose?

Greg Orensak: Le ministère a informé les ministres sur la crise des opioïdes...

Todd Doherty: Ont-ils tenu compte de l'information et des conseils que vous avez fournis?

Greg Orensak: Ils nous ont consultés concernant la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances.

Todd Doherty: Merci.

Madame Hamzawi, l'ASPC est-elle raciste? Est-ce là ce que vous avez déclaré plus tôt?

Nancy Hamzawi: Non.

Non, l'ASPC n'est pas raciste. Nous sommes déterminés...

Todd Doherty: Je crois que c'est en quelque sorte ce que vous...

Nancy Hamzawi: Ce n'est pas ce que je disais.

Todd Doherty: D'accord.

La présidente: Merci.

Je pense que nous pouvons faire un autre tour.

C'est M. Mazier, du Parti conservateur, qui commence.

Vous disposez de cinq minutes.

Oh, je suis désolée, j'ai oublié M. Eyolfson.

Excusez-moi, monsieur Eyolfson.

Doug Eyolfson: Aucun problème. Merci, madame la présidente.

Merci à tous.

J'ai quelques questions à poser à certains des témoins.

Monsieur Orenesak, nous parlions des sachets de tabac. Je n'étais pas au gouvernement à l'époque, mais lorsque l'ancien ministre Holland a modifié la réglementation sur les sachets de nicotine, ne s'est-on pas inquiété du fait que, dans le cadre des règlements en vigueur à l'époque, ils étaient vendus avec des arômes qui étaient considérés comme plus prisés par les jeunes et risquaient d'être de plus en plus utilisés par eux?

Greg Orenesak: Oui. C'était l'une des préoccupations de l'ancien ministre. Ces sachets étaient attrayants pour les jeunes en raison de certains de leurs arômes, ainsi que de la façon dont on en faisait la promotion, de la publicité qui en était faite et de leur emballage.

• (1225)

Doug Eyolfson: Très bien. Merci.

Il existe un certain nombre de traitements de désaccoutumance au tabac. Je connais bien le phénomène du tabagisme par expérience. Je suis urgentologue et je sais à quel point cette substance crée une dépendance.

À votre connaissance, a-t-il été démontré que les sachets de nicotine sont des outils de sevrage tabagique plus efficaces que les produits plus conventionnels, comme les timbres de nicotine et les gommes à la nicotine?

Greg Orenesak: Je n'ai pas cette information avec moi. Je peux vérifier et vous revenir là-dessus.

Je pense que les sachets de nicotine sont un produit assez récent sur le marché. Le ministère continue d'examiner de multiples données probantes sur les divers produits offerts.

Doug Eyolfson: Merci.

Il y a également eu beaucoup de promotion, parrainée par l'industrie, de l'utilisation du vapotage comme moyen d'arrêter de fumer. Disposez-vous de données indiquant qu'il s'agit d'un moyen efficace de cesser de fumer par rapport aux approches traditionnelles?

Greg Orenesak: Je vais demander à Mme Weber de répondre à la question.

Kendal Weber: Les produits de sevrage du tabac approuvés par Santé Canada satisfont aux exigences en matière d'innocuité, de qualité et d'efficacité et sont approuvés en tant que produits thérapeutiques ou produits de santé naturels. À ce jour, nous n'avons approuvé aucun produit de vapotage comme outil de cessation du tabagisme pour des raisons liées à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité.

Nous savons que les gens utilisent divers outils pour arrêter de fumer. Le sevrage brutal est probablement la méthode la plus courante et la plus efficace. Nous avons vu des personnes recourir à des thérapies de remplacement de la nicotine, comme nous venons de le mentionner, et certaines personnes nous ont indiqué avoir cessé de fumer en utilisant un produit de vapotage.

Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Existe-t-il des données indiquant que les personnes qui commencent à vapoter et qui n'ont jamais été exposées au tabagisme sont plus susceptibles de fumer des cigarettes que celles qui n'essaient pas du tout le vapotage?

Kendal Weber: En ce qui concerne la possibilité que le vapotage soit une porte d'entrée au tabagisme, il est encore trop tôt pour

tirer des conclusions. À l'heure actuelle, nous n'avons aucune preuve que c'est le cas. Nous surveillons la situation de près, mais la Loi sur le tabac et les produits de vapotage n'a été adoptée qu'en 2018. Ce n'est légal au Canada que depuis quelques années. Nous continuons à surveiller la situation de près.

Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Madame Weber, je reviens sur le sujet des sites de consommation supervisée. Y a-t-il la moindre preuve que ces sites encouragent les gens à consommer des drogues illégales ou qu'ils augmentent la probabilité qu'ils le fassent?

Kendal Weber: En fait, ce sont des endroits sûrs où les gens peuvent aller pour consommer les drogues qu'ils consomment déjà.

Doug Eyolfson: En ce qui concerne le choix des emplacements, des gens s'opposent à leur installation à certains endroits. Je me souviens que le Manitoba en installait un. Ne sont-ils pas installés là où les gens consomment déjà de la drogue?

Kendal Weber: Les collectivités présentent une demande pour un emplacement qu'elles ont choisi. Leur choix se fonde sur les besoins en matière de santé publique dans la collectivité, dans le quartier visé, et sur les besoins en matière de sécurité publique de la collectivité. Ensuite, elles font également de la mobilisation communautaire. La collectivité propose l'emplacement. Elle fournit les données probantes et les renseignements au ministère, qui évalue ensuite l'équilibre entre la santé publique et la sécurité publique pour cette demande.

Doug Eyolfson: Merci. Combien de temps me reste-t-il?

La présidente: Vous avez terminé.

Nous allons passer à un autre tour. Je pense que nous pouvons le faire.

La parole est à M. Mazier, pour cinq minutes.

Dan Mazier: Merci, madame la présidente. J'ai une question sur le même sujet qui a été soulevé par M. Eyolfson.

Madame Weber, est-ce que Santé Canada a des préoccupations quant à l'approbation de demandes pour des sites de consommation supervisée qui seraient à proximité d'une école, oui ou non?

Kendal Weber: Il est important que nous examinions la demande...

• (1230)

Dan Mazier: Un simple oui ou non suffit. Avez-vous des préoccupations à ce sujet?

Kendal Weber: C'est un élément à prendre en considération lorsque nous recevons une demande. La collectivité qui présente la demande doit consulter ses membres, y compris les écoles avoisinantes.

Dan Mazier: Vous avez des préoccupations. Quelles sont-elles?

Kendal Weber: Il faut notamment que la collectivité soit consultée au sujet de ses préoccupations ou de son soutien à l'égard des sites de consommation supervisée.

Dan Mazier: Santé Canada n'a donc aucune préoccupation?

Kendal Weber: L'emplacement du site et la participation de la collectivité sont des facteurs importants. C'est un élément de la demande. Nous en tenons compte lorsque nous déterminons si la demande doit être approuvée ou rejetée.

Dan Mazier: Le gouvernement actuel continuera-t-il de financer l'approvisionnement sécuritaire?

Kendal Weber: Santé Canada a financé 31 projets et ne finance plus les projets d'approvisionnement plus sécuritaire. Ils étaient financés dans le cadre du PUDS, soit le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances, qui vise à essayer des solutions novatrices pour répondre à la crise des surdoses. Dans ce cas, nous avons financé les sites et il appartient ensuite aux provinces et aux territoires de décider s'ils veulent élargir ces activités ou continuer à offrir ces sites d'approvisionnement plus sécuritaire ou de distribution de médicaments prescrits comme solution de rechange.

Dan Mazier: Merci.

Est-ce que des fonds fournis par Santé Canada ou l'Agence de la santé publique du Canada sont utilisés pour acheter des pipes à crack?

Kendal Weber: Non.

Dan Mazier: Selon le *Globe and Mail*, Grifols, un fabricant de médicaments étranger, utilise du plasma sanguin donné par des Canadiens pour des produits vendus à l'étranger. Cela se fait malgré la promesse de la Société canadienne du sang que tous les produits obtenus à partir des dons de sang canadiens resteraient au Canada.

Santé Canada enquête-t-il sur cette affaire, oui ou non?

Greg Orenszak: Puisque c'est la Société canadienne du sang qui a conclu le contrat avec Grifols, c'est elle qui serait en mesure de répondre aux questions à ce sujet. Nous n'enquêtons pas sur cette affaire à ce moment-ci.

Dan Mazier: Pourtant, Santé Canada est responsable de la surveillance réglementaire. Vous n'enquêtez pas là-dessus, n'est-ce pas?

Greg Orenszak: Nous ne sommes pas signataires du contrat.

Dan Mazier: D'accord. Merci. Je vais céder le temps qu'il me reste à Mme Konanz.

Helena Konanz: Merci. Par l'intermédiaire de la présidence, je vais poser une autre question à Mme Weber au sujet de l'accord que le gouvernement de la Colombie-Britannique et le gouvernement fédéral ont conclu sur la décriminalisation des drogues en 2023. Il ne s'agit que de la Colombie-Britannique pour le moment.

D'autres provinces ont-elles demandé à participer à ce programme de décriminalisation?

Kendal Weber: Nous n'avons reçu aucune autre demande d'exemption. D'autres provinces ont déjà envisagé cette possibilité par le passé, mais aucune ne nous a contactés à ce jour.

Helena Konanz: Madame Weber, à votre avis, pourquoi aucune autre province n'a-t-elle demandé à participer au programme?

Kendal Weber: Il ne s'agit pas d'un programme, mais d'une demande d'exemption présentée par une province...

Helena Konanz: C'est un projet pilote, n'est-ce pas?

Kendal Weber: Il s'agit d'une exemption à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. La Colombie-Britannique a entrepris cette démarche dans le cadre de sa stratégie globale pour répondre à la crise des surdoses.

Il appartient à chaque province de décider si elle souhaite...

Helena Konanz: Merci d'avoir répondu à la question, madame Weber.

J'ai une question au sujet de la possibilité que le programme soit suspendu si l'on juge qu'il n'est pas sécuritaire. Bon nombre de col-

lectivités de la Colombie-Britannique — de même que la GRC et des premiers intervenants — réclament la fin du programme.

D'après ce que je comprends, l'exemption peut être suspendue sans préavis si la ministre juge qu'une telle suspension est nécessaire pour protéger la santé ou la sécurité publiques.

Dans quelles circonstances le recommanderiez-vous? Dans quelles circonstances diriez-vous que vous suspendriez le programme, le projet pilote?

Kendal Weber: Comme nous l'avons mentionné précédemment, nous surveillons la situation de près, tout comme la province de la Colombie-Britannique, qui collabore avec les intervenants. Nous avons modifié l'exemption à deux reprises ces dernières années à la demande de la Colombie-Britannique, compte tenu des préoccupations soulevées par les forces de l'ordre, et elle est maintenant administrée...

Helena Konanz: Pensez-vous que le programme est une réussite?

Kendal Weber: Comme je l'ai mentionné précédemment, l'exemption prendra fin en janvier 2026.

Helena Konanz: Est-ce une réussite?

La présidente: Merci.

Je vais maintenant céder la parole à M. Powlowski, du Parti libéral.

Vous disposez de cinq minutes, monsieur Powlowski

● (1235)

Marcus Powlowski: Je dois dire que je suis un peu perplexe quant aux questions posées par les conservateurs. Oui, la Colombie-Britannique a décriminalisé la consommation de drogues, mais je pensais qu'elle avait demandé que l'on fasse marche arrière et que nous l'avions fait.

Quelle est la situation actuelle en Colombie-Britannique?

Kendal Weber: La province a demandé deux modifications à l'exemption. La dernière modification a déjà été approuvée. Elle se limite désormais à la possession personnelle dans les résidences privées, les refuges et les cliniques de traitement des dépendances, de sorte que la consommation de drogue en public n'est pas autorisée en dehors des lieux que je viens de mentionner.

Marcus Powlowski: Je veux clarifier un deuxième point. J'ai cru vous entendre dire — mais je voudrais simplement confirmer que c'est bien le cas — que le gouvernement fédéral ne finance plus l'approvisionnement sécuritaire dans le cadre du PUDS.

Kendal Weber: C'est exact. Cela a pris fin en mars de cette année.

Marcus Powlowski: Ma prochaine question s'adresse à M. Orenszak.

Je crois que vous avez dit que notre gouvernement prenait des mesures concrètes pour que les titres de compétences des étrangers qui travaillent dans le domaine de la santé soient reconnus au Canada.

Je sais que les soins de santé sont un domaine de compétence partagée, mais l'octroi de permis d'exercice relève des provinces. Que fait précisément notre gouvernement pour faciliter la reconnaissance professionnelle des étrangers?

Greg Orensak: Près de 200 000 professionnels de la santé formés à l'étranger travaillent au Canada. Ils constituent une partie importante du système de santé et contribuent à pallier certaines pénuries de main-d'œuvre grâce aux compétences qu'ils apportent au système de santé canadien.

Même si la reconnaissance des titres de compétences relève des provinces et des territoires, nous collaborons avec nos partenaires du système de santé sur divers plans pour simplifier les processus d'immigration et de reconnaissance des titres de compétences étrangers et favoriser le recrutement, l'intégration et le maintien en poste des professionnels de la santé formés à l'étranger afin de soutenir les systèmes de santé.

Marcus Powlowski: Pouvez-vous citer des exemples de réussite à cet égard?

En tant que médecin qui a discuté avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, je sais que nous avons mis en place le programme qui permet d'évaluer les titres de compétences étrangers. Vous pourriez peut-être me rappeler le nom que j'ai oublié, mais il semble que le programme n'ait pas vraiment permis à beaucoup de personnes de se voir reconnaître leurs titres de compétences.

Greg Orensak: Oui, je pense que vous parlez peut-être de la délivrance de permis d'exercice aux médecins. Il existe un registre de l'Atlantique qui est à l'avant-garde à cet égard. Vous avez raison de dire que nous soutenons des processus par lesquels nous pouvons aider à simplifier l'octroi de permis et l'échange de renseignements pour les organismes de réglementation en particulier, afin qu'ils n'aient pas à refaire le même travail et qu'ils puissent accéder à un seul système pour vérifier les renseignements les plus à jour sur...

Marcus Powlowski: On a certainement réclamé la mise en place d'un régime national d'octroi de permis d'exercice. Je pense que l'Australie est passée d'un régime d'octroi de permis par les États à un régime national. Au Canada, il a beaucoup été question d'en mettre un en place.

Quels progrès ont été réalisés dans ce sens, le cas échéant?

Je vais vous donner un exemple qui illustre très bien le problème.

M. Eyolfson ici présent est urgentologue à Winnipeg. Une salle d'urgence de Kenora manquait de médecins et envisageait de fermer. Une personne de Winnipeg, bien qu'à deux heures de route de Kenora, ne pouvait s'y rendre sans avoir obtenu au préalable un permis d'exercice en Ontario. Cette situation n'avait pas beaucoup de sens pour moi qui, en tant qu'urgentologue à Thunder Bay... Sommes-nous différents? Non, je ne pense pas, et Thunder Bay se trouve à six heures de route de là.

Y a-t-il eu des progrès dans ce dossier?

Greg Orensak: Oui, il y a eu des progrès et un élan. Nous travaillons notamment avec la FOMC, la Fédération des ordres des médecins du Canada, et nous discutons avec les provinces et les territoires afin qu'ils appuient un modèle national d'octroi de permis d'exercice pour les médecins.

Nous avons bon espoir qu'un certain nombre de provinces sont désireuses de contribuer à régler ces problèmes. J'ai notamment discuté avec des représentants du Canada atlantique. Ce sont des chefs de file à ce chapitre, mais d'autres provinces participent également.

• (1240)

La présidente: Merci, monsieur Orensak.

Je cède maintenant la parole à M. Thériault.

Vous disposez de deux minutes et demie.

[Français]

Luc Thériault: Merci, madame la présidente.

Monsieur Orensak, il est de notoriété publique que Santé Canada a des délais indus d'homologation des médicaments. Je siége à ce comité depuis six ans et ça fait six ans que je soulève ce problème. Un médicament autorisé aux États-Unis depuis 2023, par la Commission européenne depuis 2025, au Royaume-Uni depuis 2024, au Japon depuis 2023 et en Chine depuis 2024 est encore en train d'être évalué au Canada.

Manquez-vous d'effectifs?

[Traduction]

Greg Orensak: Les statistiques globales montrent que nos délais et nos normes d'approbation se comparent très bien à ceux des autres pays du G7. L'année dernière, le ministère a terminé 97 % des examens de nouveaux médicaments et 84 % des examens de médicaments génériques dans les délais fixés.

[Français]

Luc Thériault: Ça fait six ans qu'il y a des problèmes d'homologation. Je pourrais vous donner une liste de médicaments.

Je vous demande si vous manquez d'effectifs, mais vous ne répondez pas à la question. Votre ministère manque-t-il, oui ou non, d'effectifs pour être compétitif par rapport aux organismes de réglementation étrangers, comme la Food and Drug Administration américaine? Quand un médicament est autorisé par cette dernière, pourquoi ne faites-vous pas une étude en continu, plutôt que d'attendre à la fin de son processus pour commencer l'évaluation?

Il y a plein de solutions. Cela fait six ans que je vous en propose, mais rien ne change. Faites-vous quelque chose de plus, à Santé Canada, que les autres pays ne font pas et qu'ils devraient faire? Qu'est-ce que vous faites?

[Traduction]

Greg Orensak: Il y a deux choses.

Nous déployons du personnel et des ressources pour assurer l'approbation des médicaments. Nous sommes convaincus que nous disposons des capacités nécessaires pour le faire, mais nous cherchons toujours à les renforcer, dans la mesure du possible.

Nous travaillons avec d'autres partenaires de confiance pour favoriser la confiance mutuelle, de sorte que si un organisme de réglementation approuve un produit, nous puissions nous fier à son approbation, ce qui contribuerait à accélérer le processus d'approbation des médicaments.

J'ajouterais également que la mise à disposition des produits aux patients ne dépend pas uniquement de Santé Canada. Nous travaillons avec les provinces et les territoires en ce qui concerne leurs processus d'inscription aux listes, et c'est souvent ce qui prend le plus de temps.

La présidente: Merci beaucoup.

Je cède maintenant la parole à M. Bailey, du Parti conservateur, qui dispose de cinq minutes.

Burton Bailey: Merci, madame la présidente.

Je vais commencer par poser cette question: pourquoi est-il plus facile d'acheter des cigarettes alors que nous voulons que la population arrête de fumer? Pourquoi ne permettons-nous pas la vente des sachets de remplacement de la nicotine dans les dépanneurs, comme les cigarettes?

Greg Orensak: L'arrêté ministériel concernant les thérapies de remplacement de la nicotine a été mis en place pour protéger les jeunes contre les méfaits des sachets de remplacement de la nicotine. Voilà la justification derrière l'arrêté ministériel.

Burton Bailey: Or, il est toujours possible de se procurer des cigarettes avec une pièce d'identité valable. Pourquoi la même règle ne pourrait-elle pas s'appliquer à la thérapie de remplacement que sont les sachets de nicotine?

• (1245)

Greg Orensak: Comme je le disais, l'arrêté ministériel mis en place vise à empêcher les jeunes d'y avoir accès.

Burton Bailey: D'accord.

Six millions et demi de Canadiens n'ont pas de médecins, et pourtant, je n'ai entendu personne dire qu'une mesure sera adoptée au Canada pour augmenter le nombre de places ou aider les provinces à obtenir plus de places dans les universités. Santé Canada ne se penche-t-il pas sur cette question? N'envisageons-nous pas d'autres moyens, à part l'immigration, pour augmenter le nombre de médecins à l'avenir?

Greg Orensak: Nous cherchons également d'autres moyens de soutenir le personnel de la santé. Nous collaborons avec les provinces et les territoires, notamment dans le cadre de programmes visant à accroître le nombre de postes de résidence et de formation dans les universités. Nous voulons ainsi former un plus grand nombre de médecins et d'autres professionnels de la santé.

Burton Bailey: À cause du manque de spécialistes, les temps d'attente ne feront qu'augmenter, et les situations comme celle qui s'est produite à Thunder Bay se multiplieront. Nous avons besoin de spécialistes. Si nous n'augmentons pas le nombre de places ici au Canada, la pénurie d'anesthésistes se poursuivra.

Chez Santé Canada, réfléchit-on à des moyens sérieux d'aider les provinces à embaucher ces spécialistes?

Greg Orensak: Nous travaillons avec les provinces et les territoires. Comme vous le savez, la prestation des soins de santé relève de leur compétence. Certaines des priorités dans le cadre des accords de collaboration visent directement à accroître l'accès aux soins pour les patients canadiens, et les investissements visent à soutenir diverses initiatives mises de l'avant par les provinces.

Burton Bailey: D'accord. Je vous remercie de cette réponse. J'ai une dernière question, puis je céderai le temps qu'il me reste à mon collègue, le Dr Strauss.

Selon Santé Canada, combien de places de rétablissement sont nécessaires au Canada pour faire face à la crise des opioïdes?

Kendal Weber: Les lits de traitement et les places de rétablissement relèvent de la compétence des provinces et des territoires. Nous leur transférons des fonds dans le cadre des transferts en santé pour les aider à les financer. Cela dépend...

Burton Bailey: D'accord. Je voulais seulement obtenir un nombre. Merci.

Kendal Weber: Les nombres varient d'une province à l'autre.

La présidente: Merci.

Il vous reste une minute et 24 secondes, monsieur Strauss.

Matt Strauss: Madame Hamzawi, nous avons quelques questions supplémentaires sur le rapport sur la Stratégie scientifique. Je crois vous avoir demandé si l'expression « diversifier l'effectif scientifique » signifie de fixer des quotas selon la race, et vous avez répondu que non, qu'il s'agit plutôt d'objectifs ou de cibles en matière d'équité en emploi. Ai-je bien compris votre formulation?

Nancy Hamzawi: Notre obligation est en vertu de la Loi sur l'équité en matière d'emploi. Elle énonce nos obligations à respecter en ce sens.

Matt Strauss: En quoi, selon vous, ces obligations diffèrent-elles de quotas?

Nancy Hamzawi: En gros, elles portent sur la disponibilité de la main-d'œuvre.

Si une certaine proportion est disponible au sein de la population active, notre personnel devrait être représentatif du pays.

Matt Strauss: D'accord. Je dirais que vous décrivez là un quota.

Ces obligations ou ces objectifs englobent-ils les minorités religieuses? Je pose cette question en partie parce que ma famille a fui un pays communiste en tant que minorité religieuse.

Nancy Hamzawi: Les minorités religieuses ne figurent pas à proprement parler dans la Loi sur l'équité en matière d'emploi.

Matt Strauss: C'est intéressant.

Pour changer un peu de sujet, j'ai une question sur le Balado *Canadiens en santé*. Je remarque que le dernier épisode a été publié sur YouTube il y a huit mois et qu'il a reçu quatre mentions « J'aime. »

En a-t-on arrêté la diffusion?

Nancy Hamzawi: Pas à ma connaissance. Je ne suis pas au courant de l'interruption de ce balado.

Matt Strauss: C'est intéressant. Merci.

Nancy Hamzawi: Je tiens à préciser que la Loi sur l'équité en matière d'emploi vise les femmes, les Autochtones, les personnes handicapées et les membres des minorités visibles.

La présidente: Je vais donner la parole à Mme Sidhu, du Parti libéral, pour cinq minutes.

J'ai vraiment besoin de discuter de travaux avec les membres du Comité. Après l'intervention de Mme Sidhu, je vais demander à nos invités de partir, et nous pourrions vérifier certaines choses rapidement.

Cela ne nous prendra pas beaucoup de temps — probablement de trois à cinq minutes —, mais j'aimerais que tout le monde soit très précis, parce que je vais respecter le délai prévu.

Sonia Sidhu: Merci, madame la présidente. Ma question s'adresse à Santé Canada.

Les maladies chroniques comme le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires sont les principales causes de décès et d'invalidité au Canada. Nous savons que bon nombre d'entre elles sont évitables. Pouvez-vous expliquer comment nos investissements et nos programmes fédéraux, comme le Fonds pour la santé des Canadiens et des communautés, aident les Canadiens à adopter des modes de vie plus sains et à prévenir ces maladies?

Greg Orensak: Je vais demander à ma collègue de l'Agence de la santé publique de répondre à cette question, compte tenu des programmes sur lesquels vous voulez vous renseigner.

Sonia Sidhu: D'accord, elle peut répondre.

Nancy Hamzawi: Merci beaucoup.

En effet, plus de deux adultes sur cinq âgés de plus de 18 ans et vivant au Canada souffrent d'au moins une maladie chronique, comme le diabète, le cancer ou une maladie cardiaque. La proportion est encore plus grande parmi les populations défavorisées sur le plan social et économique. Oui, la prévalence augmente.

L'Agence travaille avec ses partenaires, comme les provinces, les territoires et les organismes communautaires. Nous travaillons en trois volets. Le premier concerne la surveillance et la recherche, que vous pouvez trouver en ligne dans l'infobase santé. L'outil le plus notable est le Système canadien de surveillance des maladies chroniques, qui est un réseau collaboratif de systèmes de surveillance provinciaux et territoriaux appuyé par l'Agence. Il tient compte de problèmes de santé comme les maladies cardiovasculaires et musculosquelettiques, et un certain nombre d'autres maladies. Pour analyser les données nationales et surveiller les tendances, nous nous servons par exemple du programme Cancer chez les jeunes au Canada.

Nous dirigeons également l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé afin de renforcer la mesure, la surveillance et le signalement des inégalités en santé. Nous recensons des indicateurs de comportements individuels, comme l'activité physique, la sédentarité et le sommeil.

Un deuxième volet clé est notre travail d'orientation, par exemple les efforts du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Ce groupe est en train d'être modernisé, et nous avons hâte qu'il soit remis sur pied sous un nouveau jour. Il y a aussi d'autres lignes directrices, comme je l'ai dit, par exemple les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures.

Du côté des programmes de financement, mentionnons le Fonds pour la santé des Canadiens et des communautés, qui promeut les modes de vie sains dans la population confrontée à des inégalités et qui est la plus sujette à développer des maladies chroniques majeures, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer. Le Fonds fournit environ 20 millions de dollars par année, mobilise des fonds supplémentaires auprès d'autres partenaires et soutient des projets axés sur les facteurs de risque comportementaux menant à des maladies chroniques.

Nous avons également un Fonds d'action intersectorielle, qui soutient le milieu communautaire dans la prise de mesures collaboratives en amont pour remédier à des problèmes comme la pauvreté et l'insécurité alimentaire. Ce fonds soutient aussi les mesures de santé préventives réduisant les facteurs de risque qui causent des maladies chroniques ou qui les aggravent. Je souligne aussi le travail qui se fait sur le diabète — y compris l'investissement de 35 millions de dollars sur cinq ans par le gouvernement pour la recherche, la surveillance et la prévention du diabète — ainsi que nos efforts liés au Cadre sur le diabète au Canada.

Nous avons également un partenariat important avec ParticipACTION, ainsi que d'autres programmes, comme le Programme d'action communautaire pour les enfants et le Programme canadien de nutrition prénatale. Près de 80 millions de dollars sont versés de ce côté.

• (1250)

Sonia Sidhu: Je veux aussi parler de la maladie cœliaque. Existe-t-il à l'heure actuelle des lignes directrices à l'intention des établissements et des exploitants de services alimentaires pour leur offre d'aliments sans gluten? La consommation du gluten mine la qualité de vie. Je veux simplement le savoir.

Nancy Hamzawi: Je ne crois pas que l'Agence ait des lignes directrices précises à ce sujet, mais je suis certaine que d'autres organisations suivent la situation très activement. Nous allons surveiller cela de près.

Je vous remercie de nous en avoir fait part.

Sonia Sidhu: Merci.

La santé des femmes a toujours été sous-étudiée et sous-financée, ce qui entraîne des lacunes dans les soins et les résultats. Au cours des dernières années, nous avons constaté que le gouvernement fédéral cherche davantage à corriger la situation.

Comment pouvez-vous combler ces lacunes?

Greg Orensak: Nous travaillons avec un certain nombre de partenaires, y compris les Instituts de recherche en santé du Canada, sur les données probantes liées à certaines des lacunes que vous avez observées. C'est aussi un domaine où nous sommes en mesure de travailler en étroite collaboration avec les provinces et les territoires par rapport aux programmes de santé qu'ils offrent.

La présidente: Merci beaucoup.

J'aimerais maintenant remercier les témoins d'être venus et d'avoir dû répondre à un déluge de questions. Bravo.

Je vais vous demander de bien vouloir quitter la salle, afin que nous puissions passer à huis clos pour discuter des travaux du Comité. Je vous demanderais d'être rapides; nous avons cinq minutes.

Merci.

Devons-nous passer à huis clos?

Une voix: Non.

La présidente: Nous ne discuterons pas à huis clos, chers collègues. Ce serait trop long.

Réglons la question rapidement.

Nous reprenons la partie de la réunion consacrée aux travaux du Comité. Veuillez vous asseoir, s'il vous plaît, afin que nous puissions clore la question. Nous avons cinq minutes pour le faire. Merci.

Nous avons trois études budgétaires. On vous a envoyé le calendrier, ainsi que d'autres détails, avec les trois études budgétaires. J'ai besoin de votre consentement pour adopter les budgets. L'un concerne l'étude sur la santé des femmes, et l'autre, notre prochaine réunion avec la ministre de la Santé. Le troisième concerne notre réunion d'aujourd'hui avec Santé Canada.

Je les ai signés. Est-ce qu'ils vous conviennent?

Des députés: Oui.

La présidente: Vous avez devant vous un projet de calendrier s'appuyant sur les motions adoptées lors de la dernière réunion, et qui indique les études que le Comité entreprendra ainsi que la priorité de ces études. Le calendrier a été distribué.

Nous vous demandons de respecter la date limite pour fournir les listes de témoins pour l'étude à venir proposée par M. Mazier. Je tiens à vous rappeler que vous avez jusqu'au vendredi 10 octobre, à 17 heures pour soumettre des listes pour l'étude sur les effets de la politique d'immigration sur les soins de santé et les défis d'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger. Je demande à tous de soumettre les noms de témoins à temps pour que nous puissions commencer les études.

Je propose que les mémoires soumis ne dépassent pas 2 000 mots.

Y a-t-il des objections ou des commentaires?

Non. Est-ce que le tout vous convient?

Notre prochaine réunion aura lieu le 7 octobre à 11 heures et portera sur l'étude...

• (1255)

Dan Mazier: Madame la présidente.

La présidente: Oui, monsieur Mazier.

Dan Mazier: Je veux simplement confirmer que la ministre comparaitra le 9 pendant deux heures.

La présidente: Oui, c'est dans votre calendrier.

Dan Mazier: Elle sera ici pendant les deux heures complètes.

La présidente: Oui.

Dan Mazier: D'accord. Merci.

La présidente: Merci beaucoup. 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>