



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la science et de la recherche

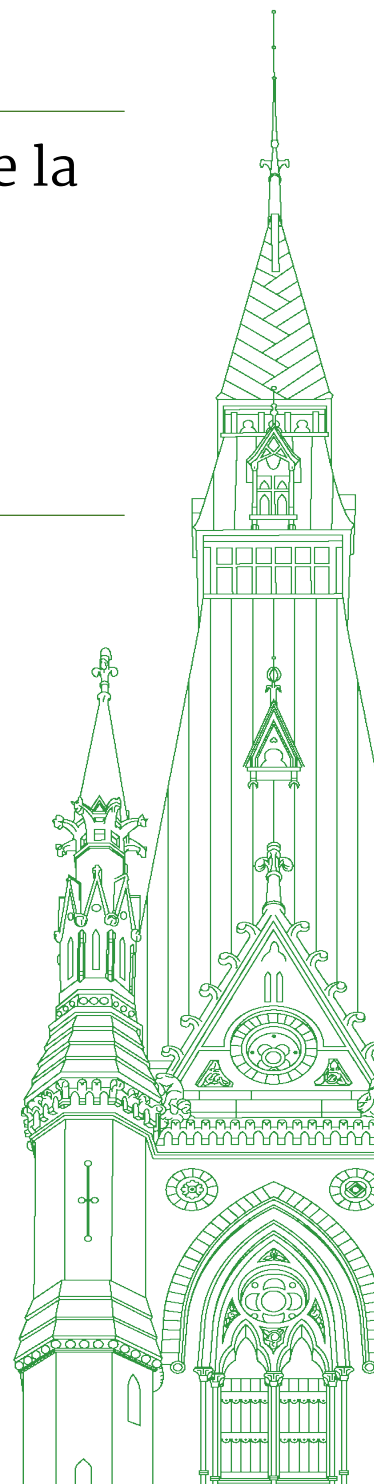
TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 009

PARTIE PUBLIQUE SEULEMENT - PUBLIC PART ONLY

Le lundi 20 octobre 2025

Présidente : Salma Zahid



Comité permanent de la science et de la recherche

Le lundi 20 octobre 2025

• (1100)

[Traduction]

La présidente (Salma Zahid (Scarborough-Centre—Don Valley-Est, Lib.)): Bonjour à tous. J'ouvre maintenant la séance. Je vous souhaite la bienvenue à la neuvième réunion du Comité permanent de la science et de la recherche.

Conformément à la motion adoptée par la Chambre le 18 juin 2025, le Comité se rencontre afin d'étudier la résistance aux antimicrobiens.

La réunion d'aujourd'hui se déroule dans un format hybride. Conformément au Règlement, les députés participent en personne dans la salle, ou à distance en utilisant l'application Zoom.

Avant de poursuivre, je demanderais à tous les participants en personne de consulter les directives qu'on peut trouver sur les cartes placées sur la table. Ces mesures sont en place pour aider à prévenir les incidents sonores et de retour de son et pour protéger la santé et sécurité de tous les participants, particulièrement les interprètes. Vous remarquerez qu'il y a un code QR sur la carte; il mène à une courte vidéo de sensibilisation.

J'aimerais faire quelques commentaires à l'intention des témoins et des membres. Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Pour ceux qui participent par vidéoconférence, cliquez sur l'icône de microphone pour l'activer, et veuillez vous assurer de le mettre en sourdine lorsque vous ne parlez pas. En ce qui concerne l'interprétation, ceux qui sont sur Zoom peuvent choisir, au bas de leur écran, entre le parquet, l'anglais ou le français. Ceux qui sont dans la salle peuvent utiliser l'oreillette et choisir le canal désiré. Je vous rappelle que tous les commentaires doivent s'adresser à la présidence. Si les députés présents dans la salle souhaitent prendre la parole, ils doivent lever la main. Les députés présents par l'entremise de Zoom, doivent utiliser la fonction « Lever la main ». Le greffier et moi-même ferons de notre mieux pour maintenir l'ordre de parole. Nous vous remercions de votre patience.

Sans plus tarder, j'aimerais accueillir nos témoins. Nous accueillons aujourd'hui M. Kevin Stinson, gestionnaire de programme du Waterloo Regional Health Network, qui représente Prévention et contrôle des infections Canada. Bienvenue. Il est ici en personne. Nous accueillons aussi, par vidéoconférence, Mme Bettina Hamelin, présidente-directrice générale, et Jennifer Buckley, directrice principale, Affaires réglementaires et transformation de la recherche clinique, qui représentent toutes deux Médicaments nouveaux Canada.

Nous devons aussi entendre un témoin représentant Patients pour la sécurité des patients du Canada aujourd'hui. Kim Neudorf, la partenaire patiente, devait se joindre à nous par vidéoconférence, mais elle éprouve des difficultés avec sa connexion Internet. Le problème vient de son côté, mais elle n'en est pas responsable. Sa

connexion à Internet est instable, ce qui signifie qu'elle ne pourra pas se connecter. Si elle peut se rendre à un autre endroit, nous verrons si nous pouvons l'écouter, mais, pour l'instant, elle est incapable d'ouvrir une session à cause d'un problème avec Internet.

Tous les témoins auront cinq minutes pour faire leur déclaration préliminaire. Nous passerons ensuite à notre période de questions.

Nous commençons aujourd'hui avec M. Stinson. La parole est à vous. Vous disposerez de cinq minutes pour faire votre déclaration préliminaire.

• (1105)

Kevin Stinson (gestionnaire de programme, Prévention et contrôle des infections, Waterloo Regional Health Network, Prévention et contrôle des infections Canada): Merci, madame la présidente et distingués membres du Comité, de m'accueillir aujourd'hui.

Nous avons entendu parler, lors des sessions précédentes, des répercussions importantes et directes que la résistance aux antimicrobiens, ou RAM, a déjà sur l'économie et la santé humaine au Canada et dans le monde entier, et de l'ampleur qu'elle prendra au cours des prochaines années et décennies. Aujourd'hui, je parle en tant que microbiologiste et professionnel en prévention des infections.

Je travaille dans le secteur hospitalier des soins actifs à Kitchener, en Ontario, pour le Waterloo Regional Health Network, mais je représente aujourd'hui des professionnels du contrôle des infections d'un bout à l'autre du Canada et de tout le continuum des soins de santé par l'intermédiaire de notre association professionnelle, Prévention et contrôle des infections Canada, ou PCI Canada. En outre, je m'en voudrais de ne pas mentionner que c'est aujourd'hui le début de la Semaine nationale de lutte contre les infections au Canada. Quel heureux hasard.

Lors des dernières sessions, la RAM a été décrite comme une « pandémie silencieuse ». On veut dire par là qu'une transmission et un nombre de cas importants ne sont pas détectés. Maintenant, contrairement à ce que l'on pense quand on entend les mots « pandémie » ou « épidémie », particulièrement avec les souvenirs récents qui nous viennent en tête, la RAM pose un défi unique. Les organismes résistants aux antimicrobiens, ou ORA, ont la capacité de transférer du matériel génétique qui confère une résistance d'une bactérie à l'autre. Ils le transfèrent entre autres à notre microbiome humain, soit les bactéries qui habitent naturellement dans notre corps, ce qui fait en sorte que des gens deviennent colonisés en permanence. Le problème avec une telle situation, c'est que ces personnes sont plus à risque de développer une infection résistante en aval et peuvent ensuite agir en tant que réservoirs et la transmettre à d'autres.

Nous constatons en ce moment que près d'un Canadien sur dix admis aux hôpitaux de soins actifs est colonisé par au moins un ORA. Ces chiffres augmentent énormément dans les pays à faible et à moyen revenu d'outremer.

Les connaissances dont nous disposons pour comprendre cette transmission et, par la bande, les mesures de lutte à mettre en place pour arrêter la propagation sont très incomplètes. Le réseau et les programmes de surveillance du Canada agissent surtout en tant que sentinelles qui surveillent les tendances plus générales liées à la RAM. Ils n'ont toutefois pas la profondeur et l'ampleur requises pour réellement cartographier la transmission. En outre, ils sont souvent généralisés à une échelle nationale ou provinciale et ne sont donc pas assez détaillés pour transformer cette information en pratique utile pour toucher les politiques et les directives locales.

Dans les milieux de soins, les professionnels en prévention des infections, ou PPI, représentent un aspect important des programmes de surveillance en soins de santé. Nous utilisons cette information sur les données relatives à la RAM afin d'éclairer l'élaboration de politiques de surveillance de la RAM ainsi que les mesures de lutte dans nos établissements de soins de santé. Nous voulons atteindre le juste équilibre entre les besoins de la communauté, les besoins des opérations cliniques et l'intendance financière.

Sans ces données, les PPI n'ont d'autre choix que de tenter de créer ces données épidémiologiques eux-mêmes. Malheureusement, les PPI sont incapables ou souvent incapables d'accéder...

[Français]

Maxime Blanchette-Joncas (Rimouski—La Matapédia, BQ): Madame la présidente, j'invoque le Règlement. Nous n'avons pas d'interprétation présentement.

[Traduction]

La présidente: D'accord. Nous nous arrêterons. Voyons ce que nous pouvons faire.

Allez-y.

• (1110)

Kevin Stinson: Merci, madame la présidente.

Les PPI élaborent ces programmes de prévention et de surveillance dans les hôpitaux sans pouvoir accéder aux données qui représentent leurs collectivités et sont contraints d'élaborer ces données eux-mêmes. Malheureusement, ces professionnels en prévention des infections n'ont souvent pas accès aux fonds de recherche qui leur permettraient de faire le travail requis pour optimiser leurs programmes. C'est particulièrement le cas pour les hôpitaux en région rurale et dans les milieux autre que le secteur des soins actifs, comme les établissements de soins de longue durée.

Parmi les solutions que nous proposons pour surmonter ces difficultés, nous incluons, en tant que possibilités à court terme, les façons dont nous pourrions mieux accéder aux fonds de recherche et élargir l'accès à ceux qui sont disponibles à l'heure actuelle. Nous pourrions entre autres explorer l'idée de consacrer un sous-ensemble de ces fonds aux méthodologies de recherche appliquée de petite envergure qui sont axées sur les utilisateurs de connaissances et qui visent directement à cibler des initiatives rentables et ciblées de prévention et de surveillance dans les soins de santé.

En tant que possibilité à moyen terme, nous devons chercher à poursuivre notre croissance et à enrichir l'effectif en prévention des infections au Canada, y compris par l'élaboration de programmes

de formation et de subventions à la formation pour accroître le nombre de personnes dans le domaine. Il s'agira ensuite de faire du perfectionnement professionnel et de l'apprentissage continu afin d'enrichir les compétences en épidémiologie, en surveillance, en recherche et en leadership des PPI dans le domaine.

À long terme, nous devons trouver une façon d'améliorer notre approche de surveillance en général. Comment pouvons-nous arriver à une situation où nous avons une approche multisectorielle intégrée qui vise à comprendre réellement la dynamique de la transmission et à trouver des points de prévention, dans le milieu des soins et à l'extérieur de celui-ci?

Je tiens une fois de plus à vous remercier tous de me donner l'occasion de vous parler aujourd'hui. J'ai soumis un exposé écrit qui traite de ces concepts de façon plus approfondie. Je me réjouis à l'avance de notre conversation aujourd'hui.

Merci beaucoup.

La présidente: Merci, monsieur Stinson.

Écoutons maintenant Médicaments novateurs Canada.

Madame Hamelin, la parole est à vous. Vous disposerez de cinq minutes pour faire votre déclaration préliminaire. Allez-y.

Bettina Hamelin (présidente-directrice générale, Médicaments novateurs Canada): Merci, madame la présidente.

Mesdames et messieurs les députés, bonjour.

D'autres pays ont agi, tandis que les Canadiens risquent de subir les graves conséquences de la RAM. C'est la raison de ma présence ici aujourd'hui.

Je représente l'industrie des produits pharmaceutiques novateurs — l'industrie qui découvre, met au point et offre des médicaments, des produits de diagnostic et des vaccins —, mais je vais commencer ma déclaration avec une anecdote qui provient du milieu hospitalier.

On a récemment demandé à un pharmacien d'un hôpital canadien de participer à une consultation sur un patient atteint d'une grave infection causée par une bactérie multirésistante. Les résultats des analyses en laboratoire ont confirmé qu'aucun des antibiotiques habituels ne fonctionnait. Un médicament plus récent qui aurait pu aider ne figurait pas sur la liste de médicaments de l'hôpital. L'équipe de soins s'est démenée pour trouver une solution. Chaque heure comptait. L'infection s'est propagée et l'état du patient s'est détérioré. Ce pharmacien a dit quelque chose qui me hante encore: « Ce genre de situation n'est plus rare. C'est rendu courant. » La résistance aux antimicrobiens n'est pas une menace future; c'est une crise actuelle. À l'échelle mondiale, plus d'un million de personnes décèdent chaque année d'une infection résistante aux médicaments. D'ici 2050, ce nombre pourrait passer à 10 millions et les conséquences économiques pourraient se chiffrer dans les milliers de milliards de dollars.

Cette crise est essentiellement attribuable à l'innovation et à l'accès. Nous sommes à court d'antibiotiques efficaces et nous ne les remplaçons pas assez vite. La mise au point est complexe sur le plan scientifique, ingrate sur le plan économique et, au Canada, ralentie par les processus de réglementation et de remboursement qui, en fait, découragent l'innovation. Entre 2010 et 2021, le Canada a réussi à accéder à seulement 3 des 18 nouveaux antibiotiques lancés à l'échelle mondiale, ce qui désavantage considérablement les patients et les fournisseurs. Pour régler ce problème, il faut agir de toute urgence.

Médicaments novateurs Canada, ou MNC, de concert avec ses partenaires au pays et à l'échelle mondiale, appuie la mise en œuvre complète du plan d'action sur la RAM du Canada. Ce plan comprend un incitatif en aval qui récompense l'innovation et garantit un accès opportun aux nouveaux antibiotiques. Nous nous réjouissons du programme fédéral en cours d'élaboration et nous exhortons le gouvernement à adopter les améliorations proposées par la Canadian Antimicrobial Innovation Coalition et de créer un environnement de politique d'apprentissage qui évolue en fonction des données probantes et non des cycles politiques.

D'autres pays ont déjà agi. Le Royaume-Uni a mis en œuvre un incitatif en aval fondé sur le modèle de la souscription, l'Italie en a présenté un pendant sa présidence du G7 et la France fera de la RAM une priorité au cours de sa présidence prochaine du G7. Le leadership qu'exerce le Canada au sein du G7 tire rapidement à sa fin. Nous devons montrer la voie, et pas suivre les autres. Les incitatifs ne suffisent pas à eux seuls. Les systèmes de réglementation et de remboursement demeurent répétitifs et lents. Santé Canada doit compter sur les efforts déployés dans le cadre d'examen internationaux de confiance. Il s'agit d'une étape clé menant à des approbations plus rapides, sans compromettre l'innocuité.

Les retards dans l'accès persistent. En moyenne, il faut deux ans et demi avant qu'un médicament figure sur les listes de médicaments des régimes publics après avoir été autorisé par Santé Canada. Pour les antibiotiques qui ciblent les bactéries multirésistantes, chaque jour compte. La RAM n'est pas seulement un problème de santé: c'est un problème géopolitique, qui touche l'économie et la sécurité.

Les États-Unis se concentrent de plus en plus sur leurs priorités nationales et le Canada ne peut pas supposer qu'ils l'aideront en temps de crise. Nous devons obtenir notre propre chaîne d'approvisionnement en antibiotiques, renforcer l'innovation au pays et créer des alliances avec des pays qui tiennent à la science et à la sécurité de la santé à l'échelle mondiale.

Il s'agit de la résilience du Canada. Il s'agit de garantir que les Canadiens ont accès aux médicaments dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin. Si nous agissons avec résolution, nous ferons plus que contenir la RAM: nous bâtirons un Canada plus fort et plus sûr.

• (1115)

Je vous remercie, madame la présidente et distingués membres du Comité. Je répondrai avec plaisir à vos questions.

La présidente: Merci, madame Hamelin.

Le greffier vient de m'informer que Kim Neudorf a réussi à se connecter. Nous ferons un test de son rapide afin de lui donner les cinq minutes qui lui sont allouées pour sa déclaration préliminaire.

Je suspends la réunion quelques instants afin que nous puissions faire le test de son avec elle.

Merci.

• (1115)

(Pause)

• (1120)

La présidente: Nous reprenons nos travaux.

Bienvenue, madame Neudorf. Vous disposerez de cinq minutes pour faire votre déclaration préliminaire.

Allez-y.

Kim Neudorf (patiente partenaire, Patients pour la sécurité des patients du Canada): Merci.

Veuillez m'excuser de ce dérangement. J'ai eu tout un matin.

Merci beaucoup de m'offrir cette possibilité. Je suis originaire de la Saskatchewan. Je représente Patients pour la sécurité des patients du Canada, un groupe de défense des intérêts à but non lucratif. Nous cherchons à comprendre comment la RAM et la septicémie causent des dommages physiques et psychologiques évitables.

L'histoire que je m'appête à vous raconter est celle de l'une de mes proches. Elle montre la tragédie humaine derrière la science et le fardeau clinique, économique et social de la RAM. J'ai obtenu la permission de vous la raconter.

Une femme de 70 ans en santé souffre d'une fracture banale au pied. Deux jours plus tard, elle ressent une douleur sous son plâtre; ses signes vitaux et son état cognitif sont inquiétants. Lorsque le plâtre est retiré, son pied est dans un état horrible. On finit par diagnostiquer une septicémie. On identifie l'agent pathogène à l'origine de l'infection, le staphylocoque doré résistant à la méthicilline, ou SARM. Elle passe ensuite 419 jours consécutifs à recevoir des soins hospitaliers. Cette dame a perdu son pied et a évité l'amputation de son bras de quelques heures. Elle a été victime d'une deuxième septicémie, qui, avec le SARM, lui coûte finalement la vie.

On estime que les coûts liés aux soins de santé s'établissaient à 750 000 \$. Elle n'a jamais obtenu de prothèse, mais un pied prothétique peut coûter jusqu'à 15 000 \$. Pour une main, on parle de 250 000 \$ possiblement. Son mari dévoué, qui est resté à ses côtés chacun de ces 419 jours, a engagé des coûts pour son hébergement à l'hôtel, ses repas et l'essence pour sa voiture. Il n'est pas allé travailler.

Patients pour la sécurité des patients Canada intègre une approche axée sur la personne qui couvre horizontalement les cinq piliers du plan d'action. Nous soutenons l'écologie de l'approche « Une santé », mais, compte tenu de notre mandat, nos recommandations sont axées sur le thème central de la mobilisation et de l'habilitation.

La première recommandation est de soutenir la promotion de la santé, ainsi que la reconnaissance rapide et la prévention des infections en encourageant la capacité d'agir dans nos communautés et la capacité d'agir en tant que patient ou résidant dans des milieux de vie collectifs afin de prévenir les infections courantes dans les établissements. Nous en appelons ainsi à la responsabilisation en matière de soins de santé et au respect des normes élaborées par l'Association canadienne de normalisation, la Health Standards Organization et PCI Canada, et nous plaidons en faveur de la recherche et de l'innovation.

En ce qui concerne la recherche et l'innovation, nous aimerions que des dispositifs portables ou une technologie pour téléphone intelligent soient conçus afin de nous alerter sur les signes vitaux critiques, de poser un diagnostic rapide pour prescrire des antimicrobiens avec exactitudes et reconnaître tôt la septicémie. Nous demandons aussi la création d'environnements bâtis conçus pour contribuer à la prévention et au contrôle des infections, des systèmes d'hygiène des mains et de surveillance environnementale liés aux examens du rendement, ainsi que des données démographiques et de surveillance pour mieux comprendre le fardeau social de la RAM. En outre, compte tenu des augmentations inquiétantes des cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang, il faut en faire davantage en amont et en aval en ce qui concerne le nettoyage environnemental ergonomique durable et les innovations en matière de désinfection. Il faut aussi continuer de financer le bon travail que fait le réseau Sepsis Canada, reconnaître le travail que mènent actuellement les Instituts de recherche en santé du Canada dans le cadre de la stratégie nationale de recherche sur la RAM fondée sur l'approche Une santé pour consulter les patients ayant une expérience vécue et exiger une éducation en PCI pour tous les employés des établissements de soins de longue durée, y compris les préposés au nettoyage du milieu.

La deuxième recommandation est d'élaborer des ressources à l'intention de ceux parmi nous qui vivent avec la RAM. Nous vivons avec la RAM...

• (1125)

La présidente: Pourriez-vous conclure s'il vous plaît? Votre temps est écoulé.

Kim Neudorf: Oui.

Nous vivons avec la RAM, mais il est difficile d'accéder aux ressources d'autogestion, qui ne sont pas de grande qualité, ce qui nuit à la capacité d'agir et accroît le risque de transmission.

La troisième recommandation — et il y en a toute une série — est d'accroître la sensibilisation du public. J'ai soumis un mémoire à ce sujet.

Merci beaucoup.

La présidente: Merci, madame Neudorf.

Sur ce, passons à notre première période de questions.

Chaque député aura six minutes.

Nous commencerons avec le député Baldinelli.

Allez-y. Vous avez six minutes.

Tony Baldinelli (Niagara Falls—Niagara-on-the-Lake, PCC): Merci, madame la présidente, et merci aux témoins d'être avec nous aujourd'hui.

Je commencerai par vous, madame Hamelin. Vous avez dit qu'il était nécessaire de s'attaquer à ce problème de toute urgence. Plus précisément, vous avez dit que lorsque chaque minute compte, nous devons agir, et que la RAM n'est pas « rare » et qu'il s'agit d'une « crise ». Vous avez indiqué que le Canada traîne de la patte par rapport à d'autres pays qui ont agi.

D'autres témoins ont comparu devant le Comité. Par exemple, M. Castonguay a indiqué que la RAM coûte environ 1,4 milliard de dollars aux systèmes de santé provinciaux. Le Dr Leung a lui aussi comparu et a dit que le Canada accuse un retard au chapitre des traitements antimicrobiens. Vous et M. Salama avez dit qu'à l'heure actuelle, « seuls 3 nouveaux antibiotiques sur les 18 » lancés à l'échelle mondiale sont offerts au Canada.

J'aimerais en savoir plus et comprendre pourquoi il en est ainsi.

Nous avons le Programme d'accès spécial de Santé Canada. S'agit-il des coûts? Est-ce parce que les entreprises pharmaceutiques se heurtent à des fardeaux réglementaires et ne parviennent pas à lancer des médicaments sur le marché?

Vous avez dit qu'il fallait récompenser l'innovation. Comment est-ce que cela fonctionne? Comment pouvons-nous le faire? Comment pouvons-nous finir par avoir accès à tous ces médicaments?

Bettina Hamelin: C'est une très bonne question. Je tiens d'abord à dire que je constate que nos membres sont tout prêts depuis la toute première consultation du gouvernement fédéral sur la RAM en 2018. Ce qui nous empêche de le faire au Canada, c'est que nous n'avons aucune structure de marché prévisible pour permettre à l'industrie de lancer ces médicaments sur le marché canadien. Le gouvernement doit encore parachever cette structure.

J'insiste aussi sur le fait que l'industrie a toujours été mobilisée au pays. Chaque année, elle investit 3,2 milliards de dollars en recherche et en développement, ce qui a une incidence de 18, 4 milliards de dollars sur notre économie et crée 110 000 emplois. L'industrie est présente au Canada, mais ce qu'il manque réellement, c'est un mécanisme clair pour une collaboration soutenue avec tous les ordres de gouvernement, ce qui comprend le partage de la reddition de comptes et du risque entre le gouvernement et les innovateurs.

Nous arrivons en queue de peloton du G7 en ce qui concerne l'accès aux médicaments au Canada. Il en est ainsi pour tous les médicaments. Pour les antibiotiques, où chaque minute compte, comme Mme Neudorf vient de le mentionner, nous n'avons tout simplement pas deux ans et demi pour nous occuper de toute la paperasse à remplir au Canada pour lancer ces médicaments au pays.

Le Royaume-Uni et l'Italie, par exemple, ont trouvé une façon de collaborer avec l'industrie afin de garantir que ces antibiotiques sont offerts chez eux. Nous n'avons pas un tel système au Canada.

Tony Baldinelli: Merci de vos commentaires. Je suis déçu d'apprendre que nous arrivons au dernier rang encore une fois, dans un autre domaine de notre participation au G7, à savoir la RAM.

Monsieur Stinson, à Prévention et contrôle des infections Canada, vous représentez des individus, des personnes qui travaillent sur le terrain, dans les hôpitaux. Pouvez-vous nous parler d'un aspect du programme d'accès spécial de Santé Canada et de ce que vous constatez sur le terrain?

Kevin Stinson: Dans le cadre de mon travail, je ne participe pas vraiment au traitement direct des patients. J'examine davantage la situation des soins de santé et la façon dont nous examinons la population dans son ensemble et la transmission à l'échelle de celle-ci.

Je dirai que nous voyons maintenant des agents pathogènes beaucoup plus complexes s'introduire couramment dans les hôpitaux, pas seulement sous la forme de colonisations, mais aussi également en tant qu'infections qui se répandent. Nous constatons l'augmentation au Canada d'un agent pathogène appelé entérobactéries productrices de carbapénèmases — que j'appellerai simplement EPC, question simplicité —, qui affiche un taux de mortalité de 60 % lorsqu'il cause une infection sanguine. En fait, certains nouveaux médicaments qui sont lancés sur le marché — pas seulement au Canada — pourraient cibler cet agent pathogène. À l'heure actuelle, nous n'y avons pas accès.

Je sais que mon collègue, le Dr Greg Rose, qui a comparu plus tôt devant le Comité, en a parlé lors de conversations précédentes sur un patient semblable pour lequel il n'arrivait pas à trouver de médicaments.

• (1130)

Tony Baldinelli: Merci, monsieur Stinson.

Mon temps est presque écoulé. Encore une fois, vous parlez des représentants avec qui vous travaillez et qui sont sur le terrain. Vous avez dit qu'il était impossible de présenter une demande de financement pour mener le type de recherche que vous faites sur le terrain en milieu hospitalier. Il ne me reste plus beaucoup de temps, mais j'aimerais que vous nous présentiez des idées pour offrir des possibilités de financement en aval, aux représentants sur le terrain comme vous.

Kevin Stinson: Oui, avec plaisir.

Je reviens à ces organismes, les EPC. À l'heure actuelle, un grand nombre d'hôpitaux au Canada tentent de faire l'analyse coût-avantage pour déterminer s'ils doivent instaurer des programmes de dépistage pour ces organismes, et je ne parle pas seulement des petits hôpitaux communautaires. Les grands hôpitaux sont aux prises avec le même problème. Ces programmes ne sont pas très dispendieux. On parle de dépenses qui varient, selon la taille de l'hôpital de 20 000 à 80 000 ou à 100 000 \$, mais il est question ici d'un agent pathogène qui pose de graves risques à la sécurité des patients. Ainsi, le fait d'obtenir des fonds pour mettre à l'essai ce genre de programme de surveillance peut nous aider à déterminer si cela en vaut la peine pour notre communauté.

La présidente: Merci.

Passons maintenant au député Noormohamed pour six minutes.

Allez-y.

Tony Baldinelli: Merci.

Taleeb Noormohamed (Vancouver Granville, Lib.): Merci, madame la présidente.

Merci aux témoins d'être ici.

Comme M. Stinson le fait remarquer, je ne sais pas trop si nous devons dire « bonne » Semaine nationale de lutte contre les infections, mais nous en prenons note. Bien sûr, le thème cette semaine porte sur l'union, la prévention, la protection et la victoire. Je suis ravi que nous parlions de ce sujet aujourd'hui.

Madame Hamelin, j'aimerais commencer avec vous. Vous avez parlé de l'Italie et du Royaume-Uni. Ce sont des pays dont le système de santé relève d'une seule compétence. L'un des grands défis auquel nous sommes confrontés au Canada réside dans l'idée selon laquelle le gouvernement fédéral homologue un médicament et que 13 administrations différentes déterminent ensuite la façon dont il sera géré dans leur territoire de compétence. Nous avons vu que certaines provinces ont été beaucoup plus réticentes que d'autres en ce qui concerne l'offre de nouveaux médicaments.

Recommanderiez-vous d'éliminer les 13 administrations différentes et de soutenir une homologation unique à l'échelle fédérale et, par la suite, une décision en aval plutôt que d'avoir 13 décisions différentes?

Bettina Hamelin: Je crois qu'il est très important de reconnaître l'unicité du Canada. Le Canada est une fédération; le gouvernement fédéral et chacune des administrations ont des rôles. Nous devons le reconnaître et travailler avec tous les ordres de gouvernement parce que chacun a un rôle très important à jouer.

Dans le cas présent, le gouvernement fédéral a un rôle de coordination important à jouer afin de garantir l'offre de médicaments et de veiller à ce qu'il existe une liste des bactéries résistantes à gérer de toute urgence qui seraient ciblées dans la liste subséquente d'antibiotiques que nous devons faire entrer au pays. Il y a toutefois de multiples organisations, en fait, entre l'organisme de réglementation — Santé Canada — et les administrations, qui ont joué divers rôles et ajouté un fardeau administratif imposant qui mène à cette période de deux ans et demi après l'homologation par Santé Canada.

Pensons entre autres à l'Agence des médicaments du Canada, qui ne reconnaît pas autant la valeur de l'innovation que d'autres administrations. Vient ensuite l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, qui négocie les prix au nom des provinces — des prix que les provinces peuvent accepter ou refuser — et l'industrie négocie ensuite une fois de plus avec les provinces. Il y a donc toutes ces étapes différentes.

Nous devons trouver une façon de mettre fin à cette fragmentation au Canada. Dans l'industrie, nous sommes prêts à travailler avec les gouvernements fédéral et provinciaux afin d'y mettre fin parce que c'est tout simplement insoutenable, compte tenu de tout ce qui se passe sur la scène géopolitique, particulièrement dans les domaines liés aux maladies, où chaque heure compte.

• (1135)

Taleeb Noormohamed: Merci beaucoup.

Vous avez dit que chaque heure compte, et il me semble qu'une période de deux ans et demi après que Santé Canada a homologué un médicament est sans aucun doute problématique. Avez-vous des idées précises — n'importe quelle idée à ce sujet et des façons dont nous pourrions les faire progresser — que vous pourriez nous présenter par écrit? Je crois que tous les membres du Comité vous en seraient très reconnaissants.

Bettina Hamelin: Je serai ravie de le faire.

Taleeb Noormohamed: Je m'adresse maintenant à vous, monsieur Stinson. Dans le cadre de votre travail, vos collègues et vous êtes aux premières loges de certains des défis avec lesquels nous sommes aux prises. Ces derniers temps, nous avons malheureusement constaté des choses qui, à mon avis, ajoutent un niveau de complexité au travail que je sais que vous tentiez de faire et que vous aimeriez que nous fassions. Je parle de l'ampleur de la mésinformation et de la désinformation qui se sont propagées sur la prévention et le traitement de nouvelles maladies à mesure qu'elles émergent.

Cela s'est manifesté sous la forme d'une réticence à l'égard de la vaccination. Cela s'est manifesté sous la forme de mésinformation au sujet de tentatives déployées par certaines personnes pour contrôler certaines des choses les plus déplorables. Malheureusement, cette mésinformation a été surtout perpétuée par certains politiciens conservateurs.

Selon vous, quelle incidence cela a-t-il sur le travail que vous tentez d'accomplir? Quel message voulez-vous envoyer aux politiciens qui ont tenté de susciter la peur à mesure que de nouveaux médicaments et de nouveaux traitements apparaissent? Quelles conséquences ce genre de mésinformation a-t-elle sur les résultats pour les patients?

Kevin Stinson: Évidemment, il y a beaucoup de rhétorique, y compris celle qui provient du Sud de la frontière à l'heure actuelle, qui alimente réellement la réticence ou le scepticisme à l'égard de la science. Le défi est plus inhérent aux personnes. Votre esprit commence à se faire une idée de ce qui semble exact, de ce qui semble normal et de ce qui semble connu, et vous vous retrouvez dans ce schéma d'opposition entre la corrélation et la causalité et devenez incapable de prendre du recul et d'examiner les données avec un regard critique.

Le seul commentaire que je ferai à ce sujet — et je ne parlerai pas de l'aspect politique d'« un parti contre l'autre » — aux députés siégeant des deux côtés de l'enceinte, c'est simplement d'écouter les experts scientifiques du domaine, parce que ce sont eux qui font le travail pour présenter des interprétations statistiques ou analytiques critiques sur les données.

Taleeb Noormohamed: Merci de votre réponse et merci à tous de vos commentaires.

La présidente: Merci.

Passons maintenant au député Blanchette-Joncas.

Allez-y. Vous avez six minutes.

[Français]

Maxime Blanchette-Joncas: Madame Hamelin, selon les données de l'OCDE, le Canada est le seul pays du G7 à avoir réduit la part de son produit intérieur brut consacré à la recherche-développement entre 2001 et 2021, alors que tous nos partenaires ont augmenté leurs investissements.

Comment expliquez-vous un tel recul et quel impact concret cela a-t-il eu sur notre capacité à innover et à maintenir un écosystème pharmaceutique compétitif?

Bettina Hamelin: L'investissement en recherche-développement au Canada est inférieur à celui d'autres pays de l'OCDE et du G7. L'investissement a toujours été inférieur et, maintenant, on perd encore plus sur ce plan-là.

Par contre, je veux mettre l'accent sur le fait que l'industrie pharmaceutique, depuis plusieurs années, investit de façon croissante en recherche-développement au Canada. Nous pouvons d'ailleurs vous montrer les données. À l'heure actuelle, nous investissons 3,2 milliards de dollars en recherche-développement et formons des partenariats au sein de notre écosystème. Au Québec, notamment, il y a un écosystème dynamique des sciences de la vie. On le reconnaît et l'industrie y fait des investissements. Par ailleurs, 30 % de nos membres ont leur compagnie au Québec.

Par contre, je pense que le gouvernement fédéral et tous les gouvernements provinciaux ont un rôle important à jouer en tenant des conversations avec l'industrie et en mettant des incitatifs sur la table pour attirer davantage d'investissements au Québec et au Canada. Sinon, nous allons continuer à reculer par rapport au reste du monde.

• (1140)

Maxime Blanchette-Joncas: Je poursuis avec l'exemple du Québec que vous avez mentionné. Vous l'avez bien exprimé: le Québec était un moteur de l'industrie pharmaceutique. On se rappelle que, au début des années 2000, il y a eu plusieurs fermetures de géants pharmaceutiques. Des laboratoires ont fermé, il y a eu un exode de talents, de gens qui sont partis dans d'autres pays. On a pu conserver quand même quelques experts dans l'écosystème. Toutefois, durant la pandémie de la COVID-19, le Canada était entièrement dépendant de partenaires étrangers. Il est resté le seul pays du G7 à être incapable de produire son propre vaccin.

Comment voyez-vous ça? Comment peut-on éviter que cela ne se reproduise? Comment peut-on bâtir une véritable autonomie scientifique et industrielle?

Bettina Hamelin: Tout d'abord, notre capacité scientifique au Québec et au Canada est extraordinaire. Nous avons tout ce qu'il faut pour bâtir une industrie des sciences de la vie au Canada. Encore faudrait-il que le gouvernement fédéral et que les gouvernements provinciaux reconnaissent cette industrie comme un vrai moteur de l'économie du Canada et du Québec.

Ensuite, le modèle de l'industrie a changé. Il faut reconnaître qu'il s'agit moins d'un modèle avec de gros bâtiments et de gros laboratoires, mais plutôt d'un modèle consolidé avec des partenariats et des investissements.

Au Québec, vous avez su attirer Moderna pour bâtir une compagnie de production de vaccins, et c'est bien. En Ontario, nous avons Sanofi qui produit des vaccins. En Colombie-Britannique, nous avons des compagnies comme AbCellera, qui sont capables de faire des anticorps contre la COVID et d'autres maladies infectieuses. Nous avons donc vraiment la capacité de le faire. Il faut donc investir, collaborer avec l'industrie, créer des incitatifs et créer un marché qui permet aux compagnies, qu'elles soient canadiennes ou multinationales, de commercialiser leurs produits au Canada.

Il ne faut pas attendre l'aval de Santé Canada pendant un an, puis deux ans et demi pour être remboursé pour un médicament. Ça peut prendre jusqu'à trois ans et demi, alors qu'aux États-Unis et en Allemagne, on rembourse immédiatement le médicament. La création du marché ne peut donc pas être déconnectée du système d'innovation au Canada.

Maxime Blanchette-Joncas: Vous avez mentionné que le Canada n'a aucun leadership en matière de résistance aux antimicrobiens au sein du G7, contrairement à la France ou à l'Italie. Pensez-vous que ce retard soit lié au fait que, depuis le début des années 2000, notre part du produit intérieur brut consacré à la science reste parmi les plus basses du G7?

Bettina Hamelin: Je pense plutôt que c'est parce que nous discutons, mais nous ne passons pas à l'action. Pourtant, nous savons comment faire, nous savons comment créer des incitatifs, particulièrement pour les antibiotiques au Canada. Nous pouvons apprendre d'autres modèles et les adapter au Canada. Nous avons déjà montré que c'est possible, puisque nous avons travaillé avec l'Ontario, et que nous voulons travailler avec le Québec là-dessus.

Il faut vraiment passer à l'action et sauver des vies au Canada.

Maxime Blanchette-Joncas: Merci.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

Nous commençons maintenant notre deuxième période de questions. Madame DeRidder, vous avez cinq minutes.

Allez-y.

Kelly DeRidder (Kitchener-Centre, PCC): Merci beaucoup.

Monsieur Stinson, j'allais suivre une voie de questionnement, mais vous avez dit quelque chose qui m'a fait complètement changer mes réflexions. Vous avez dit que « un patient sur dix est colonisé par au moins un » organisme résistant aux antimicrobiens pendant son hospitalisation. Étant donné que vous êtes très axé sur l'aspect communautaire et vous vous trouvez pile dans ma communauté de Kitchener, j'ai quelques questions d'ordre communautaire à vous poser.

Quel rôle la crise de la drogue qui sévit à Kitchener a-t-elle joué dans la propagation de la transmission des ORA dans notre communauté?

• (1145)

Kevin Stinson: Pour être clair, c'est près d'un patient sur dix. C'est un peu inférieur à cela et il ne s'agit pas nécessairement d'une colonisation survenue au cours de cette hospitalisation en particulier. Cependant, étant donné que les gens sont colonisés en permanence, c'est un problème constant pour ce patient.

Il ne fait aucun doute que l'épidémie de drogues et d'opioïdes, ainsi que les problèmes d'itinérance ou de mauvaises conditions de logement qu'elle crée... Des gens sont entassés dans des logements où ils sont soumis à des conditions de vie très précaires, et se trouvent souvent dans un piètre état en matière d'hygiène et de santé en général, et n'ont pas accès aux établissements de soins de santé. Il s'agit en fin de compte d'un domaine qui est réellement exploré, mais très inquiétant en ce qui concerne la transmission au sein de cette population. On imagine une personne qui retourne dans cette population ou dans ce campement, par exemple, et tous les problèmes qui en découlent. Si cette personne est colonisée par un ORA, elle peut maintenant commencer à le transmettre à ceux qui l'entourent. Encore une fois, il ne s'agit pas nécessairement d'une infection à ce moment-là; on parle ici d'une colonisation. Cependant, cette personne a désormais des bactéries résistantes dans sa microflore normale. Si cette personne est infectée par une bactérie, par exemple, après s'être injecté des opioïdes, cette bactérie

risque maintenant d'être résistante, ce qui a de lourdes conséquences sur sa santé.

Kelly DeRidder: Cela aggrave la situation.

Kevin Stinson: Tout à fait.

Kelly DeRidder: À Kitchener, nous avons eu un immense afflux de population à cause du Programme des étudiants étrangers raté. Avez-vous également constaté cet afflux de population à cause de ce programme, particulièrement à Kitchener?

Kevin Stinson: Je ne crois pas avoir constaté qu'une population d'étudiants étrangers en était nécessairement la cause dans le secteur hospitalier. La majorité de ceux qui se présentent à l'hôpital demeure dans une écrasante majorité des adultes âgés. Nous voyons évidemment de jeunes adultes et certains étudiants, mais je ne crois pas qu'il s'agisse d'un facteur important dans l'évolution de la dynamique de la population qui se présente à l'hôpital. Je n'ai malheureusement pas les statistiques sur ces données démographiques liées aux admissions.

Kelly DeRidder: Merci.

Je poserai une question à Mme Neudorf et je reviendrai à vous, monsieur Stinson, s'il me reste du temps.

Madame Neudorf, avez-vous des données sur le nombre de personnes au pays qui sont décédées des suites d'une septicémie ou d'une infection à ce jour parce qu'elles étaient en situation d'itinérance ou qu'elles consommaient de la drogue?

Kim Neudorf: Non. Il faut étudier davantage les données démographiques qui accompagnent la microbiologie. Elles ne le sont pas assez.

Les taux de RAM, de septicémie et d'infections transmises sexuellement sont très élevés dans ma province. Le taux d'infection au SARM est très élevé, tout comme le nombre de cas de syphilis et de gonorrhée résistante aux antimicrobiens. J'ai récemment vu que le nombre de cas de syphilis avait augmenté de 1 444 % entre 2018 et 2022. Je ne me souviens plus si c'était dans les provinces des Prairies ou en Saskatchewan.

En ce qui concerne la dernière question que vous avez posée à M. Stinson sur la disparité que l'on constate dans nos communautés à l'heure actuelle et sur son augmentation au cours des 10 dernières années, le manque d'accès à des installations d'hygiène heurte réellement la dignité de ces personnes, bien entendu, mais cela a aussi une incidence sur la lutte contre les infections, y compris celles transmises sexuellement. L'hygiène en fait partie, tout comme la santé gynécologique. Elles en font toute partie.

Je crois que nos communautés doivent mieux aider les personnes vulnérables qui n'ont pas accès à des installations d'hygiène ou à des centres d'eau. Nous pourrions créer des installations de douche, comme c'est le cas à Vancouver, je crois, ou en fait, que l'on y pense. Dans ma province, à Saskatoon, nous...

La présidente: Madame DeRidder, votre temps est écoulé.

Kelly DeRidder: Merci.

La présidente: Merci.

Écoutons maintenant la députée McKelvie. Je crois que vous partagez votre temps avec la députée Jacek.

• (1150)

Jennifer McKelvie (Ajax, Lib.): Elle peut commencer.

L'hon. Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.): Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci à tous nos témoins qui sont ici aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à Mme Hamelin.

Le processus d'approbation commence avec Santé Canada. Étant donné que vous avez indiqué que les homologations internationales étaient obtenues tellement plus rapidement dans divers pays, avez-vous des recommandations à faire en ce qui concerne la réciprocité entre le Canada et les organisations à vocation scientifique et aux vues semblables d'autres pays?

J'aimerais commencer par cela.

Bettina Hamelin: J'inviterai aussi ma collègue, Mme Buckley, à faire part de ses commentaires à ce sujet, car elle travaille de près avec Santé Canada.

Santé Canada examine actuellement de nouvelles voies à suivre afin d'utiliser les décisions réglementaires rendues par d'autres administrations dont le processus d'examen est plus rapide et qui traitent les dossiers plus tôt que Santé Canada. Le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques était auparavant le plus rapide. Nous verrons comment cela évolue à la lumière des changements qui y sont en cours. L'Agence européenne des médicaments homologue elle aussi les médicaments plus rapidement que Santé Canada. Santé Canada explore des mécanismes de dépendance.

Madame Buckley, aimeriez-vous expliquer davantage les particularités?

Jennifer Buckley (directrice principale, Affaires réglementaires et transformation de la recherche clinique, Médicaments novateurs Canada): Bien sûr. Merci, madame Hamelin.

Nous travaillons avec Santé Canada. Santé Canada a fait de l'excellent travail en ce qui concerne la dépendance et le partage du travail. Il existe un certain nombre d'organismes de réglementation à l'échelle internationale dont les antécédents et les approches sont semblables. La collaboration mondiale offre donc une valeur et un avantage concrets.

Il y a un programme d'accès auquel Santé Canada participe. Des travaux sont en cours pour rendre ce processus plus efficace. L'objectif général est de garantir que Santé Canada demeure un organisme de réglementation de calibre mondial et qu'il maintient sa capacité d'avoir une expertise scientifique à l'interne également. Cependant, il s'agit aussi de compter sur cette collaboration mondiale qui rend réellement la science, la recherche et le développement plus efficaces au Canada et dans le monde entier.

L'hon. Helena Jaczek: Je vous remercie.

Madame Hamelin, je reviens à la question posée par mon collègue, le député Noormohamed. Après que Santé Canada a homologué un produit donné à la lumière de son innocuité et de son efficacité, il semble, et nous l'avons évidemment entendu, que l'on constate que les provinces refont à peu près la même chose, dans une certaine mesure. Elles doivent évidemment déterminer le coût et le prix d'un produit donné, peut-être, pour leur territoire de compétence.

Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet? Je sais que vous vous êtes engagée à nous fournir des renseignements écrits, mais j'aime-

rais quand même que vous nous expliquiez comment, selon vous, ce processus pourrait être simplifié.

Bettina Hamelin: Après Santé Canada, l'Agence des médicaments du Canada évalue la pharmacoeconomie d'un nouveau produit. Dans le cadre de cette évaluation, elle examine aussi les données probantes cliniques que Santé Canada a déjà évaluées afin de déterminer qu'un nouveau produit est sûr et efficace. C'est du travail répétitif.

L'industrie examine elle aussi la pharmacoeconomie. Le défi réside dans le fait que le modèle pharmacoeconomique que l'Agence des médicaments du Canada utilise à l'heure actuellement n'a pas été mis à jour depuis longtemps et qu'il utilise des comparateurs qui sont très désuets en ce qui concerne la valeur d'une vie humaine. Par ailleurs, il ne tient pas compte de la valeur d'un nouveau produit ou d'un nouveau médicament en ce qui a trait au nombre de vies sauvées et au fait de garder les gens productifs et actifs dans l'économie. Il y a un déséquilibre si l'on n'examine que le coût.

Ensuite, l'Alliance pancanadienne pharmaceutique entre en jeu uniquement après que l'Agence des médicaments du Canada a pris sa décision et a formulé une recommandation. Si la recommandation de l'Agence des médicaments du Canada est défavorable, l'industrie a réalisé tout cet investissement en vain, car il est très difficile de recommencer le processus. Ensuite, les négociations...

• (1155)

La présidente: Je suis désolée de vous interrompre. Votre temps est écoulé.

Bettina Hamelin: C'est un long processus, mais je vous donnerai de plus amples renseignements avec plaisir.

La présidente: Oui, s'il vous plaît. Merci.

Écoutons maintenant M. Blanchette-Joncas.

Allez-y. Vous aurez deux minutes et demie.

[Français]

Maxime Blanchette-Joncas: Docteur Stinson, les universités jouent un rôle essentiel dans la prévention des infections, mais la recherche demeure souvent sous-financée, surtout à l'extérieur des grands centres. Dans un contexte où le Canada accuse un retard d'investissement en recherche-développement par rapport aux autres pays du G7, quelles innovations récentes vous semblent les plus prometteuses ou les plus facilement applicables sur le terrain pour renforcer la prévention et la collaboration entre les chercheurs et les cliniciens?

Kevin Stinson: Merci de la question. Je vais y répondre en anglais.

[Traduction]

En ce qui concerne la capacité en financement de la recherche, c'est surtout dans les universités que la recherche est menée. L'une des possibilités à explorer, c'est de voir comment faire moins de recherche universitaire générale et plus de recherche appliquée et exploitable.

Lorsque nous explorons les possibilités dans ces domaines, l'un des exemples que nous voyons à l'heure actuelle, c'est que des industries au Canada et à l'étranger font entrer — comme Mme Neudorf l'a mentionné — des technologies de contrôle des infections et des environnements sophistiqués. Il est très difficile à l'heure actuelle de déterminer si l'avantage qu'offrent ces technologies dispendieuses dans la prévention des infections justifie leur coût. Il n'y a pas beaucoup de littérature sur la façon de le déterminer; il s'agit donc d'une excellente possibilité à explorer.

[Français]

Maxime Blanchette-Joncas: On parle souvent de décisions fondées sur des données probantes. Avons-nous aujourd'hui suffisamment de données fiables et accessibles pour orienter nos politiques en matière de prévention? Les leçons tirées de la COVID-19 ont-elles vraiment été intégrées dans la planification à long terme?

[Traduction]

Kevin Stinson: Nos données sont généralisées à tout le mieux. Elles nous présentent les tendances, mais ne cartographient pas vraiment la transmission. Pour mettre en œuvre un programme sensé pour un petit sous-ensemble de la communauté au moyen de ces données, nous devons avoir une meilleure idée de façon détaillée.

Nous devons aussi examiner des secteurs autres que celui des soins actifs seulement. C'est là d'où provient la majeure partie des données de surveillance, mais à l'heure actuelle — dans le Sud de l'Ontario, par exemple —, de multiples hôpitaux, y compris le nôtre, constatent cette tendance d'augmentation marquée d'un agent pathogène en particulier. Si de multiples hôpitaux constatent la même tendance, il ne s'agit pas, de toute évidence, d'un problème au niveau de l'hôpital seulement. Il y a un aspect communautaire à cela, mais nous n'avons pas vraiment de données sur la transmission dans la communauté.

La présidente: Merci. Votre temps est écoulé.

Nous terminerons avec ce groupe de témoins à 12 h 5 étant donné que la séance a été suspendue pendant cinq minutes. Monsieur Mahal, vous aurez quatre minutes et le député Rana aura ensuite quatre minutes.

Monsieur le député Mahal, vous avez quatre minutes. Allez-y.

Jagsharan Singh Mahal (Edmonton-Sud-Est, PCC): Merci, madame la présidente.

Je partagerai mon temps avec le député Ho, s'il m'en reste.

Je m'adresse d'abord à Mme Hamelin.

Madame, dans votre témoignage et dans les réponses que vous avez données à mes collègues, vous avez dit qu'il n'y a aucune structure pour les médicaments commercialisés au Canada. Voulez-vous dire qu'il n'y a pas de structure ou qu'il y a trop de structures et trop de formalités administratives qui entrent en jeu au moment de commercialiser les médicaments? De quoi s'agit-il? Est-ce qu'il y a trop de formalités administratives ou pas de formalités administratives?

Bettina Hamelin: Il y a trop de formalités administratives et trop de structures qui effectuent le même travail, quoique des tentatives ont été déployées pour en recouvrir une certaine partie. Il y a trop de structures et trop de formalités administratives, et c'est ce qui nous empêche réellement de faire entrer des médicaments au Canada.

Jagsharan Singh Mahal: Vous avez aussi dit qu'en ce qui concerne la RAM et les chercheurs qui l'étudient, nous avons des lacunes ou nous arrivons au dernier rang du G7.

À votre avis, qui est responsable de cette situation? Est-ce le gouvernement fédéral ou les formalités administratives? Est-ce le milieu universitaire et le fait que la RAM n'est pas assez étudiée ou est-ce l'aspect production des médicaments? Qui est le grand responsable de cette situation?

● (1200)

Bettina Hamelin: La comparaison avec les pays membres du G7 fait référence au temps qu'il faut pour rembourser les médicaments — au temps qu'il faut pour ajouter le médicament à la liste des médicaments d'un hôpital.

Les chercheurs canadiens sont extraordinaires. Cela n'a rien à voir avec la recherche. La recherche sur les antibiotiques en particulier est difficile parce que les mécanismes sont complexes et, comme M. Stinson l'a expliqué, parce que la génétique évolue. Il ne fait aucun doute que la capacité de recherche existe au Canada.

Le problème vient réellement du fait qu'il y a trop de formalités administratives qui prolongent le processus d'acheminement des médicaments au patient.

Jagsharan Singh Mahal: Merci de votre réponse.

Monsieur Stinson, vous en avez parlé dans votre témoignage et vous avez entendu d'autres membres du groupe de témoins le dire aussi, qu'il y a différents ordres de gouvernements et que l'on assiste à une propagation importante de désinformation et de désinformation.

Je peux parler de l'expérience que j'ai vécue avec ma mère. Ma mère souffrait d'une infection urinaire et elle a fini par développer une RAM. Après deux semaines de traitement à l'hôpital local de Grey Nuns, qui se trouve dans ma circonscription, on a dû commander un médicament qui devait provenir de l'Ontario. Il a fallu deux ou trois semaines, je crois, avant de l'obtenir.

Ne serait-il pas mieux d'avoir un organisme à l'échelle fédérale qui fournit ces médicaments à l'ensemble des provinces et des organismes locaux et qui répondrait à ces défis quotidiens au moyen de ses mécanismes moteurs? Que répondriez-vous à cela?

Kevin Stinson: Oui, absolument. Ce problème ne vise pas seulement les antimicrobiens.

Pour bon nombre des médicaments dont l'accès est régi par le Programme d'accès spécial, il y a un retard entre le moment où on les fait entrer au Canada et le moment où on les administre au patient. Malheureusement, pendant cette période d'attente, on traite avec une personne gravement malade et chaque minute compte. Ce retard risque directement de mettre des vies en danger.

La présidente: Je suis désolée, monsieur Mahal. Votre temps est écoulé.

Jagsharan Singh Mahal: Merci.

La présidente: Merci.

Écoutons maintenant le député Rana.

Monsieur le député Rana, vous avez quatre minutes. Allez-y.

Aslam Rana (Hamilton-Centre, Lib.): Merci, madame la présidente.

Merci aux témoins de nous consacrer de leur précieux temps.

Par votre entremise, madame la présidente, je poserai une question à Mme Hamelin.

Vous avez travaillé dans le domaine universitaire, pour l'industrie et en médecine générale. Maintenant que vous êtes à la tête de MNC, comment le paysage de la recherche au Canada évoluera-t-il selon vous en ce qui concerne la lutte contre la résistance aux antimicrobiens?

Bettina Hamelin: Le Canada a une possibilité incroyable de faire progresser la RAM en mettant en place le Plan d'action pancanadien sur la résistance aux antimicrobiens afin d'en faire un programme de longue haleine et une collaboration entre l'industrie et tous les ordres de gouvernement.

Cela attirerait les investissements dans le domaine des antimicrobiens. Cela attirerait les investissements au Canada. Cela permettrait de faire davantage d'essais cliniques au Canada. Cela créerait des emplois au Canada.

Pour ce faire, il faut vraiment exécuter ce plan le plus vite possible et offrir cet incitatif en aval et en amont: il s'agirait d'une véritable approche axée sur la collaboration entre l'industrie et tous les ordres de gouvernement.

Aslam Rana: Quels sont les plus gros défis avec lesquels les entreprises doivent composer au Canada lorsqu'elles mettent au point des solutions antimicrobiennes et antibiotiques?

Bettina Hamelin: Le plus gros défi pour l'industrie au Canada réside dans l'imprévisibilité du marché. Cette situation pose un risque immense pour l'industrie.

En outre, n'oubliez pas qu'avec les programmes d'accès spécial, c'est l'industrie qui est entièrement responsable d'offrir gratuitement les médicaments. Selon moi, cela décourage vraiment l'innovation dans son ensemble, qu'elle soit liée à la résistance aux antimicrobiens ou à d'autres domaines thérapeutiques où les besoins sont non satisfaits.

• (1205)

Aslam Rana: Quel genre de rôle l'industrie pharmaceutique devrait-elle jouer dans la RAM?

Bettina Hamelin: Dans le domaine de la RAM, l'industrie découvre et met au point de nouveaux antibiotiques. On en compte 18 qui sont offerts dans le monde entier. Seuls trois d'entre eux sont

disponibles au Canada à cause de toutes les formalités administratives dont nous avons parlé tout à l'heure.

Je crois que le rôle de l'industrie est de consulter le gouvernement. Cependant, le gouvernement doit à son tour consulter l'industrie afin de mettre en place le plan dont on parle depuis 2018 et de le mettre à exécution en collaboration avec l'industrie.

Aslam Rana: Merci beaucoup.

Ma dernière question est la suivante: comment le Canada se compare-t-il aux autres pays en ce qui concerne la recherche sur la RAM et la participation de l'industrie?

Bettina Hamelin: Eh bien, le Canada fait extrêmement bien en ce qui concerne la capacité de recherche. Nous avons l'un des effectifs les plus éduqués du monde entier. Nous avons des entreprises qui sortent du domaine des maladies infectieuses, notamment AbCellera, en Colombie-Britannique, mais on trouve aussi beaucoup d'autres entreprises en démarrage.

Nous ne devrions pas oublier l'importance des outils de diagnostic. Le Canada est très fort dans le domaine des outils de diagnostic, particulièrement la génomique. Il s'agit d'un domaine de pointe. On recourt à la génomique dans d'autres pays, mais pas vraiment au Canada, même si nous sommes parmi les chefs de file à l'échelle mondiale en matière de recherche en génomique et de tests de diagnostic. Roche Diagnostics a une installation importante au Québec.

Nous avons de grandes forces, mais nous ne les utilisons pas. Nous ne les intégrons pas au système de santé. Voilà une autre chose que nous devons vraiment faire.

Aslam Rana: Merci beaucoup.

La présidente: Merci, monsieur Rana.

Sur ce, nous en avons terminé avec ce groupe de témoins.

Je tiens à remercier tous les témoins d'avoir livré leurs témoignages importants au Comité.

Sur ce, nous allons suspendre la séance avant de poursuivre à huis clos pour les affaires du Comité pendant la deuxième heure. La séance est suspendue.

La séance se poursuit à huis clos.

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>