



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

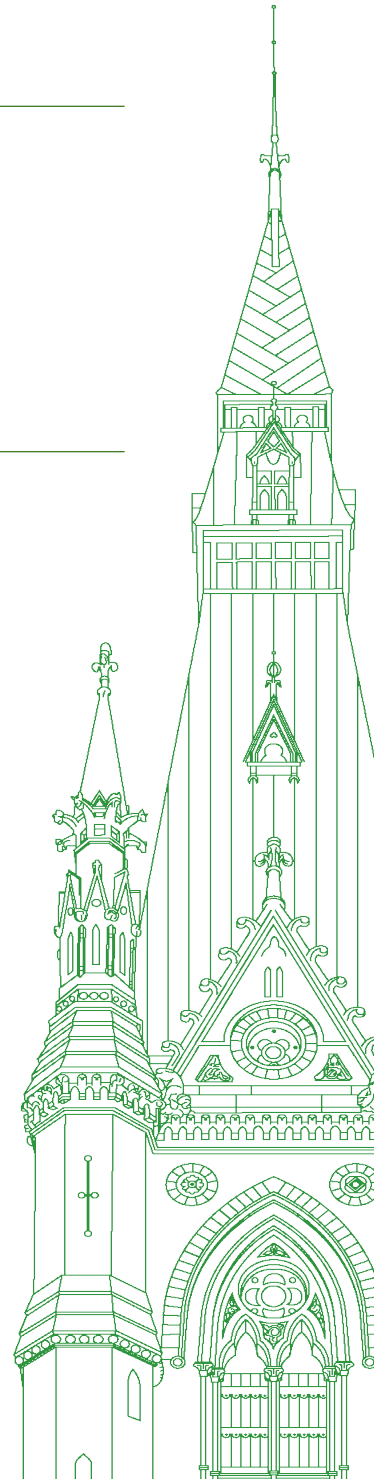
TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 018

PARTIE PUBLIQUE SEULEMENT - PUBLIC PART ONLY

Le mardi 27 janvier 2026

Présidente : Hedy Fry



Comité permanent de la santé

Le mardi 27 janvier 2026

● (1540)

[Français]

La présidente (L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.)): J'ouvre maintenant la séance.

[Traduction]

Bienvenue à la 18^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 sous forme hybride, conformément au Règlement.

Je tiens à rappeler les consignes à tous, en particulier à ceux d'entre vous qui sont nouveaux au Comité.

Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Les personnes qui participent par vidéoconférence doivent cliquer sur l'icône du microphone pour activer leur micro. Je vous prie de le mettre en sourdine lorsque vous ne parlez pas afin d'éviter de provoquer un effet larsen, qui est très néfaste pour les interprètes.

Ceux d'entre vous qui sont en ligne peuvent sélectionner, au bas de leur écran, le canal qui convient pour l'interprétation: parquet, anglais ou français. Il s'agit de l'icône en forme de globe.

Je vous rappelle que toutes les observations doivent être adressées à la présidence. Pour les membres du Comité qui sont dans la salle: vous savez que vous devez lever la main si vous souhaitez prendre la parole. Vous savez également qu'il y a un petit autocollant à côté de vous, sur lequel vous devez poser votre téléphone afin de ne pas causer d'effet larsen qui nuirait aux interprètes.

La greffière et moi essaierons de gérer l'ordre des interventions à mesure que vous vous manifesterez. Comme vous êtes répartis des deux côtés de la salle, il arrive parfois que nous ne vous donnions pas la parole en premier lorsque vous levez la main. Nous faisons tout notre possible pour couvrir toute la salle.

À la fin de la réunion, nous aurons deux budgets à adopter. Il nous suffit de donner notre accord.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement et à la motion adoptée par le Comité le mardi 23 septembre 2025, le Comité reprend son étude sur la résistance aux antimicrobiens.

Je souhaite la bienvenue aux témoins. L'un d'entre eux est présent dans la salle. Il s'agit du Dr Bogoch. Tous les autres — le Dr Leung, le Dr Weiss et M. Wright — participent par vidéoconférence.

Je vous explique le fonctionnement. Vous disposez chacun de cinq minutes pour faire votre déclaration préliminaire. Je vous préviendrai lorsqu'il vous restera une minute afin que vous sachiez qu'il est temps de conclure. Je vous préviendrai ensuite 30 secondes avant que votre temps soit écoulé. S'il y a des choses que vous n'aurez pas eu le temps de dire, sachez que nous aurons une période réservée aux questions pendant laquelle vous pourrez vous exprimer plus longuement.

Nous allons commencer. Je vais donner la parole en premier au Dr Bogoch, qui est professeur de médecine à l'Université de Toronto.

Monsieur Bogoch, vous disposez de cinq minutes.

Isaac Bogoch (professeur en médecine, University of Toronto, à titre personnel): Merci beaucoup. Merci de m'avoir invité à participer à la réunion d'aujourd'hui. Je suis ravi de vous voir tous.

Je m'appelle Isaac Bogoch. Je suis médecin et scientifique spécialisé en maladies infectieuses, ainsi que professeur de médecine à l'Université de Toronto. J'ai récemment parlé de la résistance aux antimicrobiens, ou RAM, devant le Comité permanent des sciences et de la recherche et je vais reprendre ici bon nombre des points que j'ai soulevés à cette occasion. Je traite régulièrement des infections résistantes aux médicaments dans le cadre de ma pratique clinique et mes recherches portent sur la manière dont les organismes se propagent à l'échelle mondiale, principalement lorsque les humains se déplacent. Je vous suis reconnaissant d'étudier ce sujet, compte tenu de son énorme incidence négative au Canada et dans le monde.

Comme vous le savez, la résistance aux antimicrobiens, la RAM, découle de la mauvaise utilisation et de la surutilisation de médicaments antimicrobiens, qui les rendent inefficaces et qui entraînent une morbidité et une mortalité substantielles. Je le constate au chevet de mes patients en tant que clinicien. Je sais qu'il y a des gens parmi vous qui sont aussi médecins et qui ont été confrontés à ce problème. La RAM entraîne un retard dans la mise en place d'un traitement aux antibiotiques approprié, ce qui a des conséquences négatives prévisibles.

Fait intéressant, bien que beaucoup de gens l'ignorent, environ 70 % de la consommation mondiale d'antibiotiques concerne les animaux d'élevage, contre seulement 30 % chez les humains. Ce déséquilibre souligne l'importance du concept que nous appelons « Une seule santé », qui, pour l'essentiel, reconnaît l'interdépendance entre la santé humaine, animale et environnementale. C'est pourquoi nous devons adopter une approche collaborative et vraiment — excusez-moi d'utiliser un mot à la mode — intersectorielle pour lutter contre la RAM, car il s'agit d'un problème majeur.

Selon une récente étude publiée dans *The Lancet*, on estime à 4.7 millions le nombre de décès annuels dans lesquels la RAM a joué un rôle. À titre de comparaison, il s'agit de plus de décès que ceux dus au VIH, à la tuberculose et au paludisme réunis. Tous les pays sont touchés, mais bien entendu, les pays aux ressources limitées le sont de manière disproportionnée.

Nous n'allons pas simplement nous tirer d'affaire en mettant au point de nouveaux médicaments. Dans la course à l'armement qui oppose, d'un côté, les humains qui créent de nouveaux médicaments et, de l'autre côté, les microbes qui s'adaptent à ces médicaments, les microbes l'emporteront chaque fois, comme ils l'ont fait par le passé.

Par rapport au reste du monde, le Canada s'en sort bien, mais nous ne sommes pas immunisés — si vous me pardonnez le jeu de mots — contre ce problème. Nous avons des stratégies nationales et des règlements sur l'utilisation des antibiotiques. Nous avons des initiatives de prévention et de contrôle des infections pour atténuer les effets de la propagation de la RAM dans les milieux de soins de santé, mais la triste vérité est que nous pouvons tout faire correctement au Canada et échouer quand même. Nous savons que la RAM, comme tout autre agent pathogène, ne s'arrête pas aux frontières politiques. Des organismes résistants apparaissent d'un côté de la planète, puis se propagent au Canada et ailleurs par la mobilité humaine et le commerce.

Si la RAM est considérée à juste titre comme une question relevant de l'approche « Une seule santé », comme je l'ai mentionné, je vous invite également à la considérer comme un enjeu de sécurité sanitaire. Comme nous l'avons vu pendant la pandémie de COVID-19, nos chaînes d'approvisionnement en diagnostics et en traitements sont fragiles et elles pourraient être encore davantage mises à l'épreuve par l'instabilité géopolitique croissante. Par exemple, la guerre en cours en Ukraine pourrait s'étendre à des pays de l'OTAN. Deux pays alliés ont déjà invoqué l'article 4 en 2025. Par exemple, dans ce conflit, jusqu'à 80 % des infections liées aux blessures de combat sont résistantes aux antibiotiques traditionnels, ce qui pose-rait de graves risques si le Canada venait à y être mêlé. Pour aggraver la situation, les anciens programmes d'armes biologiques de la Russie sont connus pour avoir développé des agents pathogènes résistants aux médicaments. À l'heure où le Canada s'est engagé à porter ses dépenses en matière de sécurité à 5 % du PIB, ne pas intégrer la recherche et la préparation en matière de RAM dans cet investissement reviendrait à négliger une grave menace.

Vous savez quoi? Je ne peux pas dire ce qui suit sans sourciller. J'allais dire que tout n'est pas si sombre — mais en réalité, ce l'est. Il existe d'importants programmes de surveillance visant à étudier et à suivre la RAM. L'OMS dirige un vaste programme. Aux États-Unis, les CDC, soit les Centers for Disease Control and Prevention, en dirigent un aussi. Bien sûr, comme vous le savez bien, les principaux partenaires réduisent considérablement leur financement et le leadership mondial en matière de santé est en train de s'effondrer. Si la situation nous rend tous plus vulnérables, elle offre également au Canada une occasion unique de combler ce vide en tant que chef de file mondial dans les domaines des soins de santé, de la santé publique et de la sécurité sanitaire en mettant l'accent sur la lutte contre la RAM.

Quelle est la meilleure voie à suivre? Nous pouvons adopter une approche intersectorielle, avec une perspective à la fois nationale et mondiale.

Nous pouvons renforcer les programmes de gestion des antimicrobiens et les initiatives de prévention et de contrôle des infections au Canada et à l'étranger. Cela concerne non seulement le secteur des soins de santé, mais aussi les secteurs de l'agriculture et des soins vétérinaires.

Nous pouvons renforcer la surveillance de la RAM au Canada et à l'étranger. Nous n'avons pas besoin de réinventer la roue. Les programmes existent. Nous pouvons simplement contribuer à leur financement.

Nous pouvons investir dans la recherche et l'innovation au Canada et à l'étranger — soutenir les partenariats public-privé, permettre au Canada d'être autonome, soutenir la recherche et le développement pour la mise au point de nouveaux tests de diagnostic et de nouveaux traitements.

Nous pouvons mener des campagnes de sensibilisation du public dans divers secteurs sur les dangers de la surutilisation et de la mauvaise utilisation des antibiotiques.

Nous pouvons alors tirer parti de l'aspect sécuritaire lié à la RAM pour financer bon nombre de ces initiatives.

La RAM n'est pas une menace lointaine — elle est déjà là et elle met en danger la santé des Canadiens et de la population mondiale. Nous pouvons agir maintenant ou faire face à des conséquences bien plus graves à l'avenir.

Je vous remercie beaucoup de m'avoir écouté.

• (1545)

La présidente: Merci beaucoup, docteur Bogoch. Vous avez terminé juste à temps. Excellent.

Je cède maintenant la parole au Dr Victor Leung, médecin infectiologue et microbiologiste médical. Il comparait par vidéoconférence.

Bonjour, monsieur Leung. Je suis ravie de vous voir.

Victor Leung (médecin en maladies infectieuses et microbiologiste médical, à titre personnel): Bonjour.

Je suis médecin infectiologue et microbiologiste à Vancouver, en Colombie-Britannique. Aujourd'hui, je souhaite mettre l'accent sur certains éléments que j'observe quotidiennement et qu'il est important de souligner, car ils mettent en évidence les problèmes auxquels nous sommes confrontés dans le traitement des infections. Je vais les diviser en trois catégories.

Je parlerai d'abord du traitement des infections multirésistantes. Ensuite, je décrirai les problèmes actuels qui touchent la prévention et le contrôle des infections, ainsi qu'une partie du travail de gestion des antimicrobiens. Pour terminer, j'insisterai sur l'importance des vaccins et sur la nécessité de renforcer nos programmes nationaux de vaccination, car l'approche actuelle ne répond pas aux exigences... quant aux avantages que nous pouvons tirer de la vaccination comme approche à l'égard de la RAM.

Premièrement, d'un point de vue clinique, nous traitons quotidiennement des infections qui sont souvent multirésistantes. Lorsque nous voyons des patients atteints d'infections résistantes aux médicaments, nous en sommes déjà à un stade où les mesures préventives n'ont plus d'effet. Il nous faut alors avoir accès à des antimicrobiens et choisir les meilleurs d'entre eux pour aider à contrôler l'infection.

Au Canada, le problème est que notre programme d'accès spécial est désuet. Il y a plusieurs années, lors de la réunion nationale, des changements que nous avions tous préconisés, je pense, ont été apportés sur le plan de l'accès à des médicaments qui sont essentiels au traitement de certaines de ces infections à Gram négatif multirésistantes.

Les choses se sont quelque peu améliorées. Notre hôpital est un cas unique en Colombie-Britannique concernant l'utilisation future de deux de ces antibiotiques. Les choses sont différentes dans de nombreux hôpitaux au pays. Lorsqu'ils ont des patients atteints d'une infection qui nécessite un traitement antimicrobien ne figurant pas sur la liste, ils doivent suivre un processus inefficace pour avoir accès au médicament et les délais posent problème dans la lutte contre la RAM.

Pour remédier à cette situation, il nous faut repenser nos programmes incitatifs afin que, comme les autres pays du G7, nous ayons un meilleur accès aux antimicrobiens, ainsi que des mécanismes intégrés de gestion des antimicrobiens pour éviter leur surutilisation. Comme on l'a mentionné précédemment, le problème réside dans la surutilisation, mais en même temps, l'accès à des antimicrobiens essentiels au Canada est un élément important, car nous faisons face à une augmentation des infections résistantes aux antimicrobiens.

Deuxièmement, sur le plan de la prévention et du contrôle des infections, de nombreux programmes ont été améliorés et des systèmes de surveillance ont été mis en place pour recueillir des données et tenter de comprendre les tendances. Le plus gros problème que je vois à l'échelle nationale est que nos systèmes de surveillance sont fragmentés. Si l'on regarde ce qui se passe dans d'autres pays, on constate qu'il y a une réduction des investissements dans les systèmes de surveillance et de prévention des infections. Au Canada, le problème est que l'accès aux données est retardé. À titre d'exemple, si l'on prend le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales et le temps qu'il faut pour obtenir les données, on constate souvent un décalage d'un à deux ans. De même, dans les programmes provinciaux de surveillance d'autres infections, les données ne sont pas regroupées et communiquées aux utilisateurs en temps utile. Cela va à l'encontre de l'objectif d'un programme de surveillance rigoureux au Canada.

Enfin, en ce qui concerne la vaccination, nous savons qu'elle présente de nombreux avantages indirects et qu'elle contribue considérablement à prévenir les maladies, les hospitalisations et les infections nosocomiales qui en découlent. Le problème avec la vaccination au Canada est que, bien que nous disposions de normes et de recommandations nationales qui sont fondées sur des données scientifiques, le modèle actuel de financement de la chaîne d'approvisionnement dans les budgets de santé publique doit changer. Il ne peut être considéré comme une simple cagnotte provenant de la santé publique. Il doit provenir d'un budget national consacré à la santé. De plus, nous devrions réfléchir à un programme national de vaccination en matière d'achat et de distribution de vaccins afin d'améliorer le taux de vaccination.

Je vous remercie de m'avoir écouté.

• (1550)

La présidente: Je vais maintenant céder la parole au Dr Karl Weiss, chef du Service de microbiologie-maladies infectieuses à l'Hôpital général juif.

Allez-y, s'il vous plaît, docteur Weiss. Vous disposez de cinq minutes.

Karl Weiss (chef, Service de microbiologie-maladies infectieuses, Hôpital général juif, à titre personnel): Tout d'abord, bonjour. Je vous remercie beaucoup de m'avoir invité aujourd'hui.

Je voudrais parler de cinq sujets. Les intervenants précédents ont déjà parlé de certains d'entre eux. Je m'intéresse à la résistance aux antibiotiques et aux questions liées aux antibiotiques depuis 1995. J'étais présent à la conférence de Montréal en 1997 lorsque, pour la première fois au Canada, nous avons discuté de la résistance aux antibiotiques.

Le premier message que je souhaite transmettre est que les antibiotiques sont essentiels à la santé humaine. En 1900, l'espérance de vie au Canada était d'environ 40 ans. En 2025, elle était d'environ 82 ou 83 ans. En 1900, entre 40 et 50 % des nouveau-nés n'atteignaient pas l'âge de 18 ans. Trois choses ont grandement changé la donne: l'hygiène, bien sûr, mais surtout les antibiotiques et les vaccins.

Sans antibiotiques, on ne pourrait pas subir une opération importante, une chimiothérapie ou une dialyse ou voyager. Les antibiotiques sont donc essentiels au système de santé moderne.

Même si nous parlons de résistance aux antibiotiques, il est très important de ne pas dénigrer les antibiotiques. Il est extrêmement important de ne pas effrayer les gens à leur sujet lorsque nous en parlons. Il faut plutôt essayer de mettre en valeur les bienfaits des antibiotiques. C'est un message important.

Mon deuxième message porte sur les problèmes liés aux antibiotiques. Tout d'abord, il y a la consommation. Environ 80 % de tous les antibiotiques sont utilisés dans le monde agricole, principalement à des fins économiques et non à des fins sanitaires. Au Canada, seulement environ 20 % — ou 25 %, selon les statistiques — sont utilisés pour la consommation humaine. À ce chapitre, environ 70 % à 75 % de tous les antibiotiques sont utilisés dans les soins en clinique externe — principalement pour traiter des infections des voies respiratoires. C'est dans la communauté et nous n'avons pas beaucoup de données sur l'utilisation des antibiotiques dans la communauté.

Je suis médecin à l'Hôpital général juif de Montréal. Je suis donc partial, comme bon nombre de mes collègues, qui sont d'éminents experts. Nous examinons toujours le problème du point de vue hospitalier et non pas nécessairement d'un point de vue général, plus axé sur la communauté. C'est un point important à souligner.

Il y a ensuite la question des ordonnances. Dans la grande majorité des pays, il n'est pas nécessaire d'avoir une ordonnance pour obtenir un antibiotique. Nous vivons dans un monde ouvert et il y a environ 200 pays dans le monde. Dans la vaste majorité d'entre eux — soit dans entre 140 et 150 pays —, il est possible d'obtenir un antibiotique sans nécessairement avoir une ordonnance. Ce n'est pas le cas au Canada, ce qui est une très bonne chose, mais nous devons rester vigilants, car tout ce qui se passe ailleurs finit par avoir une incidence sur notre propre environnement.

L'autre chose, c'est que, pour toutes sortes de raisons, nous permettons à un nombre croissant de professionnels d'être prescripteurs. Il est donc nécessaire de former en continu les professionnels de la santé qui n'ont pas forcément la compétence pour prescrire des antibiotiques. Très souvent, dans un modèle défensif, ils prescrivent des antibiotiques pour ne pas craindre de provoquer certains problèmes.

● (1555)

[Français]

Le troisième point est la production des antibiotiques.

Il est très important de comprendre que, pour avoir ce qu'on veut avoir dans notre pays, la production d'antibiotiques est fondamentale. Il existe quelque chose de très important qu'on appelle l'ingrédient pharmaceutique actif, qui est la base de la fabrication des antibiotiques et dont la production est aujourd'hui délocalisée, principalement en Inde et en Chine. Parfois, nous sommes incapables de produire localement certains des antibiotiques. Nous sommes donc très dépendants des chaînes de logistique de l'extérieur du pays.

Il y a aussi un problème majeur, soit celui de la contrefaçon des antibiotiques. C'est le plus gros problème de toutes les classes de médicaments à l'échelle planétaire, car beaucoup de médicaments de mauvaise qualité peuvent entrer sur le marché de façon directe ou indirecte, ce qui a des conséquences majeures sur l'émergence de résistance aux antibiotiques.

[Traduction]

Le quatrième point concerne ce que nous appelons la résistance aux antibiotiques proprement dite. Nous devons nous assurer que nous avons atteint des niveaux comparables aux autres pays lorsqu'il s'agit de la définition, des mesures, de la surveillance et des comparateurs.

Il n'est pas facile de définir la résistance aux antibiotiques et c'est parfois une tâche ardue. De plus, il existe de nombreuses façons de la mesurer, mais nous ne disposons pas d'un bon moyen de la mesurer en tout temps. Et comme les activités de surveillance s'effectuent en vase clos au Canada, cela complique parfois les choses.

Notre pays présente certaines faiblesses, notamment le fait que nous n'avons pas de géant pharmaceutique pour produire des antibiotiques et que nous sommes un petit marché. Nous avons cependant certains atouts, par exemple l'agriculture. Nous devons toutefois améliorer nos réseaux humains, partager les données sur la santé entre les provinces et mieux informer la population canadienne.

Je vous remercie beaucoup de votre temps.

La présidente: Je vous remercie, docteur Weiss.

La parole est maintenant à M. Wright, professeur à l'Université McMaster.

Vous avez la parole. Vous avez cinq minutes.

Gerry Wright (professeur, McMaster University, à titre personnel): Je vous remercie beaucoup, madame la présidente et honorables membres du Comité.

Permettez-moi d'offrir mes condoléances à la suite du décès de Mme Kirsty Duncan, survenu hier. Elle était grandement active dans ce dossier. Elle était la collègue de plusieurs d'entre vous et une aide précieuse pour ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine de la résistance aux antimicrobiens.

Je souhaite m'adresser à vous aujourd'hui en ma qualité de chercheur universitaire. J'ai créé mon laboratoire à l'Université McMaster il y a plus de 33 ans, où je travaille dans le domaine de la résistance aux antimicrobiens et de la découverte d'antibiotiques. J'ai conseillé l'industrie, le gouvernement et des organismes sans but lucratif en matière d'innovation dans le domaine des antibiotiques et j'ai fondé une entreprise dérivée appelée Symbal Therapeutics dans ce domaine.

Comme vous l'a dit le Dr Weiss, les antibiotiques ont changé la façon dont nous mourons. Avant l'arrivée des antibiotiques et avant la découverte des agents antimicrobiens et des vaccins, 56 % des Canadiens mouraient de maladies infectieuses. Ce chiffre est aujourd'hui tombé à environ 3 % et nous avons gagné plus de 20 ans d'espérance de vie. C'est sans précédent dans l'histoire de l'humanité, mais nous sommes sur le point de perdre cet acquis à cause de la résistance aux antimicrobiens.

À titre de chercheur universitaire, mon rôle consiste à découvrir les bases moléculaires de la résistance aux antimicrobiens, de trouver des solutions potentielles et de former la prochaine génération de scientifiques. Mon laboratoire a recours à la chimie et à la biologie pour étudier les mécanismes de résistance et faire progresser la découverte d'antibiotiques.

J'ai formé plus de 100 étudiants à la maîtrise et au doctorat, boursiers postdoctoraux et membres du personnel technique. Malheureusement, très peu d'entre eux sont restés au Canada et très peu travaillent dans la recherche sur la résistance aux antimicrobiens en raison de contraintes structurelles. En effet, le Canada dispose de capacités limitées en matière de recherche et développement dans le domaine des biotechnologies et des produits pharmaceutiques, et en particulier dans la découverte d'antibiotiques. Les diplômés sont donc attirés à l'étranger, car le secteur des biotechnologies est en plein essor à Boston, en Californie et en Europe.

De plus, il est extrêmement difficile de créer et de maintenir, au Canada, un laboratoire de recherche sur la résistance aux antimicrobiens qui est compétitif à l'échelle internationale. Les chercheurs universitaires fonctionnent comme de petites entreprises. Nous recrutons des talents, nous offrons un produit — des recherches à fort impact — et nous sommes constamment en concurrence pour obtenir des subventions, qui proviennent principalement des Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC. Ces demandes de subventions sont examinées par des bénévoles et des comités organisés par discipline scientifique. Cependant, il n'y a pas de comité sur la résistance aux antimicrobiens aux IRSC. En fait, tous les travaux sur la résistance aux antimicrobiens sont regroupés dans les travaux liés à la bactériologie, à la recherche sur les champignons et à la parasitologie.

En revanche, les IRSC comptent plusieurs comités ou sources pour le financement des activités dans le domaine de la recherche sur le cancer ou les maladies cardiovasculaires. Cette structure décourage complètement les jeunes chercheurs d'entreprendre des travaux sur la résistance aux antimicrobiens, de sorte que le Canada risque de perdre sa capacité de recherche dans ce domaine.

Au-delà de la recherche fondamentale, la transformation de ces découvertes en solutions innovantes reste un défi particulièrement difficile à relever. Forts de plus de 40 ans d'expérience, nous avons appris que les découvertes réalisées en milieu universitaire donnent souvent naissance à de nouvelles entreprises biotechnologiques, mais le Canada manque de mécanismes de financement de départ pour combler le fossé entre la découverte et l'application. Ce manque de soutien nous rend complètement dépendants des progrès réalisés dans d'autres pays. Nous devons donc attendre que d'autres découvrent et mettent au point les médicaments dont nous avons besoin pour assurer la sécurité de nos citoyens et de nos soldats.

Cette situation n'est pas inévitable. Il existe un modèle qui a fait ses preuves. En effet, le programme américain de recherche en innovation pour les petites entreprises offre des subventions concurrentielles et sans effet dilutif pour soutenir les entreprises en démarrage qui commercialisent les découvertes réalisées en milieu universitaire. Un programme canadien de ce type permettrait de favoriser l'entrepreneuriat dans le domaine des biotechnologies, de créer des emplois et d'accélérer l'innovation dans le domaine de la résistance aux antimicrobiens.

À titre d'exemple, mon laboratoire a récemment découvert un nouvel antibiotique qui a fait l'objet d'un article publié dans la revue *Nature* au printemps dernier. Il cible plusieurs agents pathogènes qui se trouvent sur la liste des priorités de Santé Canada. Nous voulons le fabriquer au Canada, mais sans financement incitatif initial et sans incitation commerciale fondée sur la demande en aval, ces actifs risquent de partir à l'étranger en emportant leurs retombées économiques.

En conclusion, j'encourage vivement le Comité à se pencher sur deux priorités. La première consiste à augmenter le financement global des IRSC et à créer un volet de recherche dédié à la résistance aux antimicrobiens, afin de renforcer les fondements scientifiques du Canada dans ce domaine. La seconde consiste à mettre en place un programme canadien équivalent au programme américain de recherche en innovation pour les petites entreprises, afin de permettre le transfert des découvertes réalisées en milieu universitaire vers l'industrie pour garantir que les Canadiens profitent des innovations qui voient le jour chez eux.

Nous vivons dans une période étrange. D'autres pays abandonnent ou réduisent leurs activités de recherche et développement dans le domaine des maladies infectieuses. C'est une occasion à saisir pour le Canada. En effet, grâce à des investissements stratégiques, nous pouvons jouer un rôle de premier plan dans la lutte mondiale contre la résistance aux antimicrobiens, ce qui nous permettrait de protéger à la fois notre santé publique et notre économie dans le domaine des sciences de la vie.

Je vous remercie beaucoup.

• (1600)

La présidente: Je vous remercie beaucoup.

La parole est maintenant à la Dre Semret, professeure agrégée de médecine, Maladies infectieuses et microbiologie médicale, à l'Université McGill.

Docteure Semret, vous disposez de cinq minutes.

Makeda Semret (professeure agrégée de médecine, Maladies infectieuses et microbiologie médicale, Centre universitaire de santé McGill): Bonjour. Je m'appelle Makeda Semret. Je vous re-

mercie de me donner l'occasion de m'adresser au Comité aujourd'hui.

Je dirige le Programme de gestion des antimicrobiens pour un réseau d'hôpitaux affiliés à l'Université McGill, à Montréal. Je suis également directrice associée du centre sur la résistance aux antimicrobiens de l'Université McGill. Je vais essayer de ne pas répéter ce qui a déjà été communiqué avec éloquence par mes collègues et amis réunis autour de cette table. Je me concentrerai plutôt sur la gestion responsable des antimicrobiens et je vous donnerai un peu plus de détails sur ce domaine qui me tient particulièrement à cœur.

La gestion responsable vise à régir l'utilisation des antimicrobiens existants. Une gestion efficace veille à ce que les antibiotiques ne soient utilisés qu'en cas de nécessité et avec l'agent, la dose et la durée appropriés, afin de préserver l'efficacité des médicaments existants et de ceux à venir. Dans les milieux hospitaliers, comme vous l'avez entendu, nous observons une augmentation du nombre d'infections causées par des organismes tels que les entérobactéries résistantes aux carbapénèmes, en particulier parmi les populations à risque que nous voyons de plus en plus dans les hôpitaux de soins actifs, les patients atteints de maladies concomitantes graves et ceux qui subissent des procédures complexes et qui sont habituellement hospitalisés pour une durée prolongée.

Si la prévention et le contrôle des infections sont essentiels pour limiter la transmission, la gestion responsable des antimicrobiens limite la « pression sélective », c'est-à-dire l'émergence d'une résistance importante sur le plan clinique, tant au niveau individuel qu'au niveau systémique. Les programmes contre la résistance aux antimicrobiens visent à réduire la surutilisation et l'utilisation inappropriée des antibiotiques. Pour y arriver, nous mettons en place un ensemble d'activités cohérentes et coordonnées, comme la surveillance de la consommation d'antibiotiques et de la résistance à ces antibiotiques, l'élaboration de lignes directrices en matière de traitement — ce qui est plus difficile qu'il n'y paraît —, la sensibilisation des médecins prescripteurs, le suivi, l'évaluation et la collecte de commentaires — des activités qui exigent d'énormes ressources — pour chaque ordonnance et, bien entendu, la recherche d'interventions efficaces.

Au Canada, les hôpitaux de soins actifs sont tenus de mettre en œuvre certains éléments de base des programmes de résistance aux antimicrobiens pour répondre aux normes d'accréditation. Cette exigence s'est avérée très utile, car des programmes efficaces peuvent réduire l'utilisation des antimicrobiens de 15 à 20 % dès les premières années. C'est certainement vrai dans notre cas. Même si notre population de patients est très complexe et que nous offrons des services comme des greffes, des soins avancés contre le cancer, des interventions chirurgicales complexes, etc., depuis 2019, nous avons réussi à réduire de 20 % la consommation d'antibiotiques par patient. Nous avons également réduit la proportion d'antibiotiques prescrits de manière inappropriée. Ces réductions entraînent des avantages bien établis, comme la diminution des taux d'infections résistantes aux médicaments, y compris le *Clostridium difficile*, la réduction de la durée d'hospitalisation, la baisse des coûts des médicaments, etc.

Nous devons toutefois relever certains défis. Je décrirai brièvement trois points qui sont pertinents pour une gestion responsable dans le cadre des soins actifs. Le premier est assez évident, car il s'agit de l'allocation des ressources. Par exemple, dans notre réseau, les antimicrobiens ne représentent que 3 % du budget total de la pharmacie, soit 4 millions de dollars par année sur un budget total de 130 millions de dollars. Vous pouvez imaginer que cela n'attire pas vraiment l'attention de la haute direction. Même lorsque nous réduisons notre consommation d'antimicrobiens de 15 à 20 %, ce qui représente une diminution budgétaire importante, après les gains initiaux obtenus grâce à la mise en œuvre de ces programmes, les économies commencent à plafonner, mais nous devons continuer à fournir des efforts soutenus qui nécessitent une grande quantité de ressources simplement pour conserver ces économies.

Le deuxième défi dont j'aimerais parler est un peu plus abstrait, car il s'agit du fait que les programmes contre la résistance aux antimicrobiens visent à prévenir des résultats qui ne se sont pas encore produits. L'impact de nos programmes est donc beaucoup moins visible que celui de nombreuses autres interventions effectuées dans le domaine des soins de santé actifs. En général, les maladies infectieuses font partie d'un domaine médical dans lequel les résultats ne sont pas systématiquement mesurés.

Le troisième défi est indissociable de notre objectif, car il s'agit de déterminer l'utilisation appropriée des antibiotiques. C'est une tâche très complexe pour laquelle nous menons des audits avec des équipes de spécialistes. Il n'existe pas de définition normalisée de l'utilisation appropriée. Cela dépend du contexte et même les spécialistes qui ont des antécédents et des pratiques semblables ne s'entendent pas toujours sur la question.

Ces défis recèlent toutefois des occasions qui pourraient intéresser le Canada, car il utilise un système à payeur unique. Nous avons harmonisé les pratiques cliniques entre les provinces et nous disposons d'une communauté dynamique de spécialistes des maladies infectieuses. Nous avons donc la possibilité d'élaborer des définitions et des approches pragmatiques pour évaluer la qualité des ordonnances. Nous pourrions passer des normes d'accréditation qualitatives à des mesures quantitatives évolutives qui permettraient d'évaluer la qualité des ordonnances et l'efficacité des programmes.

• (1605)

Je vais m'arrêter ici. Je répondrai avec plaisir à vos questions.

Je vous remercie.

La présidente: Je vous remercie, docteure Semret.

Nous entendrons maintenant notre dernière témoin, mais non la moindre. Il s'agit de Mme Neudorf, qui est une patiente partenaire.

Vous avez la parole, madame Neudorf. Vous avez cinq minutes.

Kim Neudorf (patiente partenaire, Patients pour la sécurité des patients du Canada): Je vous remercie, madame la présidente et membres du Comité, de me donner l'occasion de m'exprimer aujourd'hui.

Je représente Patients pour la sécurité des patients du Canada, un organisme sans but lucratif dirigé par des bénévoles qui représente les personnes qui ont subi des préjudices dans notre système public de soins de santé. Nous considérons la résistance aux antimicrobiens, la septicémie et les infections liées aux soins de santé comme des enjeux relatifs à la sécurité des patients qui entraînent des répercussions physiques, psychosociales et culturelles.

L'organisme Patients pour la sécurité des patients du Canada est un allié de taille dans la lutte contre les infections liées à la résistance aux antimicrobiens à l'échelle nationale et mondiale. Nous collaborons à la recherche, nous contribuons à l'élaboration de normes nationales et de ressources publiques, nous sensibilisons la population et les professionnels et nous participons aux discussions sur les politiques. Nous acceptons toutes les demandes de participation à des initiatives liées à la résistance aux antimicrobiens.

Avec l'autorisation de la famille concernée, je vais vous raconter l'expérience d'une patiente qui illustre la profonde tragédie humaine qui se cache derrière les considérations scientifiques, ainsi que le fardeau clinique, économique et psychosocial de la résistance aux antimicrobiens.

Une personne de 70 ans en bonne santé a subi une simple fracture du pied. Après deux jours, elle a commencé à ressentir une douleur intense sous son plâtre, accompagnée de changements inquiétants au niveau de ses signes vitaux et de ses fonctions cognitives. Lorsque le plâtre a été retiré, on s'est rendu compte que son pied était gravement infecté et elle a finalement reçu un diagnostic de septicémie. Le SARM, l'agent pathogène résistant aux antimicrobiens le plus courant dans le milieu des soins de santé, a été identifié. Le SARM est connu pour provoquer des infections persistantes des plaies et, dans les cas les plus graves, des infections sanguines potentiellement mortelles. La patiente a dû être hospitalisée pendant 419 jours. Elle a perdu son pied et a échappé de justesse à l'amputation de son bras. La septicémie est réapparue, comme c'est souvent le cas, et au bout du compte, le SARM et la septicémie lui ont coûté la vie.

On estime que les coûts de santé liés à ce cas dépassent les 750 000 \$. Cette personne n'a jamais reçu de prothèse, mais un pied artificiel peut coûter 15 000 \$ et une main artificielle peut coûter jusqu'à 250 000 \$. Son mari est resté à ses côtés pendant ces 419 jours, ce qui lui a occasionné des frais d'hébergement, de nourriture et d'essence, et il n'a pas pu retourner au travail.

Les membres de Patients pour la sécurité des patients du Canada entendent des récits de stigmatisation et de préjudice. Nous y voyons une occasion d'améliorer la qualité des soins. Les expériences vécues par les patients et les résidents recoupent les cinq piliers du plan d'action. Cette perspective unifie l'objectif du plan en mettant l'accent sur le patient, la famille et la communauté. Nos recommandations permettront d'aider la population, d'atténuer la détresse morale et l'épuisement professionnel des travailleurs de la santé et de réduire les coûts liés aux soins de santé.

De nombreux organismes de la société civile qui se consacrent à la résistance aux antimicrobiens éprouvent des difficultés financières. C'est la raison pour laquelle, dans le cadre de notre première recommandation, nous demandons au gouvernement du Canada de créer des subventions destinées aux organismes qui représentent les patients comme Patients pour la sécurité des patients du Canada et le Comité consultatif des patients de Sepsis Canada, afin de nous permettre de poursuivre notre travail collaboratif.

Les autres recommandations portent sur la mobilisation et l'habilitation axées sur la personne. Avec tout le respect que je vous dois, aucune mesure de soutien à cet égard n'est clairement indiquée dans le plan d'action.

La deuxième recommandation consiste à renforcer la promotion de la santé, la prévention des infections et la reconnaissance précoce de la septicémie par les patients dans une optique d'équité. Si 750 000 \$ peuvent être consacrés à des traitements importants, le même investissement peut-il être consacré à des programmes communautaires qui encouragent des choix et des conditions de vie sains, ainsi qu'à renforcer notre capacité à prévenir les infections à domicile et dans les hôpitaux? Les patients et les résidents ne s'attendent pas à quitter un établissement de santé dans un état plus grave qu'à leur arrivée. Il est donc essentiel que des normes de contrôle de haute qualité soient appliquées et que les infections soient surveillées dans les établissements de santé et les lieux de soins collectifs.

La troisième recommandation consiste à mettre au point des ressources pour les patients aux prises avec une résistance aux antibiotiques, en leur fournissant des ressources accessibles et de haute qualité, car ils ont parfois l'impression d'être rejetés, stigmatisés et mal informés sur la manière de vivre avec des infections compliquées par une résistance aux antimicrobiens. Les répercussions psychosociales sur les personnes qui souffrent d'une infection liée à la résistance aux antimicrobiens ou qui vivent avec une colonisation chronique ou avec les effets d'une septicémie sont mal comprises, et il est donc nécessaire d'apporter un soutien dans ce domaine.

La quatrième recommandation consiste à sensibiliser davantage la population à la résistance aux antimicrobiens et à l'utilisation des antimicrobiens. La résistance aux antimicrobiens est un sujet technique. Nous devons renforcer nos connaissances de base en matière d'infections et d'utilisation des antimicrobiens. Cela devrait commencer dès l'école primaire et se poursuivre jusqu'à l'université. Nous devrions mesurer la distribution des ressources mises au point par Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Nous ne pouvons pas tirer des enseignements de ressources qui n'atteignent jamais la population visée. Nous devrions également mesurer l'évolution des connaissances au sein de la population au fil du temps.

La cinquième recommandation consiste à intégrer la voix des patients et les stratégies nationales en matière de résistance aux antimicrobiens, car le plan d'action actuel ne tient pas suffisamment compte du point de vue des patients et des familles. Le Comité permanent de la santé peut jouer un rôle de premier plan pour garantir que la voix des patients et des familles soit prise en compte dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques.

Je vous remercie. Vous trouverez plus de détails dans le mémoire que je vous ai remis.

• (1610)

La présidente: Je vous remercie beaucoup, madame Neudorf.

Je tiens à féliciter les témoins, car aucun d'entre eux n'a dépassé le temps imparti. C'est formidable. Certains d'entre vous ont même terminé avant la fin du temps imparti. C'est une chose que les parlementaires pourraient apprendre à faire dans certains cas.

Nous passons maintenant aux séries de questions et réponses. Il s'agit de séries de questions de six minutes, mais cela inclut les réponses. N'oubliez donc pas que vous disposez de six minutes pour poser des questions et entendre les réponses. Je vous invite donc à être aussi concis que possible.

Nous entendrons d'abord M. Bailey, pour le Parti conservateur.

Vous avez la parole. Vous avez six minutes.

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

Docteur Leung, le Canada semble accuser un retard par rapport aux autres pays du G7 en ce qui concerne l'accès aux nouveaux antimicrobiens.

Pourriez-vous nous donner des exemples précis de programmes ou de projets pilotes mis en place dans d'autres pays du G7 que le Canada pourrait reproduire pour améliorer l'accès en temps opportun?

Victor Leung: Je connais deux pays. Il y a le Royaume-Uni et l'Italie. En Italie, les patients ont accès à de nombreux antimicrobiens, mais un système de surveillance a également été mis en place afin que des contrats négociés entre le gouvernement et les fabricants comprennent des critères d'utilisation et des critères de réévaluation du programme, s'il y a des exceptions liées à une utilisation excessive.

Le Royaume-Uni a mis en place un modèle fondé sur les prix établis par contrat pour inciter les entreprises à participer au moyen d'un mécanisme d'abonnement.

Il existe d'autres exemples parmi les pays du G7, mais de toute évidence, le Canada accuse un retard par rapport à ces autres nations dans ses mécanismes d'approvisionnement et d'accès aux antimicrobiens nécessaires. Nous pouvons en tirer des leçons grâce à... Prenons l'exemple du modèle en étoile, où la surveillance serait assurée par un système décentralisé plutôt que centralisé dans le Programme d'accès spécial existant.

• (1615)

Burton Bailey: Nous avons entendu parler des avantages d'un programme national de permis d'exercice pour les professionnels de la santé. Vous préconisez une approche fédérale-provinciale harmonisée, et vous venez de parler du modèle en étoile pour les antimicrobiens à haut volume, comme pour le traitement du paludisme.

Comment le gouvernement fédéral devrait-il structurer son rôle central pour assurer un accès équitable dans toutes les provinces, compte tenu de la mobilité des patients et de la propagation rapide de la résistance?

Victor Leung: Il faut notamment veiller à ce que les hôpitaux ne soient pas aux prises avec des problèmes budgétaires lorsqu'ils ont besoin de ces antimicrobiens, car il devient très difficile pour divers hôpitaux de le faire par eux-mêmes. Tout modèle fédéral qui garantirait un accès équitable devrait tenir compte des difficultés financières auxquelles sont confrontés les hôpitaux lorsqu'ils tentent d'acquérir ces antimicrobiens.

Le deuxième critère important serait la responsabilité dans la répartition des fonds, afin que le gouvernement fédéral ait des mesures en place pour au moins une certaine surveillance ou une certaine reddition de comptes lorsque le financement est transféré aux provinces, si celles-ci adoptent un modèle décentralisé.

Burton Bailey: J'ai une dernière question.

Lors de réunions avec divers intervenants, j'ai entendu dire que le Canada est connu pour ses charges administratives excessives, notamment la paperasserie et les formalités administratives.

Quelles suggestions feriez-vous pour améliorer cette situation afin que les Canadiens puissent avoir accès aux meilleurs soins de santé possible?

Victor Leung: Nous devons moderniser certains systèmes. À l'heure actuelle, pour accéder aux médicaments du Programme d'accès spécial, ou PAS, il faut utiliser le télécopieur et le téléphone dans le système normalisé. Par la suite, les mécanismes de suivi sont désuets.

Cependant, si nous voulons créer un meilleur système de transfert d'information, il est également important de ne pas répéter les erreurs que nous avons commises dans le passé, par exemple certains des problèmes liés aux systèmes d'information que nous avons constatés pendant la pandémie de COVID. En réévaluant la façon dont les données sont transférées, à des fins tant de surveillance que d'accès, nous devons garder à l'esprit certaines des erreurs majeures que nous avons commises lors du développement des systèmes informatiques.

Burton Bailey: Merci.

La présidente: Il vous reste une minute et 15 secondes, monsieur Burton.

Burton Bailey: J'aimerais être en deçà du temps imparti, comme nos témoins.

La présidente: Bonté divine. Wow. Merci beaucoup.

Je donne la parole aux libéraux pour six minutes.

Madame Sidhu, vous avez la parole.

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

Je remercie tous les témoins de nous avoir fait part de leurs observations.

Ma première question s'adresse au Dr Bogoch.

Docteur Bogoch, vous avez dit qu'environ 70 % de la consommation mondiale d'anticorps se fait chez les animaux d'élevage, comparativement à environ 30 % chez les humains. Vous avez insisté sur l'approche « Une seule santé » et sur le fait que la résistance peut apparaître et se propager chez les humains, les animaux et dans l'environnement. D'après les données disponibles, que savons-nous de la part de la résistance aux antimicrobiens qui affecte les médicaments pour usage humain et qui est due à l'utilisation d'antibiotiques chez les humains par rapport à leur utilisation chez les animaux?

Isaac Bogoch: C'est une excellente question. Merci de l'avoir posée.

Nous en savons beaucoup, étant donné que 70 à 80 % de la consommation mondiale se fait chez des animaux. Il existe une interconnectivité intime — pardonnez-moi le terme — entre les animaux et les humains, et c'est ainsi que la résistance se propage. Si l'objectif est la prévention, mais que nous nous concentrons uniquement sur le fait que les médecins de famille ne prescrivent pas d'antibiotique pour une infection virale des voies respiratoires supérieures, nous avons échoué.

Si vous regardez où bon nombre des problèmes importants liés à la résistance aux antimicrobiens sont apparus, vous verrez que c'est à l'étranger, où des antibiotiques sont administrés aux animaux d'élevage. C'est ainsi pour que les bêtes grandissent et deviennent plus fortes, avec une masse musculaire plus importante qui se vend plus cher. Il existe des programmes internationaux visant à réduire cette pratique, mais ils ne sont pas vraiment appliqués.

Je pense que si nous voulons rentabiliser notre investissement, nous devons, en collaboration avec d'autres puissances, tirer les leviers internationaux pour garantir une utilisation moindre des antibiotiques dans ce contexte et fermer les vannes, notamment par le biais de programmes mondiaux de gestion responsable, ce qui aura un impact considérable.

• (1620)

Sonia Sidhu: Vous avez parlé gestion responsable à l'échelle mondiale. Quelles approches ou pratiques exemplaires méritent le plus d'être adaptées au contexte canadien? Que ce soit en matière de surveillance, d'accès aux médicaments ou d'innovation, où voyez-vous les lacunes les plus importantes, et comment pouvons-nous les combler?

Isaac Bogoch: Il n'y a pas vraiment de solution miracle. Il s'agit de redoubler d'efforts en matière de gestion des antimicrobiens au niveau hospitalier, ainsi qu'au niveau des consultations externes, où une grande partie des antibiotiques sont utilisés. C'est en cours.

La question porte sur la mise en œuvre. Il existe des pratiques exemplaires et des lignes directrices. L'un des problèmes, bien sûr — comme nous y avons déjà fait allusion dans certaines des conversations précédentes —, c'est que le Canada n'a pas un système de santé, mais dix. Au sein de chacun de ces dix systèmes, il existe un système hospitalier, un système ambulatoire, un système de réadaptation et un système de soins à domicile, qui ne communiquent pas entre eux. Ce sont là des obstacles très difficiles à surmonter. Bien sûr, ils peuvent être surmontés, mais encore une fois, nous avons des normes et des lignes directrices à respecter. Il y a beaucoup de travail à faire pour s'assurer que les gens respectent réellement les lignes directrices.

Sonia Sidhu: L'autre chose que vous avez mentionnée dans votre discours, c'est l'intégration de la résistance aux antimicrobiens, ou RAM, dans les investissements en matière de défense. Quelles capacités précises le Canada devrait-il financer dans une optique de sécurité? Comment le gouvernement fédéral devrait-il intégrer la RAM à la planification de la sécurité nationale et de la défense?

Isaac Bogoch: Je suis heureux que vous souleviez cette question.

Lorsque nous parlons de sécurité sanitaire, nous abordons souvent différents aspects. Il y a l'aspect santé de la sécurité sanitaire, où nous parlons de l'indépendance vaccinale, de la création de tests rapides et de l'accès aux antibiotiques. C'est ce que nous appelons parfois la sécurité sanitaire. Cependant, il y a aussi le côté sécurité de la sécurité sanitaire, comme la prévention des actes de bioterrorisme.

Il y a des acteurs malveillants. Il y a des agents bioterroristes. Certains pays ont mis au point des agents pathogènes résistants aux médicaments comme l'anthrax et le botulisme. Nous le savons. Des personnes ont essayé de voler le virus Ebola, par exemple, et c'est pourquoi la sécurité est renforcée autour de telles éclosions.

Que peut faire le Canada? Il est extrêmement important, tout d'abord, de reconnaître que le bioterrorisme est une menace réelle. Nous avons aussi un mécanisme de financement. Nous sommes conscients que nous allons dépenser beaucoup d'argent pour la sécurité. Nous pouvons comprendre qu'il s'agit d'une véritable menace à la sécurité. Cela peut aider à financer les tests rapides, les contre-mesures médicales, les vaccins et le développement de médicaments.

Ce n'est pas comme s'il y avait des budgets complètement séparés pour la santé et la sécurité. Ils sont étroitement liés. Lorsque vous améliorez la sécurité, vous pouvez en tirer des avantages sur la santé, et vice versa.

Sonia Sidhu: Docteur Leung, dans votre témoignage précédent, vous avez souligné que même si le Canada dispose de plusieurs systèmes de surveillance des antimicrobiens, notre principal problème est la fragmentation, dans la mesure où les données ne sont pas regroupées dans tous les contextes d'une manière opportune.

Aujourd'hui, je vois que tout le monde parle de données opportunes et exploitables. Vous avez souligné ce problème en particulier pour la surveillance hospitalière, où les rapports peuvent être obsolètes et ne pas soutenir la planification. Que devrait-on faire pour améliorer le système?

Victor Leung: Nous devons réexaminer les systèmes actuellement en place et comprendre leurs structures de gouvernance, ainsi que leurs obligations en matière de reddition de comptes, afin d'améliorer la transparence et de mieux comprendre les raisons des retards dans le partage des données. Nous devons également déterminer quel est le rôle, une fois que l'information est reçue, pour garantir l'accessibilité afin d'éclairer les pratiques et de mesurer les impacts des programmes.

À l'heure actuelle, par exemple, si je voulais comprendre la résistance à la gonorrhée au Canada alors que nous mettons en œuvre un programme en Colombie-Britannique, il serait très difficile d'obtenir des données non seulement pour la Colombie-Britannique, mais aussi pour d'autres provinces. Ce n'est pas à des fins de recherche. C'est pour mettre en œuvre le programme et comprendre les interventions contre la RAM.

La présidente: Merci beaucoup, madame Sidhu.

Je donne maintenant la parole à M. Blanchette-Joncas.

Vous avez six minutes.

• (1625)

[Français]

Maxime Blanchette-Joncas (Rimouski—La Matapédia, BQ): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je salue les témoins qui sont parmi nous aujourd'hui. Je salue également mes collègues. C'est un honneur et un plaisir pour moi de me joindre à ce comité. Nous espérons avoir beaucoup de collaboration et de succès dans les travaux de ce comité.

Docteur Weiss, est-ce que le sous-financement fédéral en santé publique, en prévention et en surveillance limite concrètement la capacité des hôpitaux québécois à prévenir et à contrôler efficacement la résistance antimicrobienne?

Karl Weiss: Je pense que le défi principal, c'est la fragmentation du système dans son ensemble, à l'échelle du Québec, mais aussi à l'échelle du Canada. En ce qui concerne le Québec, par exemple — mais c'est aussi vrai dans les autres provinces, comme certains de mes collègues l'ont déjà dit —, il y a une espèce de dichotomie entre ce qu'on appellerait les patients hospitalisés, donc le milieu hospitalier, et le milieu externe. Ça, c'est le premier point. On sait très bien, par exemple, que la majorité des antibiotiques sont consommés en milieu externe.

La deuxième chose, c'est qu'il existe aussi une fragmentation entre le milieu animal et le milieu humain. Nous avons parlé de cet aspect. Il y a des collaborations ponctuelles. Je connais bien, par

exemple, mes collègues du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, comme je connais aussi mes collègues d'Agriculture Canada. Au passage, ces derniers font un excellent travail, je dirais même parfois meilleur, qu'en santé humaine, jusqu'à un certain point. Toutefois, ce sont des collaborations souvent universitaires, ponctuelles, limitées, en quelque sorte.

Je dirais qu'il y a, à l'échelle canadienne, mais aussi à l'échelle québécoise, un manque d'intégration quant au suivi de la consommation d'antibiotiques en temps réel et à la mise en place de systèmes informatiques qui nous permettraient de voir rapidement ce qui pourrait aller mal. Je vous dirais que le problème majeur que nous avons, au Canada, c'est ce que nous représentons comme marché de la consommation de médicaments à l'échelle internationale. Nous sommes un petit marché de 2 % qui est en train de se rétrécir du fait qu'il existe d'autres marchés émergents. Il n'y a pas de compagnie canadienne ou québécoise majeure ni de multinationale qui produise des antibiotiques. Nous avons souvent des filiales qui dépendent de l'étranger, et donc, du bon vouloir de l'étranger, par exemple en matière d'investissement et de recherche. Il y a parfois des débats et des combats à l'intérieur même du Canada pour attirer ces compagnies étrangères. Parfois, finalement, c'est de la surenchère entre les provinces pour essayer d'avoir quelqu'un qui vient de l'extérieur, alors qu'il n'y a pas de joueurs locaux majeurs qui pourraient prendre le relais.

Un des problèmes avec tout ça, et nous l'avons vu durant la pandémie de COVID-19, c'est que nous sommes très dépendants du bon vouloir des autres. Donc ça, c'est un point important à corriger pour l'avenir en ce qui concerne le marché canadien. Il y a eu, par exemple, une compagnie qui a essayé de produire les 100 médicaments les plus importants au Canada, advenant un problème de production locale. Je pense que, ça, c'est important de le voir. Donc, je dirais, comme beaucoup de mes collègues l'ont déjà dit, qu'il y a une fragmentation du réseau canadien de surveillance et de recherche.

Souvent, comme mon collègue Gerry Wright l'a mentionné auparavant, il y a au Canada et au Québec de très bonnes équipes de recherche, mais elles sont fragiles. Mon collègue Michel G. Bergeron, au CHUL de Québec, a été un des pionniers en matière de résistance aux antibiotiques au Canada. Souvent, il travaille en vase relativement clos. Pour pouvoir émerger sur la chaîne internationale, les chercheurs doivent souvent se mettre à collaborer avec des organismes à l'extérieur du pays, justement à cause de la difficulté de travailler à l'intérieur.

Donc, je connais très bien mes collègues, notamment le docteur Leung. Nous avons travaillé ensemble.

Maxime Blanchette-Joncas: Docteur Weiss, je dois poursuivre, car le temps file, mais ça répond quand même à ma question. Écoutez, je comprends ce que vous me dites. Je l'ai déjà entendu: on est trop dépendant.

Je me permets quand même de rappeler quelque chose de fatal, mais qui est la réalité: le Canada est le seul pays du G7 qui a été incapable de produire son propre vaccin contre la COVID-19. Ce n'est pas parce qu'on n'a pas de talent, mais parce qu'on a sous-investi. Dans les 20 dernières années, de 2000 à 2020, on a été le seul pays du G7 à réduire les investissements en recherche et développement. Alors, ce que vous me dites, je l'ai déjà entendu et je l'analyse.

Vous avez parlé des grandes compagnies pharmaceutiques. Elles étaient toutes présentes dans la grande région de Montréal au début des années 2000. Alors, je tente de faire une corrélation. Si on veut réduire la dépendance envers les grandes entreprises pharmaceutiques étrangères et si on veut avoir notre propre chaîne d'approvisionnement, il faut avoir un plan d'action solide en matière d'innovation. Or, ce que je remarque, c'est que le Canada est en queue de peloton. C'est bien beau d'avoir une meilleure coordination mais, quand on n'a pas d'investissements en recherche et développement, il est plus difficile d'attirer des fournisseurs et des producteurs de vaccins.

• (1630)

Karl Weiss: Alors, je dirais deux choses. En effet, si on regarde les pays du G7, le Canada est probablement celui qui a le moins d'investissements, de façon globale, sur le plan de la recherche par rapport au produit national brut. Donc, il y a assurément une amélioration à apporter.

D'un autre côté, en ce qui concerne les vaccins pour la COVID-19, on pourrait aussi dire que, finalement, le seul pays qui a réussi — c'est une question d'investissement et d'argent —, ça a été les États-Unis, parce que ni la France, ni la Grande-Bretagne, ni l'Allemagne, ni l'Italie n'ont réussi à créer des vaccins, et que tout le monde au bout du compte a été dépendant des États-Unis.

Cependant, à la limite, ce que je vous dirais, c'est que, si on voulait augmenter les investissements en recherche par rapport au produit national brut, ce qui toucherait, entre autres, les sciences de la santé, avec la population qui est vieillissante, et compte tenu de ce que le Dr Bogoch a mentionné tout à l'heure, avec raison, sur les menaces stratégiques qui pèsent sur le Canada et le Québec, il faudrait en effet avoir plus d'investissements, y compris dans le diagnostic rapide, la production et la capacité logistique. J'ajouterais même qu'il ne s'agit pas juste des vaccins, mais aussi de tout ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections, ce qui a fait défaut durant la COVID-19, par exemple les masques. On pourrait penser à d'autres matériaux.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, docteur.

Nous allons maintenant passer au deuxième tour. Les intervenants auront cinq minutes.

Je tiens à ce que notre nouveau député du Bloc sache que vous disposerez de six minutes pour ce tour-ci, car nous avons une séance complète de deux heures. Lors des réunions de deux heures, vous avez deux interventions de six minutes. Le Comité a décidé de se montrer très coopératif, et vous avez six minutes au deuxième tour.

Nous allons passer au deuxième tour, avec Mme Konanz, du Parti conservateur.

Madame Konanz, vous avez cinq minutes.

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

Ma première question s'adresse au Dr Weiss.

Vous avez beaucoup parlé de la surutilisation des antibiotiques. Vous avez mentionné qu'ils sont vendus sans ordonnance dans d'autres pays. Ils sont de moins en moins distribués ici, au Canada. Lorsqu'ils voyagent, les gens font des réserves d'antibiotiques étant

donné qu'ils peuvent les acheter. Qui sait? Certains peuvent être contrefaits, mais ils font des réserves et les ramènent.

Qu'avez-vous à dire à ce sujet, et dans quelle mesure est-ce un problème?

Karl Weiss: En fait, vous soulevez une question très intéressante. Dans quelle mesure est-ce un problème? Nous ne le savons pas vraiment puisque nous ne surveillons pas ce genre de choses.

Il y a certainement des gens qui les ramènent de leur plein gré ou non. Parfois, c'est simplement parce qu'ils ont acheté des antibiotiques à l'extérieur du pays et qu'ils les rapportent ici. C'est certainement un problème.

Le problème au Canada, c'est que nous faisons partie de ce village planétaire ayant trait à l'utilisation des antibiotiques. Je dis toujours aux gens que les maladies infectieuses sont la seule spécialité en médecine où tout ce qui se passe à l'autre bout du monde a une incidence sur vous. Je dis à mes patients que si leur voisin a le diabète, c'est dommage, mais ce diagnostic n'aura pas d'incidence directe sur eux. Si leur voisin est atteint d'Ebola, ils se demanderont immédiatement à quand remonte leur dernier contact. Il est évident que les maladies infectieuses peuvent se transmettre aux personnes. Peu importe ce qui se passe en Asie, en Afrique, en Amérique du Sud, en Europe ou ailleurs, vous pouvez ramener une résistance avec vous.

En fait, je pense qu'une étude a été menée en Suisse et une autre en Suède, dans le cadre desquelles on a décidé de prélever des échantillons sur des touristes qui étaient partis à l'étranger et qui revenaient. On leur a demandé de fournir un échantillon de selles. On leur a demandé de s'assurer qu'ils étaient en bonne santé et que rien ne s'était passé pendant leur voyage. Environ 25 % de ces personnes étaient porteuses de bactéries résistantes dans leur intestin. Évidemment, ces bactéries ne sont pas déclarées aux douaniers lorsque les gens reviennent, mais elles voyagent comme un cheval de Troie, et elles entrent au pays, où elles peuvent créer des problèmes.

Nous le constatons tous les jours dans notre hôpital, par exemple, chez les jeunes femmes en santé qui reviennent du sous-continent indien avec des infections simples comme la cystite, une infection de la vessie qui est parfois causée par un antibiotique très résistant. Nous devons leur administrer des antibiotiques par voie intraveineuse, avec toutes les conséquences logistiques, monétaires, et ainsi de suite.

Je dirais que le flux d'antibiotiques ramenés au pays est peut-être marginal. Je ne connais pas la réponse, car personne ne se penche attentivement sur cette question. Oui, cela pourrait être un problème dans certains cas. Je pense que le fait que les gens voyagent et ramènent des micro-organismes résistants fait aussi partie du portrait d'ensemble.

• (1635)

Helena Konanz: Merci. C'est une réponse très intéressante.

Ma prochaine question s'adresse à Kim Neudorf.

Comment évaluez-vous la capacité actuelle du gouvernement fédéral à agir de toute urgence pour introduire ou mettre au point de nouveaux médicaments pour le Canada? Est-ce encore trop bureaucratique, de votre point de vue?

Kim Neudorf: D'après tout ce que j'ai entendu de la part des experts et des personnes présentes aujourd'hui, la situation semble effectivement problématique. C'est compliqué.

Je lisais récemment un article sur la résistance aux antimicrobiens entourant la gonorrhée. Il existe actuellement aux États-Unis un médicament différent qui n'appartient pas à la famille des antibiotiques. Deux médicaments différents sont prêts et disponibles, alors qu'ici, au Canada, je crois comprendre que nous avons augmenté la dose d'antibiotique pour essayer de freiner cet organisme résistant.

Helena Konanz: Je suis désolée de vous interrompre. Je pense qu'il ne me reste que peu de temps. J'aimerais simplement poser une question complémentaire.

Je représente une région du pays où l'accès des patients aux soins de santé n'est pas uniforme. Nous avons littéralement des salles d'urgence qui ferment soudainement au moins une journée par mois.

Vous parlez des questions de sécurité des patients dans tous les domaines, y compris la résistance aux antimicrobiens et la prévention des infections. Que pensez-vous du danger que représente la fermeture des salles d'urgence dans ma région et dans tout le pays?

Kim Neudorf: C'est très préoccupant, et je pense que la situation incite une partie du public à faire un usage abusif des médicaments antimicrobiens. Nous pouvons examiner l'accès sous différents angles, et pas seulement celui des salles d'urgence bondées. Cette réalité nous poussera à stocker ou à accumuler des médicaments et à n'en prendre qu'une partie, afin de pouvoir les utiliser lorsque nous pensons en avoir besoin. Nous les mettons sur nos tablettes et les utilisons après cinq ans.

La présidente: Madame Neudorf, pouvez-vous conclure, s'il vous plaît?

Kim Neudorf: C'est parce que nous ne voulons pas passer cinq heures dans une salle d'urgence. Bien sûr, il y a aussi d'autres problèmes liés à la septicémie; peut-être restons-nous trop longtemps chez nous alors que nous avons besoin d'un antibiotique pour traiter le problème en question.

La présidente: Nous passons maintenant à M. Eyolfson. Vous avez cinq minutes, s'il vous plaît.

Doug Eyolfson (Winnipeg-Ouest, Lib.): Merci à tous d'être venus.

Docteur Bogoch, vous avez dit que 80 % des antimicrobiens sont utilisés chez les animaux et qu'une grande partie est ajoutée à leur alimentation pour favoriser leur croissance.

J'ai déjà posé cette question à plusieurs reprises, mais je n'ai jamais obtenu de réponse vraiment satisfaisante. Chez les humains, on ne peut pas obtenir d'antibiotiques pour une personne sans consulter un médecin et avoir une ordonnance, du moins au Canada. Le médecin a vraisemblablement diagnostiqué une infection, puis il prescrit l'antibiotique, qui vous est remis.

Pourquoi n'y a-t-il pas un contrôle similaire sur la distribution des antibiotiques dans le secteur agricole? Comment les gens se les procurent-ils alors qu'ils sont soumis à des restrictions strictes pour l'usage chez l'homme?

Isaac Bogoch: C'est un excellent point.

Pour commencer, je ne vais pas faire de commentaires sur les pratiques vétérinaires au Canada. Je ne connais tout simplement pas la réponse à cette question.

À l'échelle mondiale, comme l'a mentionné l'un des autres intervenants, il n'est pas nécessaire d'avoir une ordonnance. Ces médicaments sont facilement accessibles. Ils sont disponibles dans le commerce et sont utilisés en masse dans le secteur agricole et dans le domaine de la santé humaine. Il suffit littéralement d'entrer dans une pharmacie, d'écrire quelque chose sur une serviette en papier, de demander au pharmacien le médicament que vous voulez, et il vous le vendra. Ce n'est pas seulement une pratique individuelle. Malheureusement, c'est une pratique à grande échelle dans plusieurs pays d'Asie et d'Afrique. Ce n'est possible ni en Amérique du Nord, où nous avons des contrôles réglementaires stricts, ni en Europe.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la résistance aux médicaments se développe et nous assistons à la propagation d'organismes antimicrobiens dangereux par l'entremise des personnes qui voyagent ou qui font des échanges commerciaux. Par exemple, le New Delhi métallo-bêta-lactamase, ou NDM-1, a vu le jour en Inde. Il y a aussi la résistance à la colistine mobilisée, ou MCR-1, qui est apparue en Chine. Ces résistances se sont répandues partout dans le monde.

• (1640)

Doug Eyolfson: Merci.

Du point de vue canadien, cette pratique est-elle toujours autorisée ou a-t-elle été restreinte au pays?

Isaac Bogoch: Elle est extrêmement restreinte au Canada. Je ne connais pas tous les détails des restrictions, mais je sais que nous ne donnons pas d'antibiotiques au bétail au Canada...

Doug Eyolfson: D'accord. Merci. C'est bon à savoir. C'était une partie importante de la question.

À votre connaissance, y a-t-il des organismes internationaux qui essaient de mettre en place une stratégie mondiale à cet égard? L'Organisation mondiale de la santé travaille-t-elle sur ce dossier? L'ONU y travaille-t-elle?

Isaac Bogoch: Oui.

Il existe un programme appelé GLASS — le Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de l'utilisation des antimicrobiens — qui est géré par l'OMS, et le CDC gère un programme appelé réseau mondial de laboratoires et d'intervention contre la résistance aux antimicrobiens.

Comme nous l'avons vu au cours des 12 derniers mois environ, l'OMS a été durement touchée lorsque les principaux bailleurs de fonds se sont retirés. Elle n'est tout simplement pas en mesure d'offrir les mêmes programmes qu'auparavant. Elle est en quelque sorte en mode de réorganisation en raison de l'important manque de financement.

Il est certain qu'aux États-Unis, le CDC subit également des changements importants.

Beaucoup de bailleurs de fonds et d'acteurs mondiaux sont... Ces programmes ne fonctionneront plus aussi efficacement qu'auparavant, malgré le fait qu'il s'agit d'un problème croissant.

Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Savez-vous quel changement a été apporté au financement, en particulier la part des États-Unis? Savez-vous quelle proportion du budget de l'OMS était consacrée à ces programmes lorsque les États-Unis la finançaient, et quelle est la proportion maintenant depuis qu'ils ont cessé de le faire?

Isaac Bogoch: On a annoncé hier que les États-Unis s'étaient retirés de l'OMS. Je crois qu'il s'agissait d'un financement d'environ 100 millions de dollars par année, ce qui est considérable. Le budget de l'OMS n'est pas très important, malgré son très vaste mandat.

Doug Eyolfson: Oui.

Isaac Bogoch: Elle manque déjà de fonds quand tout va bien. Le retrait d'un grand donateur pose un grave problème pour la santé publique mondiale.

Doug Eyolfson: Merci.

Docteur Leung, je vais vous poser une question très rapidement. Vous avez parlé des vaccins. Les maladies virales comme la grippe peuvent entraîner des infections bactériennes secondaires. Le Canada a un énorme problème en raison de la baisse des taux de vaccination. Étant donné qu'il y a souvent des infections bactériennes secondaires, diriez-vous que cette baisse contribue à la résistance aux antimicrobiens?

Victor Leung: De manière générale, lorsque les taux de vaccination diminuent, selon le type de vaccin, cela contribue assurément à la résistance aux antimicrobiens. Un exemple précis est le vaccin *Streptococcus pneumoniae*, contre la bactérie qui est la cause la plus courante de pneumonie bactérienne. Cela mène à des infections invasives.

La raison pour laquelle les taux de vaccination sont faibles n'est pas nécessairement liée à une réticence à se faire vacciner, mais plutôt à la façon dont la santé publique distribue les vaccins dans les provinces. Quand on examine les possibilités qu'ont les gens de se faire vacciner lorsqu'ils interagissent avec le système de santé, il n'y a pas qu'au sein de la communauté. Les grandes lacunes se trouvent du côté des possibilités de vaccination dans les hôpitaux et de la façon dont cela s'inscrit dans la gamme de soins, car il y a des problèmes d'accès même quand les gens veulent se faire vacciner. L'accès est l'un des problèmes importants auxquels il faut remédier lorsqu'on pense aux vaccins et à la résistance aux antimicrobiens.

La présidente: Merci, docteur Leung.

Je vais rappeler aux députés de ne pas poser une question difficile qui appelle une réponse longue lorsqu'il ne leur reste que 15 secondes.

Je donne maintenant la parole à M. Blanchette-Joncas pendant six minutes. Allez-y, je vous prie.

[Français]

Maxime Blanchette-Joncas: Merci beaucoup, madame la présidente.

Je poursuis avec vous, docteur Weiss.

Dans son rapport intitulé « Perturbations à l'horizon », publié en 2024, le centre Horizons de politiques Canada du gouvernement a souligné que la résistance aux antimicrobiens est désormais la première cause de mortalité à l'échelle mondiale. Donc, on le sait, c'est un phénomène qui perturbe déjà les systèmes alimentaires et qui accroît aussi les coûts pour les producteurs chargés d'assurer la santé des animaux et des plantes. Il y a urgence d'agir.

J'ai aussi aimé ce que vous avez dit un peu plus tôt, alors que vous parliez de fragmentation. Selon les données que j'ai de mon côté, en 2020, c'était 82 % des antimicrobiens vendus au Canada qui étaient destinés aux animaux. Alors, vous comprenez que, pour les humains, il n'en reste pas beaucoup.

J'aimerais entendre vos commentaires concernant ces faits et j'aimerais que vous me communiquiez votre expertise et votre analyse.

• (1645)

Karl Weiss: En effet, l'utilisation des antibiotiques dans le monde animal se fait d'abord dans un contexte économique, c'est-à-dire pour favoriser une croissance plus rapide des animaux de façon à ce qu'ils atteignent un poids plus rapidement afin qu'ils soient vendus. Il y a aussi quand même un certain avantage à utiliser ces produits. On peut avoir une pensée philosophique sur quel type d'agriculture on veut avoir, mais je vous donne l'exemple suivant. Si vous avez un élevage d'un million de poulets, mais que vous ne leur donnez pas d'antibiotiques, il peut y avoir une éclosion, une mortalité très rapide et des pertes économiques. Donc, il y a aussi une espèce d'équilibre avec l'utilisation des antibiotiques.

Il faut dire qu'au Canada, il y a quand même une bonne réglementation, dans le sens que les animaux sont sevrés avant d'être envoyés à l'abattage. Les gens se demandent s'ils vont manger des antibiotiques. Je ne suis pas vétérinaire, mais, pour avoir parlé à certains de mes collègues, on arrête l'utilisation des antibiotiques un certain temps avant l'abattage. De plus, la cuisson va, aussi, dénaturer les antibiotiques, qui sont des molécules souvent très facilement thermolabiles. Donc, tout ça mis ensemble, on peut dire qu'il y a quand même une certaine structure qui existe au Canada.

Des pays comme le Danemark, par exemple, ont essayé d'aller plus loin dans la diminution de l'utilisation des antibiotiques dans le monde agricole, surtout pour l'élevage de porcs. Ça a réussi de façon, on va dire, mitigée, mais il y a quand même eu certaines avancées. Donc, oui, il y a beaucoup plus d'antibiotiques utilisés dans le monde animal que dans le monde humain. Évidemment, les objectifs sont différents, parce que chez les humains, c'est pour une raison thérapeutique. Chez les animaux, par contre, c'est pour une raison économique, sauf pour une très petite partie, les animaux domestiques comme les chats et les chiens, pour lesquels on utilise aussi des antibiotiques pour des raisons thérapeutiques, comme chez les humains.

Donc, il y a certainement une amélioration à apporter au monde agricole mais, là encore, on est très dépendant des mouvements et des flux agricoles dans le monde. On parle beaucoup des animaux. Il ne faut pas oublier qu'il y a aussi beaucoup d'antibiotiques qui sont utilisés en aquaculture. Donc, lorsque vous allez acheter, par exemple, des crevettes qui viennent de certains endroits dans le monde, énormément d'antibiotiques ont pu être utilisés. Je ne sais pas comment est fait le contrôle au Canada, mais est-ce qu'on a un contrôle là-dessus? Il faudrait certainement essayer d'avoir un expert dans ce domaine-là pour savoir si, par exemple, les crevettes d'aquaculture qui arrivent d'autres pays dans le monde ont été nourries d'antibiotiques et jusqu'à quel point, parce que ça a certainement un impact potentiel sur notre environnement.

Maxime Blanchette-Joncas: Docteur Weiss, si vous me permettez, je vais poursuivre sur des choses que vous connaissez certainement: ce qui se passe dans nos hôpitaux. Vous savez, quand une infection résistante ne répond plus au traitement standard, vous comprenez que les hospitalisations sont plus longues et que ça mobilise davantage de ressources. Selon vous, est-ce que la résistance antimicrobienne contribue déjà à la congestion des lits et à la pression sur le réseau hospitalier, notamment québécois?

Karl Weiss: Certainement. Comme vous le savez, on a une population de plus en plus âgée. On a des gens chez qui on fait de plus en plus d'interventions, et à un âge de plus en plus avancé. C'est vrai au Canada et c'est vrai partout, dans toutes les provinces. Je dis souvent qu'aujourd'hui, on garde des gens hémodialysés jusqu'à 90 ans et plus, donc avec toutes les complications potentielles de la dialyse et les risques d'infection par des bactéries résistantes dans ce groupe-là. Toutefois, c'est la même chose avec des gens qui subissent des chirurgies complexes, et c'est la même chose avec des gens qui reçoivent de la chimiothérapie.

Donc, assurément, le coût de la résistance aux antibiotiques est qu'elle va augmenter les durées de séjour. Ça, on le sait. Il y a des études canadiennes et québécoises qui l'ont démontré. On sait que ça va augmenter le coût d'utilisation des antibiotiques et que ça va donc coûter plus cher de traiter ces gens. On sait évidemment que ça peut aussi avoir un impact sur la mortalité.

Donc, tous les risques de l'antibiorésistance pour les patients les plus vulnérables du système sont là où, justement, les conséquences sont les plus graves. En effet, prenez par exemple l'antibiorésistance dans les otites. Si vous prenez de jeunes enfants en bonne santé, l'impact, c'est principalement qu'ils vont prendre d'autres antibiotiques, mais l'impact va être relativement limité. Si vous prenez un patient dialysé qui doit recevoir des antibiotiques et qui a une résistance aux antimicrobiens, on parle peut-être d'une septicémie ou d'un décès.

Maxime Blanchette-Joncas: Docteur Weiss, le mot important que vous avez prononcé dans votre première intervention, à la suite de mes premières questions, c'est le mot « prévention ». J'ai l'impression qu'elle est sacrifiée, présentement, avec les choix financiers qu'on doit faire. Donc, d'un point de vue clinique, est-ce que vous avez l'impression que la prévention et la surveillance sont encore les parents pauvres du financement malgré leur efficacité reconnue pour éviter des complications coûteuses?

• (1650)

Karl Weiss: Assurément. Vous savez, pour la prévention, dans un système qui est en déficit constant, il est toujours difficile de voir ça comme un investissement rentable a priori. C'est souvent vu comme une dépense plutôt qu'autre chose.

L'exemple le plus facile, ce sont les bons vaccins contre le pneumocoque. Heureusement qu'on les administre en pédiatrie dès la naissance. Ça a pris du temps avant de les offrir gratuitement aux personnes âgées, parce que ça coûtait trop cher, alors que, souvent, chez les personnes âgées, les septicémies à pneumocoque, ça peut avoir un effet mortel. C'est donc un exemple concret de l'expression « deux poids, deux mesures ».

Oui, il faudrait investir dans la prévention et dans le diagnostic rapide, tout à fait.

[Traduction]

La présidente: Merci; le temps est écoulé.

Je donne maintenant la parole à M. Viersen, du Parti conservateur, pendant cinq minutes.

Arnold Viersen (Peace River—Westlock, PCC): Merci, madame la présidente.

Je lisais la biographie de M. Wright, alors mes questions s'adressent à lui.

Monsieur Wright, mes questions portent non seulement sur la prévention, mais aussi sur le traitement. Au cours des dernières années, nous avons eu le réflexe d'utiliser des surfaces dures comme le plastique et l'acier inoxydable, et nous nous rendons compte maintenant que les bactéries peuvent y vivre très longtemps. Nous avons abandonné d'autres produits, comme le bois, l'argent et le laiton, et nous découvrons maintenant qu'ils sont très antibactériens. J'aimerais savoir ce que vous pensez de l'utilisation de ces matériaux dans la construction des hôpitaux, par exemple.

De plus, je représente une circonscription où l'on produit environ le quart du miel au Canada, et mes apiculteurs disent qu'ils ont une solution contre certaines de ces superbactéries, soit la propolis fabriquée par les abeilles. Savez-vous si elle est utilisée dans le milieu médical? Les apiculteurs disent-ils la vérité lorsqu'ils me disent qu'ils ont une solution pour éliminer certaines de ces superbactéries?

Monsieur Wright, allez-y.

Gerry Wright: Je vous remercie.

Permettez-moi d'abord d'esquiver la dernière question et de dire que vos apiculteurs disent sans aucun doute la vérité, mais je ne connais pas grand-chose à ces composés. Les abeilles sont des animaux sociaux, mais elles sont très vulnérables aux infections, alors elles produisent très souvent beaucoup de composés intéressants, ou sont associées à des organismes qui produisent des composés antimicrobiens intéressants.

Le domaine que je connais le mieux est celui des fourmis champignonnières, qui récoltent et intègrent dans leurs squelettes des bactéries productrices d'antibiotiques afin de pouvoir se protéger. Je ne serais pas surpris que vos apiculteurs aient raison. Je ne peux pas dire, toutefois, si c'est une solution pour d'autres que les abeilles.

En ce qui concerne votre première question sur les surfaces, c'est un point vraiment important. On pense que les bactéries se développent dans une solution, puis se divisent, mais un aspect de l'état physiologique très important des bactéries est ce qu'on appelle les biofilms. En fait, la plupart des bactéries dans le monde se trouvent probablement sous la forme de biofilms. Elles sont intégrées dans des matrices de sucre qui forment ce qui ressemble presque à un voile. Elles se collent aux surfaces, et lorsqu'elles se collent à ces surfaces et entrent dans cet état physiologique, elles sont très résistantes aux antibiotiques et très difficiles à éliminer, et elles peuvent se détacher. C'est pourquoi l'insertion des cathéters, par exemple, mène souvent à des infections chroniques, parce que les bactéries forment des biofilms autour du plastique.

Le problème que pose l'utilisation d'autres matériaux comme le bois et des métaux comme l'argent et le laiton, qui ont des propriétés antibiotiques bien connues, en est vraiment un d'ordre pratique. Il est difficile d'imaginer une façon de procéder pour de nombreux appareils à demeure utilisés chez les humains. La plupart du temps, il est beaucoup plus facile de les retirer et de les jeter, mais je tiens à souligner que, souvent, les appareils à demeure importants comme les joints artificiels sont fabriqués à partir de métaux lourds comme le titane parce qu'ils ont des propriétés antimicrobiennes inhérentes.

Pour conclure la réponse à la première partie de votre question, certaines surfaces sont toujours considérées comme des moyens de prévenir les infections, mais il est très difficile de trouver un équilibre par rapport au coût.

• (1655)

La présidente: Il vous reste 39 secondes.

Arnold Viersen: Je vais revenir à M. Wright et lui poser une question sur la perception du public. On pense qu'une surface en bois est probablement plus sale qu'une surface en acier inoxydable. Il faudrait sans doute changer notre façon de penser à cet égard. Avez-vous des commentaires à ce sujet?

Gerry Wright: Honnêtement, je n'ai pas l'expertise nécessaire pour le dire avec certitude. Pendant mes études secondaires, j'ai travaillé dans la cuisine d'un hôpital...

Arnold Viersen: Pourriez-vous nous aiguiller vers quelqu'un qui aurait une certaine expertise en la matière?

La présidente: Étant donné que votre temps est écoulé, monsieur Viersen, nous allons voir si quelqu'un veut ajouter cela à sa question.

Je donne maintenant la parole aux libéraux.

Madame Jaczek, vous avez cinq minutes.

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

Merci à tous les témoins.

Monsieur Wright, j'aimerais commencer par vous. Vous avez parlé des incitatifs en aval et en amont, et j'aimerais approfondir un peu en particulier le rôle du gouvernement fédéral.

L'une des suggestions entendues aujourd'hui était que les IRSC — les Instituts de recherche en santé du Canada — créent un volet particulier sur la résistance aux antimicrobiens. Considérez-vous, pour ce qui est des incitatifs en amont, qu'il s'agit d'une bonne recommandation pour faire avancer la recherche?

Deuxièmement, pour ce qui est des incitatifs en aval, pourriez-vous être plus précis sur ce que le gouvernement fédéral devrait offrir pour encourager la mise au point de nouveaux antibiotiques?

Gerry Wright: Je vous remercie. Je peux répondre, en fait.

Une augmentation du budget des IRSC pour les découvertes en amont est un mécanisme d'incitatif classique. On stimule la science. On incite nos meilleurs et nos plus jeunes scientifiques à choisir ce domaine. Cela aurait une incidence énorme.

Pour ce qui est des incitatifs en aval, il s'agit de stimuler les découvertes pour les patients, et ceux qui sont les mieux à même de le faire travaillent habituellement pour les grandes sociétés pharmaceutiques qui savent fabriquer des médicaments, peuvent le faire à

grande échelle et ont les installations nécessaires pour le faire. Il faut donc que nous rendions cela rentable pour eux de le faire.

C'est ce qu'on fait tout le temps pour les vaccins. On s'engage auprès des concepteurs de vaccins à leur acheter un nombre x de doses, si bien qu'ils ne s'inquiètent pas du rendement de leurs investissements. On ne le fait pas pour les antibiotiques, mais on devrait le faire. D'autres pays — la Norvège, le Royaume-Uni — le font, et j'espère que le Canada le fera également à l'avenir.

C'est particulièrement difficile pour nous parce que notre marché est très petit. Il faut faire en sorte que ces sociétés pharmaceutiques soient emballées à l'idée de vendre leurs produits au Canada, même si le marché est très petit, mais elles vont le faire si elles ont un revenu garanti.

L'hon. Helena Jaczek: Merci.

Docteur Semret, vous participez activement à la surveillance, à la gérance, etc. L'une des recommandations que nous avons entendues au Comité est qu'il faudrait examiner de plus près la gérance et la surveillance dans les établissements de soins de longue durée. Comme beaucoup d'entre vous l'ont souligné, nous avons un système de collecte de données à l'échelle du pays, dans les provinces, dans les établissements, etc. qui est très fragmenté.

Pensez-vous que ce serait une source d'information importante?

Makeda Semret: Oui, absolument. Il ne faut pas se limiter aux hôpitaux de soins actifs.

Dans ma déclaration, j'ai mentionné que les interventions efficaces relatives à la gérance nécessitent beaucoup de ressources et que c'est la raison pour laquelle cela ne se fait pas dans les collectivités ou les établissements de soins de longue durée. Si on commence à se coordonner pour rendre certaines définitions plus pragmatiques, et si on trouve de meilleures façons de mettre en place des programmes de gérance, je crois que ces bonnes pratiques vont se déployer de façon naturelle dans l'ensemble des établissements de soins de santé. On peut faire beaucoup de choses avant d'imposer des programmes de gérance obligatoires dans des milieux qui manquent de ressources.

L'hon. Helena Jaczek: Me reste-t-il du temps, madame la présidente?

La présidente: Oui. Il vous reste 1 minute et 19 secondes, madame Jaczek.

• (1700)

L'hon. Helena Jaczek: Docteur Bogoch, Mme Neudorf nous a raconté une histoire tragique liée à la septicémie. Je pense que la plupart d'entre nous savent que le SARM, l'ERV, le *Clostridium difficile*, etc., sont des infections très difficiles à traiter.

D'après votre expérience en tant que clinicien, fait-on des progrès? Manque-t-on de nouveaux ou de bons antibactériens ou antimicrobiens? Avez-vous connu des situations très tragiques comme celle-là?

Isaac Bogoch: Merci.

Oui, et c'est très difficile. Quiconque pratique la médecine en milieu hospitalier, que ce soit comme médecin spécialiste des maladies infectieuses, interniste général, chirurgien ou intensiviste, voit cela tous les jours. Nous voyons cela tous les jours.

La plupart du temps, nous avons les outils nécessaires, mais lorsque nous ne les avons pas, nous devons passer par le Programme d'accès spécial, le PAS, qui est extrêmement lourd et qui retarde les soins. Nous n'avons donc pas accès à certains médicaments dont nous avons besoin.

Et malheureusement, nous en avons de plus en plus besoin. Il est facile de dire que le PAS ne fonctionne pas, qu'il est lourd et dépassé, mais je pense qu'il est grand temps de mettre en place quelque chose de mieux. Ce serait donc une bonne idée de réunir des personnes ingénieuses dans une salle pour concevoir un mécanisme beaucoup plus efficace afin d'obtenir un accès rapide aux antibiotiques auxquels nous n'avons pas facilement accès et dont nous avons de plus en plus besoin.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons passer à une dernière série de questions. Je vais commencer par les conservateurs et M. Mazier pendant cinq minutes.

Monsieur Mazier, allez-y, je vous prie.

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

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

En octobre 2023, la vérificatrice générale a publié un rapport sur l'approche du gouvernement fédéral à l'égard de la résistance aux antimicrobiens. L'un des éléments relevés par la vérificatrice générale est que, même si le gouvernement fédéral reconnaît que la résistance aux antimicrobiens est une grave menace pour la santé publique, le plan d'action national ne comprend pas de cibles claires, d'échéanciers ou de mécanismes de reddition de comptes.

Selon vous, quels sont les risques que pose le fait de ne pas avoir d'objectifs mesurables, de reddition de comptes et de résultats clairs à ce sujet?

Je vais commencer par le Dr Bogoch.

Isaac Bogoch: Merci. C'est une excellente question.

Oui, nous devons mesurer cela et connaître les résultats. Nous devons savoir où nous en sommes.

L'un des défis, cependant, comme je l'ai mentionné plus tôt, c'est qu'on peut tout faire correctement, mais quand même être freinés par ce qui se passe ailleurs dans le monde. Cela ne veut pas dire qu'on ne doit pas reconnaître qu'il s'agit d'un problème et mettre en place des programmes pour mieux la mesurer et la contrôler.

Les mesures ne doivent pas nécessairement être la morbidité et la mortalité, qui sont, bien sûr, des mesures importantes. Il pourrait s'agir du nombre de programmes mis en place, de l'accès en temps opportun aux médicaments qui pourraient ne pas être disponibles au Canada et de programmes de formation.

Ce sont des éléments très importants qui doivent évidemment être mis en place, mais il faut également mesurer les progrès.

Dan Mazier: Docteur Semret, je crois que vous avez parlé un peu de la collecte de commentaires, alors j'aimerais vous entendre à ce sujet également.

Makeda Semret: Oui, je pense que la question de ce qu'on mesure est très importante.

Dans les hôpitaux de soins actifs, nous nous concentrons sur ce que j'appellerais les résultats du processus, sur ce que nous faisons: la réduction du nombre de doses d'antibiotiques et d'ordonnances et la qualité des ordonnances. Nous nous sommes moins concentrés sur les résultats axés sur le patient, ce qui, à mon avis, serait un incitatif important pour les hôpitaux et pour les soins de santé en général.

La gérance des antimicrobiens, comme l'ont dit de nombreuses personnes, est importante pour la sécurité des patients et la durabilité du système de santé. Le succès de nos efforts de gérance ne devrait pas être évalué uniquement en fonction de la réduction de l'utilisation des antimicrobiens ou même de l'amélioration de la qualité des ordonnances, mais devrait aussi inclure la guérison clinique.

Vous pourriez être étonnés, mais on ne mesure pas systématiquement, en fait, les résultats concernant les maladies infectieuses où que ce soit, ni dans les hôpitaux de soins actifs, ni même dans les unités de soins intensifs de nos hôpitaux. Je pense que c'est un incitatif qui devrait être créé et que les hôpitaux de soins actifs devraient commencer à mesurer cela systématiquement.

Les TI pourraient nous faciliter la tâche. Le Dr Leung et plusieurs de mes collègues ont mentionné que la mise en place de systèmes d'ordonnances électroniques dans tous les établissements faciliterait la création d'ensembles de données structurés. Cela permettrait non seulement de rendre les processus plus efficaces, mais aussi de nous fournir des mesures très utiles.

• (1705)

Dan Mazier: Merci beaucoup.

Sur ce, je cède le temps qu'il me reste à Mme Konanz.

La présidente: Il vous reste une minute.

Helena Konanz: Merci.

Oui, je vais prendre ce temps pour présenter une motion.

Je propose:

Que, vu la nomination par décret dont le conseil d'administration du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a saisi le Comité permanent de la santé le 4 décembre 2025, le Comité convoque toutes les personnes nommées par décret qui travaillent actuellement au Centre à comparaître, avant le 13 février 2026, pour discuter de leurs fonctions dans le cadre d'une réunion du Comité.

Je veux simplement ajouter qu'il s'agit d'un nouveau comité et que nous ne les avons pas rencontrés. Je pense qu'il est important que nous puissions tous discuter avec eux.

Si, pour une raison ou une autre, nous devons repousser la réunion d'une semaine — je sais que nous manquons un peu de temps —, nous pouvons le faire. Nous pouvons la repousser d'une semaine.

La présidente: Je suis désolée, madame Konanz. Qu'avez-vous dit au sujet de la semaine?

Helena Konanz: Eh bien, la motion dit que nous devons discuter de leur travail et les rencontrer avant le 13 février 2026. C'est la motion originale que j'ai présentée, mais nous pouvons prolonger l'échéance d'une semaine, parce que nous avons beaucoup de pain sur la planche.

Je pense que c'est une bonne idée que le Comité rencontre...

La présidente: Je veux simplement demander si tout le monde a la motion en anglais et en français. Elle a été présentée il y a quelque temps, mais elle est en train de la modifier quelque peu.

La voici. Je vais lire lentement la motion. Elle a été déposée le 10 décembre.

La motion se lit comme suit:

Que, vu la nomination par décret dont le conseil d'administration du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a saisi le Comité permanent de la santé le 4 décembre 2025, le Comité convoque toutes les personnes nommées par décret qui travaillent actuellement au Centre à comparaître, avant le 13 février 2026, pour discuter de leurs fonctions dans le cadre d'une réunion du Comité.

Mme Konanz vient d'ajouter qu'elle est prête à prolonger ce délai d'une semaine, étant donné que nous avons beaucoup à faire.

Vous êtes saisis d'une motion qui a été dûment distribuée il y a quelque temps.

Madame Chi, la parole est à vous pour discuter de la motion.

Maggie Chi (Don Valley-Nord, Lib.): Madame la présidente, pouvons-nous suspendre la séance brièvement pour que nous puissions examiner la motion? Elle a été déposée il y a quelque temps et nous devons simplement y jeter un coup d'œil.

La présidente: Nous allons suspendre la séance.

• (1705) _____ (Pause) _____

• (1710)

La présidente: Nous allons reprendre la réunion. Je suis prête à ce que nous discutons de la motion.

On vous écoute, madame Chi.

Maggie Chi: Devons-nous modifier la motion, madame la présidente? Nous devons seulement mettre à jour la date.

La présidente: Elle a dit une semaine.

Helena Konanz: Nous avons convenu d'une autre date, le 26 février.

La présidente: Vous aviez tous approuvé. C'est bien.

Helena Konanz: Devons-nous changer le libellé?

La présidente: Au lieu d'indiquer « avant le 13 février », ce serait « avant le 13 février 2026, pour discuter de leurs fonctions ».

Nous sommes saisis d'une motion. Voulez-vous que je la lise? L'avez-vous tous? Savez-vous ce qu'elle dit?

Si personne ne souhaite intervenir, nous pouvons mettre la motion aux voix.

Dan Mazier: Le greffier a-t-il tout ce dont elle a besoin?

La présidente: Oui.

Allons-nous simplement mettre la motion aux voix, ou voulons-nous tenir un vote par appel nominal?

Dan Mazier: Le consentement unanime fonctionne.

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

The Chair: Nous pouvons maintenant conclure la série de questions.

Nous allons entendre Mme Chi pour cinq minutes, je vous prie, pour les libéraux.

Maggie Chi: Je souhaite une bonne année à tous. Avant d'aborder la question, je tiens à remercier M. Thériault et Mme Larouche du travail qu'ils ont fait au Comité l'année dernière et à souhaiter la

bienvenue à notre nouveau membre, M. Blanchette-Joncas. Je me réjouis de travailler avec vous.

Merci à tous les membres d'assister à notre toute première réunion du comité de la santé en 2026. Merci de nous permettre de partir du bon pied en nous fournissant des renseignements très pertinents sur ce sujet.

Ma première question s'adresse à M. Wright.

Dans votre témoignage, vous avez mentionné le milieu de la recherche au Canada et certains des défis auxquels vous avez été confrontés ou les lacunes que vous avez constatées. J'aimerais simplement vous demander de nous en dire un peu plus à ce sujet.

Que voyez-vous dans d'autres pays? Donnez-nous quelques exemples qui fonctionnent bien et dont nous pouvons tirer des leçons.

Gerry Wright: Je vous remercie.

Permettez-moi tout d'abord de dire qu'il n'y aura jamais assez d'argent pour cela. Je comprends. Je sais que cela donne toujours l'impression que nous nous plaignons d'essayer de le faire. Je suis profondément préoccupé qu'il s'agisse d'un énorme problème de santé publique qui ne fera que s'aggraver. Comment peut-on encourager les jeunes à travailler dans ce secteur s'il n'y a pratiquement aucune chance pour eux? De nos jours, vous feriez mieux d'aller à Las Vegas pour obtenir une subvention afin de financer vos recherches sur la résistance aux antimicrobiens. Le financement est limité dans tous les secteurs des soins de santé, et il n'y a vraiment aucun financement consacré à cela dans le mandat traditionnel des IRSC.

Je suggérerais de ne pas voler l'argent d'autres personnes, mais d'essayer de trouver un moyen de financer directement la recherche sur la résistance aux antimicrobiens par l'entremise des IRSC, plutôt que de l'intégrer à l'ensemble du domaine de la microbiologie. D'autres le font. Il y a un an, j'aurais dit que les États-Unis faisaient mieux, mais qui sait ce qui se passe là-bas et ce qui va se passer? Je dirais en fait que c'est une excellente occasion pour nous, car c'est le chaos dans le milieu de la recherche au sud de la frontière. Il y a des possibilités de rapatrier des scientifiques canadiens exceptionnels qui sont à l'étranger.

L'Europe s'en sort plutôt bien dans ce domaine. Plusieurs pays européens consacrent beaucoup de financement à ce secteur. Je pense à l'Allemagne, au Royaume-Uni et à la France, qui en ont fait une priorité et qui financent la recherche fondamentale et appliquée. Ils ne financent pas seulement la recherche suscitée par la curiosité, mais aussi la recherche de solutions à ce problème. Comment inciter les petites entreprises à se lancer dans ce domaine? Comment garantir que les médicaments parviennent aux patients à l'avenir?

Il y a de nombreuses leçons à tirer. Je pense que nous pourrions nous inspirer de l'Europe plus particulièrement dans ce domaine.

• (1715)

Maggie Chi: Merci, monsieur Wright.

Ma prochaine question s'adresse à quelques témoins du groupe.

Des témoins nous ont fait savoir que les données sont fragmentées et que certaines pratiques et approches sont incohérentes. J'aimerais connaître votre avis sur certaines des innovations que vous observez dans ce domaine au Canada. Nous pourrions peut-être aborder quelques secteurs. Vous venez tous de différentes régions. Le Dr Leung vient de la Colombie-Britannique, le Dr Weiss, de Montréal, et le Dr Bogoch, de l'Ontario. Vous pourriez peut-être chacun nous faire un petit résumé.

La présidente: Vous avez une minute pour le faire. Faites un bref résumé, je vous prie.

Maggie Chi: Vous avez 20 secondes chacun.

Isaac Bogoch: Il y a une technique très intéressante appelée « bactériophage », qui utilise les virus pour cibler les bactéries. Elle existe depuis longtemps, mais certaines personnes la mettent au point ici au Canada, et elle est utilisée pour traiter les organismes les plus résistants aux médicaments pour lesquels il n'existe pas d'antibiotiques.

Maggie Chi: Merci.

Karl Weiss: Je vais parler pour le Québec.

Je sais que le CHU de Québec, lorsque Michel Bergeron en était à la tête, a mis au point de nombreux tests diagnostiques moléculaires pour détecter les micro-organismes résistants aux antibiotiques. Il a été subventionné par les IRSC et fait de l'excellent travail dans ce domaine. Il a été en fait, à un moment donné [*Inaudible*] par des multinationales pour son innovation.

Maggie Chi: Reste-t-il du temps, madame la présidente?

La présidente: Oui. Nous avons demandé à tout le monde de répondre, je crois.

Docteur Leung, avez-vous quelque chose à ajouter?

Victor Leung: À Vancouver, une innovation est davantage un programme communautaire lancé par le Centre d'excellence de la Colombie-Britannique en matière de VIH-sida, qui repose sur l'approche de traitement préventif. Ce programme est utilisé pour traiter des conditions syndémiques telles que le trouble de l'usage des opiacés, des infections bactériennes transmissibles sexuellement par le sang et d'autres conditions sociales. L'utilisation de l'ensemble de mesures de traitement comme prévention, dans le cadre duquel nous disposons de mesures grâce à toutes sortes de soins, est une approche que nous pourrions emprunter à la manière dont le programme a géré le VIH et le sida.

La présidente: Merci.

Quelqu'un d'autre veut répondre à la question rapidement?

Comme nous avons dépassé le temps imparti, je vais donc simplement vous remercier. Nous allons poursuivre.

Je vais céder la parole à M. Blanchette-Joncas pour deux minutes et demie, je vous prie.

[*Français*]

Maxime Blanchette-Joncas: Merci, madame la présidente.

Je vais poursuivre avec vous, docteur Weiss.

Si vous aviez un financement stable et prévisible, quelles seraient les mesures prioritaires que vous voudriez mettre en place immédiatement pour mieux contrôler la résistance aux antimicrobiens dans les hôpitaux?

Karl Weiss: La première chose serait d'avoir un système informatique intégré qui soit beaucoup plus étendu que ce qu'on a actuellement. Cela permettrait une collecte d'informations en temps réel sur ce qui se passe avec certains organismes. L'intégration informatique serait assurément la première chose.

La deuxième chose, je pense, c'est qu'il faudrait intervenir à l'échelle communautaire. On parle beaucoup des hôpitaux, mais il ne faut pas oublier que l'immense majorité des antibiotiques est utilisée à l'extérieur de l'hôpital, et on ne mesure pas tout cela. Il faut donc faire un effort en matière d'éducation et de collecte d'informations auprès des médecins de famille, par exemple, mais aussi des autres professionnels de la santé qui ont maintenant le droit de prescrire des médicaments, comme les pharmaciens. Il est important d'aller aussi regarder ce qui se passe à l'extérieur de l'hôpital.

La troisième chose, c'est la mise au point d'une recherche fondamentale. Il faut essayer d'intégrer les équipes qui travaillent de façon cloisonnée. Souvent, il peut y avoir de bonnes équipes qui trouvent certaines choses, mais elles sont isolées. De plus, elles n'ont pas un travail intégré, que ce soit à l'échelle du Québec ou à l'échelle du Canada. Il faut donc favoriser l'intégration de ces systèmes. Il s'agit aussi de revendre à l'international la capacité de ces équipes, les promouvoir. Il faudrait aussi promouvoir ces équipes à l'échelle canadienne ou à l'échelle québécoise, afin de favoriser l'investissement au Canada. Je pense qu'il est important de le souligner. Évidemment, si on peut attirer des talents extérieurs, pourquoi pas? C'est également quelque chose qu'il faudrait faciliter.

• (1720)

Maxime Blanchette-Joncas: Docteur Weiss, est-ce qu'on peut dire aujourd'hui que le système de santé québécois est forcé de payer plus cher pour régler les problèmes qu'on aurait pu éviter en investissant en amont?

Karl Weiss: On est tous obligés de payer plus cher à l'échelle canadienne.

Un des problèmes majeurs qu'on a, c'est qu'on est pris entre l'arbre et l'écorce. D'un côté, on a des compagnies, qu'elles soient diagnostiques ou thérapeutiques, qui sont surtout américaines et qui investissent massivement aux États-Unis, qui représentent le gros marché. D'un autre côté, on a les compagnies qui investissent en Europe. On a aussi les compagnies qui investissent dans les marchés émergents que sont l'Asie, l'Inde et la Chine, par exemple. Le Canada est un peu laissé pour compte dans tout cela, parce qu'on a un petit marché.

L'idée, c'est qu'il faut utiliser la synergie de tous nos talents pour montrer au monde que, même si on est un petit marché, on peut jouer dans la cour des grands. On est capable de vendre et de fournir une certaine information et une certaine marchandise qui seraient peut-être difficiles à aller chercher ailleurs. Je pense que c'est peut-être une façon de trouver notre plus-value à l'échelle canadienne, en créant des structures qui permettraient de vendre cette information. Je dirais que les données, surtout avec l'intelligence artificielle...

[*Traduction*]

La présidente: Merci, docteur Weiss. Nous avons largement dépassé le temps imparti. Je suis désolée.

Je vais céder la parole à M. Bailey pendant cinq minutes, pour les conservateurs.

Burton Bailey: Merci, madame la présidente.

Monsieur Wright, de nombreux stagiaires quittent le Canada pour saisir de meilleures occasions dans le domaine des biotechnologies à l'étranger. Vous avez dit qu'il était possible de les recruter de nouveau au Canada. Nos laboratoires et nos universités ont-ils la capacité d'accueillir davantage de personnes?

Gerry Wright: Tout d'abord, je vous remercie de la question. La réponse courte est oui.

Nous ne devrions jamais laisser les talents partir à l'étranger. Nous avons besoin des ressources nécessaires pour y parvenir. C'est déjà suffisamment difficile comme ça. Nous avons actuellement une excellente occasion d'accroître notre masse critique dans ce domaine, même si nous ne faisons que rapatrier les Canadiens qui travaillent à l'étranger, mais nous n'y parviendrons pas si...

Ce ne peut pas être un jeu à somme nulle. Il faut investir davantage pour y parvenir. C'est littéralement un investissement dans notre avenir.

Burton Bailey: Merci.

Certaines provinces autorisent désormais les pharmaciens à prescrire des médicaments. Pensez-vous que cela entraîne une prescription abusive de médicaments?

Gerry Wright: Je ne pense pas qu'il existe des données qui nous porteraient à croire que ce soit le cas. Je pense que la plupart des professionnels de la santé, tels que les pharmaciens, les médecins et les infirmières praticiennes, sont extrêmement sensibilisés de nos jours sur les défis associés à la résistance. Il est important de surveiller ce phénomène, et je crois savoir que cela se fait en temps réel.

Certains de mes collègues en ligne, et probablement le Dr Bogoch, ont peut-être plus de renseignements à ce sujet que moi.

Ce n'est pas comme si c'était il y a 20 ans. Nous comprenons le problème. Si vous pouvez réduire les pressions exercées sur les médecins et les hôpitaux en faisant appel aux pharmaciens pour s'occuper de ce problème, c'est positif de façon générale.

Burton Bailey: Docteur Bogoch, voudriez-vous faire des observations?

Isaac Bogoch: Oui, c'est un excellent point. Le transfert des tâches a été mis en œuvre dans différentes régions du pays. Je vais vous donner un petit exemple: la prophylaxie de la maladie de Lyme. Une tique vous mord. Plutôt que d'attendre dans un service d'urgence ou de consulter un médecin de famille, auquel vous n'avez peut-être même pas accès... De nombreuses pharmacies ont le pouvoir de prescrire l'antibiotique doxycycline. Elles ont des lignes directrices très claires sur le médicament à utiliser, la posologie et la durée du traitement. Oui, je pense que le transfert des tâches peut certainement être étendu, mais comme l'ont signalé mes collègues, cela doit être fait très soigneusement afin de ne pas aggraver le problème.

Burton Bailey: En Alberta, nous avons adopté un nouveau système de gestion des dossiers médicaux appelé Connect Care, qui permet aux médecins de toutes les spécialités de communiquer avec l'hôpital. Bien entendu, les patients ont désormais accès à leurs propres dossiers médicaux. Je me demande si ce type de système de gestion des dossiers médicaux est mis en œuvre dans d'autres provinces. Je ne pense pas que toutes les provinces seront un jour connectées, mais pouvons-nous mieux mesurer les indicateurs en Alberta? Pouvez-vous examiner les données de cette manière, car tout est partagé?

• (1725)

Isaac Bogoch: Oui, c'est un système très intelligent. L'un des problèmes dans d'autres régions du pays est la fragmentation des dossiers médicaux électroniques. Quand tout est connecté, les médecins en consultation externe savent ce que font les médecins en milieu hospitalier. Ils savent ce qui se passe au centre de réadaptation, à l'établissement de soins de longue durée. C'est génial. Il y a moins de redondance et les soins sont rationalisés. Oui, cela aura de nombreuses répercussions positives, notamment de meilleurs soins pour traiter les maladies infectieuses, ce qui donnera vraisemblablement lieu à une utilisation moindre d'agents antimicrobiens et à une pression moindre pour développer une résistance aux antimicrobiens.

Burton Bailey: J'ai entendu dire que vous voyagez dans de nombreuses provinces. Avez-vous vu un système semblable à Connect Care dans d'autres provinces?

Isaac Bogoch: En Ontario, nous avons un programme appelé ConnexionOntario. Il n'est pas parfait, mais il est très bon; vous pouvez consulter la plupart des notes rédigées par plusieurs hôpitaux différents. Vous pouvez voir les tests de laboratoire et même certaines informations pharmaceutiques et radiographiques de base. Il est loin d'être exhaustif, mais c'est bien mieux que ce que nous avions auparavant.

Burton Bailey: En Alberta, bien entendu, nous avons trois systèmes et nous sommes passés à un seul, et nous n'en sommes pas encore là. Nous avons investi 1 milliard de dollars, et c'est pourquoi je dis que toutes les provinces n'auront jamais un jour le même système de gestion des dossiers médicaux.

Vous dites que l'Ontario a un système. Qu'en est-il de la Colombie-Britannique? A-t-elle un système?

La présidente: Vous avez 12 secondes.

Victor Leung: En Colombie-Britannique, nous avons PharmaNet, qui gère toutes les ordonnances communautaires de médicaments.

La présidente: Merci, le temps est écoulé.

Je vais maintenant passer à la dernière série de questions pour les libéraux et céder la parole à M. Eyolfson, pour cinq minutes, je vous prie.

Doug Eyolfson: Merci, madame la présidente.

Docteur Leung, vous avez parlé d'un système fragmenté. Je sais que nous nous améliorons en matière d'interopérabilité dans les provinces. Quand je travaille dans un service d'urgence à Winnipeg, je peux voir sur l'ordinateur le dossier d'urgence des patients s'ils se sont rendus dans un service d'urgence au Manitoba. Les médecins de famille peuvent recevoir automatiquement les renseignements dans leur propre dossier médical électronique si leur patient s'est rendu aux urgences.

Cependant, cela n'existe pas entre les provinces. Je vis au Manitoba. Il y a trois ans, j'ai subi un pontage coronarien à l'hôpital St. Paul's, à Vancouver. La raison de cette intervention est une longue histoire. Lorsque j'ai consulté un cardiologue par la suite et que son cabinet avait besoin de mon sommaire de congé et de mon angiogramme, on m'a demandé de les envoyer par télécopieur. La seule raison pour laquelle j'en avais une copie était qu'on m'avait donné des photocopies à Vancouver pour que je les emporte avec moi dans l'avion. Il semble absurde, à l'heure actuelle, qu'il n'existe pas de mécanisme permettant l'interopérabilité entre les provinces. Ne pensez-vous pas qu'un système national interopérable pourrait être mis sur pied, équivalent à ce qui se fait dans les provinces?

Victor Leung: Il existe certainement différents types d'interopérabilité, d'après ce que je sais. Il n'est pas nécessaire d'avoir le même système d'information médicale ou le même système d'information de laboratoire pour communiquer des renseignements. Il suffit que le système de données utilisé réponde à certaines normes de codage en matière d'échange de renseignements et d'interopérabilité. Bien entendu, il faut vérifier et valider les données, mais ces types d'approches existent déjà. C'est seulement le mécanisme et la mise en œuvre au Canada qui posent problème, et pas nécessairement le fait d'avoir un accord qui stipule que tous les systèmes d'information médicale au Canada doivent être identiques.

Doug Eyolfson: Certainement, oui, et je comprends qu'ils ne puissent pas être identiques. D'après ce que vous dites, ils ont la capacité de communiquer des renseignements, mais ils ne peuvent manifestement pas le faire à l'heure actuelle.

D'après vous, quel est le principal obstacle à la création d'un système permettant de communiquer des renseignements en temps réel par voie électronique, ce qui pourrait faciliter, comme vous le dites, la surveillance et tous les autres aspects dont nous discutons aujourd'hui?

• (1730)

Victor Leung: Je pourrais mentionner l'un des obstacles. On soulève souvent la protection des données. Même dans une province, il y a des équipes chargées de la confidentialité des données dans chaque réseau hospitalier et, pour communiquer des renseignements, il faut parfois passer par plusieurs équipes. C'est un véritable obstacle auquel nous sommes confrontés lorsque nous essayons d'accéder à des renseignements déjà disponibles.

Doug Eyolfson: Très bien. Merci.

Docteur Bogoch, avez-vous quelque chose à ajouter?

Isaac Bogoch: Non. Je trouve que la réponse était assez exhaustive.

Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Docteur Weiss, à ce sujet, avez-vous quelque chose à ajouter sur des solutions possibles aux obstacles qui empêchent l'interopérabilité et l'échange de renseignements entre les provinces?

Karl Weiss: Il y en a évidemment beaucoup.

Nous avons un système au Québec appelé DSQ. Il ne fonctionne pas très bien. C'est un système très limité comparativement à ceux des autres provinces.

L'interopérabilité serait probablement très intéressante. Toutefois, comme mes collègues l'ont mentionné, il y a des questions d'éthique. Par ailleurs, si nous voulons être optimistes sans aller trop loin, nous pouvons au moins échanger certains renseigne-

ments. Cela peut être intégré. Nous n'avons pas besoin de tout intégrer, et ce sera probablement beaucoup plus facile.

Par exemple, du point de vue de la résistance aux antibiotiques, devrions-nous intégrer des données des laboratoires de microbiologie pour que nous puissions connecter et échanger les renseignements? Pouvez-vous examiner certains indicateurs, comme les résultats dans certaines maladies infectieuses — la septicémie, par exemple? Devrions-nous examiner des données comparables entre les provinces concernant la mortalité due à la septicémie ou les résultats pour la pneumonie hospitalisée, le taux de mortalité, l'utilisation d'antibiotiques, etc.?

Je pense que nous devrions essayer de nous concentrer sur certains aspects en termes de structure pancanadienne. Ce serait probablement plus faisable, moins coûteux et plus efficace à très court terme.

Doug Eyolfson: Je vous remercie. Mon temps de parole est écoulé.

La présidente: Je voulais poser une question.

Si vous aviez des moyens non nominatifs pour communiquer les données des patients, cela aiderait-il à résoudre le problème de confidentialité?

Allez-y, docteur Leung.

Victor Leung: Notre équipe d'analyse des données utilise différentes approches, qui font actuellement l'objet d'une étude. L'une est la gestion des données par l'entremise d'un processus appelé la fédération des données. On peut toujours relier et unifier les données pour y accéder à partir de multiples emplacements sans renoncer aux données ni à leur lieu de stockage.

Consulter des experts en gestion des données permettrait de mieux comprendre comment cela fonctionnerait.

La présidente: Merci.

Je voulais poser une autre question.

Je sais qu'une idée a circulé au Canada selon laquelle on ne devait pas réinventer la roue, mais plutôt examiner les données, les renseignements et les recherches sur les médicaments provenant d'Europe et d'autres pays, puis les communiquer sans avoir à les produire nous-mêmes. L'une des principales idées discutées était de transférer ces données dans des programmes d'accès spécial, ou PAS, et d'examiner des essais cliniques, etc.

Qu'en pensez-vous? Je sais que certains estimaient que c'était une mauvaise idée.

Monsieur Wright, qu'en pensez-vous?

Gerry Wright: Je suis un scientifique, alors je crois en l'importance d'examiner les données, et j'examine les données de tout le monde. S'il y a des lacunes dans les données, alors nous devons y ajouter les nôtres.

On déploie beaucoup d'efforts pour harmoniser ces initiatives. Pourquoi mener au Canada les mêmes études qui ont déjà été réalisées en France, au Royaume-Uni ou aux États-Unis? Cela me semble tout à fait logique. Je pense que c'est ce qui se passe dans certains cas.

Le système canadien a des particularités dont il faut tenir compte, mais je pense que Santé Canada s'efforce de simplifier autant que possible le processus. C'est ce que je comprends à tout le moins, mais je ne suis pas un expert.

La présidente: Je vous remercie.

Je tiens à remercier tous les témoins d'être venus aujourd'hui et de nous avoir fait part de leurs précieux renseignements, de leur expertise et de leur sagesse.

Nous allons maintenant passer à huis clos car nous avons des questions à régler. Je vais suspendre cette réunion pendant que les témoins quittent la salle.

Je vous remercie.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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