



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

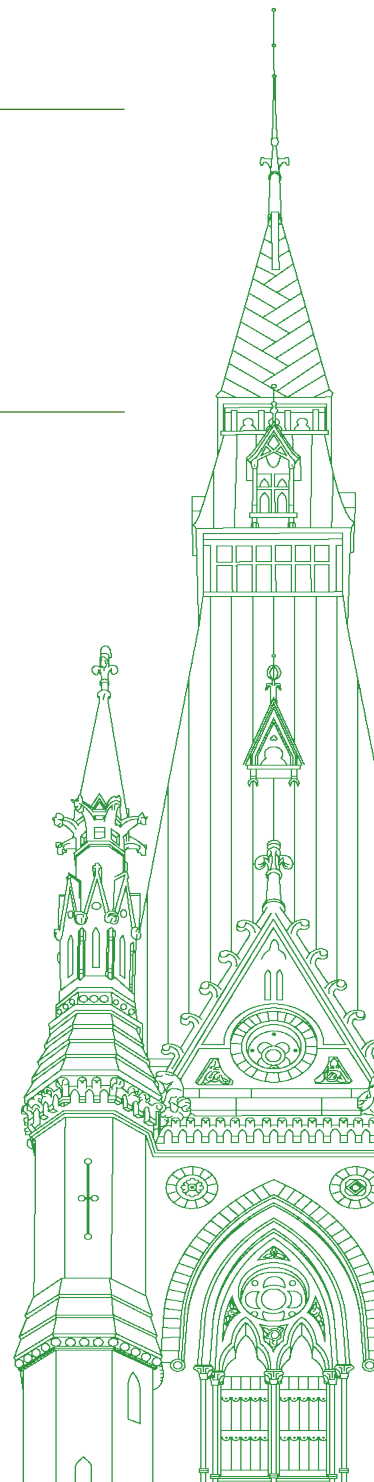
Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 016

Le jeudi 4 décembre 2025

Présidente : Hedy Fry



Comité permanent de la santé

Le jeudi 4 décembre 2025

• (1110)

[Français]

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

Je déclare la séance ouverte.

[Traduction]

Je vous souhaite la bienvenue à la 16^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

[Français]

Nous reconnaissons que nous nous réunissons sur le territoire non cédé de la nation anishinabe algonquine.

[Traduction]

La réunion d'aujourd'hui se déroule en format hybride, conformément au Règlement.

J'aimerais rappeler aux participants les points suivants.

Je demande aux personnes qui participent en mode virtuel d'éteindre leur micro quand elles ne parlent pas. Vous n'avez le droit de parler que si je vous cède la parole. Toutes les interactions passent par la présidence. Si vous avez un problème ou un enjeu, veuillez l'adresser à la présidence.

Vous remarquerez, sur vos ordinateurs, une petite icône de globe. C'est ce qui vous permettra d'obtenir les services d'interprétation. Vous pouvez choisir la langue que vous voulez — anglais, français ou parqué — et passer d'une langue à une autre.

Je prie les personnes dans la salle de poser leur oreillette sur l'autocollant pour ne pas déranger les interprètes.

Madame Larouche, à vous la parole.

[Français]

Andréanne Larouche (Shefford, BQ): Madame la présidente, je veux m'assurer que nous fonctionnerons de la même façon qu'à la dernière réunion.

[Traduction]

La présidente: Je suis désolée, je deviens sourde. Je n'arrive pas à entendre les gens sans mon oreillette.

[Français]

Andréanne Larouche: Je voudrais m'assurer que nous aurons le même fonctionnement que lors de la dernière réunion et que j'aurai un deuxième tour de parole de six minutes pendant la deuxième heure de cette réunion.

[Traduction]

La présidente: Oui, tout à fait.

Je veux informer tout le monde qu'un des témoins, le Dr Karl Weiss, ne pourra pas être présent parce qu'il n'avait pas...

Maggie Chi (Don Valley-Nord, Lib.): J'invoque le Règlement.

Je suis tout à fait pour que Mme Larouche se voie accorder six minutes. Pouvons-nous poursuivre ainsi pour toutes les réunions de deux heures, afin que le Bloc puisse faire deux interventions de six minutes?

La présidente: Elle en a fait la demande et la présidence a accepté.

Maggie Chi: Pas seulement pour cette réunion, mais à partir de maintenant, pouvons-nous nous assurer que Mme Larouche dispose de ces six minutes?

La présidente: Ce sera dorénavant la pratique habituelle pour elle dans le cadre des réunions de deux heures.

Nous allons tenir deux réunions d'une heure la prochaine fois, parce que les fonctionnaires que nous recevrons ne peuvent pas faire partie d'un groupe avec d'autres personnes.

Dan Mazier (Mont-Riding, PCC): Les fonctionnaires seront des nôtres mardi?

La présidente: Oui.

Le Dr Weiss ne peut pas participer à la réunion d'aujourd'hui parce que, pour une raison quelconque, son casque d'écoute ne fonctionne pas. Il reviendra une autre fois lorsqu'il sera prêt à comparaître.

Aujourd'hui, conformément à la motion adoptée le mardi 23 septembre 2025, le Comité commence l'étude sur la résistance aux antimicrobiens.

Je souhaite la bienvenue à nos témoins.

[Français]

Andréanne Larouche: Madame la présidente, juste...

[Traduction]

La présidente: Nous recevons la Dre Judith Fafard, qui est médecin.

Nous accueillons également Sameeh Salama, de Fedora Pharmaceuticals Inc.

[Français]

Andréanne Larouche: J'aimerais avoir un moment avant de commencer les témoignages pour poser une dernière question.

J'aimerais vérifier pourquoi M. Weiss n'avait pas le bon matériel.

La greffière ou un autre membre de l'équipe nous ont-ils fourni l'information sur ce qui est arrivé?

[Traduction]

La présidente: Je n'entends pas la députée en anglais ni en français.

Je vais suspendre les travaux pour régler le problème avant qu'on commence la réunion.

• (1110) _____ (Pause) _____

• (1110)

• (1115)

La présidente: Nous reprenons les travaux. J'étais en train de lire les noms des témoins.

Nous accueillons la Dre Judith Fafard, qui est médecin.

Nous accueillons également Sameeh Salama, de Fedora Pharmaceuticals Inc.

Enfin, la directrice principale de Médicaments novateurs Canada, Jennifer Buckley, est aussi des nôtres.

Les témoins disposeront chacun de cinq minutes pour leurs déclarations liminaires. Je vous aviserai une minute avant la fin, puis 30 secondes avant la fin afin que vous puissiez conclure. Si vous n'avez pas terminé, vous aurez évidemment l'occasion, pendant la période de questions et de réponses, de fournir de plus amples renseignements sur ce que vous vouliez dire.

Nous allons commencer avec la Dre Fafard, qui dispose de cinq minutes. Allez-y.

[Français]

Judith Fafard (médecin, à titre personnel): Bonjour.

Je vous remercie de m'avoir invitée à témoigner devant le Comité permanent de la santé.

Je m'appelle Judith Fafard. Je suis microbiologiste-infectiologue. Je travaille au laboratoire de santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec, ou INSPQ, depuis six ans. J'ai d'abord travaillé à titre de médecin-conseil et je suis directrice médicale depuis 2021. Mes propos reflètent ma position personnelle et découlent de mon expérience à l'INSPQ, sans toutefois en représenter la position officielle.

L'INSPQ soutient les autorités provinciales et régionales de santé publique dans leur prise de décisions. Il informe aussi la population sur les grands enjeux de santé publique, comme la résistance aux antimicrobiens. Il gère plusieurs programmes de surveillance dans les milieux de soins qui répertorient des infections par des souches multirésistantes, comme l'entérocoque résistant à la vancomycine, le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline, ou des bactéries Gram négatif productrices de carbapénémases.

Le Laboratoire de santé publique du Québec, ou LSPQ, produit des rapports de surveillance sur plusieurs microorganismes résistants, dont la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*, l'agent responsable de la tuberculose, ou encore ceux responsables d'infections transmissibles sexuellement ou par le sang, comme les infections à la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*. Il collabore avec les laboratoires hospitaliers pour harmoniser les pratiques et les tests à utiliser visant à identifier les microorganismes résistants. Il participe aussi avec les autres laboratoires provinciaux et le Laboratoire national de microbiologie, ou LNM, à regrouper des données cliniques et de

laboratoire sur la résistance aux antimicrobiens par l'entremise du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada.

La résistance aux antimicrobiens complexifie et prolonge les soins médicaux, surcharge les infrastructures de santé et augmente les risques de complication et de décès, particulièrement chez des personnes vulnérables.

Surveiller la résistance aux antimicrobiens permet d'ajuster les interventions visant à lutter contre celle-ci. La surveillance de la bactérie *Neisseria gonorrhoeae* en est un bon exemple. Alors que cette bactérie avait au Québec une résistance à l'azithromycine de 1,7 % en 2013, cette résistance a rapidement progressé pour atteindre un sommet de 44,3 % en 2022. Les guides de traitements des infections transmissibles sexuellement et par le sang, ou ITSS, ont été ajustés au Québec, et l'azithromycine ne figure plus comme traitement de choix pour le traitement de la chlamydia ou de la gonorrhée. Les niveaux de résistance ont par la suite décliné pour se situer en 2024 à 16,3 %, ce qui représente une réduction de 63 % en deux ans et demi.

Il est donc profitable de mettre en commun les données issues de tels programmes de surveillance pour observer les tendances dans les provinces et territoires voisins et prévoir celles-ci dans nos provinces et territoires afin d'instaurer les mesures là où elles seront les plus efficaces. L'Agence de la santé publique du Canada a récemment mis à jour la liste des agents pathogènes prioritaires pour la lutte à la résistance aux antimicrobiens en tenant compte des conséquences disproportionnées de la résistance aux antimicrobiens chez certaines populations. La plupart de ces agents pathogènes sont déjà surveillés, mais le portrait de la résistance aux antimicrobiens demeure fragmenté dans les provinces et au Canada.

Certains agents pathogènes sont surveillés dans le cadre de plusieurs programmes qui ont chacun une couverture partielle de la population, alors que d'autres, comme la bactérie *Mycoplasma genitalium*, ne font l'objet d'aucune surveillance pour l'instant. Il sera bénéfique de continuer à encourager l'harmonisation et la mise en commun des protocoles et des données de surveillance concernant la résistance aux antimicrobiens chez l'humain.

Comme objectif à poursuivre, on peut cibler une couverture plus représentative et encourager l'harmonisation et la mise en commun des protocoles et des données de surveillance concernant la résistance chez l'humain.

Parmi les interventions que j'aimerais vous suggérer, nous pourrions explorer les barrières qui freinent une meilleure couverture des programmes de surveillance existants. Comme les programmes de surveillance comptent, pour la plupart, sur des inscriptions sur une base volontaire par les établissements ou par les provinces et territoires, nous pourrions sensibiliser davantage les décideurs et le grand public aux conséquences sur la santé de la population des deux premiers groupes d'agents pathogènes prioritaires.

Nous pourrions encourager la recherche sur les répercussions économiques et sanitaires de ces agents pathogènes résistants au Canada et améliorer la diffusion des données obtenues dans le cadre des programmes déjà en place.

Nous pourrions aussi encourager la recherche sur des modes de surveillance de la résistance indépendants des comportements des humains ou de l'accès aux soins de santé, comme la recherche en métagénomique des eaux usées ou l'intégration des systèmes de surveillance animale et environnementale afin de rejoindre des populations plus vulnérables.

Je vous remercie de votre attention.

• (1120)

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, docteur Fafard.

Je vais maintenant céder la parole à Sameeh Salama, de Fedora Pharmaceuticals, qui dispose de cinq minutes.

Docteur Sameeh Salama (directeur scientifique et président, Coalition canadienne pour l'innovation antimicrobienne, Fedora Pharmaceuticals Inc.): Merci, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du Comité permanent de la santé.

Je m'appelle Sameeh Salama et je suis directeur scientifique chez Fedora Pharmaceuticals, une entreprise d'Edmonton spécialisée dans la découverte d'antibiotiques.

Je suis aussi président du conseil d'administration de la Coalition canadienne pour l'innovation antimicrobienne, ou CCIA, une coalition nationale d'organismes des sciences de la vie voués à la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, ou la RAM.

Le legs scientifique de notre entreprise comprend la découverte du tazobactam, ou Zosyn, un médicament maintenant utilisé dans le monde entier pour traiter les infections graves et qui sauve des millions de vies chaque année.

Notre deuxième produit phare, le nacubactam, en est actuellement à la troisième phase des essais cliniques. Cette expérience nous permet de constater directement les obstacles scientifiques, réglementaires et liés au marché qui doivent être surmontés si le Canada veut soutenir l'innovation au chapitre de la résistance aux antimicrobiens.

La RAM se répercute déjà profondément sur les systèmes de santé canadiens. Selon le Conseil des académies canadiennes, 26 % des infections en 2018 étaient résistantes aux antibiotiques de première ligne, une proportion qui devrait atteindre 40 % d'ici 2050. Si rien ne change, la RAM entraînera près de 400 000 décès au Canada et des centaines de milliards de dollars en pertes économiques et liées au système de santé. Plus important encore, elle menace les fondements de la médecine moderne, les soins contre le cancer, la transplantation d'organes, les soins néonataux et même les chirurgies courantes.

Le Canada a franchi une étape importante en publiant le *Plan d'action pancanadien sur la résistance aux antimicrobiens*. J'ai participé à la rédaction du cadre et du plan d'action. Cependant, le plan n'a pas encore été financé ni mis en œuvre; il ne peut donc pas provoquer de changements dans les administrations gouvernementales ou les systèmes de santé.

Pour ce qui est de l'avenir, il sera essentiel d'élaborer le plan d'action 2.0 en le fondant sur une vision centrale. L'innovation n'est pas qu'un pilier de la stratégie de la RAM; elle est la colonne vertébrale sur laquelle reposent tous les autres. Par exemple, la surveillance dépend de nouveaux outils de diagnostic et de données. La gestion responsable exige l'accès à de nouveaux antimicrobiens pour éviter la dépendance aux médicaments inefficaces. La prévention et le

contrôle des infections sont renforcés par de nouveaux vaccins, traitements et technologies. La recherche et le développement dépendent de l'écosystème stable qui soutient le développement, la fabrication et la commercialisation.

Pour que le plan d'action 2.0 soit fructueux, l'innovation doit être intégrée à tous les piliers, et non être prise isolément. On ne peut y parvenir sans une consultation structurée et continue avec l'industrie. Les entreprises, grandes et petites, comprennent les obstacles financiers, réglementaires et opérationnels qui empêchent les nouveaux antibiotiques et diagnostics de faire leur entrée sur le marché canadien. Sans cet engagement, le Canada risque de concevoir des politiques qui semblent bonnes en théorie, mais qui ne peuvent pas être mises en œuvre.

Les forces scientifiques du Canada sont réelles. Nous avons des entreprises spécialisées dans les antibiotiques traditionnels, les vaccins antifongiques, la phagothérapie, les diagnostics et les technologies de l'information, mais ces tendances sont minées par des faiblesses structurelles qui rendent difficile la transformation de la recherche en produits qui peuvent bénéficier aux patients.

De façon particulière, le Canada ne produit pas d'antibiotiques et d'ingrédients pharmaceutiques actifs au pays, ce qui fait de la RAM un enjeu de sécurité nationale et un enjeu de santé publique.

Pour soutenir l'innovation, le Canada a besoin à la fois d'incitatifs économiques en amont et en aval. En ce qui concerne les incitatifs économiques en amont, le Canada devrait accroître le financement précoce de la recherche et du développement, notamment par l'entremise du Programme d'aide à la recherche industrielle, de Préparation aux crises sanitaires Canada et d'autres programmes fédéraux. De nombreux volets de financement internationaux exigent que les entreprises partagent les frais. Un mécanisme national visant à aider les entreprises canadiennes à respecter ces obligations augmenterait notre efficacité et retiendrait l'innovation ici au pays.

En ce qui a trait aux incitatifs économiques en aval, l'expérience internationale est très révélatrice. Le modèle d'abonnement du Royaume-Uni, par exemple, donne lieu...

• (1125)

La présidente: Il vous reste une minute.

Dr Sameeh Salama: ... à des entreprises dont le système de rémunération est fondé sur le rendement.

La Suède dispose d'un système qui garantit le paiement et l'Union européenne déploie des efforts pour mettre en place l'exclusivité transférables.

En conclusion, le Canada est bien placé pour diriger par le leadership et l'action en mettant en œuvre le plan d'action actuel, en assurant le financement complet du plan d'action 2.0 et en travaillant en véritable partenariat au sein de l'industrie pour éliminer les obstacles qui s'immiscent entre la découverte et le succès. Ce faisant, le Canada peut protéger le système de santé, soutenir la compétitivité mondiale des sciences de la vie et devenir un acteur important sur le marché international.

Merci beaucoup, madame la présidente.

La présidente: Je vous remercie.

Nous allons passer à notre dernier témoin, Jennifer Buckley, qui est directrice principale, des affaires réglementaires et de transformation de la recherche clinique.

C'est à vous, madame Buckley.

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

Bonjour, mesdames et messieurs les membres du Comité.

Je m'appelle Jenny Buckley et je suis directrice principale des affaires réglementaires et de la transformation de la recherche clinique chez Médicaments novateurs Canada, ou MNC. Merci de m'avoir donné l'occasion de m'entretenir avec vous aujourd'hui.

Bien que je représente l'industrie pharmaceutique novatrice du Canada, c'est-à-dire les entreprises qui découvrent, mettent au point et produisent des médicaments, des diagnostics et des vaccins qui changent des vies, j'aimerais commencer par vous faire part d'une histoire qui s'est passée dans un hôpital. C'est une histoire que nous avons racontée au Comité permanent de la science et de la recherche, et j'aimerais vous en faire part également.

Un pharmacien dans un hôpital canadien a été convoqué pour une consultation auprès d'un patient atteint d'une infection grave causée par une bactérie résistante à de nombreux médicaments. Aucun des antibiotiques habituels n'était efficace. Un médicament plus récent qui aurait pu aider n'était pas inscrit sur la liste des médicaments fournis par l'hôpital. L'équipe soignante éprouvait de la difficulté à gérer la propagation de l'infection. Chaque heure comptait. Le pharmacien a dit quelque chose que je n'ai jamais oublié: « Ce n'est plus rare. C'est devenu une situation courante. »

La résistance aux antimicrobiens n'est pas une menace future. Il s'agit d'une crise actuelle. À l'échelle mondiale, les infections résistantes aux médicaments causent plus d'un million de décès chaque année. D'ici 2050, ce chiffre pourrait atteindre 10 millions et les pertes économiques mondiales pourraient totaliser des milliers de milliards de dollars.

La RAM est une crise d'innovation et d'accès. Nous manquons d'antibiotiques efficaces plus rapidement que nous ne pouvons les remplacer. Le développement est complexe et coûte cher. De plus, au Canada, il est souvent ralenti par des processus réglementaires et de remboursement qui retardent l'accès en temps opportun. Entre 2010 et 2021, le Canada n'a obtenu l'accès qu'à 3 des 18 nouveaux antibiotiques lancés à l'échelle mondiale. Cela désavantage considérablement les patients et les fournisseurs de soins de santé. Pour régler ce problème, il faut adopter rapidement certaines mesures.

Le Canada soutient depuis longtemps des mécanismes mondiaux qui servent d'incitatifs en amont, comme CARB-X, pour stimuler le développement en phase initiale. Toutefois, les incitatifs en amont ne suffisent pas. Nous avons besoin d'un système fiable d'incitatifs économiques en aval pour proposer des antibiotiques novateurs au Canada et aux patients qui en ont besoin.

MNC accueille favorablement le projet pilote fédéral d'incitatifs économiques en aval qui est en cours de développement. Nous demandons l'adoption des améliorations proposées par la Coalition canadienne pour l'innovation antimicrobienne afin de bâtir un environnement politique axé sur l'apprentissage et les données probantes qui renforce l'accès.

D'autres pays progressent. Le Royaume-Uni dispose d'un incitatif économique en aval de type abonnement et l'Italie en a lancé un pendant sa présidence du G7. La France a fait de la RAM une priorité pour sa présidence l'an prochain. La présidence du G7 du

Canada tire à sa fin, mais nous pouvons encore être des chefs de file en matière de préparation et de sécurité sanitaire mondiale.

Cependant, on ne peut pas se rabattre uniquement sur les incitatifs. Les systèmes réglementaires et de remboursement sont lents et redondants. Les efforts de Santé Canada pour autoriser le recours à des examens internationaux fiables constituent une étape importante vers des approbations plus rapides, sans compromettre l'innocuité, l'efficacité ou la qualité. Pourtant, les Canadiens attendent beaucoup trop longtemps. En moyenne, il faut deux ans et demi entre l'approbation de Santé Canada et l'inscription à la liste des médicaments fournis dans les établissements publics. En ce qui concerne les antibiotiques ciblant les infections résistantes à plusieurs médicaments, chaque jour compte.

La RAM n'est pas seulement un problème de santé; il s'agit d'une question de sécurité économique et géopolitique. Comme les États-Unis sont de plus en plus tournés vers l'intérieur, le Canada ne peut pas présumer qu'il pourra compter sur un soutien externe en cas de future crise. Nous devons renforcer l'innovation au pays, garantir notre chaîne d'approvisionnement en antibiotiques et nous associer à des pays désirent privilégier la science et la sécurité sanitaire mondiale. Si nous agissons de manière décisive, non seulement nous contiendrons la RAM, mais nous bâtissons un Canada plus fort et plus résilient.

Merci, madame la présidente. J'attends vos questions avec impatience.

• (1130)

La présidente: Merci beaucoup. C'était un exposé très concis. Il vous restait une minute et demie. C'est excellent.

Passons maintenant au segment des questions et réponses. Le premier est un segment de six minutes, qui comprend à la fois les questions et les réponses. Si nous sommes tous aussi précis et concentrés que Mme Buckley, nous pourrions poser beaucoup de questions.

Je vais commencer par les conservateurs.

Madame Konanz, vous disposez de six minutes.

Helena Konanz (Similkameen—Okanagan-Sud—Kootenay-Ouest, PCC): Merci beaucoup, monsieur Salama.

Au Canada, quelles différences entre les groupes démographiques ou les régions observons-nous pour ce qui est de la résistance aux antimicrobiens? La situation est-elle plus grave chez les jeunes comparativement aux personnes plus âgées ou chez les personnes vivant en milieu rural comparativement aux personnes en milieu urbain?

Dr Sameeh Salama: Je ne suis pas un épidémiologiste. Cette question devrait possiblement être adressée à un tel spécialiste dans le cadre de vos travaux. Je ne peux pas vraiment répondre à cette question avec précision.

Helena Konanz: Y a-t-il une autre personne dans notre groupe de témoins qui pourrait répondre à cette question?

Je peux la répéter: au Canada, quelles différences entre les groupes démographiques ou les régions observons-nous pour ce qui est de la résistance aux antimicrobiens? Y a-t-il, par exemple, des différences entre les jeunes et les personnes plus âgées ou entre les personnes habitant en milieu rural et celles qui vivent en milieu urbain?

La présidente: Je ne pense pas que nous ayons quelqu'un qui puisse répondre à cette question.

Helena Konanz: Ce n'est pas grave. Merci.

Docteur Fafard, un pharmacien à qui j'ai parlé m'a fait remarquer que de nombreux nouveaux arrivants au Canada sont surpris par le manque d'accès en vente libre à des antibiotiques ou antiviraux qui sont ici des médicaments sur ordonnance. Dans leurs pays, ils peuvent simplement se présenter à la pharmacie et obtenir ces médicaments. Observez-vous un taux plus élevé de résistance aux antimicrobiens chez les nouveaux arrivants au Canada?

La présidente: Docteur Fafard, allez-vous répondre à cette question?

[Français]

Judith Fafard: Oui, je peux répondre à la question.

En fait, nous observons chez les gens qui voyagent, pas nécessairement chez les migrants, des importations de microbes résistants. Nous observons la mobilité de ces microbes dans les populations par le tourisme, soit le tourisme médical ou le tourisme d'agrément. Il y a parfois des hospitalisations imprévues pendant un voyage.

Nous constatons que des patients peuvent revenir sur notre territoire avec des microorganismes résistants. Le *Candida auris*, qui est un champignon résistant à presque tous les antifongiques de première ligne, est un très bon exemple. Au sud de la frontière, dans les États américains, ce champignon colonise les soins intensifs des hôpitaux. Nous voyons de plus en plus de diagnostics liés à ce champignon chez les gens qui ont voyagé. La proportion demeure très faible pour l'instant, mais nous nous attendons à une augmentation dans l'avenir. La plupart du temps, c'est associé à un voyage.

[Traduction]

Helena Konanz: Merci pour cette réponse: vous n'observez pas un tel phénomène chez les nouveaux arrivants.

Avez-vous entendu dire qu'ils ont de la difficulté à trouver des antibiotiques ou des antiviraux et qu'ils craignent de ne pas pouvoir s'en procurer ici alors qu'ils y avaient accès dans leur pays d'origine?

• (1135)

[Français]

Judith Fafard: Au Canada, normalement, pour avoir accès à des antibiotiques, on a besoin d'une ordonnance d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un professionnel de première ligne.

Dans certains pays, la réglementation entourant l'accès aux antibiotiques est beaucoup plus légère. Des individus peuvent avoir accès à des antibiotiques dans leur pays, sans ordonnance, sans consultation auprès d'un professionnel de la santé. Ce n'est pas un avantage pour ces gens à l'extérieur du Canada. C'est même un inconvénient, parce qu'un accès facile à des antimicrobiens à l'étranger va promouvoir l'augmentation de la résistance aux antimicrobiens.

[Traduction]

Helena Konanz: Merci.

Docteur Fafard, existe-t-il au Canada une prescription excessive d'un antibiotique, antifongique ou antiviral particulier pour les infections?

[Français]

Judith Fafard: Il y a peu de recherches en ce moment sur des modèles de prescription pour des antimicrobiens. Par contre, plusieurs pays font des efforts pour publier des guides à l'intention des cliniciens afin de diminuer la prescription inutile d'antimicrobiens. On devrait en rédiger davantage. On devrait en produire pour d'autres infections communes, et on devrait les publiciser auprès des cliniciens. Par contre, nous n'avons pas vraiment de statistiques sur les prescriptions.

[Traduction]

Helena Konanz: Docteur Fafard, pouvez-vous nommer une affection ou une maladie pour laquelle on prescrit publiquement de manière excessive un traitement en ce moment? Quelles sont les plus importantes?

[Français]

Judith Fafard: Comme je vous l'expliquais, nous n'avons pas de statistiques sur les prescriptions. Par contre, les guides d'usage optimal qui sont produits dans mon domaine portent sur certaines infections courantes, comme les pneumonies acquises en communauté, qui peuvent parfois être confondues avec des infections respiratoires virales, pour lesquelles on n'a pas besoin d'antibiotiques. C'est la même chose pour l'otite chez les enfants; il est recommandé d'attendre avant de prescrire des antibiotiques.

Ce sont là des types d'infection qui sont ciblés par les guides d'usage optimal pour améliorer la prescription.

[Traduction]

La présidente: Merci, docteur Fafard.

Je cède maintenant la parole à M. Eyolfson, le prochain intervenant pour les libéraux.

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

Je remercie tous les témoins d'être présents.

Je vais simplement fournir un éclaircissement. Je pense que nous le savons tous, mais la traduction de « fungus » est exactement la même que celle de « mushroom » en français familier. Pour les anglophones, quand elle parlait du « infectious mushroom », elle parlait en réalité du « infectious fungus ». C'est le cas classique d'une traduction infidèle.

Docteur Fafard, merci beaucoup d'être des nôtres.

J'ai été assez choqué d'apprendre qu'il y a une résistance accrue à l'azithromycine dans le traitement de la chlamydia. Pendant des années, quand une personne se présentait avec une infection transmissible sexuellement, on lui donnait automatiquement un gramme d'azithromycine et 400 milligrammes de céfixime et on attendait les résultats des tests sérologiques pour la syphilis.

Est-ce que l'on observe des profils de résistance pour le céfixime ou des médicaments de première ligne visant à traiter la gonorrhée, ou pour la ceftriaxone? Ou existe-t-il des profils de résistance pour la syphilis?

[Français]

Judith Fafard: Pour la syphilis, il n'y en a pas. En fait, quand l'azithromycine était encore recommandée comme traitement de première ligne, il y a eu des cas d'échec et de résistance aux États-Unis. C'est présentement la bonne vieille pénicilline qui est recommandée comme traitement pour la syphilis. Nous n'avons pas de résistance dans ce cas.

En ce qui concerne la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*, par contre, nous avons identifié, au Canada, des souches résistantes à la ceftriaxone. On administre cet antibiotique par injection intramusculaire, ce qui fait que les patients ayant des infections résistantes doivent recevoir des antibiotiques intraveineux pour traiter leur infection. Ces cas sont encore rares, mais nous en voyons de plus en plus.

[Traduction]

Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Comme vous le savez, les médecins utilisent différentes ressources pour être informés des plus récentes données. Beaucoup de médecins s'abonnent à un service évalué par des pairs appelé UpToDate, qui leur permet de découvrir en temps réel le consensus scientifique le plus récent sur un trouble qu'ils n'ont pas vu depuis un certain temps. Une des choses qui a frustré beaucoup de médecins, surtout dans les urgences et autres milieux de soins primaires, c'est la difficulté d'obtenir les dernières recommandations fondées sur des données probantes pour une certaine infection, surtout quand il faut administrer un traitement en se fiant aux données empiriques et qu'on n'a pas le temps d'attendre les résultats des cultures.

UpToDate fournit des recommandations, mais il demande de connaître les profils de résistance locaux, qui ne sont pas toujours faciles à suivre. Dans un service des urgences, c'est difficile, mais nous côtoyons au moins régulièrement les spécialistes en médecine interne et en maladies infectieuses. C'est encore plus difficile dans le cabinet d'un médecin de famille.

Quelle serait la solution pour diffuser, en temps réel, les derniers profils de résistance locaux aux antibiotiques afin que les médecins puissent faire de meilleurs choix d'ordonnances pour les infections?

• (1140)

[Français]

Judith Fafard: Je suis désolée, je pense que l'interprète a peut-être perdu quelques éléments de votre question, mais je crois comprendre que vous parliez de résistance locale.

Vous avez raison quand vous dites que nous avons des guides pour les cliniciens, mais l'idéal serait d'avoir dans son propre milieu, son hôpital, sa communauté, le portrait de la résistance locale. C'est parce que les portraits de résistance peuvent être très différents entre un hôpital communautaire et un hôpital universitaire.

Dans un monde idéal, il faudrait pouvoir extraire des données de chaque hôpital, selon les agents pathogènes qu'on retrouve et les antibiotiques pour lesquels ces agents pathogènes ont été analysés, pour faire une banque de données.

Il faudrait aussi fournir des données nationales sur la résistance aux antimicrobiens. Toutefois, il faut aussi être capable de raffiner localement le portrait de la résistance dans un milieu donné, pour permettre l'utilisation de l'antibiotique avec le plus faible spectre possible pour freiner l'émergence de la résistance.

[Traduction]

Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Existe-t-il une méthode au Québec pour transmettre les plus récentes informations locales aux fournisseurs de soins primaires qui travaillent en cabinet? Dans les hôpitaux...

La présidente: Il vous reste une minute.

Doug Eyolfson: Merci.

Encore une fois, j'ai exercé ma pratique presque exclusivement en milieu hospitalier, dans un service des urgences. On reçoit les notes d'autres services indiquant qu'il y a dorénavant une résistance à un antibiotique et qu'il faut, par conséquent, opter pour un autre.

Existe-t-il un moyen au Québec de diffuser rapidement aux fournisseurs de soins primaires qui ne sont pas en milieu hospitalier des renseignements sur les profils de résistance locaux?

[Français]

Judith Fafard: Au Québec, en ce moment, ce type de système n'existe pas à l'échelle provinciale. Ce sont des initiatives locales. Chaque hôpital a son comité d'antibiogouvernance qui est responsable de broser un portrait local de la résistance et de transmettre ce portrait au sein de leur hôpital. Je travaille pour un organisme provincial, et d'un point de vue central, nous n'avons pas accès à ces données locales en ce moment.

[Traduction]

La présidente: Merci. Le temps est écoulé.

Je passerai maintenant au Bloc Québécois.

Madame Larouche, vous disposez de six minutes.

[Français]

Andréanne Larouche: Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie les témoins d'être ici avec nous, aujourd'hui, pour cette importante étude.

Personnellement, ce qui me frappe, c'est qu'on se rend compte à quel point cette résistance aux antimicrobiens n'a pas de frontières. C'est ce qu'il faut garder en tête.

Madame Fafard, à la toute fin de votre exposé, vous avez parlé de l'importance de la recherche en métagénomique des eaux usées.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur l'importance de ce type de recherche?

Pouvez-vous nous dire ce que peuvent révéler les eaux usées dans ce dossier?

Judith Fafard: C'est de la recherche-développement. C'est un travail qui est en progression. Ce qu'il faut comprendre, c'est que les données qui nous sont acheminées présentement proviennent des systèmes hospitaliers ou des prescriptions de cultures par des cliniciens. Ça exige que le patient se présente pour une consultation à l'urgence, qu'il soit admis à l'hôpital ou qu'il consulte son médecin.

Avoir un portrait de la résistance par des méthodes génomiques dans un échantillon environnemental, comme les eaux usées, ça contourne le comportement du patient. Ça va donc permettre d'aller chercher les modèles de résistance qu'on pourrait retrouver chez des gens qui ne vont pas consulter dans le système de santé, pour toutes sortes de raisons.

● (1145)

Andréanne Larouche: Merci beaucoup.

On constate que les eaux usées peuvent nous révéler plus de choses qu'on ne le pense.

Monsieur Salama, dans vos remarques préliminaires, vous avez parlé de l'Union européenne. Vous en avez parlé brièvement, mais quelle expérience utile pourrions-nous aller chercher pour cette étude et ici au pays?

[Traduction]

Dr Sameeh Salama: Ce que je disais, c'est que le Royaume-Uni a proposé et même adopté une nouvelle loi qui devrait rembourser ou payer les sociétés qui mettent au point des médicaments. C'est un modèle par abonnement selon lequel une société qui propose un nouvel antibiotique au Royaume-Uni pourrait recevoir jusqu'à 10 millions de livres par produit par année.

Le problème que nous observons avec la résistance aux antibiotiques, c'est qu'il y a différents antibiotiques qui font leur apparition sur le marché de différents pays. En raison de la réduction du nombre d'antibiotiques proposés par l'industrie pharmaceutique, principalement causée par le marché défaillant dans le secteur des antibiotiques, on constate une grave insuffisance de nouveaux antibiotiques. Pour inciter les entreprises à reprendre leurs activités dans ce domaine, différents pays ont adopté différentes lois.

Ainsi, au Royaume-Uni, une nouvelle règle a été mise en place pour adopter un modèle d'abonnement. La Suède a testé un modèle de paiement garanti, comme je l'ai mentionné plus tôt, et l'Union européenne se penche maintenant sur un bon d'exclusivité transférable. Une telle initiative permettrait à différentes entreprises qui commercialisent des antibiotiques de prolonger leur exclusivité au-delà du brevet de leurs antibiotiques dans ce marché particulier, ou d'utiliser le bon d'exclusivité pour d'autres produits qu'elles lancent.

Je pense qu'on peut beaucoup apprendre des expériences européennes. De façon particulière, le Canada travaille à un projet pilote dans le secteur des antibiotiques pour proposer de nouveaux antibiotiques. Le Canada accuse du retard par rapport aux autres pays du G7 et du G20 en ce qui a trait à l'introduction d'antibiotiques sur le marché. Nous n'avons que 3 antibiotiques sur 18 qui sont approuvés aux États-Unis. Nous pouvons tirer des leçons de ces expériences.

Selon moi, la recommandation à suivre est celle de Clinical Medicine de la revue *The Lancet*, qui prévoit une part équitable de revenus garantis pour les antibiotiques produits au Canada, dans une fourchette de 11 à 21 millions de dollars par année.

La présidente: Merci.

Il vous reste 35 secondes.

[Français]

Andréanne Larouche: Je vais maintenant m'adresser à Mme Jennifer Buckley pour compléter la réponse au sujet des modèles internationaux.

M. Salama a parlé des projets pilotes au Royaume-Uni, en Italie et en France.

Pouvez-vous nous donner vos commentaires là-dessus, en 30 secondes?

● (1150)

[Traduction]

Jennifer Buckley: Pour faire suite à ce que M. Salama a dit, l'idée est de créer un incitatif là où il n'y en a pas. Le problème avec l'approche actuelle, c'est que nous voulons qu'il y ait une gestion responsable de ces nouveaux médicaments. On veut que les médicaments soient offerts au Canada, mais qu'ils ne soient disponibles que lorsqu'ils sont nécessaires, et non en vente libre. Par conséquent, comme le médicament sera moins utilisé, le marché sera moins important. On doit donc prévoir des incitatifs économiques en aval pour compenser.

Comme l'a dit M. Salama, le Royaume-Uni a un modèle d'abonnement qui offre cela. L'Union européenne envisage un autre modèle et la France discute aussi de projets pour l'année prochaine. En gros, l'idée est de corriger certaines lacunes actuelles du marché, en plus d'assurer une protection et de veiller à ce que les nouveaux antibiotiques soient disponibles et ne deviennent pas eux-mêmes résistants au traitement.

La présidente: Merci, madame Buckley. Nous avons un peu dépassé le temps alloué.

Nous passons maintenant à la deuxième série de questions de cinq minutes. Nous allons commencer par les conservateurs.

Monsieur Bailey, allez-y.

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

Monsieur Salama, le Canada dépend de la fabrication étrangère pour 90 % de ses antibiotiques. Je crois que vous avez dit que 3 médicaments de dernier recours sur 18 sont disponibles — selon mes informations, ce sont 2 sur 13 — alors qu'aux États-Unis, les 13 sont disponibles, ou, selon vos données, les 18 le seraient.

Cette vulnérabilité, comme on a pu le constater lors de la pénurie d'équipement de protection individuelle en 2020, explique-t-elle pourquoi les Canadiens font face à un risque de RAM qui est 20 % plus élevé?

Question encore plus importante pour moi: quel est le calendrier pour la production nationale?

Dr Sameeh Salama: Il y a différentes parties à votre question. Je vais essayer d'y répondre.

Selon les données à ma disposition — et j'ai une liste ici — l'un des 3 antibiotiques sur 18 au Canada a été approuvé tout récemment.

Le problème que nous avons au Canada, c'est qu'il n'y a aucun incitatif pour les entreprises à commercialiser leurs produits ici. Dans les modèles envisagés par d'autres pays, nous avons vu l'adoption de lois au Royaume-Uni, comme je l'ai mentionné, ainsi qu'en Italie et en Suède, mais nous n'avons rien de la sorte ici.

Comme nous dépendons en grande partie des médicaments existants, nous nous heurtons à un problème de taille, car tout médecin désirant prescrire un antibiotique à un patient doit passer par la liste des médicaments admissibles. Si la bactérie est résistante à l'antibiotique figurant sur la liste, il doit se tourner vers le programme d'accès spécial. Cela crée un problème logistique, car ce n'est pas facile de franchir les étapes de ce processus. C'est long et cela exerce beaucoup de pressions sur le budget de l'hôpital, parce que l'hôpital doit assumer le coût de l'antibiotique.

Pour revenir à votre question concernant la capacité de fabrication, vous avez tout à fait raison: plus de 90 % des antibiotiques sont fabriqués en Chine. Si l'on se penche sur les problèmes entre les deux nations où... Nous avons vu avec la COVID-19 que, lorsque les entreprises se centrent sur les besoins des marchés locaux, le Canada peut se trouver dans une situation très difficile. Quand nous comptons sur d'autres nations pour nous fournir des médicaments, nous faisons face non seulement à une crise sanitaire, mais aussi à une crise de sécurité nationale.

Comme mes collègues l'ont mentionné, les antibiotiques sont essentiels. Ils sont l'épine dorsale de la médecine moderne. C'est un enjeu qui doit vraiment être abordé. Notre capacité de fabrication est loin d'être là où elle devrait être. Évidemment, il faut s'en occuper.

La majorité des antibiotiques prescrits appartiennent à une famille appelée bêta-lactamines. Ces antibiotiques, comme la pénicilline, nécessitent une usine de fabrication spécialisée. On ne peut pas utiliser la même installation pour fabriquer des médicaments anticancéreux ou d'autres médicaments, car certaines personnes sont sensibles à la pénicilline, par exemple. Ces médicaments doivent donc être produits dans une usine spéciale.

Nous devons nous pencher sur la capacité de fabrication. Nous devons accroître la capacité en matière de recherche et développement au Canada. J'ai fait mention des incitatifs dans ma déclaration liminaire. Je vais donc m'arrêter ici pour voir s'il y a d'autres questions.

• (1155)

Burton Bailey: Merci.

J'aimerais que vous expliquiez le processus de Santé Canada pour approuver les nouveaux médicaments et que vous nous donniez des recommandations pour améliorer ce processus.

Dr Sameeh Salama: Mme Buckley aimerait peut-être répondre à cette question.

Jennifer Buckley: À l'heure actuelle, le processus d'approbation de Santé Canada n'est pas le plus grand problème avec le processus réglementaire et de remboursement. Il y a actuellement des défis en ce qui a trait à l'arriéré, mais dans l'ensemble, le processus de Santé Canada pour approuver les médicaments est semblable à celui d'autres pays. Santé Canada est considéré comme un organisme de réglementation de classe mondiale et le ministère fait un assez bon travail sur ce plan. Les défis surviennent après l'approbation accordée par Santé Canada.

Après l'approbation, il faut deux ans et demi pour inscrire les médicaments sur la liste des médicaments fournis dans les établissements publics. Le processus comporte plusieurs étapes après cette approbation, et ce sont les raisons pour lesquelles les Canadiens peinent à avoir accès aux antibiotiques, ainsi qu'à divers autres médicaments.

Santé Canada peut toujours s'améliorer, et nous pouvons tous nous améliorer, mais je dirais que c'est après l'approbation de Santé Canada que les vrais défis se posent en ce qui concerne l'accès aux médicaments dans ce pays.

La présidente: Merci.

Je cède maintenant la parole à Mme Sidhu pour les libéraux.

Vous disposez de cinq minutes.

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

Merci à tous les témoins.

Docteur Fafard, nous savons que la stratégie contre la RAM met fortement l'accent sur la détection précoce et le diagnostic rapide. Comment pouvons-nous augmenter la capacité des laboratoires pour aider à identifier plus rapidement les nouvelles infections résistantes, avec des résultats concrets?

[Français]

Judith Fafard: Merci de la question.

Beaucoup de tests de résistance reposent sur la mise en culture du microorganisme et la croissance en présence d'un milieu qui contient l'antibiotique. C'est ce qu'on appelle la résistance phénotypique. Il faut améliorer la détection génotypique au moyen de tests effectués par la réaction en chaîne de la polymérase, ou RCP, pour détecter rapidement la résistance. Cela pourrait améliorer la rapidité avec laquelle on peut détecter cette résistance.

Nous avons aussi des problèmes liés aux bêta-lactamines de dernière ligne, dont M. Salama parlait. Ces antibiotiques sont accessibles par le truchement du Programme d'accès spécial de Santé Canada. Certains sont approuvés par Santé Canada.

Nous n'avons pas encore de tests commerciaux, homologués par Santé Canada, pour vérifier la résistance de la plupart de ces antibiotiques. Nous devons nous fier à des laboratoires de référence, comme le Laboratoire national de microbiologie ou les laboratoires de santé publique provinciaux pour effectuer les tests, ce qui augmente les délais pour obtenir ces informations.

[Traduction]

Sonia Sidhu: J'aimerais faire un suivi concernant la collaboration entre les gouvernements et l'échange de données entre laboratoires. Selon vous, quelle amélioration aiderait à renforcer la coordination entre les laboratoires provinciaux et les programmes fédéraux de surveillance?

[Français]

Judith Fafard: Promouvoir l'harmonisation des méthodes de diagnostic et des protocoles pourrait aider à faire circuler l'information. Des ententes doivent aussi être obtenues entre les différents ordres de gouvernement, si nous voulons qu'il y ait un réel partage des données.

[Traduction]

Sonia Sidhu: Merci.

Monsieur Salama, vous avez parlé du modèle italien et du modèle suédois, mais, au Canada, comment l'industrie, le gouvernement et les chercheurs universitaires peuvent-ils travailler davantage en étroite collaboration pour s'attaquer collectivement à la RAM?

Dr Sameeh Salama: J'ai mentionné plus tôt le plan d'action pan-canadien lancé en 2023, qui s'attaquait aux quatre piliers. Les quatre piliers décrits dans le plan d'action sont la surveillance, la gestion responsable, le contrôle de la prévention et la recherche et développement, mais le plan incluait aussi le leadership. Le plan était censé être financé pour favoriser ce genre de partenariat entre les différents ordres de gouvernement et aussi entre le milieu universitaire et l'industrie. Le lancement du plan remonte maintenant à deux ans et nous ne voyons toujours pas beaucoup d'efforts déployés, simplement parce que le plan n'a pas été bien financé. C'est la raison pour laquelle je propose que nous examinions le plan pan-canadien 2.0.

L'idée ici est d'essayer d'étendre la recherche et l'innovation aux quatre piliers. Il y aurait ainsi plus d'interactions. Je tiens à souligner qu'il doit y avoir un partenariat solide avec l'industrie pour l'élaboration de tels plans afin qu'ils soient vraiment réalisables. Nous voyons d'excellents travaux, d'excellentes recherches, en milieu universitaire au Canada, par exemple, mais ils ne se traduisent pas tellement en produits et services. Une grande partie de la recherche au niveau universitaire ne finit pas par être commercialisée. C'est pourquoi nous demandons des incitatifs économiques en amont pour aider à transformer ces innovations universitaires en produits et services réels et c'est la même chose pour les incitatifs économiques en aval.

● (1200)

Sonia Sidhu: Pour faire un suivi rapide, pourriez-vous si possible expliquer le rôle que joue la surveillance dans les interventions nationales et mondiales pour lutter contre la RAM?

Dr Sameeh Salama: Comme je ne participe pas aux travaux de surveillance, je ne pourrai pas répondre à cette question.

La présidente: Y a-t-il une personne qui désire répondre à cette question?

Sonia Sidhu: Madame Buckley.

Jennifer Buckley: Je ne pourrais pas plus répondre à une question sur la surveillance. Je suis désolée.

La présidente: Nous avons maintenant dépassé le temps alloué, madame Sidhu. Peut-être qu'on pourrait se pencher sur la question avec la Dre Fafard ou avec une autre personne plus tard.

Merci.

Nous allons maintenant céder la parole à Mme Larouche, qui dispose de six minutes.

[Français]

Andréanne Larouche: Merci beaucoup, madame la présidente.

Pour ce deuxième tour de questions, je m'adresse d'abord à vous, madame Fafard.

Dans votre présentation, vous avez parlé du besoin d'encourager la recherche et les programmes de surveillance, ainsi que de l'impact que peut avoir la résistance aux antimicrobiens sur le plan économique.

Lors de notre dernière réunion, je n'ai pas eu suffisamment de temps pour que le témoin puisse apporter des précisions. À la fin de la réunion, le témoin mentionnait qu'il manquait de moyens et de ressources, sous-entendant que les investissements dans le système de santé étaient cruciaux et qu'ils pourraient avoir des répercussions.

Nous pourrions aussi revenir sur le sujet de la recherche, mais êtes-vous d'accord sur le fait qu'avoir plus de transferts aux provinces en matière de santé et investir directement dans le système de santé sont deux choses importantes?

En quoi est-ce qu'offrir plus de moyens financiers au système de santé du Québec et d'autres provinces aiderait la situation?

Judith Fafard: J'imagine qu'il y a des problèmes semblables dans les autres provinces et territoires du Canada, mais le système de santé du Québec subit présentement des pressions financières. Les ressources sont donc données pour pallier les problèmes immédiats et les urgences.

La résistance aux antimicrobiens, bien qu'elle devienne un problème de plus en plus important, peut sembler être une priorité encore lointaine dans la grande échelle des priorités et des urgences aux yeux des décideurs. L'allocation de ressources à la recherche sur la résistance aux antimicrobiens, aux programmes de surveillance, aux tests de détection et à l'acquisition de nouveaux médicaments ou formulaires dans les pharmacies peut être reportée pour consacrer les rares ressources à des problèmes curatifs plus pressants.

Andréanne Larouche: Ce serait important d'avoir une hausse des transferts en matière de santé pour le Québec et les autres provinces afin de leur offrir plus de moyens financiers.

Êtes-vous d'accord là-dessus?

Judith Fafard: Je ne saurais me prononcer sur l'origine des ressources, mais avoir plus de ressources dans les systèmes de santé serait bénéfique.

Andréanne Larouche: Au-delà des transferts en matière de santé, l'approvisionnement en matière d'équipement de protection individuel, ou EPI, le financement de la recherche et l'approvisionnement en vaccins sont aussi des responsabilités du gouvernement fédéral.

Quelle serait une priorité à garder en tête?

Judith Fafard: Comme je l'ai mentionné lors de ma présentation, je pense qu'améliorer nos systèmes de surveillance dans le but de mieux cibler les interventions serait important.

● (1205)

Andréanne Larouche: Monsieur Salama, vous avez aussi mentionné dans votre présentation l'importance de protéger le système de santé.

En complément des réponses aux questions que je viens de poser à Mme Fafard par rapport aux besoins de ressources et de moyens financiers pour le système de santé, comment l'augmentation des transferts et des investissements dans le système de santé par le gouvernement fédéral pourrait-elle être utile dans cette lutte contre la résistance aux antimicrobiens?

[Traduction]

Dr Sameeh Salama: Comme je l'ai mentionné plus tôt, chaque fois que nous devons prescrire un antibiotique qui ne figure pas sur la liste des médicaments fournis par l'établissement, l'hôpital doit décider de le commander ou non. Si un administrateur d'hôpital doit prendre une décision entre la commande d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique ou l'investissement dans un programme d'accès spécial pour des antibiotiques, devinez ce qui aura préséance?

Si nous ne sommes pas capables de corriger le système à la source du problème en offrant des incitatifs pour qu'un plus grand nombre d'antibiotiques au pays figurent sur la liste des médicaments fournis, ces pressions sur le budget des hôpitaux demeureront. Je constate qu'il s'agit d'un problème local dans les hôpitaux, mais le problème est le même dans tous les hôpitaux partout au pays.

[Français]

Andréanne Larouche: Merci.

Madame Buckley, vous avez commencé votre allocution d'ouverture en parlant de l'histoire d'un patient atteint d'une maladie grave. J'aimerais vous laisser l'occasion de prendre plus de temps pour expliquer en quoi ce cas illustre le problème de la résistance aux antimicrobiens. Le médicament idéal pour lui n'était pas disponible.

Ai-je bien compris?

Je vous laisse nous expliquer en détail la situation de ce patient.

[Traduction]

Jennifer Buckley: À l'heure actuelle, le défi, c'est que des patients développent une infection résistante. Les médecins traitants se tournent d'abord vers les médicaments inscrits sur la liste, c'est-à-dire les antibiotiques de première ou de deuxième ligne. Quand les médicaments actuellement disponibles ne fonctionnent plus, ils doivent essayer des antibiotiques de troisième et parfois de quatrième ligne.

En général, nous n'avons pas accès à ces médicaments au Canada. Ils doivent donc être obtenus par l'entremise d'un programme d'accès spécial, qui permet de les importer d'un pays où ils sont offerts. Pour les personnes atteintes de certaines infections, un retard dans le traitement peut en fait être fatal ou entraîner des conséquences beaucoup plus graves.

La présidente: Merci. Votre temps est écoulé.

Nous allons maintenant entendre M. Strauss pour les conservateurs.

Matt Strauss (Kitchener-Sud—Hespeler, PCC): Madame Buckley, plusieurs témoins aujourd'hui, et même lors d'une réunion précédente, ont mentionné que seulement 3 des 18 nouveaux antibiotiques produits au cours des 10 dernières années ont été approuvés au Canada. Dans une autre réponse, vous dites que, selon vous, ce n'est pas nécessairement un problème attribuable à Santé Canada et au processus réglementaire, mais à ce qui se passe ensuite.

Parlons précisément de ces 15 antibiotiques absents du marché. Ont-ils reçu l'approbation de Santé Canada ou l'attendent-ils toujours? Pourquoi exactement n'ont-ils pas intégré notre marché?

Jennifer Buckley: Je ne sais pas si je peux parler en détail de ces antibiotiques, mais je peux vous dire que, généralement, les entreprises décident de ne même pas tenter d'obtenir une approbation réglementaire au Canada, compte tenu des défis suivant l'approbation. Comme il faut jusqu'à deux ans pour l'inscription des médicaments sur la liste, elles n'essaient parfois même pas d'obtenir une approbation réglementaire. C'est ce qui pose problème avec l'accès. Les produits ne sont même pas lancés ici. On n'essaie pas de les approuver ici.

Matt Strauss: Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est le processus suivant l'approbation? Est-il sous l'égide du gouvernement fédéral ou non, s'il se passe après le travail de Santé Canada?

Jennifer Buckley: C'est une combinaison de responsabilités fédérales et provinciales. En général, ce qui se passe, c'est que Santé Canada, dans le cadre de son processus d'approbation, examine la qualité, l'innocuité et l'efficacité d'un traitement pour s'assurer qu'il est sécuritaire pour les patients et qu'il est efficace.

Ensuite, le produit est soumis à une évaluation des technologies de santé réalisée par l'Agence des médicaments du Canada, ou l'AMC, un organisme fédéral qui ne fait toutefois pas partie du gouvernement. Il s'agit d'un organisme indépendant qui examine le traitement afin de déterminer s'il est rentable ou non pour le système de santé. Le coût est-il justifié par rapport aux investissements et à l'incidence du médicament sur les soins aux patients?

Après que l'AMC a fait une telle détermination, le dossier passe aux provinces par l'entremise de ce que l'on appelle l'Alliance pharmaceutique pancanadienne. À cette étape, il y aura une négociation entre les provinces et les entreprises pour déterminer le prix du médicament et si le produit sera ajouté à la liste des médicaments fournis. Une fois la décision prise, le médicament figurera sur les listes provinciales.

Le processus peut prendre deux ans et demi. Si l'on examine le temps nécessaire pour qu'un médicament soit commercialisé, disons, par le secteur privé... pour un médicament inscrit sur la liste des médicaments assurés d'un régime privé, il faut beaucoup moins de temps. Le défi avec le processus, bien sûr, c'est qu'il comporte plusieurs étapes, comme je viens de les expliquer, mais il peut aussi y avoir des délais entre ces étapes. On peut franchir une étape et il peut falloir jusqu'à six mois avant que l'étape suivante ne commence.

Toutes ces étapes et tout ce processus font en sorte qu'il faut beaucoup de temps pour que les médicaments soient accessibles aux Canadiens.

● (1210)

Matt Strauss: Selon votre réponse, Santé Canada décide si le médicament est sécuritaire et efficace. Ensuite, l'AMC décide s'il est rentable, puis les gouvernements provinciaux, en collaborant dans une certaine mesure avec les hôpitaux, décident s'ils vont payer pour le produit.

Il semble que les deuxième et troisième étapes — est-ce rentable et devons-nous payer pour ce produit — sont en réalité une même étape. J'ai l'impression que cette deuxième étape avec l'AMC pourrait être supprimée ou abolie. Qu'en pensez-vous?

Jennifer Buckley: Je ne suis pas certaine de pouvoir répondre à cette question, mais je pourrai certainement faire un suivi en vous fournissant des informations supplémentaires une fois que j'aurai parlé à certains de mes collègues, si cela vous convient.

Matt Strauss: Oui, ce serait intéressant.

Pourquoi faut-il deux ans et demi pour faire cela après que Santé Canada ait fourni son approbation? Si je pense à l'analyse de la rentabilité d'un médicament, je ne vois pas comment je pourrais consacrer deux ans et demi à ce travail. Avez-vous des renseignements à ce sujet?

Jennifer Buckley: Comme je l'ai dit, les étapes elles-mêmes prennent du temps. Il y a évidemment du travail à faire, mais les retards à chaque début d'étape représentent l'un des défis.

Pour Santé Canada et l'AMC, l'écart entre ces deux étapes du processus semble se raccourcir, ce qui est bien, mais ce qui se produit souvent, c'est qu'après la décision de l'AMC quant à la rentabilité d'un produit, il peut falloir jusqu'à six mois pour que l'Alliance pancanadienne pharmaceutique commence son travail dans ce dossier.

Matt Strauss: Si j'étais une société pharmaceutique et que je savais que le processus prendrait des années et que l'AMC ne se pencherait peut-être même pas sur le dossier, pourquoi est-ce que je ne déciderais pas tout de même de déposer une demande à Santé Canada et d'amorcer le processus?

Y a-t-il un coût financier? Quel est le coût associé au fait d'entamer le processus et de déposer une demande?

Jennifer Buckley: Il y a un coût assez important à entamer le processus. Il y a des frais liés à la demande d'approbation de Santé Canada. Le personnel y consacre du temps et des investissements y sont consentis. Je pense que c'est une partie du défi.

Je pense que bon nombre d'entreprises essaient de lancer des médicaments même si elles savent que le processus prendra beaucoup de temps. Dans le secteur des antibiotiques, le processus est compliqué, mais il y a aussi la question du marché lui-même.

Un médicament ou un traitement standard est lancé et beaucoup de patients l'utilisent. C'est le modèle typique. Dans le secteur des antibiotiques, comme je l'ai dit plus tôt, nous ne voulons pas que les gens les utilisent à moins d'y être absolument obligés. C'est donc plus difficile du point de vue du marché et c'est ce qui explique pourquoi les incitatifs économiques en aval sont si importants. Ils nous permettent d'assurer une protection et de gérer de manière responsable ces médicaments, afin qu'ils soient disponibles seulement lorsqu'ils sont nécessaires et qu'ils ne développent pas eux-mêmes une résistance, ce qui est arrivé avec plusieurs antibiotiques mis au point dans le passé. Ils ont été...

La présidente: Merci, madame Buckley.

On vient de dépasser le temps alloué d'une minute et 15 secondes. Comme nous n'avons que trois témoins et que nous avons le temps, je suis plus permissive pour ce qui est des interventions, mais puis-je demander aux membres du Comité de faire attention? Si je vous donne un avertissement de 14 secondes, vous n'avez que 14 secondes et pas une minute et 14 secondes de plus.

Je suis permissive parce que nous n'avons que trois témoins. Lorsque nous avons une liste complète de témoins, je ne peux pas le faire.

Passons maintenant à Mme Jacek, qui disposera de cinq minutes. Vous aurez un peu plus de temps, si vous voulez.

• (1215)

L'hon. Helena Jacek (Markham—Stouffville, Lib.): Merci à nos témoins. J'ai eu le plaisir de discuter avec M. Salama et Mme Buckley auparavant dans le cadre des travaux du Comité de la science et de la recherche portant sur le même sujet.

Je suis reconnaissante envers les collègues qui m'ont précédée pour leurs questions, car ce sont exactement celles que j'aimerais poser à M. Salama. Mme Buckley nous a parlé du processus avec Santé Canada, de l'Agence des médicaments du Canada et ainsi de suite.

Recommanderiez-vous — ou est-ce l'intention derrière le plan d'action pancanadien — d'inciter le gouvernement fédéral à exami-

ner ce processus très sérieusement dans le but de l'accélérer d'une certaine façon?

Dr Sameeh Salama: *[Difficultés techniques]*

La présidente: Je vais suspendre les travaux.

• (1210)

(Pause)

• (1215)

• (1220)

L'hon. Helena Jacek: Monsieur Salama, avez-vous entendu ma question? Elle portait sur le même sujet que celles de M. Strauss, c'est-à-dire le long processus de Santé Canada, puis de l'Agence des médicaments du Canada, etc.

Est-ce que cela fait partie du plan d'action pancanadien? Est-ce une lacune pour laquelle vous aimeriez formuler une recommandation?

Dr Sameeh Salama: J'ai quelques problèmes audio *[difficultés techniques]*.

Je suis désolé. Pourriez-vous répéter la question?

L'hon. Helena Jacek: Monsieur Salama, on nous a dit que le processus pour...

[Français]

Andréanne Larouche: Il n'y a pas d'interprétation. Nous ne pouvons pas écouter les propos de M. Salama.

[Traduction]

La présidente: Il semble que les interprètes ne peuvent plus traduire ce que dit M. Salama en raison des problèmes de son. Nous avons donc un problème.

L'hon. Helena Jacek: Peut-être devrais-je poser ma question à Mme Buckley, si M. Salama ne peut plus être considéré comme un témoin. Est-ce correct?

La présidente: Ses propos ne seront pas traduits. Mme Larouche n'aura pas de service d'interprétation.

Qu'en pensez-vous, madame Larouche? Pouvez-vous vous passer du service d'interprétation? C'est beaucoup demander, mais êtes-vous disposée à le faire?

[Français]

Andréanne Larouche: Madame la présidente, bien sûr que non. Nous avons droit à l'interprétation dans les deux langues. C'est mon droit de parlementaire de comprendre les réponses de M. Salama. C'est important.

Normalement, quand on ne peut plus interpréter les paroles d'un témoin, nous ne pouvons plus lui poser de questions.

[Traduction]

La présidente: Merci.

Monsieur Salama, nous ne pouvons plus vous recevoir comme témoin dans la présente réunion à cause de la mauvaise qualité du son et des conséquences sur les interprètes; cela leur cause des problèmes d'audition. Parce que les interprètes ne peuvent pas traduire vos propos et parce que nous avons le droit d'obtenir un témoignage dans les deux langues, nous vous demandons de ne plus témoigner. Vous pouvez partir si vous voulez. Je suis vraiment désolée.

Les gens qui participent en mode virtuel ont parfois beaucoup de difficultés à obtenir les casques et l'équipement appropriés. C'est parfois un problème et je suis vraiment désolée. Je vous remercie, monsieur Salama.

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

Si M. Salama a entendu la question, il pourrait peut-être soumettre une réponse écrite au Comité.

La présidente: Merci. Il semble être parti, mais la greffière lui demandera de soumettre une réponse écrite au Comité.

L'hon. Helena Jaczek: Merci. Jusqu'à présent, il a certainement été un témoin très utile.

Je me tournerai donc vers Mme Buckley.

Vous nous avez parlé de tout le processus d'approbation des nouveaux médicaments sur le marché canadien. Pour conclure cette conversation, recommanderiez-vous que le Plan d'action pancanadien sur la résistance aux antimicrobiens prévoie d'examiner ce processus de très près dans le but de l'accélérer? Seriez-vous en faveur d'une telle recommandation?

Jennifer Buckley: Oui, je pense que j'y serais favorable. Je dirais aussi, cependant, que le Plan d'action sur la RAM devrait comprendre un incitatif plus complet, car ce sont deux problèmes assez distincts. Je pense qu'il serait vraiment utile d'examiner le processus d'approbation et de remboursement des médicaments dans le but de le rendre plus efficace afin que les Canadiens aient un meilleur accès à des traitements novateurs.

• (1225)

L'hon. Helena Jaczek: Je suis tout à fait d'accord. Il y a deux problèmes différents.

Les termes « incitatifs économiques en amont » et « incitatifs économiques en aval », renvoient à du financement pour la recherche et la commercialisation, probablement du gouvernement fédéral, n'est-ce pas? C'est ce dont on parle quand on fait mention des incitatifs économiques en amont et en aval?

Jennifer Buckley: Oui, les incitatifs économiques en amont fonctionnent en quelque sorte à l'échelle mondiale. Il existe plusieurs organisations internationales soutenues par le gouvernement du Canada, dont CARB-X, qui mettent en commun des fonds dans le monde entier pour tenter de rassembler des chercheurs afin de mettre au point de nouveaux antibiotiques. Cela peut se faire dans des universités ou dans des entreprises, mais l'idée est de stimuler cette première innovation.

Du côté des incitatifs économiques en aval, comme je l'ai mentionné plus tôt, il s'agit essentiellement de corriger une lacune du marché, cette lacune qui existe en quelque sorte avec le modèle d'un nouvel antibiotique, par exemple. C'est qu'il y a une sorte de gestion responsable intégrée. On se trouve à demander de permettre l'accès à un traitement que l'on ne veut pas vraiment utiliser très souvent, plutôt qu'à un médicament normal approuvé, accessible à quiconque en a besoin. Pour les antibiotiques, c'est différent, parce que nous voudrions que ces traitements soient limités aux pharmaciens des hôpitaux, aux experts, aux médecins spécialisés dans les maladies infectieuses et aux personnes qui sauraient quand il est approprié de les proposer pour vraiment traiter les cas pour lesquels les antibiotiques habituels ne sont pas accessibles.

L'hon. Helena Jaczek: Oui, on comprend bien votre point sur la gestion responsable. Le marché serait petit. Nous voudrions qu'il soit petit.

En ce qui concerne les incitatifs économiques en aval, cependant, M. Salama a mentionné le Royaume-Uni. Ces incitatifs ont-ils déjà pris la forme de prêts aux sociétés pharmaceutiques? Après tout, les sociétés pharmaceutiques gagnent beaucoup d'argent avec d'autres médicaments. Si elles mettent au point un nouveau médicament antimicrobien, elles seront évidemment confrontées, comme nous l'avons dit, à un marché très restreint. Cependant, dans l'ensemble, ce sont des entreprises très rentables, alors ne serait-il pas raisonnable que l'incitatif prenne la forme de prêt, comme pour les subventions fédérales pour le développement économique?

Jennifer Buckley: Je peux seulement parler du modèle britannique. Comme l'a dit M. Salama, c'est un modèle par abonnement. Il s'agit essentiellement d'un processus pour garantir un prix fondé sur l'accès.

Le modèle de l'Union européenne est un peu différent, mais il n'a pas encore été adopté. L'Union européenne l'examine et c'est une sorte de transfert d'exclusivité. Ce n'est pas nécessairement une contribution financière directe, mais une reconnaissance de la possibilité d'avoir un accès plus durable au marché pour un autre traitement en échange du nouveau médicament.

Je serais évidemment ravie de vous fournir de plus amples renseignements à ce sujet et de faire un peu de recherches pour voir si ce modèle comporte une certaine valeur. À cette étape-ci, on n'a pas encore beaucoup discuté de ce à quoi ressemblerait le processus mondial d'incitatifs économiques en aval. Bon nombre de recherches ont été menées sur la forme du modèle idéal à l'échelle mondiale pour vraiment stimuler l'innovation dans ce domaine. Il a été fortement recommandé de recourir à des incitatifs économiques en aval, et la juste part de chaque pays a été déterminée selon la taille de la population, etc., mais je pourrai certainement vous donner plus d'informations après la réunion.

L'hon. Helena Jaczek: Merci.

La présidente: Merci. Si vous avez ces renseignements par écrit, vous pourrez les envoyer à la greffière pour qu'ils soient diffusés aux membres du Comité.

Si je peux me permettre, parce que je suis ici depuis si longtemps, j'aimerais ajouter qu'il y avait un programme appelé Partenariat technologique Canada dans les années 1990 et au début des années 2000. Il était géré par le gouvernement fédéral. Il a été aboli par une nouvelle administration en 2006 et n'a jamais été rétabli, mais je sais que la personne qui était alors sous-ministre et qui dirigeait l'initiative à Industrie Canada est maintenant sénateur. Il s'agit du sénateur Peter Harder. Je ne sais pas si les membres du Comité aimeraient l'entendre, mais il pourrait nous expliquer comment le programme fonctionnait. Il pourrait nous dire s'il existe un modèle conçu au Canada auquel on peut revenir ou si on doit simplement examiner d'autres modèles et en trouver un autre.

Je passe maintenant à une autre série de questions.

Monsieur Mazier, vous disposez de cinq minutes pour les conservateurs.

• (1230)

Dan Mazier: Pouvons-nous opter pour deux minutes et demie, madame la présidente?

La présidente: Non, elle pourra parler après vous. Nous en avons le temps. Il n'est que 12 h 20, monsieur Mazier.

Dan Mazier: D'accord, merci.

Je vous remercie, madame la présidente, et je remercie les témoins.

Dans un rapport de 2023 sur la résistance aux antimicrobiens, la vérificatrice générale a soulevé des préoccupations en ce qui concerne la surveillance de la réglementation des médicaments par Santé Canada, notamment des retards, des systèmes de suivi défaillants et l'absence de mesures du rendement.

Madame Buckley, selon la vérificatrice générale, le gouvernement n'avait pas mis en œuvre les principales recommandations des audits précédents. Quels sont les risques lorsque le gouvernement ne remédie pas aux problèmes persistants?

Jennifer Buckley: Comme je n'ai pas vu le rapport, je ne peux pas en parler en détail.

Puisque je travaille assez étroitement avec Santé Canada, je sais que des efforts ont été déployés récemment pour surmonter les problèmes d'arriérés, entre autres, et pour mettre en place une modernisation réglementaire qui s'appuierait sur les leçons retenues des dernières années. Cependant, n'ayant pas lu le rapport, je ne peux pas me prononcer.

Dan Mazier: Quels sont les risques? Si les problèmes ne sont pas réglés, et ils ne l'ont pas été, que risque-t-on?

Jennifer Buckley: Encore une fois, il est difficile de répondre sans savoir exactement quels sont les risques, mais il y a toujours un risque quand les problèmes observés ne sont pas réglés.

Cependant, comme je l'ai dit plus tôt, je pense que je devrais probablement lire le rapport comme tel pour pouvoir bien répondre à une question sur les risques liés à ces enjeux.

Dan Mazier: Madame Buckley, dans le budget de 2024, le gouvernement accordait au ministre de la Santé le pouvoir de « s'appuyer sur l'information ou les décisions de certaines autorités de réglementation étrangères dans certains cas précis pour satisfaire aux exigences de la Loi sur les aliments et drogues ou de ses règlements connexes ».

En reconnaissant le travail des autorités de réglementation étrangères, on devait réduire les doublons réglementaires. Selon le gouvernement, le ministre n'a pas exercé ce nouveau pouvoir.

Pouvez-vous fournir un commentaire à ce sujet et expliquer ce que cela signifie?

Jennifer Buckley: Oui, je peux le faire.

Le pouvoir de s'appuyer sur ces renseignements permettrait à Santé Canada de collaborer avec des organismes de réglementation étrangers dignes de confiance, comme l'Agence européenne des médicaments, la Medications and Health Products Regulatory Agency au Royaume-Uni et la FDA aux États-Unis, par exemple, afin de se fonder essentiellement sur leurs décisions liées au traitement, à la lumière de leur évaluation. C'est en préparation.

D'après ce qu'on nous a dit, un règlement sera publié dans la *Gazette du Canada* plus tard ce mois-ci afin de mettre ce pouvoir en place. On s'attend à ce que cela soit fait et à ce que Santé Canada puisse s'en servir d'ici, je crois, l'été 2026. Donc, pour répondre à vos propos selon lesquels le ministère n'a pas procédé à la mise en œuvre, je vous dirais qu'il prend des mesures pour le faire, ce qui est un grand pas en avant.

Dan Mazier: Madame Buckley, pouvez-vous expliquer le programme d'accès spécial de Santé Canada et son incidence sur l'obtention de médicaments?

Jennifer Buckley: Je ne peux pas en parler en détail, puisque je ne l'ai jamais utilisé, mais je peux vous en donner un aperçu général.

Essentiellement, cela signifie qu'un médecin traitant doit passer par Santé Canada pour avoir accès à un médicament approuvé dans un autre pays, mais qui n'est pas disponible ici.

Il arrive souvent que nous utilisions des médicaments des États-Unis. Dans un tel cas, un médecin, un pharmacien ou un autre fournisseur de soins de santé doit remplir le formulaire. Il doit essentiellement remplir des documents afin de signifier son besoin d'obtenir ce médicament pour traiter un certain problème de santé d'un patient X. Un fonctionnaire de Santé Canada doit approuver la demande pour qu'il soit ensuite possible d'importer le médicament. C'est un aperçu général de ce à quoi ressemble le programme d'accès spécial.

Dan Mazier: Êtes-vous au courant de problèmes avec le programme d'accès spécial?

Jennifer Buckley: Encore une fois, comme je ne l'ai jamais utilisé moi-même, je ne peux pas en parler en détail, mais je pourrai vous envoyer de plus amples renseignements.

• (1235)

Dan Mazier: J'ai juste une petite question.

Selon le rapport de la vérificatrice générale, « l'Agence de la santé publique du Canada, en collaboration avec Santé Canada, n'avait pas établi d'approche définitive en vue de coordonner les activités fédérales, provinciales et territoriales de préservation de l'efficacité des antimicrobiens ».

Cette coordination a-t-elle été finalisée, à votre connaissance?

Jennifer Buckley: D'après ce que je comprends, on prépare actuellement des incitatifs économiques en aval. Ils n'ont pas encore été finalisés. Comme M. Salama l'a mentionné plus tôt, il y a un plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens, et je pense qu'il y aura aussi une mise à jour à ce sujet sous peu.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer aux libéraux et à Mme Chi, qui disposera de cinq minutes.

Maggie Chi: Merci, madame la présidente.

Ma première question s'adresse à la Dre Fafard.

Dans votre témoignage, vous avez beaucoup parlé de la surveillance au Québec. J'aimerais que vous nous donniez une idée des souches ou organismes résistants dont la prévalence augmente le plus rapidement au Québec en ce moment et que vous nous disiez si vous êtes au courant des tendances dans d'autres provinces. Avez-vous même des données là-dessus?

[Français]

Judith Fafard: Les entérobactéries productrices de carbapénèmes sont parmi les bactéries les plus inquiétantes en augmentation au Québec et ailleurs au Canada. Ce sont des bactéries résistantes aux bêta-lactamines de dernière ligne. Elles acquièrent souvent d'autres gènes de résistance à d'autres antibiotiques. Le nombre de ces bactéries est en augmentation au Québec et ailleurs.

Par contre, comme je vous l'ai expliqué, les protocoles de détection ne sont pas nécessairement uniformes d'un endroit à l'autre. Les comparaisons demeurent donc difficiles, mais ce sont les bactéries les plus inquiétantes et résistantes en ce moment. Elles nous placent devant un cul-de-sac thérapeutique.

[Traduction]

Maggie Chi: Je vous remercie.

Vous avez mentionné que ce n'est pas harmonisé. Avez-vous observé des avancées dans le séquençage génomique ou d'autres approches qui nous permettraient de les détecter plus tôt en adoptant peut-être une approche plus harmonisée?

[Français]

Judith Fafard: Des réseaux de chercheurs font de la recherche-développement pour détecter et prédire la résistance aux antimicrobiens. De plus, le Laboratoire national de microbiologie, en collaboration avec les provinces, mène des travaux pour prédire la résistance aux antimicrobiens. Des progrès sont faits.

[Traduction]

Maggie Chi: C'est fantastique. J'ai hâte de voir un tel travail de collaboration étendu dans l'ensemble du pays. Merci, docteur Fafard.

Madame Buckley, vous avez beaucoup parlé du processus réglementaire. Je veux vous poser des questions sur le développement actuel d'antibiotiques. Pourquoi est-ce si différent du marché des médicaments génériques courants et quels sont, selon vous, les défis actuels pour soutenir les innovations au chapitre de la résistance aux antimicrobiens à l'échelle mondiale, pas seulement au Canada?

Jennifer Buckley: Je pense qu'il y a plusieurs choses.

C'est différent du marché des médicaments courants simplement à cause de la taille du marché. Ce serait la même chose pour un médicament contre une maladie rare, par exemple, destiné à une petite population. Dans ce cas-ci, c'est intentionnel du point de vue de la gestion responsable des maladies rares, parce que la population est petite.

Je pense qu'il y a beaucoup de travail formidable effectué à l'échelle internationale. Il y a des programmes qui existent dans le monde depuis plusieurs années pour favoriser ce développement et cette innovation.

Le Canada compte certains des meilleurs scientifiques au monde sur certains de ces aspects. Le défi découle vraiment de l'accès dans le contexte canadien, comme je l'ai dit plus tôt. Tant la question du marché que les nombreuses étapes du processus d'approbation dans ce pays nuisent à l'innovation. Je vais m'arrêter là.

Maggie Chi: D'accord, j'apprécie.

Pouvez-vous aussi nous aider à comprendre les ingrédients pharmaceutiques actifs d'un point de vue de la chaîne d'approvisionnement mondial?

• (1240)

Jennifer Buckley: C'est probablement une question à laquelle je devrai répondre plus tard. Je peux parler de façon générale des ingrédients pharmaceutiques actifs, mais je pense qu'il serait probablement préférable pour nous d'obtenir une réponse d'une de nos sociétés membres qui traite plus directement de la question de la chaîne d'approvisionnement.

Maggie Chi: Si vous pouviez nous envoyer un peu plus d'informations à ce sujet afin que nous puissions en tenir compte dans notre étude, nous vous en serions très reconnaissants.

Je pense que j'ai terminé pour cette série de questions. Merci beaucoup.

La présidente: Oui, votre temps est écoulé, madame Chi.

Je cède maintenant la parole à Mme Larouche.

[Français]

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

Andréanne Larouche: Merci beaucoup, madame la présidente.

Il est bien dommage d'avoir un témoin de moins parce qu'il n'a pas reçu le matériel à temps. Nous en avons perdu un autre pour une question de connexion. Je remercie les deux témoins qui restent des nôtres pour terminer la réunion d'aujourd'hui.

J'avais une question pour M. Salama, mais peut-être que vous pouvez y répondre l'une après l'autre, madame Buckley et madame Fafard.

Dans une de ses réponses, M. Salama a parlé de la dépendance par rapport à la Chine pour certains médicaments qui y sont fabriqués. Nous posons beaucoup de questions sur le fait que nous devrions être moins dépendants d'autres pays. Lors de la dernière rencontre, lorsqu'il a été question de la Chine, la discussion portait surtout sur l'équipement de protection individuel, et j'y reviendrai.

J'aimerais aborder la question des vaccins fabriqués en Chine. Lors de la dernière rencontre, des témoins ont parlé de l'importance de ne pas se procurer des produits potentiellement fabriqués en ayant recours à l'esclavage moderne. L'un d'eux a mentionné la Chine et les Ouïghours.

Comment voyez-vous cet approvisionnement de vaccins en Chine?

À quel point est-ce important de nous assurer d'être moins dépendants de pays qui pratiquent l'esclavage moderne et de pouvoir se procurer des produits de qualité?

[Traduction]

La présidente: Qui veut répondre à cette question?

[Français]

Judith Fafard: Merci de la question.

Je suis désolée, mais je ne pourrai pas y répondre, car je n'ai pas d'information concernant les méthodes de fabrication de vaccins à l'étranger.

Andréanne Larouche: Madame Buckley, pouvez-vous y répondre?

[Traduction]

Jennifer Buckley: Je pense que c'est une autre réponse que je devrai vous fournir plus tard. Étant donné que je ne suis pas une spécialiste des chaînes d'approvisionnement, il serait probablement préférable de vous donner une réponse une fois que nous aurons parlé aux responsables des chaînes d'approvisionnement parmi nos membres, si cela vous convient.

La présidente: Merci.

[Français]

Il reste 10 secondes.

Andréanne Larouche: Je vais terminer en disant que ma question portait surtout sur les doutes que l'on pouvait avoir sur la qualité de ces vaccins, mais j'aurai peut-être l'occasion d'y revenir lors d'un prochain tour de parole en parlant de l'équipement de protection individuel.

[Traduction]

La présidente: Passons maintenant à Mme Konanz des conservateurs, qui disposera de cinq minutes.

Helena Konanz: Merci, madame la présidente.

J'ai une question pour les deux témoins. Je vous demanderais donc de répondre rapidement.

J'ai posé une question au début au sujet des différences régionales dans la résistance aux antimicrobiens. Il serait vraiment important de savoir sur quelle partie du pays il faut se concentrer. J'ai aussi demandé si l'on doit axer nos efforts sur les jeunes ou les personnes âgées, les personnes vivant à la campagne ou celles habitant en milieu urbain. On m'a répondu qu'il n'y avait aucune donnée à ce sujet. Cela m'inquiète beaucoup, mais peut-être que j'ai mal compris.

Est-ce que l'une de vous pourrait me répondre? Si vous ne connaissez pas la réponse à cette question sur les différences démographiques ou régionales, où pourrait-on l'obtenir? Ou est-ce que ces données ne sont pas du tout disponibles?

[Français]

Judith Fafard: Merci de la question.

Il y a plusieurs systèmes de surveillance, mais il y a des lacunes. Les meilleurs systèmes de surveillance sont ceux qui se concentrent sur les bactéries résistantes dans les hôpitaux. Ils ne couvrent pas nécessairement les communautés rurales, les gens en bonne santé et les jeunes. Ça ne veut pas dire que ça n'existe pas, mais il y a des améliorations à apporter aux systèmes de surveillance pour avoir un meilleur portrait de ce qui se passe dans les communautés.

• (1245)

[Traduction]

Helena Konanz: Madame Buckley, allez-y.

Jennifer Buckley: Je ne pourrais pas répondre à cette question. Je m'en remettrais à mes collègues épidémiologistes.

La présidente: Je pense qu'il faudrait peut-être demander à un épidémiologiste de répondre à ces questions, madame Konanz.

Helena Konanz: Oui, mais je pense que ma principale question était de savoir si ces données existent, seulement. J'avais entendu, probablement à tort, qu'il n'y a pas de données. J'espère qu'il en existe quelque part.

J'ai une question de suivi.

Je vis dans une collectivité plus rurale et nous avons beaucoup parlé de la pénurie de travailleurs dans le secteur de la santé, de médecins et de personnel infirmier. Certains hôpitaux ferment leurs portes. On a des engorgements dans les salles d'attente. Je sais qu'il y a des refoulements dans les salles d'attente en milieu rural partout au pays, mais avec les fermetures d'hôpitaux dans les collectivités rurales, cela causera-t-il encore plus de problèmes de résistance aux antimicrobiens?

Madame Buckley.

Jennifer Buckley: Je ne suis pas certaine de pouvoir répondre à cette question parce que je ne suis pas clinicienne en exercice. C'est peut-être quelque chose que la Dre Fafard pourrait aborder.

Helena Konanz: Merci.

Docteur Fafard, allez-y.

[Français]

Judith Fafard: Il est difficile de répondre à cette question. C'est certain que, lorsque les gens ont moins accès aux soins et qu'ils ont une infection, celle-ci peut avoir le temps de se compliquer avant qu'ils puissent consulter un médecin. Par contre, je n'ai pas de données à ce sujet.

Si je peux me permettre de revenir à votre question sur la ruralité, je vous invite à consulter le programme FoodNet Canada, qui fait des études sur les agents pathogènes présents dans les milieux agricoles et sur le lien avec les infections humaines.

[Traduction]

Helena Konanz: Oh, c'est super. Merci.

Docteur Fafard, ma fille est allée à l'hôpital l'an dernier. Elle savait qu'elle avait une angine à streptocoque; elle en a souvent été atteinte. Tout le monde dans notre famille a eu ce type d'infection plusieurs fois, nous connaissons donc les symptômes. À Noël dernier, elle est allée à l'hôpital. Elle souffrait beaucoup. Comme elle n'a pas de médecin de famille et qu'il n'y a pas de clinique sans rendez-vous, elle a dû se rendre à l'hôpital. Elle a attendu entre quatre et cinq heures pour voir un médecin, même si elle savait que c'était une angine à streptocoque. Le médecin a procédé à un prélèvement. Il a dit qu'il savait que c'était une angine à streptocoque, mais qu'il n'obtiendrait pas rapidement les résultats, alors il lui a prescrit des antibiotiques.

Est-ce quelque chose qui vous inquiète, c'est-à-dire que des antibiotiques sont administrés parce que les hôpitaux sont surchargés... et qu'une personne malade ait dû patienter longtemps dans une salle d'attente? Est-ce un des enjeux qui vous préoccupent?

[Français]

Judith Fafard: Vous avez raison. C'est inquiétant, étant donné que les symptômes que vous décrivez peuvent aussi correspondre à des infections virales. Il existe des tests rapides précisément pour les infections à streptocoques. C'est quand même dommage qu'on n'ait pas accès davantage à des tests rapides en communauté pour ce type d'infection.

[Traduction]

Helena Konanz: Oui. Aucun test rapide n'était disponible. Comme il n'allait pas recevoir les résultats avant quelques jours, il lui a prescrit des antibiotiques, sachant que c'était une angine à streptocoque.

Ce sont quelques-uns des problèmes que nous devons régler, c'est-à-dire les refoulements dans les hôpitaux et la pénurie de professionnels de la santé.

La présidente: Merci.

Je vais maintenant passer à M. Eyolfson, qui disposera de cinq minutes.

Doug Eyolfson: Merci, madame la présidente.

Je tiens à dire que j'apprécie l'intervention de Mme Konanz à ce sujet. En tant que personne ayant travaillé dans les urgences, il s'agit d'un problème constant. Les différents services ont un accès très différent à ces tests rapides. Oui, la mononucléose peut ressembler beaucoup à une angine à streptocoque. En même temps, une personne présentant une forte fièvre ne peut pas attendre 48 heures les résultats du prélèvement. C'est un problème. Nous attendons avec impatience que ces tests rapides soient plus répandus.

Docteur Fafard, j'ai une question concernant certains vaccins mis au point au cours des dernières années. Nous savons que la plupart des vaccins visent à lutter contre des virus, mais beaucoup s'attaquent à des bactéries. Je pense particulièrement au vaccin contre l'*Haemophilus influenzae*, ou ce qu'on appelle « Hib », et au vaccin antipneumococcique. Est-ce que l'un ou l'autre de ces vaccins a une incidence sur les profils de résistance aux antibiotiques?

• (1250)

[Français]

Judith Fafard: Merci de la question.

Il faudrait que je vérifie cela dans nos rapports sur la surveillance. Je pourrai vous les envoyer après la réunion. Au Québec, des descriptions des sérogroupes ont été établies au fil des années ainsi que des profils de résistance aux antimicrobiens.

[Traduction]

Doug Eyolfson: Très bien. Merci.

Docteur Fafard, nous avons parlé de la surveillance dans les hôpitaux. Il est très difficile d'obtenir une surveillance dans les collectivités, car les cabinets de soins primaires ne font pas tous des prélèvements dans leur propre établissement. Un problème que nous avons constaté — qui a été soulevé par plusieurs témoins — est l'absence de rapports dans plusieurs provinces et territoires sur les résidences. Beaucoup de gens habitant dans des résidences se présentent à l'hôpital avec des infections, mais il n'y a pas de surveillance obligatoire de ces établissements.

Existe-t-il un système au Québec pour la surveillance obligatoire des résidences? Y en a-t-il à votre connaissance au Canada?

[Français]

Judith Fafard: Dans certaines résidences privées, les éclosions sont rapportées, mais les infections, à proprement parler, ne le sont pas. Des projets d'études sur les infections et les traitements sont effectués à partir des données de facturation des médecins, mais, pour l'instant, ce sont des projets pilotes, des projets de recherche. Il n'y a pas de système établi.

[Traduction]

Doug Eyolfson: Merci. Je pense que nous devons insister sur cet aspect. Encore une fois, l'hôpital que je fréquente accueille beaucoup de patients âgés, dont bon nombre vivent dans des résidences. Je pense que c'est un milieu où nous pourrions améliorer grandement les choses sur ce plan dans les collectivités.

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

La présidente: Il vous reste une minute et 18 secondes.

Doug Eyolfson: Merci, madame la présidente.

Madame Buckley, nous avons parlé de la production nationale ou de l'absence d'une telle production. On produisait autrefois des antibiotiques et des vaccins au Canada. Il y avait un laboratoire fédéral, Connaught Labs. C'est un peu une leçon d'histoire, parce que cela

remonte à de nombreuses années. C'était un laboratoire gouvernemental. Il a été vendu à des intérêts privés qui avaient des filiales aux États-Unis. Il a bien sûr été fermé pour concentrer la production aux États-Unis.

Savez-vous ce que devraient faire les gouvernements provinciaux et fédéraux et comment nous pourrions rétablir ce type de production au Canada?

Jennifer Buckley: Je ne peux pas répondre immédiatement de manière éclairée, mais je pourrai certainement vous fournir des informations à ce sujet plus tard.

Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

Je crois que mon temps est écoulé.

La présidente: Merci beaucoup.

Comme il est 12 h 50, on pourrait permettre une série de questions plus courte.

Cependant, je pense que nous avons quelques problèmes concernant la convocation des témoins, l'équipement adéquat et les témoins qui seront ici mardi prochain et j'aimerais que la greffière nous en parle. Certaines informations pourraient être utiles. J'espère que vous serez du même avis.

À vous la parole, madame la greffière. Faites-nous part des problèmes.

La greffière du Comité (Catherine Ngando Edimo): Pour la prochaine réunion, nous avons obtenu la confirmation des témoins pour la première heure, sur cette étude. Nous recevons des représentants de l'Agence de la santé publique du Canada, des Instituts de recherche en santé du Canada et possiblement du Laboratoire national de microbiologie au cours de la première heure. C'est pour l'étude en cours. Nous n'avons obtenu aucune confirmation de la part de la ministre sur le Budget supplémentaire des dépenses (B).

J'ai invité quelques témoins pour la deuxième heure, mais j'attends encore leur confirmation. Parfois, on ne reçoit pas la réponse à temps en raison du court préavis. Parfois, les coordonnées que nous avons ne sont pas bonnes, alors nous devons effectuer des recherches pour trouver les bonnes.

Quand nous invitons des témoins 48 heures à l'avance, nous n'avons pas le temps d'envoyer le bon casque. Nous devons leur demander d'en acheter un. Parfois, ils n'achètent pas le bon équipement.

Nous essayons simplement de recevoir le plus grand nombre de témoins possible.

Merci.

• (1255)

Dan Mazier: J'imagine que les membres du Comité auront beaucoup de questions à poser à la ministre.

La réunion portera sur le Budget supplémentaire des dépenses, soit sur l'argent des contribuables dépensé. Nous avons dépensé 800 millions de dollars pour le programme fédéral de santé intérimaire. Une annonce au sujet des permis d'exercice n'a donné aucun résultat. Nous ne pouvons pas obtenir de réponses concernant le nombre de médecins qui seront autorisés à exercer au Canada. Nous avons une mise à jour. Nous n'avons rien entendu au sujet du Programme de soutien aux victimes d'une vaccination: 54 millions de dollars ont été versés à un cabinet d'experts-conseils et 1 700 personnes attendent encore une forme d'indemnisation du programme.

Nous avons beaucoup de questions pour la ministre. Je l'encourage à se présenter à cette réunion mardi, car les Canadiens méritent d'obtenir les réponses à ces questions.

La présidente: Comme vous le savez bien, monsieur Mazier, les ministres ont parfois d'autres engagements et ne peuvent pas venir. Je pense que la ministre est au courant. Je sais qu'elle va s'efforcer d'être des nôtres.

N'oubliez pas qu'après les vacances de Noël, nous aurons du temps pour qu'elle compare, si elle le désire. Il reste assez de temps avant le Budget supplémentaire des dépenses pour qu'elle compare à ce moment-là.

Cela dit, je tiens à remercier les témoins. Je suis désolée que vous ayez été les deux seules personnes à tenir le fort, mais vous avez fait du très bon travail.

Je sais que certaines questions auraient vraiment dû être posées à un épidémiologiste et je ne sais pas si nous devrions revoir notre liste de témoins afin de recevoir des épidémiologistes qui pourraient nous parler des données sur les habitants des régions rurales et tout ce dont Mme Konanz parlait. Nous pourrions nous pencher sur certains de ces aspects.

Nous savons qu'il est difficile de procurer des casques aux gens à la dernière minute. Noël approche, et beaucoup de gens sont en déplacement et ne peuvent pas venir.

Madame Larouche, allez-y.

[Français]

Andréanne Larouche: Aujourd'hui, nous devons recevoir le chef du Service de microbiologie-maladies infectieuses de l'Hôpital général juif, le Dr Karl Weiss. J'espère qu'il sera invité à nouveau.

La greffière: Oui, il a déjà été invité à comparaître lors d'une prochaine réunion.

[Traduction]

La présidente: Oui, je pense qu'il n'a pas pu obtenir le bon casque à temps. Comme je l'ai dit au début de la réunion, il sera invité de nouveau et il a l'intention de venir. Ce serait très bien.

La greffière: Il a confirmé qu'il sera ici en ligne le 11 décembre.

La présidente: Oui, monsieur Mazier.

Dan Mazier: Madame la greffière, avez-vous dit que les gens de l'ASPC ne viendraient pas parler du Budget supplémentaire des dépenses, ou est-ce qu'ils viendront parler de...? Vous avez mentionné les antimicrobiens...

La présidente: Des représentants de l'ASPC viendront nous en parler, je pense.

La greffière: L'ASPC a déjà été invitée à parler du plan de travail pour l'étude sur les antimicrobiens. C'était l'invitation qu'elle

avait reçue au départ. J'ai envoyé l'invitation pour le Budget supplémentaire des dépenses (B) par la suite, mais je n'ai pas encore eu de réponse.

Dan Mazier: Alors n'y aura-t-il rien du tout sur le Budget supplémentaire des dépenses (B) à la réunion de mardi?

La greffière: La réunion portera sur les antimicrobiens.

La présidente: Puisque l'ASPC est responsable de la surveillance, etc., et de certaines informations qu'aimerait obtenir Mme Konanz, c'est un témoin nécessaire.

La motion a été envoyée à la ministre et au ministère. Comme je l'ai dit, la ministre a dit qu'elle ne pouvait pas assister à la rencontre de mardi, et nous espérons qu'elle pourra être des nôtres bientôt.

Dan Mazier: Les fonctionnaires du ministère qui viennent mardi ne seront pas là pour parler du Budget supplémentaire des dépenses (B). Nous poursuivrons cette étude.

La présidente: Ils viendront parler de l'étude en cours en ce moment.

Dan Mazier: Cette motion ne sera pas respectée avant la date demandée.

● (1300)

La présidente: La motion a été adoptée, mais nous devons attendre la ministre. C'est toujours un problème quand on demande aux ministres de comparaître devant nous. Ils ont des engagements prévus des semaines à l'avance et ne peuvent pas forcément se présenter à l'heure demandée. J'ai bien peur que ce soit un problème... Ce n'est pas un « problème », mais un fait avec lequel on doit composer.

Est-ce que quelqu'un aurait d'autres questions pour la greffière? Nous l'avons sur la sellette, alors posons-lui des questions.

Madame Chi, vous aviez la main levée.

Maggie Chi: Je propose de lever la séance.

La présidente: Je suis désolée. M. Bailey désire poser une question.

Burton Bailey: Merci, madame la présidente.

J'ai été patient...

La présidente: Vous avez fait preuve de patience. Ni moi ni la greffière n'avons remarqué votre main levée. Vous devez lever la main encore plus haut.

Nous avons aussi, en ce moment — je serai précise — une motion pour lever la séance.

Une voix: Il avait la main levée.

Burton Bailey: J'avais la main levée avant que nous parlions avec le Bloc. J'ai été poli. Je pensais que la greffière avait vu ma main levée, puis M. Mazier a commencé à parler.

J'aimerais maintenant parler de la motion que j'ai proposée. Je suis désolé. Je ne comprends pas. Quand j'ai proposé une motion, qui a été adoptée...

La présidente: Monsieur Bailey, je suis désolée...

Burton Bailey: Je sais que tout le monde veut partir...

La présidente: Une motion visant à lever la séance a été proposée. Comme elle ne peut pas faire l'objet d'un débat, je vais devoir demander aux gens de me dire s'ils désirent que la séance soit levée, étant donné qu'il reste cinq minutes...

Je sais que vous aviez la main levée. Je suis vraiment désolée, monsieur Bailey, parce que ni moi ni la greffière ne l'avons vue. On essaie de garder en tête les gens dont les mains... Vous devez lever la main plus haut pour qu'on puisse le voir. Si vous le faites gentiment et avec délicatesse, nous ne verrons peut-être pas votre main. Je n'ai pas vu votre main.

Burton Bailey: Madame la présidente, j'essaie d'être poli parce qu'il y a de vraies frictions, parfois. J'essaie vraiment d'être poli, pas impoli. J'essaie d'être un gentleman, si vous voyez ce que je veux dire.

Quand j'ai levé la main, j'ai été poli et j'ai laissé le Bloc... Comme c'est l'étude proposée par son parti, j'ai jugé très important qu'elle ait l'occasion de poser les questions qui lui semblaient nécessaires. Ensuite, bien sûr, vous avez cédé la parole à M. Mazier, qui est vice-président, j'ai cru que la greffière avait remarqué ma main et j'ai attendu patiemment.

Encore une fois, je ne veux pas paraître insistant, mais j'aimerais discuter de la motion que j'ai présentée et de la raison pour laquelle la réunion de mardi n'aura pas lieu comme nous l'avions convenu.

La présidente: Je ne comprends pas votre question.

Burton Bailey: Je pose une question au sujet de la motion que j'ai proposée selon laquelle nous devons recevoir ici la ministre le 4 ou le 9 décembre. Je trouve qu'il est inacceptable de dire qu'elle se présentera devant le Comité après Noël. Je pense que les Canadiens veulent des réponses. M. Mazier a exposé nos questions. Nous devons aborder ces sujets maintenant, pas au début de la nouvelle année.

La présidente: Je pense que nous venons d'en discuter. M. Mazier en a parlé. Quelques personnes en ont parlé. La ministre a été informée et elle ne peut pas se présenter à la date que vous lui avez donnée, car les ministres ont beaucoup d'autres obligations. On ne peut rien y faire. Je sais que cela ne vous plaît peut-être pas, mais au bout du compte, la ministre ne peut pas venir à cette date.

Burton Bailey: On ne peut pas la recevoir par Zoom? On ne peut pas recevoir un fonctionnaire du ministère pour répondre à certaines de ces questions afin d'amorcer le processus? Nous allons simplement attendre à la nouvelle année?

La présidente: Je n'ai pas dit que nous devons attendre... Je n'ai pas la réponse concernant l'horaire de la ministre. Nous avons bel et bien transmis à la ministre la lettre que nous envoyons lorsque de telles motions sont adoptées. On lui a demandé de se présenter à cette date. On a su qu'elle ne pouvait pas venir ce jour-là. Étant donné que la Chambre pourrait s'ajourner... eh bien, je ne sais pas...

Maggie Chi: J'invoque le Règlement, madame la présidente. Je ne sais pas si la greffière a reçu une réponse. Je pense que c'est un malentendu. Je ne pense pas que vous ayez reçu une réponse de la ministre. Je crois qu'on essaie très fort d'obtenir une confirmation de la part de la ministre à court préavis.

Avez-vous reçu une réponse? Je ne crois pas.

La présidente: Disons-le ainsi: je ne sais pas si nous avons eu une réponse concernant cette date, en particulier. Il incombe toujours à la ministre de répondre et d'en informer la greffière. Elle pourra peut-être venir mardi. Je n'en ai aucune idée.

Madame Sidhu, allez-y.

Sonia Sidhu: Madame la présidente, j'aimerais obtenir des éclaircissements. Sommes-nous en train de discuter des travaux du

Comité aujourd'hui? Est-ce à l'ordre du jour? Nous n'avons qu'entendu des témoignages.

La présidente: Non, nous ne nous pencherons pas sur les travaux du Comité. Nous avons eu un problème aujourd'hui, en ce sens que nous n'avions que deux témoins. Je pense que la greffière voulait expliquer pourquoi nous n'avons pas de témoins et pourquoi nous avons des problèmes avec le service d'interprétation, parce qu'elle a de la difficulté à envoyer à temps l'équipement aux gens. Le Dr Weiss n'a pas pu obtenir l'équipement à temps. Il aurait aimé être des nôtres. Je voulais que la greffière explique les obstacles auxquels elle est confrontée pour avoir une liste complète de témoins et pour que les témoins comparaissent efficacement en mode virtuel.

De plus, M. Mazier a posé une question sur l'heure à laquelle les responsables de l'ASPC se présenteront mardi et ce dont ils parleront. Je pense que nous avons répondu à cette question.

C'est tout ce qui s'est passé. Ce n'était pas du tout une réunion pour discuter de nos travaux. La greffière a fourni de l'information et on lui a posé quelques questions.

Oui, madame Chi.

• (1305)

Maggie Chi: Merci, madame la présidente.

Je crois que nous étions en train de nous pencher sur ma motion. Je ne sais pas ce qui nous a distracts.

La présidente: Nous allons le faire parce qu'il est maintenant 13 heures.

Étant donné que Mme Chi a proposé une motion, nous allons devoir voter. Il n'y a pas de débat.

Burton Bailey: Je croyais avoir la parole. Je n'ai même pas fini ma déclaration à propos de la façon dont, le 10 décembre, tous ces budgets... Pour ce qui est de l'étude que nous avons menée, si nous ne recevons pas la ministre avant le 10 décembre, nous en ferons rapport à la Chambre et il manquera toute cette partie de l'étude.

Je vous ai mal compris, madame la présidente, je suis désolé. Je croyais que vous aviez indiqué au Comité que nous la recevions au cours de la nouvelle année. Peut-être parliez-vous d'autre chose.

Si vous me dites qu'il est encore possible que la ministre compare ici avant le 10 décembre, c'est-à-dire le 4 ou le 9, avant que l'étude ne soit présentée à la Chambre, je vous remercierai et cesserai de parler, mais je n'arrêterai pas tant que tout le monde n'aura pas compris pourquoi j'insiste pour qu'on respecte cette motion. J'ai proposé la motion parce que nous voulions faire rapport de cette étude à la Chambre, et nous ne pouvons pas le faire sans parler à la ministre des fonds au sujet desquels nous avons des questions.

La présidente: Monsieur Bailey, vous avez été très clair sur votre intention. On a compris. Personne ne s'y oppose. La motion a été adoptée à l'unanimité par le Comité; personne n'essaie de la bloquer. C'est que la ministre ne sait pas...

La secrétaire parlementaire de la ministre a déclaré que la ministre tente ardemment d'être des nôtres. On doit la croire. Tout comme la greffière et chaque personne ici, je n'ai pas d'autres informations pour vous. La secrétaire parlementaire a dit que la ministre est au courant et qu'elle travaille fort pour se présenter devant nous avant la relâche de la Chambre.

Burton Bailey: Puis-je poser une dernière question? La greffière peut-elle faire savoir que nous...?

Je devrais préparer un texte que la greffière enverrait à la ministre, car je pense que si elle ne comparaît pas avant le 10 décembre, il faudra recommencer cette étude.

La présidente: Vous voulez dire cette étude en particulier?

Burton Bailey: Si nous ne pouvons pas discuter de toutes les dépenses avant le 10 décembre, alors...

La présidente: Je suis désolée. Je ne peux rien faire à ce sujet ni rien vous dire. Quand un ministre est convoqué pour parler du budget supplémentaire des dépenses — cela s'inscrit dans la tradition —, il est bien conscient de ses responsabilités et s'efforce réellement de se présenter devant nous. C'est tout ce que je peux vous dire, malheureusement.

Madame Chi, la parole est à vous.

Maggie Chi: Monsieur Bailey, je suggérerais que la greffière communique de nouveau avec la ministre. Serait-il acceptable que nous, en tant que comité, envoyions un rappel?

Je sais que la ministre fait vraiment beaucoup d'efforts pour trouver une date et que nous n'avons pas encore reçu de réponse, positive ou négative. Si on communiquait de nouveau avec son bureau pour l'inviter, est-ce que cela vous conviendrait, monsieur Bailey?

La présidente: Absolument. La greffière attend toujours des réponses des gens. Elle continue de poser des questions pour obtenir des réponses concernant le calendrier et le moment où les personnes peuvent venir. C'est évident que la greffière procède toujours ainsi. Nous attendons des nouvelles du bureau de la ministre. C'est tout ce que je peux dire. Je ne peux rien faire d'autre.

Monsieur Mazier, la parole est à vous.

Dan Mazier: Merci, madame la présidente.

C'est que la date limite est mardi. C'est la dernière fois qu'on se réunit avant la fin des discussions concernant le budget supplémentaire des dépenses. Il faut qu'on parle des dépenses. Je pense que tout le monde est d'accord là-dessus.

La réunion de mardi portera sur les dépenses. C'est ce que nous demandons, conformément à la motion. Si la ministre peut comparaître, c'est un bonus, mais le ministère devrait être là, à tout le moins, pour discuter des dépenses, conformément à la motion présentée.

Que la ministre compare ou non, c'est entièrement sa décision. Elle devra rendre des comptes à ce sujet, mais nous avons besoin du ministère, à tout le moins, et nous devons parler des dépenses pour les soins de santé au Canada.

La présidente: D'accord. Alors nous aurons...

Dan Mazier: C'est à cause de la date limite pour le budget supplémentaire des dépenses. C'est pour cette raison que nous avons fixé une date limite.

La présidente: Madame Sidhu, allez-y.

Sonia Sidhu: Madame la présidente, des représentants des Instituts de recherche en santé du Canada et de l'ASPC seront des nôtres pour parler de cette étude. Ils seront ici mardi. Il reste la réunion de jeudi. Nous avons dit que la ministre travaillait fort pour être en mesure de comparaître devant nous.

Nous avons envoyé l'invitation à l'ASPC et ses porte-parole seront ici mardi pour parler de l'étude. Nous pouvons toujours avoir une discussion mardi sur la date à laquelle la ministre comparaitra. Peut-être que la ministre nous donnera la date. On a envoyé l'invitation, et elle n'a pas refusé. Elle essaie d'organiser son horaire en conséquence.

● (1310)

La présidente: La ministre n'a pas refusé. J'ai parlé à la ministre hier. Elle était au courant. Elle travaille fort pour être ici à la date demandée.

Je ne peux rien faire de plus que ça. Nous insistons sur un point pour lequel je n'ai pas la réponse. Nous allons recevoir une réponse de la ministre. Je peux vous assurer qu'elle travaille fort pour respecter la date limite.

Dan Mazier: Est-ce que j'ai la parole, madame la présidente?

La présidente: Oui.

Dan Mazier: La réunion de mardi doit porter sur les dépenses, même si ce n'est qu'avec les ministères, conformément à la motion. Nous avons demandé à la ministre et aux représentants des ministères d'être des nôtres soit aujourd'hui, le 4 décembre, soit le 9 décembre, car ce sont les deux dates que nous avions avant la date limite pour le budget supplémentaire des dépenses.

C'est la date limite, madame Sidhu. C'est pour cette raison que ce doit être le 9 décembre. La date limite est le 10 décembre, puis cette étude sera renvoyée à la Chambre. Ce sera terminé. C'est pourquoi il y a une échéance et il est urgent de terminer le travail d'ici mardi.

La présidente: Je vais demander à la greffière d'envoyer de nouveau une lettre à la ministre et au ministère pour suggérer que des représentants du ministère viennent parler du budget supplémentaire des dépenses si la ministre n'est pas en mesure de le faire.

Habituellement, quand on envoie une convocation pour le budget supplémentaire des dépenses, la ministre se présente accompagnée de représentants du ministère. C'est la ministre qui comparaît devant nous, et les représentants du ministère la soutiennent. Cependant, si vous désirez recevoir uniquement le ministère, sans la ministre, la greffière peut envoyer ce message, comme vous le proposez.

Monsieur Strauss, la parole est à vous.

Matt Strauss: Nous sommes le Comité permanent de la santé. La ministre de la Santé dépense des milliards et des milliards de dollars. Nous avons déjà relevé, lors de législatures précédentes, qu'une grande partie de l'argent a été affectée à des éléments injustifiés, comme les experts-conseils dans le cadre du Programme de soutien aux victimes de la vaccination.

Je me demande si nous pourrions demander à la ministre d'expliquer son conflit d'horaire et de nous dire quelle est la personne si importante qu'elle rencontre, qui fait en sorte qu'elle ne peut expliquer toutes ses dépenses en santé au Comité permanent de la santé.

Je fais aussi remarquer que son personnel est juste ici. Je ne comprends donc pas pourquoi nous n'avons pas eu de réponse. Son personnel est juste ici. Il pourrait nous dire ce qu'elle fait mardi et pourquoi elle ne viendra pas défendre ses dépenses.

La présidente: Monsieur Strauss, je pense que nous allons demander de nouveau à la ministre, lui fournir des explications et essayer de comprendre pourquoi elle ne peut pas venir. Je pense que nous sommes en train de nous étendre sur un sujet sur lequel aucun de nous n'a de réponse. Nous devons recevoir une réponse de la ministre.

Les membres du personnel n'ont pas le droit de prendre la parole pendant la réunion. Vous pourrez leur poser des questions par la suite, si vous le voulez, mais ils ne prennent pas la parole pendant les réunions des comités parlementaires.

La secrétaire parlementaire de la ministre a répondu en disant que la ministre travaille très fort pour être des nôtres. On me dit aussi que si la ministre ne peut pas venir, nous pourrions recevoir des fonctionnaires.

C'est ce qu'on essaie de faire, monsieur Strauss.

On insiste ici sur un point sur lequel aucun de nous n'a de prise. On répète la même chose encore et encore.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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