



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

Compte rendu officiel
(Hansard)

NUMÉRO 015

Le mardi 2 décembre 2025

Hedy Fry

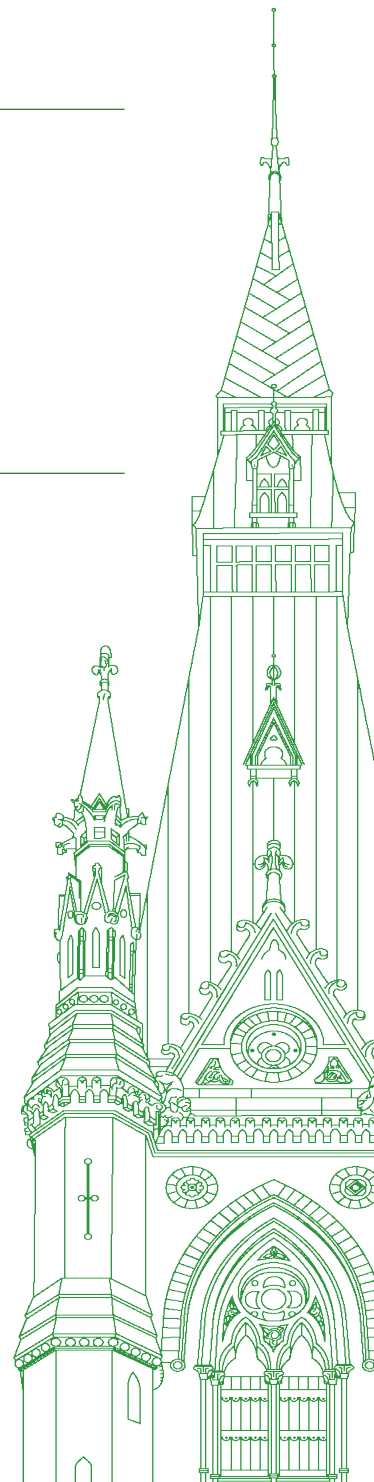


TABLE DES MATIÈRES

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

Le mardi 2 décembre 2025

• (1105)

[Français]

La présidente (L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.)): Bonjour à tous.

[Traduction]

Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue.

[Français]

Je vous souhaite la bienvenue à la 15^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

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

[Traduction]

Cette réunion se déroule sous forme hybride, conformément au Règlement.

Je rappellerai aux participants les points suivants. Veuillez attendre que je vous donne la parole avant de parler. Pour ceux qui participent par vidéoconférence, veuillez cliquer sur l'icône du microphone devant vous pour activer votre micro. Veuillez couper votre micro lorsque vous ne parlez pas. De plus, au bas de votre écran, vous verrez une icône en forme de globe. En cliquant dessus, vous pouvez choisir entre l'anglais, le français ou la salle, selon votre préférence.

Je vous rappelle que tous les commentaires doivent être adressés à la présidence.

Lorsque vous souhaitez prendre la parole, si vous êtes sur Zoom, il y a une icône en forme de main sur votre écran d'ordinateur. Veuillez utiliser la fonction « lever la main ». Aucun membre du Comité n'est sur Zoom aujourd'hui, donc la greffière et moi-même nous nous efforcerons de voir quand vous levez la main, afin de vous donner la parole.

[Français]

Andréanne Larouche (Shefford, BQ): Madame la présidente, j'aimerais faire un rappel au Règlement avant que la réunion débute.

[Traduction]

La présidente: Je suis désolée. Je ne l'entends pas du tout.

[Français]

Andréanne Larouche: Est-ce que je peux lire mon rappel au Règlement?

[Traduction]

La présidente: Veuillez m'excuser, madame. Je monte le volume. Je ne vous entends pas. Je suis désolée.

Que dites-vous?

[Français]

Andréanne Larouche: Madame la présidente, je vais faire un rappel au Règlement.

L'étude sur laquelle nous travaillons a été entreprise à la suite de l'adoption, le 23 septembre 2025, de la motion de mon collègue le député de Montcalm.

Alors que je remplaçais le député de Montcalm à la réunion du 21 octobre 2025, le Comité a adopté la motion suivante pour régir le fonctionnement des témoignages dans le cadre de cette étude: « Il est convenu, — Que les réunions du Comité soient divisées en deux blocs d'une heure chacun et qu'un maximum de trois témoins par heure soient autorisés à témoigner lors de ces réunions. »

Par contre, un changement a été apporté à l'avis de convocation de la réunion d'aujourd'hui. Les cinq invités vont témoigner au cours d'un seul bloc de deux heures, soit de 11 heures à 13 heures. Je fais un rappel au Règlement, parce que les cinq invités vont témoigner au cours d'un seul bloc de deux heures, au lieu de deux blocs d'une heure chacun, ce qui ne respecte pas la motion adoptée le 21 octobre. Étant donné que vous avez pris cette décision sans nous consulter, j'aimerais que vous remettiez le compteur à zéro pour la deuxième heure de la réunion, ce qui permettrait à chacun d'avoir un autre tour de questions de six minutes.

[Traduction]

La présidente: J'aimerais expliquer que le président essaie de diriger la réunion de manière à ce qu'elle se déroule à l'heure, en respectant le créneau horaire qui lui est réservé. Nous avons, jusqu'ici, dépassé le temps imparti à chaque réunion. Des membres du Comité se sont plaints du fait que — sachant que la réunion devait se terminer à 13 heures, ou un peu plus tard, en cas de problèmes informatiques — ils ont pris des rendez-vous qu'ils ne peuvent pas honorer parce qu'elle se prolonge.

Accueillir un deuxième groupe quand on a deux heures séparées prend du temps. Tout le monde est maintenant connecté. Il n'est pas nécessaire de s'arrêter au milieu d'une heure. Je pense que vous voulez vous assurer de disposer de six minutes dans les deux heures. Nous pourrions demander au Comité s'il accepte de vous accorder six autres minutes sans avoir à procéder ainsi, car c'est chronophage et très inefficace.

Le Comité accepterait-il d'accorder six autres minutes au Bloc québécois?

Des députés: D'accord.

La présidente: Je vous remercie, madame Larouche.

Conformément à la motion du mardi 23 septembre 2025, le Comité entame l'étude de la résistance aux antimicrobiens.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins.

Nous recevons Scot Magnish, directeur des communications et des affaires publiques de l'ATMIS.

Nous recevons Rita Dhami, de la Société canadienne de pharmacie dans les réseaux de la santé. Je pense qu'elle est en ligne.

Nous recevons également Kevin Stinson, gestionnaire de programme, Prévention et contrôle des infections Canada.

Nous recevons aussi le Dr Sameer Elsayed, de l'Université Western.

Enfin, nous recevons le Dr Terry Wuerz, de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

Je vais vous expliquer comment nous procédons. Vous disposez chacun de cinq minutes pour votre exposé. Je vous préviendrai lorsqu'il ne nous restera qu'une minute, et vous m'entendrez, puis de nouveau à 30 secondes pour que vous sachiez qu'il est temps de conclure. Si vous n'avez pas le temps de terminer, je suis certaine que vous aurez l'occasion, pendant la période de questions et réponses, de dire ou de développer ce que vous souhaitez dire.

Nous commencerons par M. Scot Magnish, qui dispose de cinq minutes.

• (1110)

Scot Magnish (directeur des communications et des affaires publiques, ATMIS): Merci, madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du Comité, de me recevoir aujourd'hui.

J'aimerais commencer par parler du rôle que jouent la prévention et le contrôle des infections dans la gérance des antimicrobiens. Je suis certain que d'autres témoins aujourd'hui en savent beaucoup plus que moi sur la prévention et le contrôle des infections. J'en parle en tant que fabricant, et j'espère pouvoir vous apporter de nouveaux éléments.

Nous avons pour principe qu'aider les gens à ne pas tomber malades est probablement un des meilleurs moyens de ralentir la résistance aux antimicrobiens. Nos professionnels de la santé de première ligne s'efforcent d'y parvenir de plusieurs façons. J'ai travaillé dans des hôpitaux dans la prévention et le contrôle des infections. Je suis certain que vous savez tous que des campagnes sont menées dans tout le pays pour encourager les gens à se laver les mains. Vous connaissez également le rôle que joue l'équipement de protection individuelle, l'EPI, dans la protection des professionnels de la santé de première ligne et, en même temps, des patients dont ils s'occupent.

Je me concentrerai aujourd'hui sur les blouses d'isolement à usage unique, qui jouent un rôle important dans la stratégie globale de prévention et de contrôle des infections de notre système. En général, ces blouses sont fabriquées avec des tissus synthétiques, comme le polypropylène. Celui-ci est stratifié pendant sa fabrication, afin de créer des surfaces non tissées avec un centre obtenu par fusion-soufflage. Ces tissus sont ensuite vendus en vrac à des entreprises qui découpent les blouses et soudent les coutures au moyen d'ultrasons. Puis elles les plient, les emballent et les expédient. C'est ce que fait mon entreprise. Nous avons une usine de

38 000 pieds carrés à Chatham, en Ontario, et nous utilisons des robots pour la fabrication.

Voici quelques données scientifiques. Le degré de protection offert par une blouse d'isolement dépend de sa résistance à la pénétration des fluides pendant les essais, selon les normes de l'Association for the Advancement of Medical Instrumentation, l'AAMI. L'AAMI nous dit de tester à la fois le tissu et les coutures de la blouse, et nous explique comment effectuer ces essais, qui sont généralement réalisés par un laboratoire agréé.

Les performances d'une blouse sont déterminées par plusieurs facteurs, comme la qualité du polypropylène, la densité du tissu et l'intégrité des coutures soudées. Une blouse de niveau 1 offre le plus faible degré de protection, tandis qu'une blouse de niveau 4 offre le degré le plus élevé. Les professionnels de la santé savent par leur formation quelle blouse ils doivent porter pour une protection efficace. C'est là que les choses se compliquent. Leur décision repose sur les données fournies par les fabricants de blouses aux acheteurs de l'établissement concerné. Je suis ici aujourd'hui pour vous informer que ces données sont souvent inexactes.

Voici une série de faits. Premièrement, selon le Conseil national de recherches, notre pays utilise 8,7 millions de blouses d'isolement par mois.

Deuxièmement, ces blouses sont, dans leur immense majorité, fabriquées en Asie du Sud-Est, principalement en Chine. Elles sont importées aux États-Unis par une poignée d'entreprises qui les expédient ensuite au Canada et les vendent à nos établissements de santé. Ce sont ces mêmes entreprises qui étaient prêtes à fournir au Canada de l'EPI d'urgence quand la pandémie a frappé en 2020, et nous savons tous comment cette histoire s'est terminée.

Troisièmement, bien que ces importateurs disposent de licences d'établissement d'instruments médicaux valides délivrées par Santé Canada pour leurs entrepôts dans ce pays, les usines qui fabriquent les blouses, dont beaucoup se trouvent dans la Région autonome ouïghoure de Chine, en violation du projet de loi S-211, n'en ont pas.

Quatrièmement, n'importe quelle entreprise peut procéder à de multiples tests de conformité aux normes de l'AAMI et choisir les résultats qui l'arrangent. Personne n'a besoin de savoir combien de fois vos blouses ont échoué avant d'être enfin approuvées.

Cinquièmement, une fois que vous avez obtenu les résultats de laboratoire, il n'y a pas de suivi. Si une entreprise change de fournisseur de tissu ou de lieu de fabrication, personne ne le voit. Personne ne le saura.

Enfin, sixièmement, personne ne vérifie même si ces laboratoires sont authentiques. Pendant la pandémie, mon entreprise a rencontré plusieurs organisations et d'autres entreprises qui utilisaient des rapports de laboratoire falsifiés pour vendre leurs blouses à des hôpitaux, à des organismes de services partagés et même au gouvernement fédéral.

Résultat, les professionnels de la santé de première ligne se sont vu remettre des blouses de qualité inférieure, dont certaines étaient hautement inflammables, et le Canada compte actuellement dans sa Réserve nationale stratégique d'urgence, la RNSU, pour plus de 100 millions de dollars de blouses d'isolement fabriquées par des entreprises qui ont fourni de faux rapports de laboratoire. Heureusement, ces blouses ont été achetées par le gouvernement et ne seront probablement pas utilisées. Les dernières blouses de la RNSU ont été livrées en mars 2022 avec une durée utile de deux ans, ce qui signifie que leur durée utile est depuis longtemps terminée et qu'elles n'ont pas été remplacées.

Quelle conclusion peut-on tirer de tout cela? Si nous voulons parvenir à une bonne gérance des antimicrobiens, nous devons commencer à acheter de l'EPI qui réponde réellement aux normes de l'AAMI. Il s'agit d'une défaillance qui se situe à la croisée de nos politiques et de nos procédures d'approvisionnement en matière de soins de santé, et je pense que cela a des répercussions non seulement sur la résistance aux antimicrobiens, mais aussi sur tout le monde dans le pays, des hôpitaux au gouvernement fédéral.

• (1115)

La présidente: Je ne vous ai pas prévenu quand il vous restait 30 secondes. Il vous reste 14 secondes.

Je suis désolée.

Scot Magnish: La solution consiste à acheter de l'EPI à des usines titulaires de licences d'établissement d'instruments médicaux et certifiées ISO 9001 pour ce qui est de la qualité, du suivi et de la traçabilité. Je pense qu'en rendant ces normes obligatoires, vous avanceriez plus vite dans votre travail sur une stratégie ou une gérance des antimicrobiens, et vous obtiendriez plus de résultats que dans beaucoup d'autres initiatives que vous pourriez prendre.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup.

La parole est maintenant au témoin suivant, Mme Rita Dhami, de la Société canadienne de pharmacie dans les réseaux de la santé.

Madame Dhami, vous disposez de cinq minutes.

Rita Dhami (pharmacienne en chef, Société canadienne de pharmacie dans les réseaux de la santé): Merci, madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du Comité.

Je suis pharmacienne en chef à la SCPRS et professeure clinique à l'Université de Waterloo. Je regrette de ne pas pouvoir être des vôtres en personne aujourd'hui, mais je vous suis reconnaissante de me donner l'occasion de m'exprimer de nouveau sur la résistance aux antimicrobiens, la RAM.

Mon dernier exposé sur la RAM était devant le comité de la science et de la recherche. Il portait essentiellement sur les données probantes et la recherche. Aujourd'hui, je souhaite vous faire part d'une réalité quotidienne plus personnelle et des mesures que nous pouvons prendre, selon moi.

Je suis pharmacienne depuis plus de 20 ans, dont près de la moitié en tant que spécialiste des maladies infectieuses et de la gérance des antimicrobiens. Je peux vous affirmer que, chaque jour, dans tout le pays, des pharmaciens sont aux prises avec des cas de RAM, ce qui comprend les patients qui ne répondent pas aux traitements de première intention, des infections nécessitant des options plus toxiques ou moins efficaces, des séjours hospitaliers plus longs et des complications évitables, ainsi que des familles dévastées d'ap-

prendre que l'état de leurs proches s'est détérioré à cause d'une infection qui met maintenant leur vie en danger.

La RAM n'est pas un risque théorique. C'est une réalité d'aujourd'hui.

Le Plan d'action pancanadien sur la résistance aux antimicrobiens offre une base solide. Nous pouvons nous appuyer sur ses piliers. Il lui faut cependant, pour répondre à l'urgence de cette menace, des ressources spécifiques, un calendrier et un leadership fédéral soutenu.

Premièrement, nous avons la possibilité de renforcer la surveillance nationale des organismes résistants et de l'utilisation des antimicrobiens. Le Canada dispose déjà d'un programme de surveillance solide dans le cadre du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales, le PCSIN, qui surveille les agents pathogènes et l'utilisation des antimicrobiens dans les populations de patients hospitalisés adultes et pédiatriques.

Le travail auquel je participe, le registre CLEAR — acronyme de Canadian Leadership on Antimicrobial Real-life —, complète le travail du PCSIN en surveillant l'utilisation réelle des nouveaux antimicrobiens. Ensemble, ces bases de données offrent un modèle de surveillance nationale puissant et efficace. Le PCSIN nous dit quelle quantité d'antimicrobiens on utilise, et le registre CLEAR nous dit pourquoi ils sont utilisés. Le Canada devrait continuer de soutenir l'expansion de ces plateformes de données, afin que l'on puisse étendre la surveillance de la RAM et de l'utilisation des antimicrobiens, au-delà des hôpitaux, aux établissements de soins de longue durée et aux établissements de soins communautaires.

Deuxièmement, nous avons la possibilité de mettre en place des programmes de gérance durable des antimicrobiens. Agrément Canada exige que la gérance des antimicrobiens et le contrôle des infections fassent partie des pratiques organisationnelles de tous les hôpitaux. Cependant, nous savons que les compétences, l'accès aux données, le personnel et l'infrastructure sur lesquels s'appuient ces programmes varient considérablement d'une province à l'autre. Nous savons également que la prescription d'antimicrobiens dans les hôpitaux n'est qu'un élément d'un tout.

Les provinces et les territoires ont besoin d'aide pour mettre en place des programmes de gérance durable et de qualité dans tout le continuum des soins de santé, qui comprend les soins de longue durée, les soins primaires et les services aux collectivités rurales et éloignées. Les données de surveillance éclairent les programmes de gérance et permettent aux cliniciens de détecter et de contrer plus rapidement les risques émergents.

Troisièmement, nous avons la possibilité d'améliorer l'accès aux traitements antimicrobiens. La mise au point d'antimicrobiens ne progresse pas au rythme des besoins. Nous savons que, depuis 2010, 18 antibiotiques ont été mis sur le marché dans le monde, mais que seuls trois d'entre eux le sont au Canada. L'Agence de la santé publique du Canada a beaucoup travaillé sur les incitatifs en aval et en amont, ce qui constitue une bonne base pour améliorer l'accès aux antimicrobiens à l'étude. Nous devons maintenant passer de l'étape d'exploration des incitatifs en aval et en amont à l'étape de la mise en œuvre si nous voulons...

• (1120)

La présidente: Il vous reste une minute.

Rita Dhami: ... et un accès équitable aux traitements de nouvelle génération.

En conclusion, les prochaines étapes sont claires: renforcer la surveillance, maintenir la gérance et garantir l'accès à des traitements efficaces.

En tant que pharmacienne, j'ai vu de mes propres yeux ce qui peut arriver quand ces systèmes échouent et ce qui est possible lorsqu'ils sont soutenus. Le Canada dispose de l'infrastructure et des compétences nécessaires. Ce dont nous avons besoin maintenant, c'est d'un leadership fédéral soutenu et d'un financement stable pour mettre ces plans en œuvre.

Je vous remercie encore une fois de m'avoir donné l'occasion de m'exprimer.

La présidente: Je vous remercie.

Je donne maintenant la parole à M. Kevin Stinson, directeur de programme, Prévention et contrôle des infections Canada.

Kevin Stinson (gestionnaire de programme, Prévention et contrôle des infections, Waterloo Regional Health Network, Prévention et contrôle des infections Canada): Je vous remercie, madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du Comité, de me recevoir aujourd'hui.

[Français]

Je remercie les membres du Comité de me donner l'occasion de faire ma présentation aujourd'hui.

[Traduction]

Veuillez m'excuser de ne pas pouvoir être présent en personne.

En octobre, j'ai eu l'occasion de comparaître devant le comité de la science et de la recherche. Je trouve très encourageant de voir tant d'éléments du gouvernement s'intéresser au problème que pose la RAM. Après tout, la RAM est une menace très complexe et intersectorielle qui nécessite véritablement une réponse pangouvernementale.

Je suis microbiologiste et professionnel de la lutte contre les infections. Je travaille dans le secteur des soins actifs à Kitchener, en Ontario, mais je suis ici aujourd'hui pour représenter les professionnels de la prévention et du contrôle des infections de tout le Canada et de tout le spectre des soins de santé, au nom de notre association professionnelle, Prévention et contrôle des infections Canada, ou PCI Canada.

La RAM est qualifiée de pandémie silencieuse. Ce que cela veut vraiment dire, c'est qu'un aspect important des cas et de la transmission passe largement inaperçu. Nous voyons déjà des répercussions socioéconomiques et des répercussions sanitaires directes importantes de la RAM, au Canada comme ailleurs.

Contrairement aux pandémies ou épidémies typiques auxquelles nous pensons, en particulier dans un passé récent, la RAM pose un problème un peu particulier, car les organismes résistants aux antimicrobiens, les ORA, ont cette capacité unique de transférer leur gène de résistance d'une bactérie à une autre, y compris aux bactéries qui occupent notre microbiome humain, c'est-à-dire aux bactéries présentes sur notre corps.

Cela crée un véritable défi de colonisation persistante, où une personne peut être colonisée de manière persistante, ce qui augmente son risque d'infections résistantes en aval et aussi le risque de transmission d'une personne à une autre. Nous constatons aujourd'hui que près d'un Canadien sur dix hospitalisés dans un établissement de soins de courte durée est colonisé par au moins un

ORA. Ce nombre augmente nettement dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

La RAM est, après tout, une menace mondiale qui ne connaît vraiment aucune frontière. Pour contrer cette menace et y répondre efficacement, il faut des efforts coordonnés en matière de surveillance, de prévention et de contrôle des infections, de PCI, ainsi que de gérance des antimicrobiens.

Dans les établissements de soins de santé, les professionnels de la lutte contre les infections constituent la base du personnel de base requis et responsable de la mise en œuvre de ces stratégies. Cependant, nous constatons des incohérences dans le pays dans la façon dont les programmes de PCI sont mis en œuvre, ainsi que dans l'accès à des professionnels de la lutte contre les infections formés et certifiés dans tous les établissements de soins de santé.

Du point de vue de la surveillance, le programme de surveillance canadien sert globalement à donner les tendances générales de la RAM à grande échelle, mais il n'a pas l'ampleur voulue pour être en mesure de cartographier la transmission, et il n'a pas la précision nécessaire pour que l'on puisse utiliser ces données et les appliquer pour influencer sur les pratiques locales.

Les professionnels de la lutte contre les infections s'appuient sur des données probantes solides et des données de surveillance fiables pour optimiser nos stratégies de contrôle et de surveillance de la RAM dans nos établissements, afin de répondre aux besoins de nos collectivités et de concilier les activités cliniques et la gestion financière. Sans ces données, nous en sommes réduits à utiliser des données générales que nous ne pouvons pas appliquer directement. Ces disparités sont particulièrement marquées en milieu rural et dans les secteurs autres que celui des soins actifs.

Pour remédier à ces problèmes, nous devons chercher à renforcer les capacités de prévention des infections dans les effectifs des soins de santé par des initiatives de formation et de renforcement des capacités, comme celles que nous voyons actuellement dans tout l'Ontario dans le cadre du programme des carrefours de prévention et de contrôle des infections.

En ce qui concerne les stratégies à plus long terme, le Canada doit vraiment chercher à améliorer son programme de surveillance générale de la RAM.

La présidente: Il vous reste une minute.

Kevin Stinson: Ce qu'il nous faut, c'est une approche multisectorielle intégrée qui permette notamment de comprendre la dynamique de la transmission et, à partir de là, de trouver des mesures de contrôle à la fois dans le milieu des soins de santé et ailleurs.

Nous devons également continuer de voir comment le Canada peut soutenir de grandes initiatives de santé publique, comme les campagnes de vaccination, qui visent à prévenir des maladies infectieuses et qui soutiennent indirectement les efforts de gérance des antimicrobiens.

Cela dit, je tiens à tous vous remercier de nouveau de m'avoir invité à m'exprimer aujourd'hui. Je soumettrai un mémoire en suivi à cette séance où j'expliquerai ces points plus en détail. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Merci beaucoup.

• (1125)

La présidente: Merci, monsieur Stinson.

La parole est maintenant au Dr Elsayed, de l'Université Western.

Vous disposez de cinq minutes.

Sameer Elsayed (médecin spécialiste des maladies infectieuses, Université Western): Bonjour, madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du Comité. Je vous remercie de m'avoir invité. C'est un honneur et un privilège de comparaître devant le Comité pour répondre à vos questions et parler de la résistance aux antimicrobiens et de son impact sur la santé des Canadiens.

Je m'appelle Sameer Elsayed. Je suis médecin spécialiste des maladies infectieuses et microbiologiste médical au London Health Sciences Centre, et professeur titulaire à l'Université Western. Je compte également dans mes titres de compétences des diplômes supérieurs en santé publique et en qualité des soins de santé. J'exerce en tant que clinicien, éducateur et chercheur depuis plus de 25 ans, et j'ai occupé plusieurs postes de direction tout au long de ma carrière professionnelle.

En 2009, j'ai été nommé président du comité des médicaments antimicrobiens du London Health Sciences Centre, poste que j'occupe toujours. Depuis 2013, je suis médecin responsable du programme de gérance des antimicrobiens au London Health Sciences Centre et représentant du programme au comité de la qualité et de la sécurité des patients de l'hôpital. De 2017 à 2020, j'ai été président élu du comité des maladies infectieuses de l'Ontario Medical Association. En 2018, j'ai été nommé directeur du programme de formation en résidence aux maladies infectieuses chez l'adulte à l'Université Western, et je continue d'assurer la supervision pédagogique de ce programme.

Le sujet dont nous discutons aujourd'hui me tient particulièrement à cœur et devrait également préoccuper tous les Canadiens, y compris les décideurs, les chercheurs, les administrateurs dans les soins de santé, les professionnels de la santé réglementés et la population en général.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la résistance aux antimicrobiens, communément appelée RAM, est actuellement l'une des dix principales menaces sur la santé publique mondiale pour l'humanité. En 2021, la RAM était directement responsable de plus de 1,1 million de décès et elle a contribué indirectement à 4,7 millions de décès de plus.

Les études de modélisation scientifique prédisent que d'ici 2050, ces chiffres doubleront et que les surcoûts annuels des soins de santé dus à la RAM dépasseront 2 000 milliards de dollars américains, si les gouvernements, le milieu de la santé dans son ensemble et les autres parties prenantes dans le monde ne prennent pas les mesures appropriées.

La résistance aux antimicrobiens touche toutes les régions géographiques, tous les niveaux de revenus et tous les groupes d'âge. Elle compromet la capacité du secteur de la santé de fournir des traitements sûrs et efficaces aux personnes souffrant de maladies infectieuses. La RAM est souvent qualifiée de pandémie silencieuse, car elle se propage en général en passant inaperçue. Elle est liée à plusieurs comportements humains. Le mésusage des antimicrobiens consiste à choisir un agent antimicrobien, une posologie ou une durée de traitement inappropriés en raison d'un diagnostic incertain, d'un manque de connaissances ou des demandes des patients.

On parle de surutilisation quand l'utilisation d'antimicrobiens est jugée inutile, par exemple pour traiter une infection virale. Dans

certain pays, l'accès aux antimicrobiens n'est pas réglementé et leur utilisation chez l'humain et dans l'élevage fait l'objet d'une surveillance minimale.

Au Canada et dans de nombreux autres pays à revenu élevé, on estime qu'environ 50 % des prescriptions d'antimicrobiens en milieu communautaire sont inappropriées — autrement dit, qu'il s'agit d'un mésusage ou d'une surutilisation. Ces chiffres sont légèrement inférieurs en milieu hospitalier, où ils avoisinent les 30 %.

En 2013, les pratiques de gérance des antimicrobiens, la GAM, sont devenues une exigence d'accréditation pour tous les établissements canadiens de soins de courte durée. En comparaison, aux États-Unis, la GAM est devenue une pratique obligatoire pour les hôpitaux de soins de courte durée et les établissements de soins de longue durée en 2017. À l'heure actuelle, au Canada, les établissements de soins de longue durée sont exemptés de cette exigence, même si l'utilisation inappropriée des antimicrobiens y est très répandue.

Il existe un cycle naturel d'utilisation des antimicrobiens et de ses conséquences qui touche les humains, les animaux et l'environnement. L'utilisation agricole, au Canada et aux États-Unis, d'antimicrobiens importants sur le plan médical est plus de deux fois supérieure à leur utilisation chez les humains. Par habitant, l'utilisation d'antimicrobiens dans le bétail canadien dépasse celle des États-Unis et de la plupart des pays européens. Les organismes résistants aux antimicrobiens peuvent se transmettre des animaux aux humains par l'alimentation, la contamination des eaux usées...

La présidente: Il vous reste une minute.

Sameer Elsayed: ... et les cultures, et même par la transmission des déjections animales aux oiseaux, aux tiques, aux mouches et aux rongeurs qui peuvent entrer en contact avec les humains. Les déjections humaines provenant des systèmes d'égouts des hôpitaux contiennent des organismes résistants aux antimicrobiens en raison d'une utilisation intensive des antimicrobiens, qui finalement se retrouvent dans notre approvisionnement en eau, dans l'environnement naturel et dans les animaux destinés à l'alimentation, répétant ce cycle sans fin. Environ 75 % des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens sont...

● (1130)

La présidente: Il vous reste 30 secondes.

Sameer Elsayed: ... contractées en milieu hospitalier, tandis que les 25 % restants sont dus à une exposition environnementale, aux voyages internationaux et au contact direct avec des animaux.

Heureusement, le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont pris plusieurs mesures concrètes pour atténuer le fardeau de la RAM, en soutenant des initiatives qui encouragent l'utilisation judicieuse des antimicrobiens. À cet égard, le Plan d'action pancanadien sur la résistance aux antimicrobiens, qui a été lancé en 2023, repose sur cinq piliers: la recherche et l'innovation, la surveillance, le leadership, la prévention et le contrôle des infections, et la gérance des antimicrobiens.

Cependant, il reste des lacunes à combler. Ainsi, il faudrait accélérer l'approbation réglementaire des nouveaux antimicrobiens, renforcer les restrictions...

La présidente: Je vous invite à conclure, s'il vous plaît. Vous pourrez développer ce point pendant la période de questions et réponses.

Je suis désolée.

Sameer Elsayed: Merci.

La présidente: La parole est maintenant à l'Office régional de la santé de Winnipeg et au Dr Terry Wuerz, médecin spécialiste des maladies infectieuses.

Docteur Wuerz, vous disposez de cinq minutes.

Terry Wuerz (médecin spécialiste des maladies infectieuses, Office régional de la santé de Winnipeg): Madame la présidente, messieurs les vice-présidents, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invité à m'exprimer aujourd'hui.

Je m'appelle Terry Wuerz et je suis médecin spécialiste des maladies infectieuses à Winnipeg.

Les antibiotiques jouent un rôle fondamental dans la médecine moderne. Ils ne servent pas seulement à traiter les infections, ils permettent aussi de prodiguer des soins courants et vitaux. Chaque jour au Canada, les antibiotiques permettent de pratiquer en toute sécurité des interventions chirurgicales telles que des arthroplasties et des césariennes, à mener des chimiothérapies et des traitements immunosuppresseurs dans le cas du cancer et des maladies auto-immunes, et à procéder à des greffes d'organes et à des interventions en soins intensifs, et à prodiguer des soins sécuritaires en cas d'accouchement prématuré ou de complications néonatales. Sans antibiotiques efficaces, ces piliers des soins de santé modernes deviennent dangereux, voire impossibles.

Cependant, l'efficacité des antibiotiques n'est pas garantie. Nous constatons déjà qu'elle diminue.

On peut considérer les antibiotiques comme étant une ressource limitée. Je les décris souvent comme un fonds fiduciaire. Chaque fois que nous en prescrivons un, nous puisons un peu dans ce fonds. Utilisés à bon escient, les antibiotiques sauvent des vies. S'ils sont surutilisés, mal utilisés ou utilisés dans des situations où ils ne présentent aucun avantage, la résistance aux antibiotiques s'accélère. Si nous ne réinvestissons pas dans cette ressource par une gérance prudente et si nous n'avons pas accès à de nouveaux médicaments, nous risquons de compromettre l'avenir pour soigner des patients aujourd'hui. Les conséquences de cette érosion sont visibles en première ligne.

Au Manitoba et dans tout le Canada, nous voyons des infections qui ne répondent plus aux antibiotiques de première intention, une utilisation plus fréquente de médicaments de dernière intention toxiques ou coûteux, et une forte augmentation des taux d'infections résistantes dans les hôpitaux et dans la collectivité. De plus en plus, nous rencontrons des cas où aucun antibiotique ne fonctionne. Ces infections sont causées par des organismes totalement résistants aux médicaments, autrement dit, des bactéries résistantes à tous les antibiotiques disponibles au Canada. Quand cela arrive, il ne nous reste qu'une seule option, le contrôle à la source, c'est-à-dire l'ablation physique des tissus infectés. Dans les cas les plus graves, cela peut signifier l'amputation d'un membre infecté. Ces conséquences sont dévastatrices pour nos patients et leurs familles, et c'est dans cette direction que s'engagera notre système de santé, si nous n'agissons pas maintenant.

Nous savons quelles interventions réduisent la résistance et protègent les patients. La plus efficace est la gérance des antimicrobiens, c'est-à-dire l'effort coordonné qui vise à garantir que le bon antibiotique est utilisé uniquement lorsque cela est nécessaire, à la bonne dose et pendant la durée voulue. Les programmes de gérance

sauvent des vies, réduisent les effets indésirables des médicaments, raccourcissent les séjours hospitaliers et diminuent le développement de la résistance. Ils permettent aussi au système de santé de réaliser des économies. Pourtant, malgré les données probantes, dans tout le Canada, les programmes de gérance souffrent d'un sous-financement chronique.

Dans ma propre province, le Manitoba, y compris dans nos plus grands hôpitaux de soins tertiaires, il n'existe aucun financement stable dédié aux programmes de gérance des antimicrobiens. Cela signifie que les programmes fonctionnent par intermittence, dépendent d'efforts volontaires ou disparaissent à la fin du financement temporaire. Nous ne pouvons pas protéger les antibiotiques sans protéger les programmes qui garantissent leur utilisation sûre et appropriée.

L'accès aux nouveaux antimicrobiens est un autre défi. Le Canada accuse un retard sur ses pairs dans la mise sur le marché de nouveaux antibiotiques. Seule une petite fraction des nouveaux antibiotiques parvient aux cliniciens canadiens, et lorsque cela arrive, le processus de remboursement et d'accès à la liste des médicaments assurés est souvent retardé de plusieurs années. Les cliniciens qui soignent des patients atteints d'infections hautement résistantes se retrouvent donc avec très peu d'options. Le gouvernement fédéral a déjà une feuille de route, le Plan d'action pancanadien sur la résistance aux antimicrobiens. Ce plan, publié en 2023, énumère les bonnes priorités: la gérance, la recherche, l'innovation et un leadership coordonné des partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux. Ce qu'il ne comprend pas encore, ce sont les fonds nécessaires à sa mise en œuvre, un calendrier et des mécanismes pour garantir la présence de programmes de gérance partout où des antibiotiques sont prescrits.

Pour réaliser de réels progrès, je soulignerai trois priorités fédérales concrètes.

Premièrement, financer et normaliser les programmes de gérance des antimicrobiens dans tous les établissements de santé: soins actifs, soins de longue durée et exercice communautaire de la médecine. La gérance est une des interventions les plus rentables dont nous disposons.

● (1135)

Deuxièmement, favoriser l'accès rapide à des antimicrobiens nouveaux et efficaces au moyen de voies réglementaires simplifiées et de mesures incitatives.

Troisièmement, permettre la coordination et la mise en œuvre à l'échelle nationale de la politique en matière de résistance aux antimicrobiens.

Les antibiotiques ont rendu possible la médecine moderne. Si nous les protégeons, les Canadiens continueront d'en bénéficier pendant des générations. Si nous ne les protégeons pas, il y aura une augmentation du nombre de décès évitables, d'amputations évitables et d'échecs thérapeutiques, et une augmentation du coût des soins de santé.

[Français]

Merci. Je serai heureux de répondre à vos questions.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, docteur Wuerz.

Nous passons maintenant aux tours de questions et réponses. Le premier tour est d'une durée de six minutes, ce qui signifie que ces six minutes sont consacrées à la question et à la réponse. Je vous prie de vous montrer aussi concis que possible, afin que nous puissions obtenir le plus de réponses possible.

Je vais commencer par les conservateurs et Dan Mazier, qui disposera de six minutes.

Dan Mazier (Mont-Riding, PCC): Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins d'être venus aujourd'hui.

Monsieur Magnish, vous avez mentionné que la réserve nationale stratégique du Canada contient des blouses médicales périmées. Quelles preuves étayent cette affirmation?

Scot Magnish: Nous pouvons remonter à la pandémie de 2022. En 2022, je faisais partie d'une équipe qui a livré les dernières blouses d'isolement à la réserve stratégique d'urgence. C'était en mars. Elles avaient une durée de conservation de deux ans, donc ces blouses ont expiré en 2024.

Je peux vous dire qu'en tant qu'entreprise intéressée par ce marché, nous surveillons de très près le site AchatsCanada. C'est là que le gouvernement du Canada publie tous ses appels d'offres. Nous savons qu'en septembre 2022, il y a eu une demande d'informations sur AchatsCanada pour trouver des moyens d'écouler la réserve, mais aucune demande de propositions n'a été publiée.

Nous savons également, grâce à AchatsCanada, que le gouvernement n'a pas seulement omis de publier cette demande de propositions ou cette demande d'offres à commandes, mais qu'il a également renouvelé les contrats avec les mêmes entreprises qui nous ont déçus pendant la pandémie. Il a prolongé ces contrats, le dernier remontant au mois d'août de cette année.

Bien qu'il puisse y avoir des produits dans la réserve nationale stratégique d'urgence, il n'y a absolument pas de blouses. Nous savons également que le matériel que nous avons est vendu sur GC-Surplus.ca, où le gouvernement du Canada se défait de ses produits excédentaires. Ils ont créé cette année une nouvelle catégorie sur ce site Web pour les EPI, et ils y vendent des masques, des gants et d'autres produits pour une bouchée de pain.

Dan Mazier: Pensez-vous qu'il soit approprié, voire sûr, pour le Canada de compter sur des blouses de protection périmées en cas d'urgence sanitaire?

Scot Magnish: Non, ce n'est absolument pas sûr. Ces blouses ont une durée de conservation pour une raison. En apparence, c'est parce qu'elles offrent le degré de sécurité annoncé pendant cette période, après quoi leur degré de protection diminue.

Nous savons également qu'un certain nombre de blouses ont été vendues au gouvernement canadien avec de faux rapports de laboratoire, de sorte que nous ne savons même pas vraiment comment ces blouses pourraient fonctionner. C'est un grand mystère. Nous savons toutefois que beaucoup d'entre elles sont inflammables.

Dan Mazier: Monsieur Magnish, quelle proportion de l'équipement de protection de la réserve nationale stratégique du Canada provient actuellement de Chine?

Scot Magnish: À l'heure actuelle, si le Canada devait à nouveau s'approvisionner auprès de l'une des entreprises figurant sur les demandes d'offres à commandes de 2020, toutes ces entreprises importent leurs produits de Chine. Si le gouvernement canadien ju-

geait nécessaire de s'approvisionner en blouses, ce qu'il devrait faire, puisqu'il n'en a pas, elles proviendraient toutes de Chine.

• (1140)

Dan Mazier: Toutes?

Scot Magnish: Toutes.

Dan Mazier: Je vois. Cette dépendance à l'égard des EPI provenant de Chine crée-t-elle un risque pour la santé et la sécurité?

Scot Magnish: Je pense que oui, si l'on considère la qualité des produits importés. Comme je l'ai dit, ils sont souvent de qualité inférieure. Ils ne sont pas fabriqués dans des installations qui détiennent une licence d'établissement d'instruments médicaux. Nous savons qu'une grande partie de ces produits sont hautement inflammables. Nous savons que les laboratoires sont suspects.

En réalité, tout dépend du prix et de ce que le système fait couramment. Le système s'approvisionne couramment auprès de ces grands fournisseurs de dispositifs médicaux, et il est extrêmement sensible aux prix. Comme tout le monde autour de cette table le sait, il n'est pas question de mettre à pied des infirmières pour pouvoir acheter de meilleures blouses si tout le monde est satisfait des blouses. Le problème, c'est qu'ils ne devraient pas l'être.

Dan Mazier: Monsieur Magnish, les médias ont rapporté que Santé Canada a perdu plus de 20 millions de dollars en fournitures médicales de la réserve stratégique d'urgence du Canada. Malheureusement, le gouvernement ne fournit pas de détails précis à ce sujet, invoquant la sécurité nationale. Je pense que les Canadiens sont en droit de savoir pourquoi le gouvernement a perdu 20 millions de dollars. S'agit-il d'une question de sécurité nationale ou d'un problème plus grave que le gouvernement tente de dissimuler?

Scot Magnish: Je ne peux pas me prononcer sur la question des vaccins, car nous ne produisons pas de vaccins; cependant, nous fabriquons des EPI. Je ne vois pas en quoi cet EPI pourrait relever de la sécurité nationale s'il est annoncé sur AchatsCanada. Si les offres d'achat sont faites de manière publique, dans un forum public, alors, en apparence, cela ne relève pas de la sécurité nationale. C'est dans l'intérêt du public. Je pense que c'est pour cette raison qu'il y a autant de transparence et que ce site Web a été créé.

Dan Mazier: Monsieur Magnish, à la lumière de votre expérience, quelle est la principale préoccupation concernant la façon dont le gouvernement fédéral gère actuellement la réserve nationale stratégique du Canada?

Scot Magnish: Je ne pense pas qu'elle soit gérée. Je pense qu'ils l'ont essentiellement laissée tomber en désuétude.

Ce qu'il en reste, le gouvernement le vend à des bouchées de pain. Il a renouvelé ses contrats avec Metro Logistics, sa société d'entreposage, pour continuer à entreposer des produits périmés au coût de 34 millions de dollars par an. En tant que contribuable, je trouve cela scandaleux. C'est la deuxième année que cela se produit, ce qui représente 68 millions de dollars pour entreposer des EPI périmés.

Dan Mazier: Merci, monsieur Magnish.

Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup.

Je passe maintenant la parole aux libéraux et à Helena Jaczek.

Madame Jaczek, vous avez six minutes.

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

J'aimerais commencer par le Dr Elsayed.

Vous nous avez fait part de votre opinion du plan d'action pancanadien de 2023 sur la résistance aux antimicrobiens. Je crois que vous avez entériné les cinq piliers, mais vous alliez nous expliquer ce que vous considérez comme des lacunes. Vous pourriez peut-être profiter de cette occasion pour nous expliquer un peu plus en détail ce que vous considérez comme des lacunes dans le plan.

Sameer Elsayed: Madame la présidente, je répondrais ainsi. Les lacunes qui existent actuellement concernent l'accélération du processus d'approbation réglementaire des nouveaux antimicrobiens. Cela est urgent à l'échelle fédérale. Le délai entre la mise sur le marché de nouveaux agents antimicrobiens aux États-Unis et en Europe et leur introduction sur le marché canadien dépasse souvent sept ans, si tant est qu'ils soient mis sur le marché. De nombreux cliniciens dans mon domaine comptent sur le programme d'accès spécial de Santé Canada pour obtenir certains de ces nouveaux antibiotiques; cependant, on ne peut compter sur ce processus pour traiter les infections potentiellement mortelles. Pour certains médicaments, la livraison peut se faire le lendemain, mais, pour d'autres, elle peut prendre trois semaines.

Il y a également des frais d'expédition. Pour certains médicaments, nous devons signer un contrat avec le fabricant, et ce contrat peut comporter des frais d'expédition qui se chiffrent en milliers de dollars. Encore une fois, un délai de trois semaines est inacceptable dans le cas des infections potentiellement mortelles.

Une autre témoin a mentionné que, depuis 2010, trois des 15 antimicrobiens, je crois, ont été approuvés par Santé Canada. Au cours des 10 dernières années, un seul des six médicaments spécifiquement conçus pour combattre les agents pathogènes prioritaires critiques, selon l'Organisation mondiale de la santé, a été approuvé par Santé Canada. Un autre vient d'être approuvé en mai ou juin de cette année. Il n'y en a qu'un, mais il y en a cinq ou six autres auxquels nous pouvons avoir accès en passant par le programme d'accès spécial. Je ne pense pas que le problème vienne du processus d'accès spécial, mais plutôt du retard lui-même.

L'autre mesure à prendre consiste à créer un portail en ligne pour le programme d'accès spécial. À l'heure actuelle, nous traitons les demandes par téléphone, par télécopieur et sur papier. Cela demande beaucoup de travail manuel. Je pense que ce processus doit être amélioré afin que nous puissions l'accélérer et le rendre plus transparent.

J'ai trois autres points.

L'autre point que je souhaitais souligner est l'utilisation accrue des antimicrobiens dans les pratiques agricoles nationales. Les antibiotiques sont utilisés comme produits favorisant la croissance. L'utilisation d'antibiotiques chez les animaux se répercute évidemment sur la chaîne alimentaire, puis sur les humains et enfin sur l'environnement. Il devrait y avoir des limites à l'utilisation des antibiotiques dans l'élevage.

Comme d'autres témoins l'ont mentionné, les programmes de gérance des antimicrobiens devraient être obligatoires. Mme Dhami a fait remarquer que, même si cela est obligatoire pour les établissements de soins actifs, il y a de nombreuses variations. Certains établissements que je connais n'ont pas vraiment de bon programme de gérance des antimicrobiens, même s'ils sont censés en avoir un.

Je l'ai dans mes notes écrites, mais je n'ai pas eu le temps de dire que les exigences en matière de gérance des antimicrobiens aux

États-Unis sont différentes de celles du Canada. Aux États-Unis, tous les établissements de soins de longue durée doivent mettre en œuvre un programme de gérance des antimicrobiens. Au Canada, ce n'est pas le cas. C'est très important, car les aînés vivant dans des maisons de retraite sont très touchés par la résistance aux antimicrobiens. Il est donc essentiel de mettre en place des pratiques permettant de réduire l'utilisation inutile d'antibiotiques dans ce contexte.

Il faut augmenter le financement destiné à la lutte contre les infections hospitalières dans le cadre des programmes de gérance des antimicrobiens. Cela rejoint en quelque sorte ce que j'ai déjà dit.

Je résume les quatre points principaux: accélération de l'approbation réglementaire des nouveaux antimicrobiens; renforcement des restrictions sur les pratiques agricoles nationales; programmes obligatoires de gérance des antimicrobiens allant au-delà des établissements de soins aigus — j'estime aussi qu'ils devraient être mis en œuvre dans la collectivité, comme l'a mentionné, je crois, M. Stinson ou l'un des autres témoins — et, enfin, augmentation du financement des programmes existants de contrôle des infections hospitalières et des programmes de gérance des antimicrobiens. Soixante-quinze pour cent des infections résistantes aux antimicrobiens se produisent dans les hôpitaux; les 25 % restants se produisent dans la collectivité. Par conséquent, le gouvernement devrait accorder la priorité aux hôpitaux.

Je vous remercie pour vos questions. J'espère que mes réponses stimuleront la poursuite du débat.

● (1145)

L'hon. Helena Jaczek: Merci beaucoup. Cela a été très utile.

Madame Dhami, vous avez fait une observation liée au fait qu'il n'y avait que trois de ces nouveaux antimicrobiens disponibles au Canada, alors qu'il en existe environ 18 dans le monde. Pourquoi?

D'après ce que nous avons entendu de membres du comité de la science et de la recherche, certaines sociétés pharmaceutiques hésitent même à demander l'autorisation de commercialisation au Canada, car le marché est restreint et il n'y a peut-être pas d'incitation financière à investir dans les besoins canadiens en matière de soins de santé.

Êtes-vous au courant de ce qui s'est passé pour ce qui est de l'accès à ces nouveaux antimicrobiens au Canada?

Rita Dhami: Ce que nous faisons ici avec nos collègues de l'industrie pharmaceutique, c'est... Contrairement aux autres médicaments, les antimicrobiens sont souvent prescrits pour des traitements plus courts ou limités dans le temps. Nous savons également que si les programmes de gérance améliorent et optimisent l'utilisation des antimicrobiens, ils peuvent aussi avoir l'effet néfaste de limiter le potentiel de croissance des antimicrobiens.

De notre...

La présidente: Pourriez-vous conclure, s'il vous plaît, madame Dhami? Nous avons largement dépassé le temps imparti pour ce tour de questions. Vous pourrez développer votre réponse lors d'un autre tour, lorsque quelqu'un d'autre vous posera une question.

Rita Dhami: Bien sûr. Pas de problème.

La présidente: Merci beaucoup. Je m'excuse pour cela.

Je donne maintenant la parole à Mme Larouche, du Bloc, pour six minutes.

[Français]

Andréanne Larouche: Merci beaucoup, madame la présidente.

Puisque nous sommes au Comité permanent de la santé et que je porte un ruban rouge, je pense qu'il est approprié de rapidement rappeler qu'hier, le 1^{er} décembre, c'était la Journée mondiale de lutte contre le sida, une journée importante. Nous avons encore du chemin à faire en 2025.

Docteur Magnish, vous avez parlé dans vos remarques préliminaires de l'approvisionnement en Chine, et mon collègue conservateur a aussi posé des questions à ce sujet. Vous avez rappelé l'importance d'éviter de s'approvisionner dans des endroits où on fait du travail forcé. Vous avez cité, entre autres, le cas des Ouïghours en Chine. Vous avez également évoqué les répercussions, nous l'avons bien compris, sur la qualité des produits.

Notre parti a déposé le 21 octobre un projet de loi pour mettre fin à ce que nous appelons le financement de l'esclavagisme moderne, notamment pour que le Canada prenne acte du fait que tous les pays ne produisent pas dans les mêmes conditions, comme l'exemple de la Chine et des Ouïghours.

Un projet de loi comme celui-là est donc important pour diminuer l'arrivée de produits, particulièrement dans le domaine de l'approvisionnement des blouses ou des équipements de protection individuelle. En quoi un projet de loi de ce type pourrait-il avoir un impact?

• (1150)

[Traduction]

Scot Magnish: Je vous signale que vous m'avez promu. Je ne suis pas réellement médecin, mais je vous remercie.

En ce qui concerne la protection de cette question importante, je crois que nous avons actuellement un projet de loi au Canada, le projet de loi S-211. Je ne sais pas si de nouvelles mesures sont en cours d'élaboration ou si le gouvernement ou votre parti propose quelque chose, mais c'est absolument essentiel.

Si l'on examine la question, les textiles synthétiques provenant de la Région autonome ouïghoure sont l'un des principaux produits de cette région. C'est l'un des principaux articles qu'ils fabriquent. Nous parlons d'une population dont la plupart des gouvernements du monde entier conviennent qu'elle vit dans des camps de travaux forcés pour fabriquer des produits dangereux.

D'emblée, tout cela contrevient au projet de loi S-211. Le problème du projet de loi S-211 est que personne ne l'applique. Les entreprises sont tenues d'attester chaque année les mesures qu'elles ont prises pour éliminer le travail forcé de leurs chaînes d'approvisionnement. Elles déposent cette attestation auprès du ministre de la Sécurité publique, je crois. Les entreprises le font, mais il s'agit essentiellement d'une liste de contrôle où elles cochent une case et disent qu'elles n'ont pas recours au travail forcé.

Elles prétendent prendre de modestes mesures pour former leurs employés, mais je peux vous dire que si vous ouvrez le catalogue d'un des principaux fournisseurs de produits de soins de santé du Canada, que vous choisissez un produit — ce que j'ai fait — et que vous le recherchez dans une base de données de sources ouvertes gérée par des groupes de défense des droits de la personne, vous trouverez du travail forcé. Vous trouverez des produits fabriqués au moyen du travail forcé.

Le gouvernement a renouvelé ses contrats avec certaines de ces entreprises. Nos établissements de santé l'ont certainement fait aussi. Je vous garantis que vous trouverez des produits fabriqués grâce au travail forcé dans tous les hôpitaux du Canada.

Tout ce que nous pouvons faire pour remédier à cette situation en tant que Canadiens est important. Cet aspect s'éloigne de la gérance des antimicrobiens, mais des produits de qualité ne peuvent que nous aider à cet égard également. Tout commence toutefois par une rigoureuse application de la loi. Quelqu'un doit enquêter sur ces entreprises et leur imposer des amendes, ce que la loi autorise.

[Français]

Andréanne Larouche: Merci beaucoup, monsieur Magnish. Je suis désolée pour la promotion, c'est que nous sommes entourés de docteurs aujourd'hui.

En passant, la critique envers la loi ayant découlé du projet de loi S-211 est, justement, qu'elle ne va pas assez loin. C'est pour cette raison que le Bloc québécois a déposé un projet de loi pour aller un petit peu plus loin et donner plus de mordant à cette loi.

Docteur Elsayed, vous êtes passé rapidement sur votre conclusion, parce que votre temps de parole était écoulé. Je vous laisse la chance de voir si, dans votre conclusion, il y a des choses que vous n'avez pas eu le temps de dire.

[Traduction]

Sameer Elsayed: Madame la présidente, je serais ravi de répondre à cette question.

L'autre point que je souhaite mentionner est que le manque d'accès à certains de ces nouveaux antimicrobiens ne concerne pas seulement la mortalité. La mortalité est un sujet important que nous gardons à l'esprit. Nous avons constaté une augmentation d'un certain nombre de décès dans nos hôpitaux, en particulier pendant la pandémie de la COVID. Nous avons été confrontés à des organismes multirésistants qui ont nécessité le recours au programme d'accès spécial. Cette période a été très difficile, car nous n'avions pas les médicaments nécessaires.

• (1155)

Il ne s'agit pas seulement de mortalité. Il y a également une pression accrue qui s'exerce sur le système hospitalier quant au recensement des hôpitaux. Par exemple, si nous n'avons pas accès à l'un des antibiotiques de première intention en passant par le programme d'accès spécial, nous devons utiliser un agent de deuxième intention, qui est, non seulement généralement pas aussi efficace, mais qui est aussi plus toxique. Les patients finissent par rester à l'hôpital plus longtemps.

Il y a également un certain décalage entre les lignes directrices de pratique clinique et les médicaments auxquels nous avons accès. Le gouvernement fédéral doit examiner cette question, mais aussi, surtout, les provinces, où nous voulons renvoyer les patients chez eux avec un antibiotique qui n'est pas couvert.

Je suis disposé à répondre à d'autres questions, mais, faute de temps, je m'arrêterai là.

La présidente: Merci beaucoup.

Je passe maintenant à la deuxième série de questions.

Je commencerai par M. Epp, du Parti conservateur.

Vous disposez de cinq minutes, monsieur Epp.

Dave Epp (Chatham-Kent—Leamington, PCC): Merci, madame la présidente.

Je remercie tous les témoins d'être présents aujourd'hui.

Je vais concentrer mes questions sur M. Magnish.

Dans votre témoignage, en parlant du deuxième fait, vous avez dit: « Nous savons tous comment cette histoire s'est terminée. » Vous faisiez référence au fait que nous dépendions de la Chine pour nos EPI.

Pourriez-vous nous expliquer plus en détail ce que vous entendez exactement par « comment cette histoire s'est terminée »?

Scot Magnish: Cette histoire a commencé en 2020. Le gouvernement fédéral a publié une demande d'offres à commandes, ou DOC, à l'intention des entreprises pour approvisionner la réserve nationale stratégique d'urgence. Cette DOC n'avait rien de représentable. Le contrat a été attribué à plusieurs entreprises différentes. Il s'agissait des mêmes entreprises qui approvisionnent les hôpitaux et que vous connaissez probablement tous.

Le problème est que toutes ces entreprises s'approvisionnent en matériaux ou en produits à l'étranger, principalement en Chine, mais aussi en Asie du Sud-Est. Lorsque la pandémie a frappé, elles n'ont pas pu continuer à fournir leurs produits. Je suis sûr que tout le monde dans cette salle se souvient que le premier ministre de l'époque avait demandé à des entreprises canadiennes, comme la nôtre, de réorienter leurs activités et de fabriquer des équipements de protection individuelle. Les infirmières portaient des foulards enroulés autour du visage.

C'est ainsi que cette histoire s'est terminée. La pandémie a enfin pris fin, et des entreprises canadiennes comme la nôtre ont pris le relais et ont approvisionné la réserve nationale d'urgence. La vie est revenue à la normale, et tout le monde a recommencé à acheter des produits provenant de Chine. Des centaines de millions de dollars ont été dépensés pour soutenir l'industrie canadienne dans ce domaine. C'est une industrie qui représente probablement environ 1 milliard de dollars par an, et nous avons tout rendu à la Chine.

Permettez-moi d'ajouter une dernière chose. Nous continuons à le faire. Pas plus tard qu'en août de cette année, nous avons renouvelé un contrat avec l'une de ces entreprises et l'avons prolongé de neuf mois. C'est stratégiquement désastreux, car nous savons exactement ce qui se passe lorsque nous mettons tous nos œufs dans le même panier.

Dave Epp: Monsieur Magnish, j'ai visité votre usine. J'ai vu les 20 robots, et ils sont actuellement à l'arrêt. Est-ce une question de coût? Est-ce la raison pour laquelle l'industrie est repartie? C'est incompréhensible.

Tout le pays tente actuellement de relocaliser les activités, mais nous continuons à nous approvisionner en Chine et, comme l'a laissé entendre Mme Larouche, potentiellement avec du travail forcé.

Que se passe-t-il ici?

Scot Magnish: C'est une question de coût, absolument. Nos hôpitaux ont tous des difficultés budgétaires et recherchent les meilleurs prix possibles. L'Asie est non seulement en mesure d'offrir des coûts moins élevés en raison du faible coût de la main-d'œuvre, mais elle est également capable de manipuler le marché, car elle est gérée par l'État. Si elle souhaite que les prix soient moins élevés, elle peut simplement les baisser.

Il en résulte qu'il est très difficile pour les entreprises canadiennes d'être compétitives. Notre avantage concurrentiel, comme je l'ai dit, est que nous fabriquons nos blouses à l'aide de robots équipés de lasers et d'ultrasons.

Dave Epp: Je regrette de vous interrompre, mais j'aimerais approfondir la question.

Cela ne pose pas de problème si nous comparons des pommes avec des pommes. Mais si je comprends bien, nous comparons des pommes avec des oranges pour ce qui est de la qualité.

Vous avez mentionné que certaines de ces blouses sont inflammables. Est-ce une chose que vous pouvez prouver?

Scot Magnish: Oui. En prévision de cette éventualité, j'ai apporté une vidéo que je peux partager avec le Comité quand il le voudra. Elle est sur une clé USB que je peux laisser à quelqu'un.

Nous avons effectué un test comparatif sur des blouses provenant d'un hôpital local du sud-ouest de l'Ontario, et nous les avons incendiées pour voir ce qui se passerait. Les preuves ne manquent pas. Vous pouvez en acheter une aujourd'hui, elles sont toutes disponibles dans le commerce, juste pour voir comment elles se comportent. Nous avons testé les blouses de nos concurrents chinois, et elles sont absolument inférieures. Nous pouvons les battre ou au moins les égaler sur le prix grâce à nos avantages concurrentiels.

La deuxième partie de cette question est une question de préférence, car les médecins peuvent simplement préférer une marque particulière. Ils ont déjà suivi le processus de vérification. Ils s'en satisfont, alors ils continuent à les acheter.

• (1200)

Dave Epp: À l'heure actuelle, notre gouvernement privilégie une solution moins coûteuse plutôt qu'une solution sûre. Il s'adresse à un fournisseur étranger plutôt qu'à un fournisseur national, alors que nous avons la capacité nécessaire ici même.

Scot Magnish: Oui, c'est une évaluation correcte.

Dave Epp: Serait-il également exact de dire qu'à l'heure actuelle, notre RNSU, notre réserve nationale stratégique d'urgence, est en moins bon état qu'au début de la pandémie?

Vous avez parlé de produits périmés, le polypropylène se dégradant avec le temps. Selon votre témoignage, la qualité de ces blouses est douteuse.

Scot Magnish: Oui, c'est exact. La situation actuelle est pire aujourd'hui qu'au début de la pandémie pour ce qui est de la préparation.

Dave Epp: Merci, monsieur Magnish.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Epp.

Je donne maintenant la parole aux libéraux, à Mme Sidhu, pour cinq minutes.

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

Merci aux témoins d'être venus et d'avoir présenté des témoignages si instructifs.

Ma question s'adresse au Dr Sameer Elsayed.

Docteur Elsayed, vous avez parlé des lignes directrices sur les médicaments antimicrobiens. Comment des initiatives fédérales renforcées de gérance, telles que des lignes directrices nationales en matière de prescription, peuvent-elles aider les médecins à réduire l'utilisation inappropriée des antimicrobiens? Le premier aspect concerne la manière de réduire cette utilisation, et le second concerne les lignes directrices dans les hôpitaux.

Je voudrais vous conter une petite histoire. Le mois dernier, à Brampton, un enfant a perdu sa mère à cause d'une septicémie. Ma question est la suivante: comment la collaboration fédéral-provinces pourrait-elle améliorer l'accès équitable aux tests rapides et aux nouveaux antimicrobiens dont vous avez dit que nous avions besoin?

Sameer Elsayed: Madame la présidente, nous disposons de lignes directrices nationales pour le traitement de diverses maladies infectieuses, mais nous nous appuyons également sur les lignes directrices publiées dans d'autres pays, en particulier aux États-Unis et au Royaume-Uni. Ces pays ont des systèmes de santé et des programmes de financement différents. Certains des médicaments récemment mis sur le marché dans ces pays sont très coûteux, ce qui constitue évidemment l'un des principaux obstacles.

Nous mettons au point et publions aussi nos propres lignes directrices cliniques locales sur la manière de traiter différentes maladies infectieuses. Notre hôpital publie une page Web qui explique comment traiter les infections sanguines, les infections urinaires, etc.

En ce qui concerne les programmes de gérance des antimicrobiens, auxquels je participe activement dans mon hôpital en tant que médecin responsable, nous sommes un programme consultatif. Cela signifie que nous pouvons élaborer des lignes directrices de pratique clinique et éduquer les médecins, mais nous ne pouvons pas les forcer — ou leur tordre le bras, si vous préférez — à traiter une maladie infectieuse d'une certaine manière.

Nous avons une influence sur la liste des médicaments disponibles dans notre hôpital et sur les personnes autorisées à les prescrire. Pour ces nouveaux antibiotiques destinés aux agents pathogènes résistants aux antimicrobiens, il faudrait mettre en place un contrôle au sein de l'hôpital afin qu'ils soient correctement prescrits.

Je suis désolé d'apprendre le décès de la mère de cet enfant. J'ai peut-être déjà lu cette histoire, car je consulte et lis ces cas dans les journaux afin que cela ne se reproduise plus, et j'y réfléchis. Je ne sais pas comment cela s'est produit, s'il y a eu un retard dans le début du traitement ou si cela était lié à un organisme résistant aux médicaments.

Il y a une dichotomie entre les programmes de santé fédéraux, provinciaux et territoriaux en matière d'antibiotiques. Par exemple, nous utilisons dans les hôpitaux des antibiotiques approuvés par Santé Canada, mais ils ne figurent pas dans la liste provinciale des médicaments assurés.

Par exemple, en Ontario, nous devons passer par le programme d'accès exceptionnel. J'ai souvent vu des demandes refusées, même pour des médicaments clairement recommandés par les lignes directrices de pratique clinique. Je pense que certaines des lignes directrices utilisées par le ministère de la Santé de l'Ontario sont obsolètes. Je sais que nous ne sommes pas dans un forum provincial, mais je peux vous dire qu'il y a une certaine dichotomie.

En règle générale, Santé Canada n'approuve pas l'utilisation en clinique externe d'un médicament s'il celui-ci n'est pas approuvé par Santé Canada, ce qui est un problème.

Cependant, il existe des lignes directrices de pratique clinique pour de nombreuses infections différentes. Il y a des divergences d'opinions. Par exemple, en ce qui concerne le traitement des infections oculaires, l'Infectious Diseases Society of America et l'American Academy of Ophthalmology préconisent des traitements différents, ce qui peut constituer un obstacle dans certains cas.

Nous avons toutefois, en général, de bonnes lignes directrices de pratique clinique. Nous savons comment traiter ces infections avec des thérapies de première intention. Le véritable problème réside dans l'obtention de l'approbation de Santé Canada. Ce processus est beaucoup plus long que dans l'Union européenne et aux États-Unis, par exemple. Je pense que c'est l'un des problèmes.

J'espère avoir bien répondu à votre question, et je me ferai un plaisir de répondre à d'autres questions plus tard.

Merci beaucoup de m'avoir donné cette occasion.

● (1205)

La présidente: Merci.

Merci, madame Sidhu.

Sonia Sidhu: Merci.

La présidente: Nous passons maintenant à Mme Larouche pour six minutes.

[Français]

Andréanne Larouche: Merci, madame la présidente.

Docteur Elsayed, dans vos remarques préliminaires, vous avez soulevé la question du milieu agricole. Vous avez dit que les antibiotiques utilisés par les États-Unis et l'Europe dans le milieu agricole n'étaient pas les mêmes. En quoi la réciprocité des normes pour les produits importés ici est-elle importante?

[Traduction]

Sameer Elsayed: Madame la présidente, c'est une très bonne question. Je ne m'attendais pas à ce qu'on me la pose aujourd'hui, mais je suis heureux d'y répondre.

Examinons la question sous un angle personnel. Si vous vivez au Canada et que vous voyagez dans un pays où la résistance aux antimicrobiens est très élevée, et que vous y restez pendant un certain temps ou que vous êtes hospitalisé, vous risquez fort d'être colonisé. Cela signifie que la composition bactérienne normale de votre peau ou de vos intestins comportera probablement certaines de ces bactéries résistantes aux antibiotiques. Vous allez les ramener avec vous et vous ne pourrez probablement pas vous en débarrasser en moins de six mois, environ. Si vous recevez des soins médicaux dans un autre pays, vous courez un risque élevé de contracter une infection par un organisme résistant aux antimicrobiens.

J'ai été le premier médecin du sud-ouest de l'Ontario à observer une infection résistante aux antibiotiques causée par une souche provenant d'Asie de l'Est. Il n'existait aucun traitement à l'époque. Heureusement, c'était une infection urinaire et nous avons décidé de simplement la surveiller. Elle n'était pas dans le sang.

Il en va de même pour les produits agricoles importés au Canada. Je ne pense pas que nous sachions vraiment ce qu'il en retourne sur ce plan. Nous disposons de données provenant des États-Unis et d'Europe, mais aussi de Chine, où les antimicrobiens sont largement utilisés dans les pratiques agricoles. Je ne connais pas la situation dans tous les pays. Au Canada, c'est dans l'élevage bovin que l'on utilise le plus d'antibiotiques. La proportion est plus élevée que pour les autres animaux.

Je dirais que c'est dans l'importation de produits carnés en particulier que la question de la résistance aux antibiotiques est la plus préoccupante. Heureusement, nous avons d'excellentes industries laitière et bovine au Canada, et j'espère que la plupart de ce que nous utilisons proviennent de sources nationales.

Je sais que nous nous approvisionnons aux États-Unis. Je ne pense pas que ce soit un problème pour les produits d'origine végétale. On n'utilise pas beaucoup d'antibiotiques dans les cultures. Il y en a, mais dans une proportion moindre. C'est plutôt pour la viande.

Je ne suis pas un expert dans ce domaine. J'ai récemment donné une conférence lors de la Semaine mondiale de sensibilisation aux antimicrobiens, qui s'est tenue pendant la troisième semaine de novembre. Elle est célébrée dans le monde entier. J'avais préparé quelques diapositives PowerPoint montrant comment les antibiotiques sont utilisés dans notre élevage bovin et dans l'industrie animale destinée à la consommation. J'ai fait quelques recherches sur la situation dans d'autres pays, mais je ne dispose pas de beaucoup d'informations, car ce n'est pas mon domaine de prédilection.

C'est une excellente question, et je pense que c'est une préoccupation légitime. Si nous importons de la viande, nous devons nous pencher sur cette question. C'est également un enjeu de sécurité sanitaire, si vous voulez.

C'est tout ce que j'ai à dire. Je vous remercie pour cette question et je me ferai un plaisir de répondre plus tard à d'autres, le cas échéant.

• (1210)

[Français]

Andréanne Larouche: C'est une des demandes des transformateurs canadiens, qui ont un bureau à Granby, dans ma circonscription, Shefford. Les produits dérivés des animaux et importés ici ne sont pas soumis aux mêmes règles à l'externe. On constate que la manière d'utiliser les antibiotiques entraîne des conséquences.

Docteur Dhama, les pharmaciens jouent un rôle important, notamment en milieu hospitalier. Plusieurs intervenants ont soulevé le problème des ordonnances inappropriées qui y est observé. Quel rôle pourriez-vous jouer précisément quant à ce problème?

[Traduction]

Rita Dhama: Les pharmaciens sont les experts en matière de pharmacothérapie. De nombreux pharmaciens qui s'occupent plus particulièrement de la gestion des antimicrobiens pour les maladies infectieuses ont suivi une spécialisation, une certification et une formation supplémentaires afin de bien comprendre comment les antimicrobiens sont prescrits et leurs répercussions globales.

Comme pharmaciens, si nous observons ou rencontrons des antimicrobiens qui ne sont pas conformes aux lignes directrices, la première étape consiste à discuter avec le prescripteur, qu'il s'agisse d'un médecin, d'une infirmière praticienne ou d'un collègue pharmacien. De nombreux pharmaciens à travers le pays peuvent désor-

mais prescrire des antimicrobiens pour des affections mineures. En réalité, la première étape consiste à évaluer l'état de santé du patient, à analyser la situation et à déterminer s'il est possible d'optimiser les traitements prescrits.

Une étude menée en Nouvelle-Écosse compare la prescription d'antimicrobiens par différents professionnels de la santé. Il est intéressant de noter que les pharmaciens sont généralement les professionnels de la santé les plus susceptibles de prescrire des médicaments conformément aux lignes directrices et à les respecter.

La présidente: Je cède la parole à l'intervenant suivant. Au tour de M. Strauss, du Parti conservateur, qui dispose de cinq minutes.

Matt Strauss (Kitchener-Sud—Hespeler, PCC): Merci à tous d'être ici.

Je suis ravi de voir le Sud-Ouest de l'Ontario si bien représenté, en particulier Kitchener-Waterloo. Je suis également ravi de voir le Dr Sameer Elsayed, qui était mon professeur à l'Université Western il y a environ 15 ans.

Docteur Elsayed, je ne vous demanderai pas de répondre à cette question, mais lorsque vous avez parlé du programme d'accès spécial — vous avez décrit votre CV et je sais que vous êtes un clinicien et un expert hors pair dans ce domaine —, l'idée que le programme d'accès spécial ne vous donne pas accès à un médicament que vous jugez nécessaire et vital dans un délai raisonnable m'a mis en colère, car si le Dr Elsayed pense que c'est nécessaire, alors c'est nécessaire.

Je poserai peut-être cette question au Dr Wuerz.

Qu'en pensez-vous? Je crois comprendre que vous êtes spécialiste des maladies infectieuses, tout comme le Dr Elsayed, à Winnipeg. Ce processus me semble absurde. Si vous estimez que ce médicament est nécessaire, il devrait certainement être offert.

Terry Wuerz: Madame la présidente, je pense effectivement que le processus d'obtention de médicaments dans le cadre du programme d'accès spécial peut souvent poser un problème. Je ne veux pas critiquer les personnes qui travaillent dans ce programme, mais le fait est qu'il est absolument inacceptable d'attendre jusqu'à trois semaines pour obtenir un antibiotique lorsqu'il y a un risque de septicémie. Même quelques jours, voire une journée peuvent être néfastes ou potentiellement néfastes.

Je travaille depuis près de 15 ans comme médecin spécialiste des maladies infectieuses. Je travaille sur la tuberculose. Dans le cas de la tuberculose, nous constatons une augmentation des risques d'infections résistantes aux médicaments. La seule option contre ce qu'on appelle la tuberculose multirésistante est d'utiliser des antibiotiques qui ne sont pas disponibles au Canada. Deux des trois antibiotiques de première intention pour la tuberculose multirésistante ne sont pas disponibles au Canada, il faut donc en faire la demande dans le cadre du programme d'accès spécial.

Ce programme est exaspérant, pour paraphraser l'honorable député. Nous avons un cas où l'indication est très claire, où plusieurs organismes internationaux s'entendent sur le traitement à adopter, mais il faut des jours, voire plus, pour obtenir l'autorisation, et parfois, la réponse que vous obtenez est très variable. Vous recevrez peut-être une réponse vous demandant de justifier davantage votre demande ou vous indiquant que vous n'avez pas précisé ce que vous allez surveiller ou autre. D'autres fois, la demande sera acceptée. Le processus est opaque, prend trop de temps et doit être simplifié.

• (1215)

Matt Strauss: Merci pour votre réponse.

Vous êtes très poli de vous refuser à blâmer le personnel du programme, mais je pense que je veux le blâmer. C'est tout à fait inacceptable. Je ne vais pas présenter de motion maintenant, mais je vais peut-être suggérer au Comité que nous devrions convoquer les responsables de ce programme pour qu'ils justifient cette situation. Je suis intensiviste. Je traite des urgences potentiellement mortelles, et cela me rendrait fou si le Dr Elsayed disait que mon patient a besoin d'un médicament pour survivre et qu'un bureaucrate ne le lui fournit pas.

Docteur Elsayed, vous avez évoqué le fait que le programme d'action contre la résistance aux antimicrobiens ou le programme de gestion des antimicrobiens ne force pas la main, mais qu'il est éducatif. Quand je pense à ce programme comme étant éducatif... En fait, j'ai eu une crise d'entérocolite hémorragique l'été dernier. Le médecin de famille que j'ai consulté utilisait l'intelligence artificielle pour me recommander des médicaments. Si l'IA était intégrée aux dossiers médicaux électroniques des hôpitaux pour indiquer, par exemple, qu'un patient atteint de pneumonie a pris des antibiotiques pendant 10 jours de plus que nécessaire, il semble que beaucoup de choses pourraient être automatisées.

Qu'en pensez-vous? Y a-t-il un intérêt à aller dans ce sens?

Sameer Elsayed: Madame la présidente, je suis heureux de répondre à cette question.

Je suis ravi de revoir l'honorable député. J'ai déjà travaillé avec lui, je l'ai déjà supervisé.

Comme je l'ai mentionné, les programmes de gestion des antimicrobiens au Canada ont un rôle consultatif. Cependant, ils ont une influence sur les types d'antimicrobiens que les médecins peuvent prescrire, donc nous avons mis en place une politique restrictive, comme je l'ai mentionné.

En ce qui concerne l'IA, l'intelligence artificielle, son adoption dans les soins de santé est lente. Il existe certainement de nombreuses possibilités d'automatiser des tâches qui pourraient aider les cliniciens, mais c'est un travail en cours. Soit dit en passant, nous avions l'intention d'instaurer un programme de certification en IA pour nos stagiaires de Western qui suivent une formation en maladies infectieuses, et nous avons reçu l'appui sans réserve du directeur de la division à cet égard. Je crois que c'est une option que nous devons envisager sérieusement. L'IA est là, et elle n'est pas près de disparaître. Nous devons trouver des moyens de l'intégrer dans les soins de santé.

La présidente: Pourriez-vous conclure, s'il vous plaît?

Sameer Elsayed: Merci beaucoup.

La présidente: Merci.

Je donne la parole à M. Eyolfson pour cinq minutes.

Doug Eyolfson (Winnipeg-Ouest, Lib.): Merci, madame la présidente.

Merci à tous d'être venus. C'est très utile.

Docteur Wuerz, je suis particulièrement heureux de vous revoir. Nous avons travaillé ensemble à l'unité de soins intensifs pendant la pandémie. C'était une période pour le moins mouvementée.

Docteur Wuerz, nous parlions de ces lignes directrices. Comment les transmettre en temps réel aux médecins de première ligne? Ils

suivent des formations continues et lisent des revues spécialisées, mais comme vous le savez bien, il est très difficile de tout suivre, en particulier dans les soins primaires. Il faut également avoir des connaissances en cardiologie, en pneumologie, etc.

Quelle serait la solution pour diffuser ces dernières lignes directrices en temps réel aux fournisseurs de soins primaires?

Terry Wuerz: Madame la présidente, je remercie également l'honorable député pour sa question. Je le connais bien pour avoir travaillé avec lui pendant la pandémie.

Oui, je comprends que le problème de l'utilisation appropriée des antibiotiques est multiforme et qu'il faut vraiment insister auprès de ceux qui utilisent le plus ces antibiotiques, à savoir les cliniciens de première ligne.

De nombreuses stratégies efficaces ont été utilisées. Je pense que la clé réside dans le fait qu'il ne suffit pas d'une seule mesure. L'une des initiatives importantes est la publication à l'échelle nationale de lignes directrices pour le traitement des affections courantes. Nous disposons de telles lignes directrices, mais nous devons vraiment les transmettre aux cliniciens qui travaillent en première ligne. C'est là que les programmes de gestion des antimicrobiens peuvent vraiment jouer un rôle clé. Il ne suffit pas de publier ces lignes directrices, car, comme M. Eyolfson l'a dit, ces cliniciens peuvent être très occupés et ne pas être nécessairement au courant des dernières lignes directrices publiées.

Un programme de gestion des antimicrobiens permettra de transmettre efficacement ces informations au patient et au personnel soignant. Ceux-ci examinent alors la situation, l'évaluent et se demandent s'il est possible d'appliquer une gestion appropriée des antimicrobiens et d'améliorer le traitement du patient. C'est au niveau du patient. Il ne s'agit en aucun cas de manipulation. Il s'agit d'une orientation fournie par un programme et par des experts afin de mieux dispenser les soins nécessaires sur le terrain.

• (1220)

Doug Eyolfson: Merci pour cette explication.

Docteur Elsayed, vous avez déjà abordé ce sujet sur lequel on vous a posé plusieurs questions. Je m'y intéresse depuis un certain temps, depuis que j'ai découvert que les antibiotiques étaient utilisés dans l'élevage. Comme vous l'avez dit, ils sont souvent administrés dans les élevages, principalement bovins, car ils favorisent la croissance. Ma question est la suivante: comment les éleveurs se procurent-ils ces antibiotiques?

Pour faire une hypothèse scandaleuse, si j'étais enseignant et que je décidais d'améliorer la santé de mes élèves en leur distribuant des antibiotiques, je ne pourrais pas m'en procurer, car j'aurais besoin d'une ordonnance médicale, et aucun médecin ne le ferait, bien sûr. Comment les éleveurs se procurent-ils ces antibiotiques? Est-ce que des vétérinaires les prescrivent ou approuvent leur achat par ces producteurs?

La présidente: Vous avez une minute.

Sameer Elsayed: Madame la présidente, pendant la pandémie de COVID-19, les gens étaient enthousiastes à l'idée de se procurer de l'ivermectine comme traitement présumé contre la COVID-19. Là encore, la question de son efficacité réelle est l'objet d'une controverse, mais les gens s'en procuraient dans des magasins d'alimentation animale ou par des voies non conventionnelles. Ils avaient accès à ces médicaments alors que, normalement, pour les humains, il faudrait passer par des pharmacies ou des programmes d'accès spéciaux pour obtenir ce médicament...

Doug Eyolfson: Désolé, je m'excuse de vous interrompre. Je manque de temps.

La présidente: Il vous reste 30 secondes.

Doug Eyolfson: Cela remonte bien avant la COVID, donc la question que je me pose est la suivante: les magasins d'alimentation animale vendent-ils ces antibiotiques? Comment ces exploitants se procurent-ils ces antibiotiques? Ont-ils besoin d'une ordonnance d'un vétérinaire? Comment les obtiennent-ils légalement?

Sameer Elsayed: Je ne sais pas... C'est pourquoi j'ai fait allusion à la période antérieure à la COVID, car je pense qu'il y a encore un manque de réglementation concernant la manière dont les agriculteurs peuvent se procurer des antibiotiques. Comme je ne suis pas agriculteur, je ne sais pas comment ils s'y prennent, mais je sais qu'ils peuvent se procurer ces médicaments beaucoup plus facilement que nous dans le secteur des soins de santé, donc il faut...

La présidente: Pourrions-nous conclure, s'il vous plaît?

Sameer Elsayed: Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous en sommes au troisième tour.

Je donne la parole à M. Bailey, du Parti conservateur.

Vous disposez de cinq minutes.

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

Docteur Elsayed, vous avez brièvement parlé du tourisme médical et du nombre d'infections que nous voyons revenir au Canada. Ne devrions-nous pas, comme médecins et dentistes, informer les patients des risques liés au tourisme médical?

Sameer Elsayed: Madame la présidente, j'essaie certainement de souligner l'importance de se faire soigner au Canada. Même certains membres de ma famille m'ont posé des questions à ce sujet. Ils m'ont dit qu'ils allaient devoir attendre indéfiniment pour se faire opérer et qu'ils pourraient être opérés plus rapidement s'ils allaient dans un autre pays. Je leur ai répondu que le risque de contracter une infection postopératoire causée par un organisme résistant aux médicaments serait beaucoup plus élevé s'ils allaient dans tel ou tel pays que s'ils recevaient des soins de santé au Canada.

Même les États-Unis ont une incidence plus élevée de résistance aux antimicrobiens que le Canada. Je dirais que le Canada est [*difficultés techniques*] dans notre système de santé afin d'encourager davantage de Canadiens...

Burton Bailey: Merci beaucoup.

Docteur Wuerz, nous constatons une très forte augmentation des cas de fasciite nécrosante. Je me demande si cela est dû à un diagnostic initial erroné. Qu'en pensez-vous?

• (1225)

Terry Wuerz: À titre d'information, la fasciite nécrosante est la forme la plus grave d'infection des tissus mous de la peau que nous

observons. Elle peut évoluer rapidement, son taux de mortalité est élevé et elle nécessite une intervention chirurgicale urgente pour améliorer l'issue.

Quant à la raison, il est vrai que nous voyons des cas apparaître. Par exemple, dans ma province, nous avons une incidence très élevée de fasciite nécrosante. Les raisons qui sous-tendent ce phénomène ne sont pas tout à fait claires. Ce n'est pas forcément dû à la résistance aux antimicrobiens en soi, mais lorsque nous constatons des infections de cette nature et de cette gravité causées par des organismes résistants aux antimicrobiens, les résultats sont dévastateurs, car nous n'avons pas le temps d'attendre plusieurs jours pour maîtriser l'infection.

Burton Bailey: Merci.

Cela m'amène à une autre question et j'aimerais connaître votre opinion à ce sujet.

Comme certaines provinces ont autorisé les sites d'injection sécurisés, nous constatons une augmentation considérable du nombre de blessures par injection qui nécessitent des antibiotiques par voie intraveineuse. Lorsque les antibiotiques par voie intraveineuse ne sont pas efficaces, cela se transforme parfois en fasciite nécrosante. Nous voyons certaines personnes vulnérables perdre des membres. Je vous ai entendu dire que le débridement et l'amputation étaient les seules options.

Je me demande s'il est possible que, dans les salles d'urgence, nous posions des diagnostics erronés chez certaines personnes vulnérables ou si c'est simplement dû à la gravité de la fasciite nécrosante.

Terry Wuerz: J'apprécie vraiment cette question, car le sujet des infections liées aux sites d'injection de drogues me tient particulièrement à cœur.

Je dirais que c'est une combinaison des facteurs soulevés par le député. Nous voyons de nombreuses infections tardives liées à des infections contractées dans des sites d'injection de drogues, ce qui contribue certainement au problème. Dans certains cas, je suis sûr qu'il est arrivé que des personnes vulnérables aient eu du mal à plaider leur cause pour obtenir des soins de santé, ce qui a pu entraîner un diagnostic erroné au départ. Cela reste un problème majeur qui nécessite une prévention ainsi qu'un accès adéquat, approprié et rapide aux traitements.

Burton Bailey: Merci, docteur.

La présidente: Il vous reste 45 secondes.

Burton Bailey: Madame la présidente, j'aimerais maintenant présenter une motion qui a été annoncée le vendredi 28 novembre. Les membres devraient tous l'avoir reçue, dans les deux langues officielles. Voulez-vous que je lise la motion, madame la présidente?

La présidente: Est-ce que cela concerne l'ordre du jour, le sujet dont nous traitons aujourd'hui?

Burton Bailey: Elle a été déposée et elle dit:

Que le Comité invite le ministre de la Santé et les représentants du ministère à comparaître pour témoigner sur le Budget supplémentaire des dépenses (B) le 4 décembre 2025 ou le 9 décembre 2025.

La présidente: Chers témoins, veuillez nous excuser pendant que nous traitons la motion qui nous est présentée.

Quelqu'un souhaite-t-il prendre la parole au sujet de la motion?

Allez-y, monsieur Mazier.

Dan Mazier: Madame la présidente, pouvons-nous obtenir le consentement unanime à ce sujet? La motion a été déposée. Nous aimerions tous que la ministre vienne témoigner la semaine prochaine.

La présidente: Avons-nous le consentement unanime?

Des députés: D'accord.

(La motion est adoptée.)

La présidente: Cela étant réglé, je donne la parole à Mme Jaczek, pour le Parti libéral.

L'hon. Helena Jaczek: Merci beaucoup, madame la présidente.

De nombreux témoins ont parlé aujourd'hui de la surveillance nationale. Il existe des modèles. Il semble que de nombreuses recommandations aient été faites pour inclure d'autres sites de surveillance, comme les soins de longue durée, la communauté, etc. Je suis tout à fait favorable aux données, mais l'étape suivante est la gestion. J'aimerais approfondir un peu cette question.

Nous disposons de données de 2023 qui montrent que la prescription annuelle d'antimicrobiens n'a diminué que de 6,6 % par rapport à 2019. Autrement dit, on peut supposer que les efforts de gestion ont un certain impact, mais la diminution n'est pas vraiment spectaculaire.

Peut-être pourriez-vous commencer, docteur Wuerz, par décrire en quoi consiste le programme de gestion et comment vous essayez d'éviter l'utilisation inappropriée d'antibiotiques, qu'il s'agisse du dosage ou d'un composé particulier. On peut supposer que l'éducation est essentielle à cet égard, mais comment envisagez-vous la mise en œuvre de ce programme? Comment pourrions-nous le rendre plus efficace par rapport à la baisse plutôt faible que nous avons constatée jusqu'à présent?

• (1230)

Terry Wuerz: Vous avez tout à fait raison. La gestion des antimicrobiens est un programme conçu pour améliorer la prescription d'antibiotiques, afin que le patient reçoive le bon médicament, à la bonne dose et pendant la durée appropriée. Cela nécessite une approche multiforme, il s'agit donc en réalité d'un programme d'amélioration de la qualité.

Nous disposons de différents outils pour y parvenir. Le plus efficace est probablement ce que nous appelons l'audit et la rétroaction. Dans les cas où des antimicrobiens sont utilisés, surtout lorsqu'il est vraiment nécessaire de revoir la prescription d'antibiotiques en milieu hospitalier, l'équipe de gestion des antimicrobiens, composée de pharmaciens et de médecins, se rend auprès du patient, examine le cas et applique les données et les lignes directrices les plus pertinentes afin d'améliorer la prescription d'antibiotiques. En réalité, ils font une recommandation au médecin traitant. Cela présente l'avantage non seulement d'améliorer la situation du patient, mais aussi, à long terme, de changer la culture en apportant ces données probantes au niveau du patient et du prescripteur. C'est un outil. On l'appelle « audit et rétroaction ».

L'éducation joue un rôle énorme, mais cela ne suffit pas. Nous avons besoin de personnel sur le terrain pour assurer cette gestion des antimicrobiens.

L'hon. Helena Jaczek: Considérez-vous que ces personnes sur le terrain sont les praticiens spécialisés dans le contrôle des infections qui travaillent dans les hôpitaux? Nous parlons ici des soins intensifs, bien sûr. En Ontario, nous avons, ou avions un système

très solide de praticiens spécialisés dans le contrôle des infections dans chaque établissement de soins intensifs. Ne seraient-ils pas essentiels au sein de l'équipe?

Terry Wuerz: Je suis d'accord pour dire que la prévention et le contrôle des infections sont une ressource essentielle. Ils sont présents dans les hôpitaux. Ils ont un rôle très important qui recoupe celui des équipes de gestion des antimicrobiens, mais ces dernières ont un objectif légèrement différent. Il s'agit vraiment de fournir les meilleures recommandations en matière de prescription d'antibiotiques aux patients, et pas seulement de prévention et de contrôle. Dans la plupart des cas, une équipe de gestion des antimicrobiens est dirigée par la pharmacie, tandis que les équipes de prévention et de contrôle des infections sont plutôt dirigées par des infirmières soutenues par leurs médecins-chefs. Ce sont tous des chefs de file, mais oui, ils travaillent ensemble.

La présidente: Il vous reste une minute.

L'hon. Helena Jaczek: Autrefois, lorsque j'exerçais la médecine, il y a longtemps, nous attendions les résultats de la coloration de Gram et de la culture avant de prescrire un traitement. Cette pratique a-t-elle disparu, pour ainsi dire? Les patients semblent demander des antibiotiques pour tous leurs maux. N'attendons-nous pas au moins certains résultats de laboratoire?

Terry Wuerz: La pratique de la médecine n'a pas changé de manière aussi radicale depuis que l'honorable députée exerçait. Cela dépend. Cela dépend de la gravité de l'infection et du temps que nous pouvons attendre avant de prescrire un antibiotique. Dans certains cas, nous voyons des patients atteints de septicémie ou d'une infection grave mettant leur vie en danger, et nous devons leur prescrire un antibiotique empirique avant d'obtenir les résultats de la culture, ce qui peut prendre, comme vous le dites, un jour ou plus. Cela dépend vraiment. Dans les situations moins graves, il est toujours fortement recommandé d'attendre les résultats de la culture.

La présidente: Merci beaucoup.

Je cède la parole à l'intervenant suivant.

• (1235)

[Français]

Madame Larouche, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

Andréanne Larouche: Merci, madame la présidente.

Monsieur Wuerz, est-ce que vous partagez l'avis de la vérificatrice générale, qui parle du manque de données sur les populations vulnérables dans certaines zones géographiques? En quoi cela a-t-il des répercussions sur la résistance aux antimicrobiens?

[Traduction]

Terry Wuerz: Lorsque nous parlons de populations vulnérables, je pense que nous avons encore du travail à faire pour mieux les comprendre et mieux les servir. Le problème est que ces populations ne se présentent pas nécessairement tôt pour recevoir des soins. Elles peuvent être plus exposées aux infections en raison d'une conjonction de facteurs, notamment le surpeuplement des logements, des facteurs de risque communs comme la consommation de drogues injectables et le manque d'installations sanitaires appropriées. Elles sont exposées à un risque accru et se présentent tardivement, ce qui les expose à une forte consommation d'antibiotiques. Des études menées sur ces populations montrent qu'elles consomment davantage d'antibiotiques et sont donc davantage confrontées à la résistance aux antibiotiques. Je pense qu'il s'agit d'une population clé sur laquelle il faut se concentrer lorsque nous réfléchissons à la manière de prévenir et de traiter les infections et de prévenir la résistance aux antimicrobiens.

[Français]

Andréanne Larouche: Vous parlez du lien entre les populations vulnérables et la question géographique. Certaines populations en milieu rural sont desservies et ça a des répercussions. Quelles mesures ciblées devraient être prioritaires pour les régions confrontées à des inégalités de soins?

[Traduction]

Terry Wuerz: C'est une excellente question, madame la présidente.

Nous devons nous assurer de transmettre l'information non seulement aux médecins, mais aussi aux patients, et ce, à un niveau compréhensible par tous, afin de les informer et de nous assurer qu'ils consultent un médecin et qu'ils savent quoi faire lorsqu'ils tombent malades.

La présidente: Merci.

Je cède maintenant la parole à M. Mazier, pour le Parti conservateur.

Vous disposez de cinq minutes.

Dan Mazier: Merci, madame la présidente.

Je cède mon temps de parole à M. Epp.

La présidente: Monsieur Epp, vous avez cinq minutes.

Dave Epp: Merci, madame la présidente.

La question de l'état de notre Réserve nationale stratégique d'urgence et de la fabrication nationale d'équipement de protection individuelle me préoccupe depuis un certain temps. Je sais que beaucoup de gens sont frustrés de ne pas obtenir de réponses.

Je suis reconnaissant pour les témoignages entendus. Je n'ai pas pu poser toutes mes questions, alors, madame la présidente, à la lumière des témoignages que nous avons entendus, j'aimerais présenter une motion.

Je sais que le Comité a le pouvoir de contraindre l'ASPC et d'autres ministères à comparaître, mais je me demande s'il serait possible d'envisager de rédiger une lettre afin d'obtenir une réponse en temps opportun aux fins de l'étude.

Madame la présidente, je crois que la greffière fait circuler cette motion dans les deux langues. Je propose:

Que le Comité ordonne à l'Agence de la santé publique du Canada, à Santé Canada, au ministère de la Défense nationale et au ministère des Services pu-

blics et de l'Approvisionnement de répondre aux questions suivantes et de faire rapport au Comité dans un délai de deux semaines.

Concernant la Réserve stratégique nationale d'urgence (RSNU) et l'achat d'équipements de protection individuelle (EPI) de 2019 à aujourd'hui:

1. Quelles entreprises ont obtenu des contrats dans le cadre de l'offre permanente 2019-2020 pour la fourniture d'EPI à la RSN, et quelle était la valeur totale en dollars des contrats attribués à chaque entreprise;
2. Combien d'unités d'EPI ont été achetées par le gouvernement fédéral pour la NESS dans le cadre de l'offre permanente 2019-2020 entre mars 2020 et octobre 2025, en les identifiant séparément par année et par fournisseur;
3. Quel est le montant total dépensé...

La présidente: Monsieur Epp, je suis désolée de vous interrompre, mais tout le monde n'a pas cette motion en anglais et en français.

Dave Epp: Je peux vous montrer la motion. Elle devrait se trouver dans votre boîte de réception.

La présidente: La greffière m'informe qu'elle ne dispose que de la version anglaise. Elle ne dispose pas de la version française.

Dave Epp: D'accord, la version française est en cours d'envoi.

Souhaitez-vous que je continue la lecture ou que je fasse une pause jusqu'à ce que tout le monde dispose de la version française?

La présidente: Nous pourrions peut-être suspendre la séance jusqu'à ce que nous recevions la version française afin que tout le monde puisse la consulter avant d'en débattre.

Merci.

La séance est suspendue.

- (1235) _____ (Pause) _____
- (1300)

La présidente: Nous reprenons la séance.

Allez-y, madame Larouche.

[Français]

Andréanne Larouche: Madame la présidente, nous sommes d'accord sur les questions posées. Seulement un témoin comparaitra au Comité, donc nous devons nous assurer d'avoir les réponses des autres témoins. Pour ne pas retarder l'étude, je donnerais un délai de deux semaines pour répondre à la lettre et aux questions. Je propose donc un amendement pour demander ces réponses et, à la fin, je propose de préciser un délai de deux semaines pour fournir ces réponses.

[Traduction]

La présidente: Pourriez-vous lire votre amendement, madame Larouche?

[Français]

Andréanne Larouche: Nous proposons un délai de deux semaines pour obtenir les réponses et ne pas retarder l'étude.

- (1305)

[Traduction]

Dave Epp: Madame la présidente, puis-je intervenir?

La présidente: Attendez un instant.

Nous avons un amendement.

Madame Larouche, votre amendement dit simplement de repousser le délai de deux semaines. Est-ce bien votre amendement?

Je suis désolé, monsieur Epp. Madame Larouche a la parole.

[Français]

Andréanne Larouche: Après « aux questions suivantes et de faire rapport au comité », nous ajouterions le délai de 14 jours.

[Traduction]

La présidente: Vous suggérez de faire rapport dans un délai de deux semaines.

[Français]

Andréanne Larouche: Oui.

[Traduction]

La présidente: Nous avons un amendement, qui ajoute « de faire rapport dans un délai de deux semaines ».

Est-ce que quelqu'un souhaite s'exprimer sur cet amendement?

Monsieur Epp, souhaitez-vous vous exprimer sur cet amendement?

Dave Epp: Je voudrais juste clarifier quelque chose. Je n'ai pas lu l'intégralité de la motion pour le compte rendu. Elle a été distribuée. Est-elle considérée comme dûment proposée?

La présidente: Je pense qu'elle est considérée comme dûment proposée.

Dave Epp: Si elle est dûment proposée, oui, je considère qu'il s'agit d'un amendement amical.

La présidente: Alors, concernant l'amendement, quelqu'un est-il pour ou contre?

J'ai l'impression, à moins que vous ne souhaitiez que je procède à un vote, que l'amendement est adopté.

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

La présidente: Nous passons maintenant à la motion modifiée.

Y a-t-il un débat ou une discussion sur la motion modifiée?

(La motion modifiée est adoptée. [Voir le procès-verbal])

La présidente: Nous avons passé 22 minutes en suspension. Nous avons commencé la réunion avec quatre minutes de retard. Une personne doit encore prendre la parole, soit Mme Sidhu.

Nous allons donner à Mme Sidhu l'occasion de poser ses questions.

Sonia Sidhu: Merci encore à tous les témoins.

Ma question s'adresse au Dr Wuerz et concerne l'utilisation des antibiotiques dans le secteur agricole. Elle s'adresse également au Dr Elsayed, de l'Université Western.

Je voudrais entendre vos deux points de vue sur la manière dont nous pouvons réglementer l'industrie agricole.

Terry Wuerz: Madame la présidente, je tiens à préciser que mon domaine d'expertise est la santé humaine, et non la santé animale. Cependant, il est vrai que le problème de la résistance aux antimicrobiens est multiforme. Si nous voulons le traiter efficacement, nous devons nous intéresser principalement à l'utilisation des antibiotiques chez les humains, mais nous pencher également sur leur utilisation chez les animaux et dans l'environnement.

Ce sont les trois piliers mentionnés et abordés dans le plan d'action canadien contre la résistance aux antimicrobiens de 2023. Je

tiens à rappeler qu'il ne s'agit pas d'un manque de plan, mais d'un manque de mise en œuvre, de délais et d'indicateurs.

Sonia Sidhu: À ce propos, je voudrais soulever un autre point. La prévention des infections est l'un des outils les plus efficaces dont nous disposons pour réduire la résistance aux antimicrobiens. Nous avons parlé des aiguilles. L'existence de centres d'injection supervisés ou le contrôle des drogues et des aiguilles permettent également de réduire les infections.

Êtes-vous d'accord, docteur Wuerz?

Terry Wuerz: La question est de savoir si les centres d'injection supervisés peuvent réduire le risque d'infections liées à l'injection de drogues. La réponse à cette question est oui, je le pense.

Le problème est que, souvent, les injections sont pratiquées dans des conditions très insalubres et parfois avec du matériel réutilisé. Tout effort visant à réduire les risques, à diminuer ce type d'infections et à les prévenir en amont sera efficace pour réduire la morbidité et la mortalité liées aux personnes vulnérables dont nous avons parlé précédemment.

• (1310)

Sonia Sidhu: Quel type de campagne de sensibilisation fédérale serait la plus efficace pour promouvoir la prévention des infections?

Terry Wuerz: Je pense que le problème est que nous avons besoin d'une mise en œuvre plus importante à l'échelle nationale. Pour cela, je me tournerais vers le gouvernement fédéral afin qu'il crée des normes qui doivent être appliquées à la grandeur du pays afin de garantir qu'il n'y ait pas de différences majeures entre les programmes antimicrobiens et l'utilisation des antimicrobiens d'une province à l'autre. Le gouvernement fédéral joue un rôle important dans l'établissement de ces normes et dans leur respect.

Sonia Sidhu: Ma prochaine question s'adresse à Mme Dhami.

Madame Dhami, vous avez parlé du plan d'action pancanadien. Comment une meilleure intégration entre les systèmes pharmaceutiques, les prescripteurs et les programmes de surveillance peut-elle améliorer la gestion et la sécurité des patients?

Rita Dhami: L'une des possibilités qui s'offrent à nous consiste à mieux intégrer certains de nos systèmes d'information sur la santé. Dans un milieu hospitalier, tous les professionnels de la santé auront la possibilité de consulter les résultats de laboratoire ou le dossier des médicaments prescrits du patient. Ils auront accès aux notes des médecins ou des autres professionnels de la santé qui s'occupent du patient. Vous pouvez voir le plan de soins de santé complet, mais cela ne fonctionne plus dès que le patient quitte l'hôpital. Encore une fois, lorsqu'il s'agit de soins de longue durée ou de soins primaires, il est certainement possible d'améliorer l'échange d'information et la communication entre les prescripteurs et les pharmaciens, ainsi que d'intégrer de meilleures possibilités pour...

La présidente: Il vous reste 20 secondes.

Rita Dhami: ... transmettre le plan de soins du patient.

Souvent, ce sont les pharmaciens locaux qui sont en contact permanent avec les patients. Ils peuvent aider à surveiller les effets indésirables et à déterminer si la personne doit retourner voir un médecin pour obtenir un autre traitement ou un traitement prolongé.

La présidente: Merci, madame Sidhu.

Je tiens à remercier chaleureusement les témoins d'avoir pris le temps de venir.

Je suis désolée que vous ayez dû attendre si longtemps.

Dan Mazier: J'invoque le Règlement.

La présidente: Oui, monsieur Mazier.

Dan Mazier: Si nous avons quelques minutes, puisqu'il s'agit d'une étude du Bloc, pourrions-nous lui accorder deux minutes et demie supplémentaires, un autre tour?

La présidente: Eh bien, Mme Larouche a déjà eu deux minutes et demie au cours de ce tour de parole.

Dan Mazier: Oui, mais pourrions-nous simplement prolonger le tour, si le Comité est d'accord?

La présidente: Le Comité est-il d'accord pour accorder deux minutes et demie supplémentaires à Mme Larouche?

Des députés: D'accord.

La présidente: Merci.

Madame Larouche, vous disposez de deux minutes et demie.

[Français]

Andréanne Larouche: Merci beaucoup, madame la présidente.

Cette étude me rappelle le bénévolat que j'ai fait auprès d'un organisme qui faisait de la prévention d'infections nosocomiales. Nous faisons la tournée d'événements avec la campagne Lave tes mains pour expliquer aux gens à quel point les différentes normes et règles pour bien se laver les mains sont importantes pour prévenir les infections. Nous faisons de la sensibilisation, et même en milieu hospitalier. Ça me rappelle tout ça, et à quel point ça entre justement dans le cadre de l'étude.

Docteur Stinson, quels sont les obstacles les plus importants à l'application uniforme des pratiques de prévention dans les différents milieux, à savoir les hôpitaux, les CHSLD et les cliniques?

Kevin Stinson: Je vous remercie de la question. Je vais répondre en anglais.

[Traduction]

En ce qui concerne les obstacles généraux, vous avez certainement raison. L'hygiène des mains est probablement l'une des mé-

thodes les plus efficaces pour prévenir la transmission des maladies infectieuses et des organismes résistants aux antimicrobiens dans tous les milieux de soins de santé.

L'un des obstacles que nous observons souvent à la mise en œuvre de cette méthode est le manque de ressources générales. Je crois que c'est le Dr Elsayed qui a fait allusion aux défis auxquels nous sommes confrontés dans le domaine des soins de santé, avec un nombre excessif de patients et des ressources limitées. Lorsque tous ces facteurs sont combinés, il est facile de se dire: « Je pourrais prendre un raccourci ici. Je pourrais prendre un raccourci là. Je n'ai pas besoin de me laver les mains. Je n'ai pas besoin de me soucier de mon EPI. » Cela pourrait se traduire par une gestion globale des antimicrobiens et par « Je peux simplement réduire et simplifier mes pratiques de prescription d'antimicrobiens pour plus de simplicité. » En fin de compte, tout se résume aux ressources globales de l'ensemble de notre système de santé, pas seulement en personnel, pas seulement en infrastructures physiques, mais en tout.

• (1315)

[Français]

Andréanne Larouche: Il me reste 15 secondes, alors je vais poser une question rapide: quelle est l'importance des transferts en santé pour donner plus de moyens financiers?

[Traduction]

La présidente: Il vous reste 11 secondes, madame Larouche.

[Français]

Andréanne Larouche: J'ai posé ma question: quelle est l'importance d'augmenter les transferts en santé pour donner plus de ressources?

[Traduction]

La présidente: Je vais maintenant lever la séance, car nous avons largement dépassé 13 heures.

TABLE DES MATIÈRES

Le mardi 2 décembre 2025

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>