



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

45<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION

# Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 030**

Le jeudi 23 avril 2026

Présidente : Hedy Fry





## Comité permanent de la santé

Le jeudi 23 avril 2026

• (1530)

[Français]

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

Bonjour à tous. Je vous souhaite la bienvenue à la 30<sup>e</sup> réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

[Traduction]

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

Cette fois-ci, la réunion se déroule en présentiel.

Je tiens à rappeler aux participants les consignes suivantes.

Avant de parler, attendez que je vous donne la parole en vous appelant par votre nom. Pour prévenir les incidents acoustiques perturbateurs, les participants sont priés de mettre leur micro en sourdine. Sur la console devant vous, vous avez le choix entre l'anglais et le français. Vous savez comment vous en servir.

Tous les commentaires doivent être adressés à la présidence. Pour les membres présents dans la salle, vous connaissez la procédure: si vous souhaitez prendre la parole, levez la main. La greffière et moi essaierons de déterminer qui a levé la main en premier, et nous donnerons la parole dans cet ordre.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement et à la motion adoptée par le Comité le mardi 23 septembre 2025, le Comité entreprend son étude de la souveraineté pharmaceutique du Canada.

Je souhaite la bienvenue aux témoins qui sont ici pour en parler. Nous avons avec nous M. Glenn Thibeault, de Diabète Canada, directeur exécutif, Affaires gouvernementales, défense des intérêts et politiques. Nous avons aussi Mme Christine Donaldson, présidente et cheffe de la direction de HealthPRO Canada. Nous accueillons également M. Denis Leclerc, de VaxSynergy, directeur et professeur titulaire du Centre hospitalier universitaire de Québec, Université Laval.

Vous disposerez chacun de cinq minutes. Je vais dire haut et fort « une minute » quand il vous restera une minute, puis « 30 secondes » pour que vous ayez le temps de conclure. Si vous ne pouvez pas terminer ce que vous avez à dire, ne craignez rien, vous pourrez en parler plus en détail pendant la période des questions et réponses.

Nous allons commencer par M. Thibeault, pour cinq minutes.

**Glenn Thibeault (directeur exécutif, Affaires gouvernementales, défense des intérêts et politiques, Diabète Canada):** Merci, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du Comité, de m'avoir invité à m'adresser à vous aujourd'hui.

Tous les matins, des millions de Canadiens doivent prendre des médicaments contre le diabète, notamment de l'insuline. Ce médicament sauve des vies. Il a été découvert ici au Canada par Sir Frederick Banting et ses collègues Charles Best et James Collip. Ces scientifiques canadiens ont transformé le monde depuis leur laboratoire de Toronto.

La Maison-Banting, à London, en Ontario — je vous invite tous à venir nous rendre visite — est un lieu historique national qui marque l'endroit où Banting a pensé pour la première fois à extraire de l'insuline d'un pancréas pour traiter le diabète. Sir Banting est un héros canadien, mais aujourd'hui, nous ne fabriquons plus une seule fiole d'insuline au pays. Ce n'est pas un échec de la science, c'est un manque de volonté. Bien que l'insuline ait été découverte ici, le Canada reste entièrement dépendant des fabricants étrangers, et, en cas de pénurie, nous ne disposons d'aucun mécanisme exécutoire pour donner la priorité aux Canadiens.

En 2024, par exemple, le Canada a subi une forte pénurie de glucagon injectable, un traitement d'urgence vital en cas d'hypoglycémie grave. Il a fallu importer d'urgence des États-Unis, et nous continuons à l'obtenir ainsi. Cela devait être une solution de fortune à court terme et non une stratégie durable. Cette pénurie était une mise en garde — un test de résistance auquel nous avons échoué.

Voici un autre exemple. Pas plus tard que le mois dernier, un petit groupe de Canadiens atteints du diabète de type 1 était sur le point de perdre l'accès à l'insuline animale — la seule que leur organisme puisse tolérer —, car l'entreprise étrangère qui fabrique et distribue cette insuline au Canada se préparait à en suspendre la production. Il a fallu que ces familles décrivent cette tragédie dans les médias pour trouver une solution, qui n'est d'ailleurs que temporaire.

L'assurance-médicaments est un programme du gouvernement fédéral que nous connaissons tous. Elle a contribué à améliorer l'accès et l'abordabilité. Ce programme est important, mais la politique d'accessibilité financière et la politique de disponibilité sont très différentes. L'assurance-médicaments ne garantit pas l'approvisionnement en amont, elle ne fabrique pas de médicaments et elle ne garantit pas leur disponibilité dans la chaîne de distribution mondiale.

Le programme d'assurance-médicaments est un pilier du gouvernement fédéral, et son succès dépend de l'approvisionnement stable en médicaments couverts au Canada. Un régime national d'assurance-médicaments ne peut pas fonctionner efficacement s'il reste entièrement dépendant de fabricants étrangers pour obtenir ses intrants les plus fondamentaux. Des perturbations de l'approvisionnement ou des décisions d'allocation prises à l'étranger pourraient compromettre la crédibilité de l'ensemble du programme et priver les populations vulnérables de l'accès aux médicaments couverts. En fin de compte, en matière de sécurité sanitaire, la disponibilité doit primer.

Je tiens à préciser que la souveraineté pharmaceutique n'est pas synonyme d'isolement. Elle repose sur la résilience, la préparation et le devoir de la nation de protéger sa population. Sans capacité de production nationale, le Canada ne dispose d'aucun moyen de faire passer les besoins de sa population avant la demande internationale. Nous n'avons aucun contrôle, aucun moyen de pression et aucune garantie que, lorsque la prochaine crise frappera, nos patients auront accès aux médicaments dont ils ont besoin.

Avec les menaces du président Trump d'imposer des droits de douane sur les produits pharmaceutiques, sa politique de la nation la plus favorisée et les programmes d'importation mis en place par les États américains, les États-Unis se livrent à une concurrence active pour s'approprier les médicaments canadiens. En cherchant à se procurer des médicaments à moindre coût au Canada, les États américains risquent de créer une demande concurrente pour les produits fabriqués dans les circuits canadiens. Ils risquent de détourner l'approvisionnement de nos patients et de provoquer des pénuries imprévisibles. La fragilité des chaînes d'approvisionnement mondiales signifie que les décisions prises dans les salles de réunion étrangères en période de crise, sur lesquelles nous n'avons aucun contrôle, influent directement sur la santé des Canadiens.

Cependant, je ne perds pas tout espoir, car nous ne partons pas de zéro. Par exemple, la nouvelle Stratégie industrielle de défense du Canada reconnaît explicitement les sciences de la vie comme un secteur essentiel. Elle peut constituer un instrument stratégique qui nous aide à fabriquer des produits pharmaceutiques au pays.

• (1535)

L'ironie, c'est que l'insuline a été découverte par des scientifiques canadiens en 1920, ce qui a profondément transformé la vie de toutes les personnes atteintes de diabète partout au monde. Nous avons ici l'occasion de travailler ensemble pour préserver notre souveraineté, garantir notre approvisionnement et veiller à ce que la communauté des personnes atteintes de diabète continue de collaborer avec le Parlement pour résoudre ce problème.

Merci beaucoup, madame la présidente.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Thibeault.

Je cède maintenant la parole à Mme Christine Donaldson, de HealthPRO Canada. Vous avez cinq minutes.

**Christine Donaldson (présidente et cheffe de la direction, HealthPRO Canada):** Madame la présidente, messieurs les vice-présidents et honorables membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître aujourd'hui.

Je m'appelle Christine Donaldson et je suis présidente et cheffe de la direction de HealthPRO Canada. Il s'agit d'un organisme national d'achat collectif dont les membres sont les propriétaires. Nous servons plus de 2 100 hôpitaux et organismes de soins de san-

té partout au pays. Chaque année, nous aidons à acheter, pour le compte du système de santé canadien, environ 1 milliard de dollars en produits pharmaceutiques. Nous le faisons en partenariat avec 50 fournisseurs pharmaceutiques situés partout dans le monde. Comme je suis pharmacienne hospitalière de profession, le problème dont nous parlons aujourd'hui me concerne de très près. J'ai moi-même fait face à de nombreuses pénuries de médicaments.

Les recommandations que je vous présente aujourd'hui s'appuient sur mon expérience, sur mon rôle au sein de HealthPRO Canada et sur l'aide de plus de 20 responsables de pharmacies de tout le pays qui ont apporté leur contribution à l'élaboration de ces recommandations.

Je suis certaine que nous sommes tous convaincus que le débat sur les besoins pharmaceutiques doit s'ancrer sur l'accès ininterrompu des patients aux médicaments essentiels. Nous estimons qu'à l'heure actuelle, le Canada n'est pas en mesure d'atteindre une autosuffisance pharmaceutique totale.

Ainsi, une stratégie pharmaceutique durable et réaliste doit viser avant tout le maintien de la production nationale des médicaments essentiels. Cette production doit cependant être stratégique et adapter les marchés publics pour qu'ils privilégient à la fois la fiabilité et la redondance. Elle doit assouplir les règlements pour encourager la production pharmaceutique au Canada. Elle doit aussi améliorer la coordination du partage des données partout au pays et coordonner les politiques entre la production et l'innovation.

Ces dernières années, le Canada a fait face à de nombreuses pénuries de médicaments, notamment dans les hôpitaux. Ces risques ne sont pas théoriques. Quand l'approvisionnement devient imprévisible, les hôpitaux sont forcés d'acheter des produits de substitution et de les rationner. Cela, évidemment, augmente les risques et peut compromettre la continuité des soins. Pensez à la pénurie de Tylenol pédiatrique qui a entraîné, partout au pays, des risques pour nos patients les plus vulnérables, les enfants, et un stress indu pour leurs parents.

HealthPRO a constaté que le Canada dépend fortement de l'approvisionnement mondial et ne dispose que d'une redondance limitée. La fabrication de produits pharmaceutiques est une activité à forte intensité capitaliste qui nécessite la production à grande échelle de plusieurs catégories de produits. La mise en place de capacités de production de bout en bout pour l'ensemble des médicaments exigerait des investissements considérables et des volumes que le Canada ne peut tout simplement pas atteindre, car sa population est relativement peu nombreuse.

Par conséquent, la fabrication nationale doit être stratégique et mettre l'accent sur les médicaments qui posent le plus grand risque clinique et systémique. Il s'agit notamment des produits injectables stériles, des antimicrobiens, des médicaments destinés aux soins d'urgence et aux soins intensifs ainsi que des produits hospitaliers à fort volume.

La liste des médicaments essentiels et vulnérables récemment publiée par Santé Canada constitue une base factuelle importante pour cette priorisation. Une approche ciblée renforcera et développera la résilience là où cela compte le plus, sans entraîner d'inefficacités ni faire grimper les coûts.

Les modèles d'approvisionnement traditionnels ont souvent mis l'accent sur les économies immédiates, mais le prix à lui seul ne reflète pas les coûts réels de l'ensemble du système. Les procédures d'approvisionnement peuvent et doivent intégrer des critères tenant compte des risques, comme la fiabilité, la redondance, la durabilité et les capacités de notre pays. Ces critères peuvent demeurer pleinement conformes aux règles commerciales tout en encourageant les fabricants à investir dans une production plus résiliente afin de renforcer l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement.

Les fabricants ne cessent de souligner que l'incertitude réglementaire et la longueur des délais d'autorisation découragent les investissements au Canada et la mise en marché de produits de substitution. En réexaminant la priorité des médicaments à usage clinique essentiels et susceptibles de faire l'objet de pénuries et en adoptant certaines pratiques d'organismes de réglementation internationaux fiables, nous pourrions offrir des processus accélérés aux fournisseurs de médicaments de substitution quand notre chaîne d'approvisionnement subit des perturbations.

Nous savons que les données sont dispersées entre les différentes administrations et les nombreux acteurs de la chaîne d'approvisionnement. Il est donc difficile de prévoir les pénuries avant qu'elles ne s'aggravent. Nous estimons qu'un meilleur échange des données normalisé entre toutes les parties prenantes, notamment des organismes comme HealthPRO Canada, permettrait d'intervenir plus tôt et de mettre en place des mesures d'atténuation plus proactives.

Enfin, pour atteindre la souveraineté pharmaceutique, nous devons coordonner la production, la politique sur la santé et l'innovation. Nous constatons que les investissements dans les capacités nationales sont bien plus efficaces s'ils s'accompagnent d'indicateurs prévisibles sur l'approvisionnement, d'une réglementation souple et d'une bonne compréhension des priorités cliniques.

En conclusion, la souveraineté pharmaceutique ne consiste pas à privilégier la production nationale au détriment de l'approvisionnement mondial. La voie la plus résiliente et la plus rentable doit être équilibrée, alliant à la fois des capacités nationales stratégiques et un approvisionnement mondial diversifié, soutenus par une politique nationale coordonnée.

Merci.

• (1540)

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Donaldson.

Nous passons maintenant à VaxSynergy.

Monsieur Leclerc, vous avez cinq minutes.

[Français]

**Denis Leclerc (directeur, VaxSynergy, et professeur titulaire, CHU de Québec, Université Laval):** Bonjour à tous. Je vous remercie de me recevoir aujourd'hui.

Qu'est-ce que VaxSynergy? C'est un réseau de chercheurs financé par Médicament Québec et la Fondation canadienne pour l'innovation. Il s'étend sur trois sites — à Montréal, à Shawinigan et ici, à Québec — et il possède des expertises de pointe dans le développement de vaccins.

Notre mission est de répondre aux besoins de développement trilingue de vaccins et de protéines thérapeutiques. Notre clientèle regroupe essentiellement les petites et moyennes entreprises ou les chercheurs-entrepreneurs dans le domaine universitaire. Tous nos

services font l'objet d'un contrôle de la qualité rigoureux suivant les bonnes pratiques de laboratoire nécessaires pour répondre aux besoins de l'industrie et aux exigences réglementaires. C'est d'ailleurs un des aspects qui nous distinguent de la majorité des autres laboratoires académiques et qui nous rapprochent de la façon de faire de l'industrie. Je n'irai pas plus loin à ce sujet.

Pour vous aider à comprendre ce que fait VaxSynergy dans l'écosystème, je vais présenter quatre exemples concrets de nos interventions, et en quoi elles sont utiles.

Le premier exemple est celui de la Dre Sauvageau, une clinicienne qui s'intéresse au virus du papillome humain, ou VPH, et qui profitait des services des Centers for Disease Control and Prevention, ou CDC, qui sont basés aux États-Unis, pour effectuer les essais sérologiques de patients vaccinés au Canada. Récemment, les CDC ont interrompu leur collaboration avec les Canadiens. Le problème, c'est que la Dre Sauvageau ne peut plus avoir accès à ces services, alors qu'il n'existe aucun centre de sérologie reconnu pour le VPH au Canada. On a donc un problème.

Nous avons alors travaillé en collaboration avec la Dre Sauvageau, et nous avons fait des démarches pour que VaxSynergy devienne le centre de référence pour la sérologie du VPH au Canada. Nous espérons que de bonnes nouvelles seront annoncées sous peu concernant le financement de ce programme. Notre intention est d'offrir ces services également à l'international, et même aux Américains, puisque le CDC est complètement débordé. Donc, voici un exemple concret d'une intervention de VaxSynergy qui contribue à améliorer l'autonomie du Canada dans le domaine du suivi sérologique de patients vaccinés.

Le deuxième exemple concerne une PME, Glycovax Pharma, qui a consulté VaxSynergy pour résoudre un problème de procédé de purification de sa plateforme vaccinale. Un financement conjoint entre Glycovax Pharma et le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada a permis de financer des activités de recherche de VaxSynergy et de simplifier le procédé de purification. L'avantage pour Glycovax Pharma est l'accès à un coût abordable à des experts sans avoir à engager du personnel additionnel. De plus, l'intervention de VaxSynergy a permis une réduction des coûts de production de la plateforme vaccinale de Glycovax Pharma.

Le troisième exemple concerne encore une PME, mais dans un autre contexte. Récemment, une demande d'intérêt pour du financement du gouvernement canadien d'un programme lié à l'initiative Contre-mesures biomédicales a été faite. Dans le cadre de ce programme, il est prévu que VaxSynergy soit responsable d'élucider les mécanismes d'action d'un adjuvant et d'évaluer son potentiel de prévention contre les maladies respiratoires virales et bactériennes. Ce projet est au cœur de l'expertise de VaxSynergy, et il va permettre à la PME de trouver de nouvelles applications pour son adjuvant, entre autres pour lutter contre les maladies respiratoires dans un contexte pandémique. Donc, dans ce cas, si ce programme est financé, l'intervention de VaxSynergy contribuera à aider une PME canadienne à développer de nouveaux produits.

Enfin, le quatrième exemple concerne un chercheur-entrepreneur de l'Université Laval, le Dr Tessier. Il a découvert une protéine qui possède des propriétés anticancer prometteuses. Toutefois, le Dr Tessier a un problème majeur: la production de la protéine est beaucoup trop faible pour envisager une commercialisation. Il a donc consulté VaxSynergy. Ensemble, nous avons développé un nouveau procédé de production qui multiplie la production du procédé initial par 1 000. Par conséquent, une nouvelle demande de brevet a été déposée, une nouvelle biotechnologie a été créée et une licence d'exploitation a été négociée avec l'Université Laval dans le but d'exploiter commercialement cette invention. Ici, l'intervention de VaxSynergy a facilité la transition d'un nouveau médicament du milieu universitaire vers le milieu des entreprises privées.

Ce n'est pas tout. VaxSynergy contribue aussi à la formation de personnel hautement qualifié, puisque nous formons...

• (1545)

[Traduction]

**La présidente:** Il vous reste 30 secondes.

[Français]

**Denis Leclerc:** D'accord.

Je disais que nous formons des étudiants, et c'est ce qui permet entre autres de maintenir à Québec des compagnies qui œuvrent dans le domaine de la vaccination, comme GlaxoSmithKline ou Aramis Biotechnologies.

Donc, c'est juste un début. VaxSynergy a été créé il y a à peine quelques mois, et nous pressentons qu'elle jouera un rôle important pour faciliter l'émergence de nouveaux vaccins et des protéines thérapeutiques au Canada. Notre survie dépendra du financement gouvernemental et des revenus qui seront générés par nos activités. Nous avons l'espoir de devenir autonomes financièrement d'ici quatre ou cinq ans.

[Traduction]

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Leclerc.

Nous passons maintenant aux questions. Voici comment nous allons procéder: vous disposerez d'une période initiale de six minutes pour les questions et réponses, suivie de périodes subséquentes de cinq minutes chacune. Les périodes de six et de cinq minutes comprennent à la fois les questions et les réponses. Je vous prie donc d'être aussi concis que possible.

Nous allons commencer la série de questions de six minutes par Mme Konanz, du Parti conservateur.

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

Mes premières questions s'adressent à Mme Donaldson. Merci beaucoup d'être venue aujourd'hui.

Vous avez été citée la semaine dernière dans un reportage de la chaîne BNN Bloomberg intitulé *Why Canada's health care system is eyeing the global helium shortage closely*. L'hélium est indispensable à la réalisation d'examens d'imagerie par résonance magnétique, ou IRM. Le Canada surveille la pénurie mondiale d'hélium, parce que les hôpitaux du pays ne peuvent pas se passer de l'imagerie médicale.

Les restrictions de la navigation dans le détroit d'Ormuz et les dégâts subis par les installations de production d'hélium au Qatar ont pratiquement coupé un tiers de l'approvisionnement mondial en

hélium. Dans le cadre de ce reportage, vous avez affirmé que cette pénurie ne se fait pas sentir dans tout le système, mais que certains secteurs subissent des pressions. Nous faisons face à la cinquième pénurie mondiale d'hélium en 20 ans.

Ma question comporte deux volets. Quelles sont ces pressions et, si le conflit au Moyen-Orient persiste, dans combien de temps le Canada subira-t-il une pénurie d'hélium?

• (1550)

**Christine Donaldson:** HealthPRO Canada a conclu des contrats d'achat d'hélium pour des hôpitaux. Certains de ces contrats portent sur des gaz médicaux et, comme vous l'avez mentionné, un de ces produits est utilisé dans les appareils d'imagerie par résonance magnétique, ou IRM.

Un producteur vient de publier un avis indiquant qu'il réserve 50 % de sa production à un certain type d'hélium liquide. Nous travaillons en étroite collaboration avec ce producteur pour garantir que l'utilisation médicale de l'hélium soit prioritaire. Comme l'hélium a de nombreuses applications, cet avis est envoyé à tous les acheteurs et utilisateurs d'hélium.

Deuxièmement, nous menons une stratégie de diversification dans le domaine de l'hélium. HealthPRO Canada s'efforce aussi d'appliquer une stratégie très particulière de contrats « multi-fournisseurs ». Nous attribuons un contrat à plusieurs producteurs, ce qui leur assure une présence durable sur le marché canadien. À l'heure actuelle, nous avons deux producteurs. L'un est basé au Qatar, comme vous l'avez mentionné, et l'autre en Amérique du Nord. Cette stratégie nous permet de diversifier et de donner la priorité aux gaz médicaux ici au Canada.

Je ne pourrais pas vous dire précisément quand le Canada subira une pénurie d'hélium. Nous collaborons de très près avec nos fournisseurs pour éviter cela.

**Helena Konanz:** Donc vous nous dites qu'à l'heure actuelle, on n'a pas constaté de changement notable dans la disponibilité de l'hélium destiné à l'imagerie médicale, mais que cela pourrait changer dans un avenir proche.

**Christine Donaldson:** Je ne sais pas vraiment quand cela pourrait changer.

**Helena Konanz:** Le Canada possède la cinquième réserve d'hélium la plus importante au monde, estimée à sept milliards de pieds cubes. Cependant, comme nous ne disposons d'aucune installation de liquéfaction au Canada, nous sommes obligés d'envoyer notre hélium aux États-Unis. Certaines provinces, comme l'Alberta et la Saskatchewan, souhaitent changer cela, mais les entreprises hésitent à investir dans des usines de liquéfaction à cause des taxes fédérales et de la bureaucratie.

L'établissement d'usines de liquéfaction d'hélium mettrait-il fin à notre dépendance du Qatar et des États-Unis pour l'hélium médical? Par ailleurs, seriez-vous favorable à ce que le gouvernement fédéral modifie la fiscalité fédérale pour y parvenir?

**Christine Donaldson:** Malheureusement, je n'ai pas beaucoup de contacts avec les fournisseurs locaux. Votre question est très pertinente, et je crois que le ministre de l'Énergie et des Ressources de la province de la Saskatchewan examine activement ces stratégies.

Tous nos contrats contiennent une clause d'ouverture aux marchés qui encourage la production nationale, dans la mesure du possible, en permettant aux fournisseurs de conclure un contrat officiel avec HealthPRO Canada.

**Helena Konanz:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse à M. Glenn Thibeault.

Monsieur Thibeault, l'Agence des médicaments du Canada a récemment recommandé que le régime de santé publique assume les coûts du médicament Mounjaro pour le traitement du diabète de type 2. Comme l'Ozempic, les gens d'autres pays utilisent le Mounjaro comme médicament amaigrissant. Nous savons que des versions génériques d'Ozempic sont également à l'étude.

Quels problèmes devrions-nous surveiller sur l'accès de la communauté des diabétiques à l'approvisionnement en Mounjaro et en Ozempic? Nous savons que ces médicaments finissent inévitablement par être utilisés plus pour la perte de poids que pour le traitement du diabète.

**Glenn Thibeault:** Il y a un certain nombre de préoccupations que nous devrions signaler, même dans le cas des BPL-1 génériques, de l'Ozempic au Mounjaro.

Soulignons avant tout que la vente de médicaments en ligne et le fait que ces produits coûtent moins cher au Canada me préoccupent beaucoup. Nous avons déjà constaté que des ordonnances délivrées en Colombie-Britannique sont exécutées en Nouvelle-Écosse et que 17 000 d'entre elles sont expédiées aux États-Unis. Si ce phénomène s'intensifie, nous pourrions assister à une pénurie de ces produits pour les Canadiens.

Les sociétés pharmaceutiques concernées et de nombreux patients... Ce problème nous préoccupe profondément. Nous tenons à sonner l'alarme devant ce comité. Il est urgent de trouver des moyens de protéger l'approvisionnement canadien pour que ces prix inférieurs profitent aux Canadiens et ne s'étendent pas dans le monde entier.

• (1555)

**Helena Konanz:** Diriez-vous que vous craignez davantage qu'ils soient expédiés vers d'autres pays plutôt que d'être utilisés ici comme médicaments amaigrissants?

**Glenn Thibeault:** Oui. Le choix de les utiliser de façon non conforme à l'étiquette relève des patients et de leurs fournisseurs de soins. À mon avis, il est plus inquiétant de perdre ces médicaments.

**Helena Konanz:** Merci.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant aux libéraux. Madame Sidhu, vous avez six minutes.

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

Merci à tous les témoins d'être venus.

Ma première question s'adresse à M. Thibeault.

J'ai été fier de contribuer à faire avancer le Cadre sur le diabète au Canada. Je remercie Diabète Canada d'avoir soutenu ce projet de loi. La loi est maintenant en vigueur.

Vous avez évoqué la pénurie d'insuline, un médicament vital, ainsi que les pénuries de médicaments en général, qui continuent de nuire à des patients partout au pays. Selon vous, quels sont les principaux facteurs à l'origine de ces pénuries? Que devrait faire le gouvernement fédéral pour les prévenir? Auriez-vous des conseils à donner à ce sujet?

**Glenn Thibeault:** Soulignons tout d'abord que le diabète est une maladie chronique faisant abstraction de tout intérêt partisan. À ce titre, je tiens à vous remercier d'avoir organisé le caucus sur le diabète et d'avoir réuni des députés de tous les partis pour débattre de cet enjeu. Merci pour votre engagement à ce sujet.

Quant aux pénuries, nous avons constaté celles de l'Ozempic qui étaient liées aux matières plastiques — non pas à la fabrication du médicament, mais à celle des dispositifs d'administration du médicament. Il sera essentiel d'établir une chaîne d'approvisionnement de bout en bout au Canada. En effet, nous dépendons actuellement d'importations des États-Unis et d'autres pays. Nous examinons les possibilités de produire nos propres réserves nationales.

Dans ma déclaration préliminaire, j'ai brièvement évoqué la nouvelle stratégie industrielle de défense du Canada. Tout le monde me demande pourquoi une association caritative du domaine de la santé s'intéresse à la stratégie industrielle de défense. C'est que le fonds dédié aux sciences de la vie peut jouer plusieurs rôles. Il peut fournir des investissements de capitaux pour les installations nationales de fabrication d'insuline, des garanties d'approvisionnement et des contrats d'approvisionnement à long terme susceptibles de créer une demande prévisible. Nous souhaitons que ces mesures garantissent l'accès de tous les patients canadiens à l'insuline.

Plus de quatre millions de Canadiens ont déjà reçu un diagnostic de diabète. Si l'on ajoute à ce chiffre le nombre de personnes en prédiabète, ce chiffre grimpe à 10 ou 12 millions de patients. Nous avons un grand choix de mesures à prendre pour régler ce problème, et je pense que le gouvernement dispose des outils nécessaires pour agir dès maintenant.

**Sonia Sidhu:** Le Canada dispose de solides capacités de recherche et d'une main-d'œuvre hautement qualifiée. Son système réglementaire est aussi très respecté. Pourtant, les intervenants ne cessent de répéter qu'il y a encore des éléments à améliorer. Nous dépendons fortement des importations de l'étranger pour les médicaments innovants. Pourriez-vous nous faire part de vos recommandations sur les secteurs à améliorer pour que nous ne dépendions plus d'autres pays et que nous soyons autosuffisants au Canada?

**Glenn Thibeault:** Nous avons maintenant l'occasion d'aligner notre souveraineté pharmaceutique sur cette stratégie industrielle afin de créer des emplois hautement qualifiés, de renforcer nos capacités nationales et de faire progresser l'innovation canadienne.

Il est très important que nous rendions hommage aux scientifiques qui ont découvert l'insuline pour le monde entier. Je m'intéresse particulièrement aux médicaments contre le diabète, mais cela vaut pour tous les médicaments. Il nous faut maintenant la volonté politique de mettre en œuvre les cadres que nous avons mentionnés, dont le Cadre sur le diabète au Canada, grâce à la Stratégie industrielle de défense du Canada et à d'autres moyens.

Je viens de Sudbury... On y parle toujours de minéraux essentiels. On pourrait vraiment inclure les médicaments à ces minéraux, puis veiller à ce que les médicaments dont les Canadiens ont besoin au quotidien soient effectivement produits et fabriqués au pays. Cela nous permettrait de maîtriser la situation en cas de crise ou de pénurie.

Il y a beaucoup de possibilités. Je pense que nous devrions examiner les cadres qui sont déjà en place et les utiliser pour éviter une autre pénurie au Canada.

• (1600)

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

Selon vous, quelles sont les principales vulnérabilités des chaînes d'approvisionnement au Canada? Que devrait faire le gouvernement pour y remédier?

**Christine Donaldson:** Les vulnérabilités actuelles peuvent être corrigées en coordonnant une politique et un cadre à l'échelle nationale. Comme je l'ai dit dans ma déclaration préliminaire, il est possible de se concentrer sur les médicaments essentiels et vulnérables. Santé Canada a démontré un certain leadership dans ce domaine.

À titre de fournisseurs des hôpitaux et des établissements de santé, nous nous intéressons profondément à cet enjeu, car bon nombre des produits figurant sur cette liste sont des médicaments injectables qui sauvent des vies. En y pensant bien, pourquoi les gens se présentent-ils à l'urgence? C'est parce que rien d'autre ne peut les aider à surmonter la maladie grave et potentiellement mortelle dont ils sont affectés.

Nous avons actuellement une excellente occasion de collaborer en examinant l'information dont nous disposons et en échangeant nos expériences et nos données. Le gouvernement pourrait nous aider à coordonner et à rassembler les principaux intervenants susceptibles de nous expliquer les données dont nous disposons à l'heure actuelle. Cela pourrait nous orienter dans la bonne direction pour élaborer des stratégies d'approvisionnement judicieuses.

Je dis souvent que nous utilisons l'approvisionnement comme un portail. Nous devrions nous en servir comme d'un élément économique qui nous aide à prendre de bonnes décisions.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer au Bloc. Monsieur Blanchette-Joncas, vous avez six minutes.

[Français]

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

Je salue les témoins qui sont avec nous aujourd'hui.

Monsieur Leclerc, premièrement, je veux souligner tout le travail que vous faites avec votre organisation. En quelques mois, vous avez réalisé plusieurs choses. Vous avez donné des exemples assez concrets. Vous avez su démontrer qu'au Québec, nous sommes capables de développer une expertise et un savoir-faire, mais aussi des capacités stratégiques de très haut niveau. Vous avez donné des exemples concrets de ce que votre équipe est capable de développer.

Selon vous, aujourd'hui, qu'est-ce qui manque pour rendre cette capacité durable et autonome?

**Denis Leclerc:** Ce n'est pas compliqué, il manque le financement. L'expertise est présente depuis longtemps. Financer un médicament au Québec a permis de consolider cette expertise et de travailler ensemble. Toutefois, tout ça a du sens si et seulement si ce financement est maintenu. Dans le fond, c'est comme ça qu'on va tirer des bénéfices de cet investissement. Si on continue à soutenir ce genre d'initiative sur des dizaines d'années, on va vraiment voir émerger des bénéfices importants pour les Canadiens, et des organismes comme VaxSynergy vont éventuellement devenir pérennes et être capables de se financer grâce à leurs activités. Multiplier ce

type d'exemple va permettre au Canada d'avancer rapidement et de se distinguer des autres pays du G7.

**Maxime Blanchette-Joncas:** Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Je vais prendre la question de l'autre côté. Évidemment, je suis un allié pour vous soutenir dans vos démarches de financement. Toutefois, sans financement prévisible et structurant, qu'est-ce que vous pensez que le Canada risque concrètement de ne pas être capable de faire? Quels sont les risques de ne pas vous financer?

**Denis Leclerc:** Les risques sont énormes. Nous ne pouvons pas travailler ensemble pour aborder ces problèmes et travailler selon les bonnes pratiques de laboratoire, comme j'en ai parlé tout à l'heure. Ça exige beaucoup de rigueur, mais des coûts y sont associés. Il faut implanter tout ça. Le travail d'une industrie est très différent de celui du milieu académique. Ça prend absolument des investissements du gouvernement pour mettre en œuvre ces initiatives. C'est vraiment important.

De ce que je sais, le Canada n'est pas celui des pays du G7 qui investit le plus en recherche et développement. Il y a donc un déficit important. Ce n'est pas un secret: des cerveaux quittent le pays parce que le financement est plus facile à obtenir ailleurs. Si nous voulons retenir nos cerveaux ici pour qu'ils travaillent et développent de nouvelles technologies, il faut absolument y mettre des sous.

Je parle avec assez de recul: ça fait plus de 30 ans maintenant que je suis dans le domaine et c'est ce que je constate.

• (1605)

**Maxime Blanchette-Joncas:** Je me permets de reprendre au bond ce que vous avez mentionné.

Effectivement, le Canada n'est pas le premier investisseur. Il s'agit du seul pays du G7 qui, en l'espace de 20 ans — du début des années 2000 jusqu'en 2020, et même encore jusqu'à aujourd'hui —, a réduit ses investissements en recherche et développement. Nous avons beaucoup de potentiel, mais ça prend des investissements parce que cet environnement est très compétitif, comme vous le savez.

Au-delà du développement des produits, vous avez aussi parlé de votre rôle dans la formation. Sans soutien durable, le Canada risque-t-il aussi de perdre une capacité stratégique de formation de personnel hautement qualifié?

**Denis Leclerc:** Oui. Tout est interrelié et je dirais que c'est ce qui en fait la force.

Je vais parler de la ville de Québec.

Depuis longtemps, des expertises dans le domaine de la vaccination s'y sont développées. Elles permettent de nourrir les initiatives dans le domaine de la vaccination à Québec. Ce n'est pas pour rien que l'usine de GSK a été implantée à Québec. Entre autres, déjà quatre ou cinq personnes qui ont été formées dans mon laboratoire travaillent dans cette usine. C'est la même chose pour Aramis Biotechnologies qui œuvre aussi dans le domaine de la vaccination.

Afin d'attirer des multinationales qui vont s'implanter dans notre pays, il est important de former le personnel dans le domaine de la vaccination. Pour y arriver, il faut faire de la recherche et former des étudiants. De plus, il faut leur montrer les bonnes pratiques de laboratoire. Il faut qu'ils apprennent à parler le langage de l'industrie. Quand ces gens entrent dans l'industrie et qu'ils ont cette formation — j'en suis fier —, ils deviennent très rapidement autonomes et efficaces.

**Maxime Blanchette-Joncas:** Je me permets de faire appel à votre expérience. Vous avez dit être là depuis de nombreuses années.

Au début des années 2000, on avait les grandes BioPharma de ce monde au Québec, notamment dans la grande région métropolitaine. Elles ne sont pas parties parce qu'il neigeait trop un samedi après-midi, par contre. De votre point de vue, pourquoi nous ont-elles échappé?

**Denis Leclerc:** En fait, je pense qu'il s'agit d'une volonté politique.

Reculons encore plus loin. Souvenez-vous du temps du Dr Armand Frappier, alors qu'on fabriquait nos propres vaccins contre la grippe et contre l'hépatite A au Québec. Les usines de fabrication de vaccins d'Armand Frappier ont été fermées au milieu des années 1980, je pense.

Si on avait maintenu ces installations vivantes, elles auraient continué à se développer et on aurait continué à innover. Elles se seraient probablement agrandies. Je suis certain et personnellement convaincu qu'on aurait été beaucoup mieux positionné pour faire face à la pandémie de la COVID-19 qu'on a connue en 2020. On aurait probablement été un des leaders sur le plan international pour y faire face.

En ce qui concerne la question du financement de la recherche, il s'agit toujours de maintenir ce financement dans le temps si on veut en tirer les bénéfices. Ça ne donne rien d'investir des millions de dollars rapidement et des dizaines de millions de dollars sur une courte période pour ensuite arrêter ce financement. C'est intenable.

[Traduction]

**La présidente:** Monsieur Leclerc, il vous reste 10 secondes, alors je vous prie de conclure ce que vous avez à dire.

**Denis Leclerc:** J'avais terminé. Merci.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Je cède la parole à M. Bailey, du Parti conservateur, pour cinq minutes.

**Burton Bailey (Red Deer, PCC):** Merci, madame la présidente. Voudriez-vous me faire signe une minute avant la fin de mon temps de parole?

**La présidente:** Je vais vous faire signe, oui. Je ne l'ai pas fait pour M. Blanchette-Joncas, car il m'avait demandé de ne pas le faire.

**Burton Bailey:** Je remercie les témoins d'être parmi nous aujourd'hui.

Monsieur Thibeault, vous avez commencé par dire qu'une nation a le devoir de protéger sa population. Cela m'a particulièrement interpellé, car nous avons appris hier qu'au cours de ces 10 dernières années, les Canadiens ont déboursé plus de 275 millions de dollars pour les soins de santé prodigués à des personnes dont la demande d'asile a fini par être rejetée.

Les Canadiens de tout le Canada subissent-ils des délais d'attente plus longs pour les soins spécialisés et la gestion courante du diabète en raison de l'augmentation de l'immigration?

**Glenn Thibeault:** Je n'ai pas de réponse précise à cette question, mais je peux vous dire que, partout au pays, nous manquons de fournisseurs de soins de santé. Tous les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral travaillent main dans la main pour tenter de résoudre ce problème. Si j'avais une baguette magique, je serais enchanté de le résoudre.

Je réside à Sudbury, et des habitants des communautés du Nord de l'Alberta, du Nord du Manitoba et du Nord de l'Ontario n'ont pas accès aux spécialistes qu'il leur faudrait. Nous encourageons donc tous les ordres de gouvernement à collaborer pour résoudre ce problème.

● (1610)

**Burton Bailey:** J'ai posé cette question, parce que les médecins facturent des taux plus élevés pour certaines de ces personnes. On le constate notamment dans le cas des escarres et de certains problèmes de santé dont souffrent les personnes qui arrivent d'autres pays. Ces gens reçoivent de meilleurs traitements que nos concitoyens canadiens. Voilà pourquoi je vous ai posé cette question.

Je vais passer à un autre sujet.

Le diabète s'accompagne souvent de douleurs chroniques. La crise des opioïdes a-t-elle aggravé la situation de ces patients?

**Glenn Thibeault:** Encore une fois, ce ne sont pas des données auxquelles j'aurais accès.

**Burton Bailey:** Je comprends cela. Merci.

En ce qui concerne l'assurance-médicaments, l'Alberta dirige un programme très complet de prise en charge du diabète. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi l'Alberta a tellement insisté sur le fait que son programme est meilleur que ceux des autres provinces?

**Glenn Thibeault:** Toutes les provinces qui n'ont pas encore conclu d'accord bilatéral avec le gouvernement fédéral vous diront qu'elles ont hâte de le faire.

Le gouvernement de l'Alberta a inscrit un certain nombre de médicaments sur sa liste, ce qui le place devant les autres provinces et territoires. Fait-il de grandes choses? Absolument. Doit-il travailler à d'autres choses? Tout à fait.

Mon collègue du Bloc serait sans doute d'accord pour dire que le Québec a également un très bon programme d'approche tout à fait hybride, et c'est une possibilité que nous pouvons continuer à examiner.

Nous appuyons sans réserve l'universalité de l'assurance-médicaments. Nous estimons que tous les Canadiens, où qu'ils vivent, devraient avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin, mais nous n'avons pas pour autant la certitude que l'approche du payeur unique soit la bonne. Il faut étudier ce qui se fait au Québec. Vu les ratés et les imperfections, il y a possibilité de mieux faire, mais l'assurance-médicaments est la bonne approche pour assurer un accès universel aux médicaments.

**Burton Bailey:** Merci.

Madame Donaldson, votre industrie a-t-elle été en mesure de répondre à l'augmentation de la demande de produits pharmaceutiques attribuable à la croissance démographique?

**Christine Donaldson:** En ce moment, nous considérons tous les patients qui se présentent dans nos hôpitaux comme la manifestation d'une demande accrue. Nous avons toujours du mal à prévoir la demande réelle, la demande effective comparée à nos prévisions.

Il s'agit d'une véritable occasion pour nous d'examiner tout changement ou toute croissance démographique. L'accès aux soins est d'une importance vitale pour nous, à HealthPRO Canada, car nous voulons pouvoir desservir l'intégralité du territoire canadien, jusque dans les coins les plus reculés des provinces, comme mon collègue l'a dit. Nous avons l'occasion de nous assurer de répondre aux besoins, où qu'ils se manifestent.

**Burton Bailey:** Très rapidement. J'ai appris récemment qu'en raison d'une loi sur le commerce, le Québec et l'Ontario sont les seules provinces qui peuvent produire des médicaments génériques. Une entreprise en Alberta voudrait le faire, mais cela lui est interdit. Pouvez-vous m'en dire plus à ce propos?

**Christine Donaldson:** Désolée. Je n'ai aucune idée à ce sujet ni aucune observation.

**Burton Bailey:** Merci, madame la présidente.

**La présidente:** Merci, monsieur Bailey.

Madame Jaczek, vous avez la parole pendant cinq minutes.

**L'hon. Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.):** Merci, madame la présidente, et merci aux témoins de tout ce qu'ils nous ont dit jusqu'à maintenant.

Vous n'ignorez pas que l'objectif de notre étude est de soumettre au gouvernement fédéral des recommandations très pratiques et ciblées sur la façon d'améliorer la souveraineté pharmaceutique du Canada. Vous nous avez déjà donné quelques indications à ce propos pendant votre témoignage, mais pourriez-vous définir une ou deux priorités absolues, à votre sens? Je commence par vous, monsieur Thibeault.

**Glenn Thibeault:** Je vous remercie de me donner l'occasion de formuler des recommandations.

Nous avons été très clairs au sujet des possibilités offertes par le Fonds des sciences de la vie et la Stratégie industrielle de défense. Il y a là 84 milliards de dollars, si je me souviens bien, et nous pourrions utiliser ces fonds pour mettre en œuvre bon nombre des recommandations que nous proposons.

Nous voudrions désigner l'insuline, le glucagon et d'autres thérapies essentielles du diabète comme médicaments essentiels dans un cadre officiel de souveraineté pharmaceutique aligné sur cette stratégie et ce fonds. Il faut tirer parti du Fonds des sciences de la vie pour injecter des capitaux dans la production d'insuline chez nous, établir des partenariats public-privé, dans lesquels le gouvernement apporterait un investissement stratégique et une garantie d'approvisionnement — un modèle qui fonctionne déjà pour la défense et les minéraux critiques —, accroître la capacité nationale de remplissage-finition et de production d'ingrédients pharmaceutiques actifs au moyen d'un financement ciblé et d'un soutien réglementaire.

Nous voudrions aussi que soient constituées des réserves stratégiques pour les médicaments essentiels contre le diabète afin de nous prémunir contre des perturbations de l'approvisionnement et de protéger l'offre canadienne contre une demande internationale concurrente.

Voilà quelques-unes de nos recommandations.

• (1615)

**L'hon. Helena Jaczek:** Merci.

Madame Donaldson, vous pourriez peut-être nous faire part de vos deux principales recommandations. J'ai l'impression que vous voudrez peut-être parler un peu de la liste des médicaments critiques et essentiels et du cadre à prévoir. Nous en avons entendu parler à quelques reprises. Compte tenu de votre poste et de votre activité, j'imagine que vous avez une certaine expertise en la matière.

**Christine Donaldson:** Vous m'avez entendu parler tout à l'heure de la stratégie en matière de données. Elle revêt une importance primordiale pour bon nombre de nos autres recommandations visant à accroître la transparence et la coordination nationale des données qui nous appartiennent.

Vous avez absolument raison de dire que nous n'avons pas la capacité d'élaborer une stratégie pharmaceutique pleinement autarcique au Canada. Il faut qu'elle soit ciblée. Il faut une approche coordonnée qui englobe... Nous utilisons des qualificatifs comme « essentiel », « critique » et « vulnérable ». Souvent, pour un médicament donné, l'approvisionnement peut être vulnérable simplement parce qu'il y a un fournisseur unique ou que les fournisseurs de rechange sont rares. Nous avons constaté des pénuries de médicaments en oncologie pédiatrique. Ce sont des options et des solutions de rechange qui sauvent des vies, mais il arrive souvent que nous n'ayons pas de bons choix au-delà des thérapies de première ligne. À titre de professionnelle de la santé, je sais que le pire qui puisse arriver est de savoir qu'une pénurie touche un patient que je dois aller voir, lui ou celui qui le soigne, pour lui dire qu'il ne peut pas recevoir les meilleurs médicaments dont il a besoin.

C'est une question de criticité, à laquelle s'ajoute la vulnérabilité. Nous en sommes vraiment aux données qui peuvent aider à nourrir les discussions. Je le répète, il faut s'assurer que les investissements dans ces stratégies sont très ciblés.

Enfin, c'est une question d'approvisionnement et de stratégies à utiliser, car le prix ne devrait pas être le seul facteur déterminant. Nous sommes fiers du fait que bon nombre des contrats que nous avons pour le Canada assurent la durabilité, la résilience de l'approvisionnement et d'autres facteurs intégrés à la capacité de notation afin d'avoir une chaîne d'approvisionnement en soins de santé diversifiée et plus résistante.

**L'hon. Helena Jaczek:** Monsieur Leclerc, vous avez déjà parlé de financement. Pendant notre étude sur la résistance aux antimicrobiens, nous avons entendu parler d'un mécanisme alliant incitation et attractivité pour amener les entreprises à produire des médicaments ici, au Canada, lorsque ceux-ci, pour être peut-être essentiels, sont utilisés en petites quantités. Avez-vous quelque chose à dire à ce propos?

**Denis Leclerc:** Il y a un grand avantage pour les entreprises engagées à cet égard, car elles peuvent profiter de ce qui est actuellement disponible à l'université. L'investissement de Médicament Québec dont nous bénéficions nous permet de nous regrouper et de vraiment nous concentrer sur ce dont l'entreprise a besoin. C'est là que nous pouvons changer la donne.

Parfois, nous n'avons pas besoin d'élaborer un énorme processus. Nous pouvons répondre à des questions très précises selon les besoins d'une entreprise qui produit les composés, et cela pourrait nous permettre de produire un médicament plus rapidement ou plus facilement ou d'en accélérer la mise au point.

**La présidente:** Merci, monsieur Leclerc. C'est bien.

Nous allons maintenant passer à la prochaine personne sur la liste. Il s'agit de M. Blanchette-Joncas, du Bloc. Vous avez deux minutes et demie.

[Français]

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

Monsieur Thibeault, vous avez très bien informé les gens ici sur le fait qu'il n'y a aucune production locale d'insuline au Canada. Si, à court terme, on veut poser des gestes concrets en matière de souveraineté pharmaceutique, de quels médicaments devrait-on prioriser la production locale? Est-ce que l'insuline devrait être une des priorités?

**Glenn Thibeault:** Je vous remercie de votre question.

C'est difficile pour moi de répondre en français, alors je vais répondre en anglais.

[Traduction]

Je crois fermement que l'insuline et d'autres médicaments dont l'approvisionnement est vulnérable — ma collègue et moi utilisons beaucoup la même terminologie — devraient être produits au Canada.

Comment peut-on dire à un jeune enfant que le parcours dans lequel il s'engage mènera à la mort? Qu'il va perdre la vue. Que ses reins vont flancher. Que, s'il se coupe au pied, la plaie se transformera en abcès, ce qui pourrait entraîner une amputation. Tout cela se produira avant qu'il ne meure.

Je ne saurais trop insister: l'insuline est essentielle à la survie des diabétiques. À l'heure actuelle, il y a de 60 à 100 personnes au Canada qui dépendent de l'insuline d'origine animale pour survivre, et l'entreprise du Royaume-Uni a commencé à dire: « Nous allons arrêter de produire cette insuline pour vous. » Pour ces patients, ce fut une crise. Nous avons un semblant de solution, mais malheureusement, nous ne pouvons pas encore produire cette insuline au Canada, et je voudrais que cela change.

• (1620)

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Vous avez parlé de la pénurie en 2024. Est-ce que vous pouvez expliquer les effets que ça a eus sur certaines personnes? On souhaite que personne ne soit décédé à cause de ça.

**Glenn Thibeault:** Merci de la question.

[Traduction]

En 2024, il y a eu une pénurie de glucagon injectable. Il est utilisé dans les cas extrêmes d'hypoglycémie. L'acidocétose diabétique provoque un effondrement, avec une foule de complications. Santé Canada a classé au niveau trois cette pénurie, lorsqu'elle est survenue. Pendant que nous cherchions ce produit, c'était la panique dans le milieu, et c'est compréhensible.

Nous obtenons maintenant notre approvisionnement d'une entreprise aux États-Unis, et elle est notre seul fournisseur. Elle n'a pas encore satisfait aux normes pour obtenir un DIN et présenter le produit dans les deux langues officielles. C'est extrêmement important. Elle ne respecte pas les exigences, mais nous sommes là. Nous n'avons pas d'autre source d'approvisionnement...

**La présidente:** Désolée, mais vous avez largement dépassé votre temps de parole. Pouvez-vous donner plus de précisions en répondant à votre prochaine question, s'il vous plaît? Je suis certaine que le prochain intervenant vous permettra de le faire.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Madame la présidente, est-il possible de permettre au témoin de nous répondre par écrit? C'est une question assez complexe, et je pense qu'il serait important d'avoir plus de détails.

[Traduction]

**La présidente:** Auriez-vous l'obligeance de le faire? Faites parvenir la réponse à la greffière, qui la transmettra aux membres du Comité. Merci beaucoup.

Je donne maintenant la parole à M. Strauss. Cinq minutes.

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

Monsieur Thibeault, je ne savais pas avant votre exposé que le Canada, le pays où elle a été découverte, ne produit pas d'insuline. Voilà qui est plutôt embarrassant. Je voudrais voir avec vous pourquoi, au fond, nous en sommes là. Il y a peut-être un indice dans le deuxième fait que vous avez décrit, la question de l'insuline d'origine animale. Peut-être que 60 à 100 personnes au Canada ne peuvent pas tolérer autre chose.

Après que vous en avez parlé, j'ai vérifié. Vous êtes cité dans un article du *Globe and Mail* dont vous avez sans doute pris connaissance. Il explique comment l'ancien fournisseur d'insuline d'origine animale au Canada s'est modernisé en passant des ampoules aux cartouches. Santé Canada l'a obligé à présenter une demande pour obtenir l'autorisation réglementaire de distribuer le même médicament sous une forme différente.

Seriez-vous d'accord avec moi pour dire que Santé Canada aurait peut-être dû renoncer à cette exigence dans l'intérêt des 60 à 100 personnes qui ont utilisé ce médicament toute leur vie?

**Glenn Thibeault:** Il y a eu un article de suivi disant que Wockhardt avait accepté de travailler avec Santé Canada pour régler ce problème. La bonne nouvelle, c'est que nous avons une solution à court terme.

À une plus grande échelle, nous devons commencer à examiner ces points de vulnérabilité et trouver des solutions chez nous. Malheureusement, il y a encore beaucoup de tracasseries administratives qu'il est question d'éliminer au gouvernement et en politique.

J'adorerais trouver des moyens d'aider les malades à obtenir les médicaments dont ils ont besoin. Santé Canada a ses règles et divers règlements, et je comprends qu'il doit les respecter. Nous devons ensuite commencer à écouter ceux qui sont... C'est leur vie qui est en cause. Je connais une famille qui a une fille de 14 ans. Les endocrinologues et d'autres spécialistes diront: « Nous pouvons vous trouver quelque chose », mais comment dire à quelqu'un qui vit dans le Nord de la Saskatchewan et qui n'a pas d'endocrinologue ni de médecin...? Il faut étendre la discussion à un contexte plus vaste.

• (1625)

**Matt Strauss:** Le plus fou dans cette histoire — et je n'ai lu que le premier article —, c'est que Santé Canada exige des frais de 50 000 à 300 000 \$ pour la présentation d'une demande. L'entreprise doit fournir les données pour montrer que le produit est identique, même s'il est présenté sous une forme différente, et déboursier 300 000 \$ pour faire étudier sa demande.

Cela semble extraordinaire, presque fou. Êtes-vous d'accord?

**Glenn Thibeault:** Je suis certain qu'il y a des raisons si Santé Canada a mis ce dispositif en place, et nous pourrions peut-être en discuter à l'occasion d'une autre étude. Ce qui me réjouit, c'est que le ministère a cherché des moyens d'annuler toutes ces exigences pour que le produit soit autorisé.

**Matt Strauss:** Si j'en parle, c'est que, lorsque j'ai accueilli des fabricants de médicaments dans mon bureau pour discuter des moyens de produire plus de médicaments au Canada, ils ont dit que le processus réglementaire les fait fuir. Ils doivent déboursier beaucoup d'argent simplement pour se faire réglementer et pour vendre au Canada. Voilà pourquoi ils répugnent à investir dans la production au Canada. C'est ce qu'ils me disent.

Vous avez siégé un certain temps au Parlement fédéral et aussi à l'Assemblée législative de l'Ontario. Fondamentalement, est-ce le ministre de la Santé qui pourrait renoncer à ces lourdeurs administratives? Est-ce vous, est-ce moi, est-ce le ministre de la Santé qui assume la responsabilité de ce genre de problèmes?

**Glenn Thibeault:** C'était notre recours suivant pour aider ces malades. Il s'agissait de soumettre le problème à la ministre de la Santé et de demander son aide pour obtenir une exemption.

Très rapidement, pour répondre à votre première question au sujet de l'insuline, nous étudions la situation dans son ensemble et nous devons commencer à examiner l'approvisionnement national et nous assurer que nous pouvons la produire chez nous. Je ne suis pas en mesure de suivre tous les rebondissements ni d'expliquer comment cette production a disparu, mais veillons à la rétablir chez nous.

**Matt Strauss:** C'est fantastique. J'espère entendre le point de vue de la ministre à ce sujet également.

Je n'ai plus de questions, madame la présidente. Merci.

**La présidente:** Merci.

Je donne maintenant la parole à Mme Chi pendant cinq minutes.

**Maggie Chi (Don Valley-Nord, Lib.):** Merci à tous les témoins qui se sont présentés pour participer à cette étude très importante.

Ma première question s'adresse à Mme Donaldson. Merci beaucoup d'être là.

J'ai lu en ligne que votre organisation s'occupe des achats de médicaments et d'équipement. Vous avez également dit que, pendant la pandémie de COVID-19, notre approvisionnement était considéré comme une grande vulnérabilité pour notre pays.

D'un point de vue comme de l'autre — les médicaments et la fourniture d'équipement —, quelles sont les bonnes leçons que nous avons apprises en travaillant avec nos partenaires, les gouvernements et les hôpitaux pour aider à renforcer la chaîne d'approvisionnement? De plus, quelles sont les mesures que vous avez vues qui nous ont mieux préparés pour le prochain tour — touchons du bois — au cas où une autre pandémie de COVID-19 surviendrait?

**Christine Donaldson:** Vous avez raison de dire qu'il y a beaucoup de leçons à tirer de tout type de risque ou de stress dans notre chaîne d'approvisionnement. Ce que nous avons fait, c'est collaborer à un niveau différent.

Le programme national a évolué. En tant qu'organisation nationale, nous entretenons une étroite collaboration avec de nombreuses provinces, comme vous l'avez dit, pour fournir toutes sortes d'éléments essentiels. Aujourd'hui, cela pourrait être un médicament, mais demain ce pourrait être un produit de salle d'opération, un instrument médical. Il faut d'abord comprendre la vraie source du problème.

Deuxièmement, au fur et à mesure que la collaboration s'engage, il faut comprendre comment améliorer la prévisibilité. Il a été question d'encourager les fournisseurs canadiens. Ils ont besoin de prévisibilité. L'occasion qui s'offre à nous de nous regrouper pour nous exprimer d'une seule voix, au niveau national, et d'amener un certain volume sur le marché est essentielle à leur rentabilité et à la prévisibilité de la demande, dont j'ai parlé plus tôt. Nous avons besoin de cette planification. C'est souvent ce pourquoi nous éprouvons des problèmes, même en dehors des périodes critiques et des crises.

Ces enseignements peuvent continuer à nous servir, mais seulement lorsque nous aurons acquis une force nationale. Une politique nationale nous aidera à améliorer cette souplesse, à avoir une certaine résilience et, comme nous l'avons entendu plus tôt, à accélérer et à simplifier le processus, particulièrement pour les produits à risque.

Nous parlons ici de produits pharmaceutiques, mais il peut s'agir aussi de n'importe quel produit.

**Maggie Chi:** À propos de l'approvisionnement, j'imagine que vous vous intéressez sans doute beaucoup au processus réglementaire et aux politiques. Le gouvernement fédéral peut dire concrètement qu'il est possible d'agir dès maintenant. Quels signes annonciateurs de changements favorables du cadre réglementaire avez-vous reçus?

• (1630)

**Christine Donaldson:** Un changement favorable, à mon avis, ce serait une interaction pour parvenir à une approche coordonnée. Nous avons récemment eu des contacts avec PCSC, c'est-à-dire Préparation aux crises sanitaires Canada. Nous en sommes encore aux premiers balbutiements, mais il y a beaucoup d'enthousiasme au sujet de cette stratégie visant à travailler avec l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada et à adopter une approche plus proactive que par le passé.

Nous avons une expérience et une histoire extraordinaires. Nous œuvrons dans ce secteur depuis 30 ans. Nous avons donc des données qui pourraient nous aider à surmonter les nombreuses fluctuations des pressions qui s'exercent sur notre fragile chaîne d'approvisionnement.

Nous ne demandons pas mieux que de continuer à travailler avec le gouvernement fédéral et tous les intervenants que nous représentons. Nos fournisseurs et les fabricants cherchent à comprendre. Ils veulent vraiment s'engager davantage dans l'avenir, et je pense que les points de vue sur le risque et le partage des risques ont également changé.

**Maggie Chi:** Je vous remercie infiniment.

Monsieur Thibeault, merci beaucoup d'avoir accepté de comparaître.

Cela fait partie de vos principales activités de défense des intérêts. Comme vous l'avez dit, nous avons découvert l'insuline et avons joué un rôle important dans la promotion du GLP-1, et vous avez ajouté que nous ne fabriquons pas ces deux produits. C'est de la propriété intellectuelle canadienne, mais nous n'en tirons aucun profit.

Parlez-nous un peu des lacunes les plus importantes que vous percevez et de ce que nous pouvons faire pour les combler.

**Glenn Thibeault:** Nous pouvons continuer à discuter de la façon dont nous pouvons travailler ensemble, intervenants, porte-parole des patients et parlementaires, pour élaborer les politiques propres à protéger les Canadiens et à leur procurer les médicaments dont ils ont besoin.

Tout le monde est invité à venir dans la circonscription de Peter Fragiskatos pour voir la maison Banting, où tout a commencé. C'est vraiment important. Nous avons créé l'insuline, nous l'avons découverte. Assurons-nous de commencer à la produire ici, au Canada, afin qu'aucun Canadien n'ait jamais à se passer d'un médicament qui le garde en vie.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Je tiens à remercier les témoins d'être venus nous éclairer sur une question essentielle et cruciale pour nos patients et nos électeurs.

Je tiens également à vous remercier de nous avoir rappelé notre histoire dans la lutte contre le diabète. Nous avons parlé de Banting et Best, mais nous avons oublié un très important lauréat du prix Nobel de l'Université de la Colombie-Britannique, Michael Smith, qui a créé l'insuline synthétique pour que nous n'ayons pas à dépendre de l'insuline d'origine bovine ou porcine.

Nous sommes un chef de file, surtout dans la lutte contre le diabète, mais le Canada a toujours été un chef de file en sciences biomédicales. Nous avons toujours fait de la R-D. Nous l'avons fait, et vous avez raison de dire que ce que nous avons omis de faire, c'est passer à l'étape suivante, celle de la production de l'insuline. Nous n'en avons donc tiré aucun profit. Nous avons fait le travail et d'autres ont empoché l'argent.

Je tiens à signaler rapidement une chose. Il y a deux semaines, la ministre de l'Industrie a remis de l'argent à une petite entreprise de ma circonscription. Elle s'appelle Aspect. Elle a réussi à imprimer en 3-D des îlots de Langerhans, et elle peut maintenant les injecter chez une personne atteinte du diabète de type 1 à la naissance afin qu'elle puisse fabriquer sa propre insuline. Voilà ce que fait le Canada.

Merci de nous avoir fait ressentir la fierté d'être des Canadiens. Le Comité devrait maintenant indiquer les prochaines étapes à suivre pour tirer profit de nos réalisations et nous assurer, comme vous l'avez dit, de considérer non seulement l'abordabilité, mais aussi la disponibilité comme un problème fondamental.

Merci beaucoup d'avoir comparu.

Nous allons suspendre la séance jusqu'à ce que les prochains témoins arrivent.

• (1630)

(Pause)

• (1640)

**La présidente:** Reprenons nos travaux. Merci.

Je souhaite la bienvenue aux témoins qui se joignent à nous pour la deuxième heure. De BioCanRx, nous accueillons Stéphanie Michaud, présidente-directrice générale. De l'Association canadienne de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique, voici Angélique Berg et Simona Zar, vice-présidente principale. Nous entendons ensuite Sandra Hanna, directrice générale de l'Association canadienne des pharmacies de quartier.

Nous avons une réunion très hybride aujourd'hui.

Je vous souhaite d'abord la bienvenue, mais je voudrais aussi vous donner des précisions sur le déroulement des témoignages.

Vous êtes deux à représenter un des groupes. Vous n'avez cependant que cinq minutes. Vous pouvez vous partager ce temps de parole ou charger une seule d'entre vous de livrer votre exposé.

Chaque groupe dispose de cinq minutes pour présenter son exposé. Je vais vous avertir lorsqu'il ne restera qu'une minute et de nouveau 30 secondes avant la fin pour que vous puissiez conclure. Si vous avez l'impression de n'avoir pas pu tout dire, les exposés seront suivis d'une période de questions qui vous permettront d'ajouter des éléments. Je suis certaine que les députés formuleront leurs questions de façon que vous puissiez le faire.

Nous allons maintenant commencer par Stéphanie Michaud. Vous avez cinq minutes, je vous prie.

• (1645)

[Français]

**Stéphanie Michaud (présidente-directrice générale, BioCanRx):** Madame la présidente, membres du Comité, c'est un honneur de comparaître devant vous aujourd'hui.

Je m'exprime en français pour souligner ce qui est au cœur de ma démarche, à savoir que la souveraineté pharmaceutique, c'est aussi la capacité d'un pays à raconter sa propre histoire scientifique et à en écrire la suite.

Je vais poursuivre mon intervention en anglais.

[Traduction]

Je m'appelle Stéphanie Michaud et je suis présidente-directrice générale de BioCanRx, le réseau d'immunothérapie du Canada, un organisme financé par le gouvernement fédéral qui a passé la dernière décennie à faire quelque chose que le Canada ne fait pas assez: prendre des recherches canadiennes de calibre mondial sur le cancer et les transformer en thérapies concrètes pour de vrais patients.

Je vais utiliser mes cinq minutes pour remettre en question une hypothèse bien ancrée dans la façon dont l'étude est structurée. Je le dis en toute déférence, car je crois que cela a énormément d'importance pour les recommandations que le Comité formulera.

La souveraineté pharmaceutique est souvent considérée comme un problème de chaîne d'approvisionnement: comment nous assurer que les Canadiens ont accès aux médicaments lorsque l'approvisionnement mondial est perturbé? Cette formulation initiale du problème suppose que le Canada continuera de dépendre des thérapies créées ailleurs. La question fondamentale, celle que le Comité a l'occasion d'étudier, est la suivante: pourquoi le Canada ne crée-t-il pas lui-même davantage de thérapies?

Entre 2002 et mars 2026, seulement 3,4 % des essais cliniques en immunothérapie contre le cancer menés au Canada ont porté sur des innovations canadiennes. Le Canada est le seul pays du G7 qui n'a pas de société pharmaceutique nationale produisant des médicaments novateurs. Ce n'est pas parce que notre recherche scientifique est faible — elle est de calibre mondial —, mais parce que nous avons bâti un système fédéral de financement et de gouvernance qui est excellent pour financer le premier chapitre d'une découverte, mais qui laisse tout tomber ensuite.

En décembre 2025, BioCanRx a confié à l'Institut sur la gouvernance le mandat de comparer l'écosystème translationnel du Canada à celui de six pays semblables à lui. La conclusion a été sans équivoque: le rendement insuffisant du Canada découle d'une lacune non pas en matière scientifique, mais bien au plan de la gouvernance.

Les thérapies avancées — les thérapies cellulaires et géniques qui représentent la prochaine génération de traitement du cancer et, de plus en plus, de maladies métaboliques et autres — se perdent structurellement entre les mandats fédéraux. Le travail nécessaire pour faire passer une découverte canadienne à un essai clinique — la fabrication selon les pratiques exemplaires, les études toxicologiques, le dossier réglementaire — se situe trop dans les sciences appliquées pour recevoir des fonds fédéraux destinés à la recherche en santé et il est trop risqué pour des capitaux privés. Les découvertes tombent dans un trou noir, et il n'y a rien pour les rattraper.

Nous avons vécu ce problème directement. En 2023 et 2024, aux concours fédéraux d'essais cliniques, trois projets BioCanRx ont été retenus pour financement sans pouvoir aller de l'avant. Il n'était pas possible de présenter une demande d'essai clinique à Santé Canada parce que le travail de préparation réglementaire n'avait jamais été financé. Ces projets sont restés au point mort pendant plus d'un an, et aucun mécanisme fédéral n'était là pour prendre le relais.

Nous sommes intervenus en tant qu'organisation grâce à ce que nous avons reçu du Fonds stratégique des sciences. Les essais cliniques d'un projet viennent de s'amorcer. Il s'agit d'une thérapie CAR-T offerte à des patients atteints d'un cancer du sang pédiatrique ou adulte, une thérapie qui n'existait pas auparavant au Canada.

Il y a environ deux semaines, le gouvernement du Canada a annoncé un engagement de 280 millions de dollars à l'appui d'Aspect Biosystems, une entreprise de Vancouver qui met au point des médicaments cellulaires biotechnologiques ciblant des maladies comme le diabète de type 1. C'est exactement le modèle que le Canada devrait bâtir. La science canadienne et le secteur manufacturier canadien sont intégrés à l'expertise mondiale, mais c'est remarquable précisément parce que c'est rare.

BioCanRx demande trois choses au Comité.

Premièrement, revoir la portée de son étude. La souveraineté pharmaceutique doit se traduire par la capacité de créer de nouvelles thérapies, et pas seulement d'assurer l'approvisionnement en thérapies existantes.

Deuxièmement, il faut combler les lacunes structurelles. Le Canada a besoin d'un programme permanent de recherche translationnelle en santé comportant des jalons pour financer les travaux ne relevant d'aucun mandat, y compris la préparation réglementaire que les fonds fédéraux prévus pour les essais cliniques ne financent pas. Les IRSC ne devraient pas financer un essai qui ne peut aller de l'avant. L'Institut sur la gouvernance a fait cette recommandation, et nous sommes là pour la réitérer.

Troisièmement, il faut publier une stratégie assortie d'une vérifiable reddition de comptes, soit un cadre comportant des jalons harmonisés à l'échelle de Santé Canada, d'ISDE et des organismes de recherche fédéraux, ainsi qu'un mécanisme de coordination afin d'éviter que les innovateurs canadiens ne soient laissés à eux-mêmes. La tâche du Comité est d'assurer le succès du système et non de cas d'exception.

Le Canada a découvert l'insuline. Des chercheurs formés à l'Université de l'Alberta ont été les pionniers de la science derrière le traitement par cellules CAR-T. La science canadienne n'est pas le problème. Le problème, c'est que nous continuons d'investir massivement dans les premiers chapitres sans prévoir de fonds pour tout le reste. Par conséquent, les Canadiens atteints de cancer ont accès à des thérapies créées par la science canadienne dans le cadre d'essais cliniques menés à l'étranger et produites dans des installations situées à l'étranger. Ce n'est pas cela, la souveraineté.

Je demande au Comité de nous aider à mettre ce cadre en place.

Merci. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

• (1650)

**La présidente:** Merci beaucoup. Vous avez largement respecté le temps de parole de cinq minutes.

Nous passons maintenant à l'Association canadienne de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique.

C'est Mme Berg qui prendra la parole.

Vous avez cinq minutes, madame Berg.

**Angelique Berg (présidente et cheffe de la direction, Association canadienne de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique):** Merci, madame la présidente.

Je remercie les membres du Comité de nous donner l'occasion de comparaître aujourd'hui.

Je m'appelle Angelique Berg et ma collègue, Simona Zar, et moi comparaisons au nom de l'Association canadienne de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique. Nous représentons les distributeurs pharmaceutiques du Canada, qui livrent la majorité des médicaments partout au pays aux pharmacies communautaires, aux hôpitaux et à d'autres points de service. Avec leurs partenaires commerciaux, ils représentent les acteurs de la chaîne d'approvisionnement qui manipulent concrètement les produits. C'est dans cette chaîne d'approvisionnement que la théorie se confronte à la réalité.

Nous croyons que la stratégie de souveraineté pharmaceutique exige une solide compréhension de cette chaîne d'approvisionnement, tant à l'échelle nationale qu'internationale, afin d'anticiper l'incidence des décisions sur l'accès des Canadiens aux médicaments. Nous sommes heureux de mettre notre expertise à votre disposition et nous saluons cette initiative.

Pour ceux qui connaissent moins bien ce secteur, les distributeurs pharmaceutiques jouent un rôle essentiel dans l'approvisionnement en médicaments. Ils rationalisent les commandes et les livraisons entre des centaines de fabricants et plus de 12 000 points de distribution. Ils gèrent des milliers de produits, des plus stables aux plus sensibles, dans l'ensemble des catégories thérapeutiques. Ils maintiennent des stocks tampons pour absorber les chocs. Ils règlent la plupart des perturbations et des pénuries, si l'on peut dire, avant même qu'elles ne soient ressenties par les patients. Ils évoluent dans un environnement très réglementé. Ils desservent les Canadiens dans toutes les provinces et tous les territoires, des centres-villes aux collectivités éloignées, quelles que soient la géographie et les conditions météorologiques.

Les distributeurs font le lien entre les politiques et la livraison. Ils assurent l'accès physique aux médicaments. En raison de leur position au cœur de la chaîne d'approvisionnement nationale, ils ont une vue d'ensemble du système, en amont comme en aval, partout au Canada. Cela leur permet de cerner les pressions et les possibilités qui peuvent éclairer la stratégie de souveraineté pharmaceutique.

Forts de cette expérience et de cette perspective, nous soumettons trois recommandations à l'attention du Comité.

Premièrement, la stratégie peut considérer la chaîne d'approvisionnement nationale comme un système vital et habilitant, et c'est effectivement le cas. Les décisions stratégiques relatives à la tarification, à l'approvisionnement et à la fabrication peuvent être renforcées si l'on tient compte du coût de l'accès physique aux médicaments. Cela est particulièrement important pour les collectivités rurales et éloignées. Je vais vous donner un exemple. Le financement moyen de la distribution d'un flacon d'un agent cardioprotecteur, disons de l'atorvastatine, est inférieur au prix d'un timbre-poste, qu'il soit livré au centre-ville d'Ottawa ou à Moosonee.

Il existe également d'excellentes possibilités de collaboration entre les secteurs public et privé. Cela pourrait comprendre des partenariats visant à repenser la distribution des vaccins et les initiatives de stockage stratégique, en tirant parti non seulement d'une infrastructure déjà très solide, mais aussi de l'immense expertise de la chaîne d'approvisionnement.

Deuxièmement, les mesures incitatives visant la fabrication nationale peuvent chercher à réduire les coûts, les risques et les délais de mise en marché, tout en gardant un œil attentif sur l'initiative Achetez canadien afin d'éviter que les pénuries ne s'aggravent avant que la situation ne s'améliore. Des mesures stratégiques en coulisses qui soutiennent l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique, comme la simplification des processus réglementaires et de délivrance des licences, l'accélération des approbations de Santé Canada et l'accélération des approbations des régimes publics d'assurance-médicaments, peuvent améliorer la résilience sans perdre les fournisseurs de remplacement essentiels pendant cette transition.

Troisièmement, le Canada importe environ 70 % de ses médicaments, et la construction de nouvelles installations de fabrication

peut prendre des années. Nous avons donc besoin d'un point de départ qui préserve l'accès des patients, comme d'autres témoins l'ont mentionné. Le Canada peut concentrer la fabrication nationale sur une liste ciblée de médicaments critiques importés dont l'interruption de l'approvisionnement pose de graves risques pour la santé des patients et dont les pénuries sont déjà fréquentes. Il existe déjà des ressources crédibles qui constituent un bon point de départ, notamment la liste des médicaments critiques et vulnérables de Santé Canada.

Nous voyons ici une immense possibilité pour le Canada. La chaîne d'approvisionnement pharmaceutique constitue un élément solide et essentiel des systèmes de soutien habilitants de cette stratégie, et les bases sont déjà bien établies. Nous sommes déterminés à travailler en collaboration avec le gouvernement et les partenaires de l'ensemble du système pour poursuivre ce travail.

Je vous remercie de nous avoir donné l'occasion de présenter notre point de vue.

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Berg.

Nous passons maintenant à l'Association canadienne des pharmaciens de quartier et à sa présidente-directrice générale, Mme Hanna.

Vous avez cinq minutes, madame Hanna.

**Sandra Hanna (directrice générale, Association canadienne des pharmacies de quartier):** Merci, madame la présidente et honorables membres du Comité, de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

Je m'appelle Sandra Hanna. Je suis la présidente-directrice générale de l'Association canadienne des pharmaciens de quartier. Je suis également pharmacienne de troisième génération et ancienne propriétaire d'une pharmacie indépendante, où j'ai travaillé directement avec les patients et les Canadiens pour gérer l'accès aux médicaments et la continuité des soins.

L'Association des pharmaciens de quartier représente la prestation de soins par l'intermédiaire de plus de 12 000 pharmacies partout au Canada, y compris des pharmacies indépendantes, des chaînes et des pharmacies spécialisées, ainsi que des pharmacies situées dans des épiceries et de grands magasins. Environ 95 % des Canadiens vivent à moins de cinq kilomètres d'une pharmacie. Les pharmacies constituent le point de contact le plus fréquent des Canadiens avec le système de santé, et souvent le premier et le dernier.

Nous définissons la souveraineté pharmaceutique comme la capacité d'assurer un approvisionnement stable et sécuritaire en médicaments au Canada, et c'est essentiel. Toutefois, du point de vue des pharmacies, la souveraineté doit aussi comprendre la capacité de faire parvenir les médicaments jusqu'aux patients et être évaluée en fonction de cette capacité, car ce n'est qu'à cette condition qu'on peut véritablement parler d'accès. L'accès ne peut pas être défini uniquement par la fabrication, l'approvisionnement, le financement et la couverture. Il dépend de l'infrastructure qui permet d'acheminer de façon fiable les médicaments jusqu'aux patients. Cette infrastructure, c'est le secteur des pharmacies, où les patients apprennent si leurs médicaments sont disponibles, retardés, remplacés ou rationnés, et où les perturbations en amont deviennent concrètes et peuvent causer du tort.

Dans un environnement mondialisé, intégré et de plus en plus instable, l'approvisionnement pharmaceutique relève de la sécurité nationale, et les pressions se font sentir de façon plus directe au point de service. Les pharmacies constituent une couche stabilisatrice du système lorsque des perturbations surviennent. Elles gèrent les pénuries en temps réel, collaborent avec les prescripteurs pour ajuster les traitements, trouvent des solutions de rechange, gèrent les stocks afin de protéger les patients les plus vulnérables et favorisent l'observance thérapeutique lorsque des perturbations surviennent inévitablement.

Dans bien des cas, les patients poursuivent leur traitement non pas parce que le système est complètement stable, mais parce que les pharmacies contribuent activement à le stabiliser aux côtés des distributeurs. Pourtant, ce rôle n'est pas pleinement pris en compte dans la conception des politiques pharmaceutiques. Nous traitons souvent l'approvisionnement pharmaceutique du Canada comme s'il était géré de manière centralisée. En réalité, il est fragmenté et axé sur les prix.

Les médicaments naviguent entre les fabricants, les grossistes, les organismes d'achats groupés et les pharmacies, tandis que les payeurs publics et privés influencent la demande. Parallèlement, les pressions mondiales accentuent la fragilité du système. La fabrication est concentrée dans un nombre restreint de régions, la production d'ingrédients pharmaceutiques actifs dépend d'un nombre limité de fournisseurs et l'incertitude géopolitique ne cesse de croître.

Les pharmacies se situent à l'extrémité de cette chaîne. Nous ne contrôlons pas directement l'approvisionnement, mais nous avons la responsabilité de veiller à ce que chaque Canadien reçoive les médicaments dont il a besoin. Nous utilisons des données en temps réel, nous comprenons la demande locale et nous ajustons continuellement les stocks afin de maintenir l'accès. Nous sommes souvent les premiers à détecter les signes de tension, notamment les pics de demande, les difficultés d'approvisionnement et les premiers effets des perturbations mondiales. Il s'agit d'un élément essentiel, souvent invisible, d'un système qui fonctionne bien, mais ces renseignements ne sont pas systématiquement utilisés dans les politiques, la planification ou les interventions nationales.

Les pharmacies doivent participer à la conception d'une solution intégrée à l'échelle du système qui exploite les renseignements en temps réel de l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement. Il ne s'agit pas d'outils commerciaux individuels, mais bien d'une infrastructure coordonnée à l'échelle du système. Si la souveraineté pharmaceutique repose sur la résilience, les renseignements provenant des pharmacies doivent faire partie intégrante de cette infrastructure de base. Le dernier maillon de la chaîne compte.

Les pharmacies constituent également un élément central de l'écosystème canadien des sciences de la vie. Nous mettons en œuvre de nouveaux traitements, nous favorisons leur utilisation appropriée et nous contribuons à la surveillance après la mise en marché en détectant rapidement les problèmes liés aux nouveaux médicaments. Malgré cela, les pharmacies sont rarement incluses dans les discussions sur les politiques ou les stratégies pharmaceutiques. Si le Canada prend au sérieux la souveraineté pharmaceutique, une approche systémique doit inclure le volet de la prestation des soins, là où l'accès devient réellement concret.

En terminant, j'aimerais soumettre quelques éléments de réflexion au Comité. En plus de renforcer la fabrication nationale et les mécanismes de redondance pour les médicaments critiques,

comme d'autres l'ont mentionné, nous vous encourageons à adopter une perspective un peu plus large.

Premièrement, reconnaissez les pharmacies comme des infrastructures essentielles du système de santé et faites-les participer dès le départ et de façon continue aux discussions sur les politiques, la tarification et les stratégies pharmaceutiques. Deuxièmement, améliorez la visibilité de la chaîne d'approvisionnement, notamment au niveau des pharmacies, afin de bâtir un système plus intégré et plus réactif. Troisièmement et enfin, accordez aux pharmaciens une plus grande souplesse pour gérer les pénuries grâce à la substitution thérapeutique pour tous les médicaments, avec l'appui d'une reconnaissance fédérale des pharmaciens à titre de praticiens.

La souveraineté pharmaceutique et, de plus en plus, la sécurité nationale consistent à garantir aux Canadiens un accès ininterrompu aux médicaments dont ils ont besoin, et les pharmacies se trouvent en première ligne de cette responsabilité. Nous sommes impatients d'appuyer ces travaux en fournissant des renseignements en temps réel provenant de la première ligne et en contribuant à un système fiable, durable et adapté aux besoins des Canadiens.

• (1655)

Merci.

• (1700)

**La présidente:** Merci, madame Hanna.

Nous passons maintenant à la période de questions et réponses. Elle commence par une série de six minutes, et ces six minutes comprennent à la fois les questions et les réponses.

Je vais commencer par M. Strauss, du Parti conservateur, pour six minutes.

**Matt Strauss:** Merci, madame la présidente. Pourriez-vous avoir l'amabilité de m'indiquer lorsqu'il me restera une minute à votre chronomètre?

**La présidente:** Je vous avertirai lorsqu'il vous restera une minute et 30 secondes.

**Matt Strauss:** Merci.

Madame Hanna, merci de cette présentation de votre organisation et de l'importance des pharmacies comme dernier maillon de la souveraineté pharmaceutique, comme vous l'avez décrit.

Notre comité s'est intéressé au programme d'ordonnances électroniques financé par le gouvernement fédéral à hauteur de 300 millions de dollars jusqu'à présent, appelé PrescripTION. Vous ou des membres de votre organisation utilisiez-vous ce programme? Fonctionnait-il bien?

**Sandra Hanna:** Oui. Bon nombre de nos membres utilisaient le programme et y étaient inscrits. Personnellement, je l'utilisais aussi. C'était un outil important, oui.

**Matt Strauss:** Diriez-vous qu'il contribuait, dans ce sens, à la souveraineté pharmaceutique du Canada?

**Sandra Hanna:** Oui, certainement. L'idée était bonne. C'était assurément la bonne direction à prendre. Malheureusement, nous n'avons pas constaté le niveau d'adoption que nous aurions espéré pour ce type de programme.

**Matt Strauss:** Deviez-vous payer pour utiliser le programme?

**Sandra Hanna:** Vers la fin, oui. Au départ, le programme était financé par le gouvernement fédéral. Vers la fin, lorsque le financement fédéral a pris fin, le financement a été transféré aux pharmacies dans le cadre du nouveau modèle de PrescripTion.

**Matt Strauss:** Savez-vous à qui ces fonds étaient versés?

**Sandra Hanna:** Je ne peux pas l'affirmer avec certitude. Les pharmacies recevaient des factures de PrescripTion correspondant à des frais par transaction.

**Matt Strauss:** Savez-vous à combien s'élevaient ces frais par transaction?

**Sandra Hanna:** Ils étaient de 20 cents par transaction.

• (1705)

**Matt Strauss:** Selon vous ou selon vos membres, ce modèle était-il viable?

**Sandra Hanna:** Le problème, c'est que nous considérons PrescripTion comme une infrastructure de base essentielle du système, et non comme un simple outil opérationnel pour les pharmacies. Les ordonnances électroniques constituent un outil essentiel qui apporte de la valeur en matière de sécurité, d'efficacité et de visibilité dans l'ensemble du système. Il s'agit d'une infrastructure du système de santé.

Les pharmacies ont été déçues de la décision de faire d'elles les seules à financer un système qui profitait à tant d'autres intervenants, y compris le gouvernement, les patients, les autres composantes du système de santé et les autres professionnels de la santé. Je pense qu'il y avait des possibilités de repenser ce modèle afin d'en accroître la valeur.

**Matt Strauss:** Des représentants du ministère de la Santé ont expliqué qu'ils avaient décidé, à un certain moment, de mettre fin au programme. Ils avaient fixé un échéancier parce qu'ils voulaient laisser aux médecins et aux pharmaciens le temps de passer à ce qui allait suivre.

Savez-vous ce qui s'en vient? J'ai compris que le programme prendra fin dans six semaines.

**Sandra Hanna:** Nous comprenons que des normes seront publiées, mais nous n'avons reçu aucun détail précis sur la suite des choses.

**Matt Strauss:** Pensez-vous que vous serez en mesure d'adopter ces normes relatives aux ordonnances électroniques dans six semaines, alors même que vous ignorez encore de quoi il s'agit?

**Sandra Hanna:** Je ne peux pas vraiment me prononcer là-dessus. Je ne suis pas une experte technique.

À ma connaissance, il n'existe actuellement aucun outil disponible qui pourrait immédiatement prendre le relais conformément à ces normes et être utilisé facilement, efficacement et de façon harmonieuse par les fournisseurs de soins de santé dans le système actuel.

**Matt Strauss:** Nous avons parlé avec un médecin de famille de St. Thomas, en Ontario. Il s'appelle le Dr Bolzon. La CBC l'a également cité à ce sujet. Lui, ses associés et d'autres médecins de famille que je connais et qui utilisaient PrescripTion expriment leur frustration. Ils ont l'impression qu'on leur a coupé l'herbe sous le pied.

Cette expression, soit l'impression qu'on vous coupe l'herbe sous le pied, vous parle-t-elle? Est-ce quelque chose que vous ou vos membres pourriez dire à propos de cette situation?

**Sandra Hanna:** Le secteur des pharmacies a effectivement ressenti une certaine frustration pendant un certain temps vers la fin, lorsque le modèle de financement a changé et que les pharmacies ont été appelées à assumer les coûts complets du programme.

De notre point de vue, les ordonnances électroniques ne sont pas simplement un outil intéressant à avoir; il s'agit d'une infrastructure essentielle du système de santé. Aujourd'hui, notre système de santé dépend énormément des télécopieurs, ce qui limite la sécurité, l'efficacité et la visibilité à l'échelle du système. Lorsque nous réfléchissons à la souveraineté pharmaceutique, des outils comme les ordonnances électroniques ne relèvent pas seulement de la commodité. Ils constituent une base essentielle pour assurer la visibilité des données et l'interopérabilité dont nous avons besoin afin de gérer l'approvisionnement en médicaments, d'anticiper les pénuries et de réagir aux perturbations en temps réel. Nous ne disposons pas de cela actuellement.

Peut-être que cet outil a été considéré comme un simple outil opérationnel. Il existe d'autres possibilités de réfléchir à ce type d'outil davantage comme à une infrastructure systémique.

**Matt Strauss:** Vous avez mentionné les télécopieurs et le fait qu'ils sont encore très utilisés dans le système de santé.

**La présidente:** Il vous reste une minute.

**Matt Strauss:** PrescripTion a été lancé il y a 10 ans sous le slogan avec la promesse d'éliminer les télécopieurs, mais nous les utilisons encore. Diriez-vous que cette promesse s'est révélée vide?

**Sandra Hanna:** Je garde espoir.

**Matt Strauss:** Très bien.

J'aimerais céder le reste de mon temps à M. Mazier.

**Dan Mazier (Mont-Riding, PCC):** Ça va.

**Matt Strauss:** D'accord. J'ai l'impression d'avoir terminé sur ma meilleure réplique.

En terminant, il me semble que la promesse d'éliminer les télécopieurs n'était qu'un slogan creux utilisé par le gouvernement libéral pour justifier des dépenses de 300 millions de dollars dans un programme qui ne répondait pas aux besoins, puisque les médecins ne l'ont pas adopté. Même si les pharmaciens considéraient ce programme comme extrêmement important et comme un élément de la souveraineté pharmaceutique du Canada, le gouvernement y a maintenant mis fin de façon brutale, laissant tomber les prescripteurs et les pharmaciens qui l'utilisaient. Je n'arrive pas à croire qu'il verse encore 50 millions de dollars à Inforoute Santé du Canada...

**La présidente:** Merci, monsieur Strauss.

On parle bien d'éliminer les télécopieurs, c'est exact?

**Matt Strauss:** Oui.

**La présidente:** D'accord. Désolée.

Madame Sidhu, vous avez six minutes.

**Sonia Sidhu:** Merci, madame la présidente.

Merci à tous les témoins de leurs témoignages.

Ma première question s'adresse à BioCanRx.

Les essais cliniques constituent souvent la première voie d'accès des patients aux traitements novateurs. À votre avis, comment la modernisation du cadre des essais cliniques au Canada pourrait-elle améliorer l'accès des patients tout en renforçant notre écosystème national des sciences de la vie?

**Stéphanie Michaud:** Merci beaucoup de cette question. Elle est excellente.

La capacité de mener des essais cliniques est absolument essentielle pour offrir un accès précoce à de nouveaux traitements dans divers domaines thérapeutiques. Toutefois, il est tout aussi important de soutenir le parcours qui mène de la découverte d'un traitement prometteur et novateur jusqu'à son essai clinique.

La plupart des molécules et des produits sur lesquels nous travaillons sont ce qu'on appelle des produits biologiques. Il peut s'agir de virus, d'anticorps ou de thérapies cellulaires modifiées. L'élaboration du dossier réglementaire, particulièrement dans le cadre d'un premier essai chez l'humain, constitue la clé permettant d'entreprendre un essai clinique au Canada. C'est précisément ce à quoi travaille mon organisation. Nous soutenons cette transition du laboratoire au chevet du patient afin d'augmenter réellement le nombre d'essais cliniques au Canada et d'élargir l'accès à ces essais au plus grand nombre possible de patients atteints de cancer partout au pays.

Il est essentiel d'assurer un soutien translationnel allant du laboratoire au chevet du patient, qui comprend la coordination de la bio-production et qui permet réellement à nos entreprises et à nos innovateurs de constituer un dossier réglementaire afin de pouvoir déposer une demande d'essai clinique auprès de Santé Canada. C'est la première étape cruciale et une condition indispensable pour pouvoir mener un essai clinique dans ce pays.

**Sonia Sidhu:** Du point de vue de la souveraineté pharmaceutique, quelles mesures faut-il prendre pour s'assurer que la recherche financée par des fonds publics mène à la fois à de meilleurs résultats pour les patients et à des retombées économiques durables au Canada?

**Stéphanie Michaud:** Je soulignerais l'importance de pouvoir soutenir la recherche translationnelle. Certaines des statistiques que j'ai mentionnées dans ma déclaration préliminaire sont assez frappantes.

Nous avons effectué une analyse rétrospective couvrant la période de 2002 à mars 2026 à l'aide d'une base de données accessible au public afin de déterminer combien d'essais cliniques en immunothérapie contre le cancer avaient été réalisés au Canada. Le nombre dépassait largement les 1 000, ce qui nous place dans une bonne position, puisque nous sommes capables d'attirer un nombre important d'essais menés par des sociétés pharmaceutiques au pays. Toutefois, lorsque nous avons poussé l'analyse plus loin afin de déterminer combien de ces essais reposaient sur une innovation canadienne, les résultats étaient assez frappants: 3,4 %, soit environ 50 essais sur une période de 24 ans, ce qui constitue une très mauvaise performance.

BioCanRx existe depuis 2015. Nous sommes responsables de la moitié de ces essais cliniques, y compris des thérapies avancées très sophistiquées, comme les cellules CAR-T et les lymphocytes infiltrant les tumeurs, que nous administrons actuellement partout au pays.

• (1710)

**Sonia Sidhu:** Ma dernière question fait suite à cela. Après les essais cliniques, quels conseils BioCanRx peut-il nous donner pour nous aider à devenir autosuffisants au Canada en matière de fabrication nationale?

**Stéphanie Michaud:** L'une des initiatives sur lesquelles nous nous sommes concentrés à BioCanRx consiste à examiner à quoi pourrait ressembler une fabrication en milieu hospitalier, soit une fabrication sur place où les différents produits seraient fabriqués dans un système fermé entièrement conforme aux bonnes pratiques de fabrication à l'intérieur même du système. Cela exigera une certaine innovation réglementaire de la part des autorités réglementaires, et nous travaillons activement avec elles à cet égard.

Il ne s'agit nullement d'abaisser les normes de sécurité et de qualité des produits que nous fabriquons. Il s'agit plutôt d'examiner différentes façons de produire ces produits.

Le fait de pouvoir fabriquer ici, au Canada, favorise le maintien de ces produits au pays. Nous travaillons avec de nombreuses entreprises, grandes et petites, mais plus particulièrement avec les petites entreprises canadiennes. Le fait de pouvoir fabriquer ici et d'avoir accès à l'expertise de nos cliniciens est essentiel pour renforcer la capacité de ces entreprises à demeurer au pays, à continuer de développer leurs produits au Canada et, espérons-le, à assurer un approvisionnement dans le cadre d'une stratégie de souveraineté pharmaceutique.

**Sonia Sidhu:** Quels sont les principaux obstacles qui empêchent ces petites et grandes entreprises de rester au Canada? Y a-t-il une différence?

**Stéphanie Michaud:** L'investissement constitue un élément majeur. Il faut également comprendre que nous devons mettre en place des conditions commerciales adéquates afin de soutenir nos entreprises. Cela signifie aussi offrir différents types de soutien réglementaire.

Nous avons commandé une étude à la fin du mois de décembre portant sur la gouvernance et le fossé translationnel qui existe au Canada. Il est vraiment nécessaire que nos innovateurs et nos entreprises puissent avoir un accès plus facile à Santé Canada, par exemple. L'une des recommandations formulées dans cette étude consiste à mettre en place un service de conciergerie afin d'aider les innovateurs à s'orienter dans l'écosystème réglementaire de Santé Canada et de l'Agence des médicaments du Canada, afin, ultimement, que leurs produits puissent être commercialisés ici.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Il vous reste 18 secondes, madame Sidhu. Souhaitez-vous conclure? Non? Merci.

Nous passons maintenant à M. Blanchette-Joncas pour six minutes.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Je salue les témoins qui sont avec nous pour la deuxième heure d'étude.

Madame Michaud, je débute avec vous. Vous indiquez que seulement 4 % des essais cliniques en immunothérapie au Canada reposent sur une innovation qui est réalisée ici. Est-ce que ça démontre que notre problème n'est pas nécessairement dans la recherche, mais dans notre incapacité à financer le passage vers les essais cliniques?

**Stéphanie Michaud:** C'est exactement ce que ça démontre. Lorsqu'on coordonne la bioproduction ainsi que l'investissement dans le dossier réglementaire qui est nécessaire afin de déposer une demande d'essai clinique auprès de Santé Canada, c'est là où on est capable de soutenir ces effets cliniques. Donc, c'est absolument essentiel, et ça demande un financement.

En fait, c'est un type de financement qui n'est pas très bien géré, en ce moment. C'est pour ça que BioCanRx a été créé en 2015. C'était pour traverser ce qu'on appelle « la vallée de la mort » qui existe entre la découverte et ces essais cliniques de début comme ceux de phase 1 et de phase 2.

**Maxime Blanchette-Joncas:** Je vous remercie.

Parlant de financement, votre organisation a attendu près de deux ans pour obtenir une réponse du Fonds stratégique des sciences. Vous faites maintenant face à une réduction confirmée de financement.

J'aimerais que vous expliquiez l'impact concret qu'a eu cette instabilité ou cette suspension de financement sur votre capacité à planifier des essais cliniques, mais aussi à retenir vos équipes.

**Stéphanie Michaud:** Ça n'a toujours pas été négocié, et nous n'avons toujours pas reçu l'entente. Nous avons bien sûr reçu une lettre du gouvernement nous indiquant que notre financement a été réduit de 860 000 \$, ce qui est une somme extrêmement importante pour nous.

En ce moment, le nombre de personnes dans mon équipe reste fixe, et il n'y aura aucune embauche.

Cependant, nous allons certainement commencer une prochaine compétition. Voici ce que nous projetons de faire. Pour les projets qui vont rentrer dans notre pipeline d'un produit thérapeutique — nous en développons plusieurs, et de différents types — il faudra probablement couper un des programmes qui est responsable de l'introduction de nouveaux produits dans notre pipeline. Bien sûr, le but est de toujours aboutir à un essai clinique.

Ça aura donc un impact sur le soutien que nous sommes capables d'offrir à notre communauté scientifique et sur les médecins avec qui nous travaillons. Finalement, ça pourrait aussi toucher des patients qui, nous l'espérons, recevront ces différents types de produits dans le futur.

• (1715)

**Maxime Blanchette-Joncas:** Je vous remercie.

Vous parlez d'une capacité transnationale structurellement sous-financée. Vous avez parlé un peu plus tôt de « la vallée de la mort ». Est-ce que, à cette étape, le Canada perd ses innovations, sa propriété intellectuelle et ses retombées économiques?

**Stéphanie Michaud:** La très courte réponse est oui.

Ça a un impact majeur. Si on regarde les stades d'investissement des grosses boîtes, par exemple, on voit que les investissements ont lieu après l'étude clinique en phase 1.

Si, au bout du compte, on en reste à l'étape de la publication ou même du brevet et qu'on n'est pas capable de développer le dossier réglementaire dont on a besoin pour aller frapper à la porte de Santé Canada, il est sûr et certain qu'il n'y aura aucun essai clinique. C'est ce que nous avons observé lorsque nous attendions nos fonds du Fonds stratégique des sciences. Nous n'avions plus d'argent. Nous

étions subventionnés par le programme des Réseaux de centres d'excellence.

Nous avons demandé que d'autres sources de financement soient envisagées pour nos projets. Ça a été un franc succès. Nos trois projets ont été financés à 100 %. Nous n'étions pas surpris, parce que ce sont d'excellents projets qui ont été bien développés. Toutefois, ce que ces projets ont obtenu, c'est le financement pour les essais cliniques. On n'a pas été capables de soumettre la demande à Santé Canada pour un essai clinique, parce qu'il n'y avait pas suffisamment d'argent pour terminer les études nécessaires pour répondre aux attentes de Santé Canada.

Ce qui arrive, c'est que ces fonds restent gelés dans le système, l'essai clinique ne voit pas le jour et les patients ne reçoivent pas de traitement.

Pour vous donner un exemple, un de ces trois projets est actuellement en essai clinique. On traite des enfants et des adultes. Ce sont des patients très malades qui ont reçu plusieurs traitements. C'est leur traitement de dernière ligne.

Lorsqu'on parle de recherche translationnelle, dans notre cas, surtout dans le cas du cancer, on parle de patients, on parle de vies.

**Maxime Blanchette-Joncas:** Tandis que nous parlons de choses essentielles, la performance de BioCanRx démontre qu'un dollar investi génère 3,70 \$ en contributions de partenaires.

À votre avis, s'agit-il d'une dépense ou d'un investissement stratégique?

**Stéphanie Michaud:** C'est un investissement absolument stratégique.

**Maxime Blanchette-Joncas:** Est-ce qu'on peut parler de souveraineté pharmaceutique au Canada si le Canada finance la découverte, mais ne soutient pas suffisamment le développement jusqu'aux essais cliniques et jusqu'au patient, notamment?

**Stéphanie Michaud:** Absolument. Je crois qu'on a bien démontré à BioCanRx ce qu'on peut accomplir si on coordonne la bioproduction et le soutien requis pour présenter les demandes d'essai clinique à Santé Canada. On observe une énorme augmentation du nombre d'essais cliniques en thérapies très avancées, qui sont de nouvelles thérapies qui n'existent pas encore. C'est nouveau au Canada. Premièrement, nos patients atteints de cancer en ont besoin. Deuxièmement, ce sont des investisseurs dans la recherche au Canada. Troisièmement, ils le méritent.

**Maxime Blanchette-Joncas:** Quelle est la mesure la plus structurante que le gouvernement devrait mettre en place immédiatement?

**Stéphanie Michaud:** Il devrait mettre en place une approche de financement coordonnée, qui reconnaît que la recherche translationnelle tombe réellement entre Santé Canada et Innovation, Sciences et Développement économique, ou ISDE, en ce moment. On a vraiment besoin d'une coordination. On a besoin de voir, comme dans notre cas, l'impact que peuvent avoir les coupes, au bout du compte. C'est un programme qui est mené par ISDE...

[Traduction]

**La présidente:** Madame Michaud, vous avez dépassé votre temps de parole. Je suis désolée. Merci beaucoup. Vous pourrez peut-être développer votre réponse lors du prochain tour.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Madame la présidente, si c'est possible, j'aimerais demander à Mme Michaud de nous transmettre une réponse par écrit afin qu'elle soit complète.

[Traduction]

**La présidente:** Madame Michaud, veuillez transmettre votre réponse par écrit à la greffière, qui la distribuera à tous les membres.

Nous passons maintenant au deuxième tour. Il s'agit d'un tour de cinq minutes.

Nous commencerons par M. Mazier, du Parti conservateur, pour cinq minutes.

**Dan Mazier:** Merci, madame la présidente.

Merci aux témoins d'être ici aujourd'hui.

J'aimerais revenir sur les commentaires du Dr Strauss au sujet de PrescripTion.

C'est franchement frustrant. Je ne sais pas si les témoins savent que nous avons discuté du programme ici mardi dernier. Le président et chef de la direction d'Inforoute Santé du Canada était ici et il a évité de répondre à nos questions. Même la présidente s'en est mêlée pour essayer d'obtenir de l'information sur les sommes dépensées et sur l'endroit où l'argent est allé. Je suis un contribuable canadien. Je pense que tout le monde a été assez choqué de voir à quel point ils hésitaient à révéler où étaient passés les 300 millions de dollars.

Ces 300 millions de dollars ont servi à financer un programme confié à un organisme bénévole. Le but était simplement d'éliminer les télécopieurs et de rationaliser un peu le système. Ils ont eu neuf ans pour trouver une solution. Puis, à la toute fin, Santé Canada et Inforoute Santé du Canada ont décidé de commencer à facturer les pharmacies parce que les fonds étaient épuisés. Le gouvernement, j'imagine, et Santé Canada en avaient assez; ils se sont donc retournés vers vous pour vous faire payer, ce qui est absolument insensé. Ces 300 millions de dollars se sont envolés. C'est un programme qui n'a pas fonctionné.

Pour cette raison, j'aimerais proposer la reprise du débat sur ma motion concernant la production de documents liés à PrescripTion.

• (1720)

**La présidente:** Merci.

Nous sommes maintenant saisis d'une motion qui a été distribuée lors de la dernière réunion. J'ouvre le débat à ce sujet. Je ne demanderai pas tout de suite aux témoins de partir, puisque je ne sais pas encore si cela sera réglé rapidement ou non.

Madame Chi, la parole est à vous.

**Maggie Chi:** Qu'est-ce qui vient de se passer?

**La présidente:** Nous allons débattre de cette motion; j'ouvre donc une liste d'intervenants.

**Maggie Chi:** Pouvons-nous faire une pause ou suspendre brièvement la séance?

**La présidente:** Souhaitez-vous suspendre la séance?

**Des députés:** Oui.

**La présidente:** La séance est suspendue.

• (1721)

(Pause)

• (1724)

**La présidente:** La séance reprend.

Soit dit en passant, pour l'information du Comité, les règles prévoient que lorsqu'une motion visant à reprendre le débat sur une motion déjà déposée est présentée, il n'y a pas de débat sur l'acceptation ou non de cette motion. Le débat reprend automatiquement.

**Dan Mazier:** J'invoque le Règlement. Je pense que la greffière essaie d'expliquer...

**La présidente:** Monsieur Mazier, je viens de le lire dans le Règlement. Merci.

Allez-y, monsieur Fragiskatos.

**Peter Fragiskatos (London-Centre, Lib.):** Merci, madame la présidente.

Je ne suis pas membre à part entière de ce comité, je remplace quelqu'un aujourd'hui. Je demande donc l'indulgence de mes collègues.

Je crois comprendre que M. Mazier a présenté une motion visant à reprendre le débat sur une motion dont on discutait déjà. De quoi s'agit-il?

• (1725)

**La présidente:** Je pense que tout le monde a reçu la motion. En ma qualité de présidente, je vais la lire pour qu'elle figure au procès-verbal. La motion est libellée comme suit:

Que le Comité ordonne la production des documents suivants, non caviardés, pour la période de 2016 à aujourd'hui:

a. Les ententes de contribution conclues avec Inforoute Santé du Canada concernant PrescribIT.

b. Un relevé de la propriété intellectuelle développée dans le cadre de PrescribIT, incluant l'entité qui en détient les droits ainsi que les conditions générales d'utilisation, de licence ou de transfert.

c. Les données d'adoption annuelles, ventilées par province.

d. Le montant des revenus perçus au titre des frais de 0,20 \$ par ordonnance.

e. Les analyses de viabilité et les évaluations du programme.

f. Les documents ayant mené à la décision de mettre fin au programme, incluant les recommandations et analyses transmises à Santé Canada et au ministre, le cas échéant.

g. La liste des principaux fournisseurs ayant participé au programme, incluant les montants versés.

h. Les documents et analyses relatifs aux coûts de fermeture du programme, incluant les obligations contractuelles, les pénalités et les coûts de transition.

Que ces documents soient fournis par Santé Canada et Inforoute Santé du Canada, selon leurs responsabilités respectives, et déposés auprès du greffier du Comité dans la semaine suivante l'adoption de la présente motion.

Que tout caviardage soit limité aux renseignements commerciaux confidentiels et qu'un sommaire des éléments caviardés ainsi que les motifs de caviardage soient fournis.

C'est ce dont nous discutons.

**Peter Fragiskatos:** Je crois comprendre, madame la présidente, que s'il n'y a pas consentement unanime pour reprendre le débat, nous procéderons à un vote pour trancher la question. Il ne s'agit pas ici de la motion principale. Si j'ai bien compris, M. Mazier demande au Comité de reprendre le débat.

**La présidente:** Exact.

**Peter Fragiskatos:** En d'autres termes, en l'absence de consentement unanime, comme c'est actuellement le cas, nous voterons pour décider s'il faut ou non reprendre le débat.

**La présidente:** Je vais vous lire la règle concernant la réintroduction d'une motion ayant déjà été présentée au Comité.

Le Règlement stipule: « La motion proposant de reprendre l'examen d'une motion est une motion non sujette à débat ». Il n'est pas possible de débattre de la question de savoir si nous allons le reprendre ou non. La reprise est désormais automatique. Le Règlement poursuit: « elle a le même effet qu'une motion proposant de passer à une autre affaire. Voir, par exemple, Comité permanent de la santé, Témoignages, 2 mai 2023, réunion n° 65 ».

Nous ne discutons pas de l'opportunité de présenter cette motion. Nous discutons maintenant de la motion elle-même.

**Helena Konanz:** Pourrais-je avoir une précision, madame la présidente? Avez-vous bien lu qu'il n'y aura pas de vote?

**La présidente:** Non. Il a été retiré de l'ordre du jour parce que nous avons suspendu la séance. Celle-ci reprend à présent. Il n'y a donc pas obligation automatique d'en débattre.

Nous sommes saisis de la motion elle-même. Je viens de la lire. Je ne sais pas si vous voulez que je la relise. Êtes-vous sérieux? C'est une phrase toute simple. Dois-je la relire? Je vais le faire.

Nous ne votons pas sur l'opportunité d'adopter la motion. C'est ce que prévoit le Règlement. Nous allons simplement débattre de la motion. Si vous ne souhaitez pas débattre de la motion, nous pouvons simplement la mettre aux voix telle qu'elle a été présentée.

**Peter Fragiskatos:** Madame la présidente, êtes-vous en train de lancer un débat sur la motion visant à reprendre le débat sur la motion?

**La présidente:** Il n'y a pas de débat sur une motion visant à reprendre le débat. Comme je viens de le lire, la reprise est désormais automatique. Vous débattrez désormais de la motion elle-même — ou vous l'amendez ou vous en faites ce que vous voulez.

**Peter Fragiskatos:** Nous ne donnons pas notre consentement unanime pour le débat.

Je propose que nous passions au vote sur la motion de M. Mazier visant à reprendre le débat.

● (1730)

**La présidente:** Si vous souhaitez voter sans débattre de la question... Il a présenté une motion non sujette à débat visant à rouvrir le débat sur une motion déjà déposée, alors qu'elle ne peut faire l'objet d'un débat. La question de savoir s'il convient ou non de rouvrir le débat ne peut faire l'objet d'un débat.

Dois-je relire le Règlement pour que le Comité la comprenne?

**Peter Fragiskatos:** Non. Nos mains sont levées.

**La présidente:** D'accord. Nous débattons de la motion dont nous sommes saisis.

Ai-je...

**Maggie Chi:** J'invoque le Règlement, madame la présidente.

**La présidente:** Oui, madame Chi.

**Maggie Chi:** Vous avez affirmé que ce n'était pas sujet à débat. Que dit le Livre vert à ce sujet? Je suis simplement curieuse de savoir comment fonctionnent les motions dilatoires. Ces motions nécessitent-elles un vote?

**La présidente:** Il ne s'agit pas d'une motion dilatoire. C'est une simple motion.

Puis-je relire la règle? Elle est assez claire. Cela ne peut faire l'objet d'un débat. Si un membre demande la reprise d'une motion qui a déjà été déposée par le Comité, la question de savoir s'il convient ou non de la reprendre ne peut faire l'objet d'un débat. La reprise est automatiquement acceptée.

Nous débattons de la motion proprement dite.

**Dan Mazier:** Cela signifie que nous passons directement au vote.

**La présidente:** Exactement. Si vous voulez voter pour savoir si elle est acceptée ou non, on n'en débat pas. Il vous suffit de dire que vous n'acceptez pas que cette motion soit remise sur la table, et on procédera au vote. Si le « non accepté » l'emporte, la motion est retirée. Si le résultat est « accepté », la motion reste. C'est aussi simple que ça. Il n'y a pas de débat. Il suffit de dire qu'on n'accepte pas que cette motion soit remise sur la table, mais la raison pour laquelle on ne l'accepte pas n'est pas sujette à débat.

Autrement dit, je demande si tout le monde est d'accord avec cette motion. Je demande le consentement unanime. Si ce n'est pas le cas, voulez-vous passer au vote sur la question de savoir si la motion devrait être déposée à nouveau?

Êtes-vous d'accord pour que la motion soit inscrite de nouveau à l'ordre du jour?

**Un député:** Non.

**Le président:** Non, alors mettons la question aux voix.

Je n'ai pas le consentement unanime pour que nous reprenions l'étude de cette motion...

**Maggie Chi:** J'invoque le Règlement, madame la présidente.

Il règne une certaine confusion. Votons-nous sur la reprise du débat? Nous ne votons pas sur la motion. Certains députés d'en face laissent entendre que nous votons sur la motion. Je tenais à le préciser.

**La présidente:** La question de savoir si la motion revient ou non n'est pas sujette à débat. Vous n'avez qu'à dire que vous n'êtes pas d'accord. Les raisons ne peuvent faire l'objet d'un débat. C'est ce qu'on entend par « sujet à débat » et « non sujet à débat ». Si vous ne voulez pas de la motion, vous n'avez qu'à le dire. C'est tout ce que je demande.

Je n'ai pas le consentement unanime pour réinscrire cette motion à l'ordre du jour. Comme je n'ai pas le consentement unanime, souhaitez-vous un vote par appel nominal ou voulez-vous simplement dire si la motion est adoptée ou non?

**Un député:** Un vote.

**La présidente:** Nous allons passer au vote.

**La greffière du Comité (Catherine Ngando Edimo):** Le vote porte sur la reprise du débat sur la motion.

(La motion est adoptée par 5 voix contre 4.)

● (1735)

**Helena Konanz:** J'ai levé la main en premier.

**Maggie Chi:** Non, j'ai levé la main en premier.

**La présidente:** Pourquoi levez-vous la main? Invoquez-vous le Règlement, madame Chi?

**Maggie Chi:** J'invoque le Règlement. J'ai levé la main en premier.

**La présidente:** Nous devons d'abord lire le résultat du vote.

**Helena Konanz:** J'ai levé la main en premier.

**La présidente:** Je n'ai pas vu votre main.

Écoutez, cessez ce comportement. Nous ne sommes pas à l'école.

J'ai une liste de personnes, et je suis sur le point de lire le résultat d'un vote qui vient d'être pris par ce comité. C'est ce que je vais faire, après quoi nous pourrions en discuter.

Je vais lire le vote. Il y a eu cinq voix contre quatre. La motion de reprise du débat est adoptée.

J'ai sur ma liste Mme Chi, Mme Konanz et Mme Sidhu.

Madame Chi.

**Maggie Chi:** Merci, et merci à tous les témoins.

Malheureusement, j'ai quelques questions à poser à BioCanRx auxquelles on n'a pas pu répondre, compte tenu des perturbations...

**Burton Bailey:** J'invoque le Règlement, madame la présidente.

**Maggie Chi:** ... causées par la motion qui a été déposée. Je croyais que la question avait été réglée la dernière fois, et c'est pourquoi nous avons repris l'étude sur la souveraineté pharmaceutique.

**Des députés:** Oh, oh!

**La présidente:** Silence, s'il vous plaît.

Un député a la parole. La députée doit terminer ce qu'elle a à dire. Elle invoque le Règlement. Je ne peux pas déterminer s'il s'agit d'un rappel au Règlement valable tant que je n'ai pas fini d'entendre ce qu'elle a à dire.

Continuez, madame Chi.

**Maggie Chi:** C'est vraiment regrettable, car il s'agit d'une étude libérale que nous avons inscrite à l'ordre du jour en septembre. Pour diverses raisons, nous n'avons pas pu la faire. Nous avons fait preuve d'un grand esprit de collaboration, en confiant la première étude aux conservateurs et la deuxième au Bloc.

Cela fait presque un an et nous venons tout juste d'aborder l'étude libérale. Nous n'en sommes qu'à la troisième réunion. Au départ, cette étude a été interrompue par divers sujets. Quels que soient les thèmes abordés, il faudrait faire preuve d'un certain respect afin de mener à bien l'étude libérale, avant d'avoir à plonger dans d'autres sujets.

J'estime que nous avons agi respectueusement envers les conservateurs et les bloquistes. Nous avons terminé leurs études. Nous avons même ajouté des réunions à l'étude des conservateurs. Nous avons fait preuve d'une grande collaboration, et c'est très décevant. Je suis désolée pour les témoins en ligne et en personne qui devaient comparaître aujourd'hui, car nous ne pouvons pas poursuivre.

**Dan Mazier:** J'invoque le Règlement à ce sujet.

**La présidente:** La députée est en train de s'exprimer sur son rappel au Règlement, M. Mazier. Ce n'est pas à vous de décider s'il s'agit d'un rappel au Règlement ou non. C'est à la présidence de

prendre cette décision. Je ne peux pas me prononcer avant d'avoir entendu ce que Mme Chi a à dire. Pouvons-nous faire preuve de respect les uns envers les autres, s'il vous plaît? Votre nom figure sur la liste des intervenants pour plus tard.

Continuez, madame Chi.

**Maggie Chi:** Merci, madame la présidente.

Je tiens à dire à quel point c'est frustrant. Nous essayons de mener à bien l'étude sur la souveraineté pharmaceutique et je me sens désolée pour les témoins.

Ce n'est pas la première fois que cela se produit. Même en ce moment, on m'interrompt alors que je prends la parole comme députée. C'est un point que je tiens vraiment à soulever, car c'est une tendance que j'ai remarquée au sein de notre comité. Nous ne parvenons pas à mener à bien l'étude libérale, en raison des intentions et des motivations obscures de l'autre camp.

J'exhorte les députés à nous laisser mener à bien notre étude libérale. Ce serait formidable si nous pouvions le faire. Nous avons toujours fait preuve de respect envers les études menées par tous les participants à cette table. Je demande simplement que le même respect soit accordé à notre étude.

Il s'agit d'une étude très importante. Des témoins nous ont fait part des pénuries...

**Helena Konanz:** Madame la présidente, j'invoque le Règlement. Je ne pense pas que ce...

**La présidente:** Madame Konanz, une députée a la parole.

**Helena Konanz:** Elle ne respecte pas votre temps de parole.

**La présidente:** C'est un rappel au Règlement.

**Helena Konanz:** Elle profite de votre temps.

**La présidente:** Madame Konanz, puis-je terminer ce que j'ai à dire?

L'objectif de cette séance était de débattre de la souveraineté pharmaceutique. Des témoins sont venus ici précisément pour cela. Nous sommes passés de ce point à l'ordre du jour à cette motion. Son intervention concerne donc l'ordre du jour. Elle déplore que nous ayons dévié de l'ordre du jour de cette séance pour aborder un autre sujet. Elle en a le droit, et elle n'a pas fini de s'exprimer. Je vous demanderais de bien vouloir la laisser terminer son intervention. Merci.

**Helena Konanz:** Elle ne respecte pas votre temps de parole.

**La présidente:** Allez-y, madame Chi.

**Maggie Chi:** Je pense que la présidente peut en juger.

Merci, madame la présidente.

Nous avons entendu parler, au cours des trois brèves réunions consacrées à cette étude, des défis rencontrés et de certaines possibilités qui pourraient s'ouvrir dans ce champ. Nous avons vu pendant la COVID toutes les pénuries qui ont frappé notre nation, la résilience de notre nation et comment les gens se sont rassemblés. Cela n'a pas été sans difficulté, mais nous avons su nous serrer les coudes.

Voulons-nous nous retrouver dans la même situation? Je préférerais sincèrement que ce ne soit pas le cas, et je suis certaine que toutes les personnes présentes autour de cette table — tous les membres de ce comité — souhaitent que nous améliorions notre résilience et renforçons nos capacités d'approvisionnement, de sorte que nos équipes de première ligne ne soient pas débordées comme elles l'ont été pendant la pandémie de COVID-19.

Nous avons été pris au dépourvu, mais nous avons tiré des leçons de cette expérience, des leçons qui sont à l'origine de cette motion et de cette étude. Je suis stupéfaite de constater qu'à chaque fois que nous essayons d'aborder cette question, le débat est détourné, ce qui m'amène à m'interroger sur les intentions de...

• (1740)

**Dan Mazier:** Madame la présidente, à quel article du Règlement fait-elle référence?

**La présidente:** Elle ne fait pas référence à un article du Règlement, monsieur Mazier. Elle fait référence au fait que nous avons clos l'ordre du jour. Des témoins sont venus pour s'exprimer sur la souveraineté pharmaceutique et elle fait remarquer qu'elle aurait souhaité que l'ordre du jour se déroule comme prévu. Vous avez tous reçu l'avis concernant l'ordre du jour et nous étions censés discuter de souveraineté pharmaceutique...

**Dan Mazier:** Est-elle en train de débattre ou invoque-t-elle le Règlement?

**La présidente:** C'est un rappel au Règlement valable.

**Dan Mazier:** De quel article du Règlement parle-t-elle?

**La présidente:** Je ne comprends pas ce que vous entendez par « article du Règlement ». Les comités se réunissent et disposent d'un ordre du jour indiquant les points qui seront abordés ce jour-là. Ce document vous est remis par le greffier à chaque fois. Vous l'avez reçu également cette fois-ci. Il indiquait que nous allions discuter de souveraineté pharmaceutique et c'est pourquoi nous avons invité des personnes à prendre de leur temps pour venir ici en débattre. Or voilà que ce point a été retiré de l'ordre du jour. Le vote visait à le retirer de l'ordre du jour. Mme Chi fait remarquer que l'ordre du jour d'aujourd'hui a été compromis et elle explique pourquoi. Elle a le droit de le faire...

**Dan Mazier:** S'agit-il d'un rappel au Règlement ou d'un débat? Voilà ma question toute simple.

**La présidente:** C'est un rappel au Règlement concernant l'ordre du jour, à savoir la souveraineté pharmaceutique.

**Dan Mazier:** Si tel est votre avis, je conteste la décision de la présidence. Il ne s'agit pas d'un rappel au Règlement.

**La présidente:** Monsieur Mazier, oui, c'en est un. Savez-vous quel est l'ordre du jour? Avez-vous reçu l'avis de convocation?

**Dan Mazier:** Je conteste la décision de la présidente. Il ne s'agit pas d'un rappel au Règlement.

**La présidente:** Monsieur Mazier, je ne demanderai même pas de vote sur ce point, car je sais que quelles que soient les règles établies par le Parlement concernant le fonctionnement des comités... Je vous les ai lues. J'essaie d'être aussi transparente que possible, mais comme vous disposez de la majorité, vous pouvez rejeter un article du Règlement et les règles fixées par le Parlement. C'est simplement parce que vous disposez de la majorité. Je ne pense pas que cela soit démocratique d'aucune façon.

Nous laissons les gens s'exprimer. Empêcher les gens de s'exprimer est, à mon sens... Si vous voulez contester la décision de la pré-

sidence, allez-y. Je sais que vous remporterez le vote, car vous êtes plus nombreux. Ce n'est pas une question du Règlement. Ce n'est carrément pas une question de règles ni une question de procédure. Il s'agit simplement d'avoir assez de votes pour contester la décision de la présidence sur un point qui, en réalité, n'est pas conforme à la procédure.

Il conteste la décision de la présidence. Y a-t-il consentement unanime?

**Maggie Chi:** Excusez-moi, madame la présidente, mais avant de poursuivre, par respect pour les témoins qui ont pris de leur temps, pourrions-nous les laisser partir?

**La présidente:** Je vais laisser partir les témoins.

Je tiens à présenter mes excuses aux témoins qui ont pris le temps de préparer leurs interventions et de se déplacer jusqu'ici pour répondre à nos questions, pour voir la discussion dévier de son sujet. Je vous présente mes excuses, mais vous pouvez partir, car cette réunion ne peut se prolonger au-delà d'une certaine heure en raison des contraintes liées aux ressources. On vous avait demandé de rester deux heures, je suis donc désolée de devoir vous demander de partir. Merci de votre temps.

**Dan Mazier:** Aux fins du compte rendu, chers témoins, j'ai essayé de le faire il y a 15 minutes.

**La présidente:** Monsieur Mazier, je vous en prie, je ne sais pas ce que vous dites pour le compte rendu. Vous ne m'avez rien dit sur le fait de laisser partir les témoins, parce que vous n'aviez pas la parole. Quelqu'un d'autre avait la parole.

Vous pouvez dire ce que vous voulez et le marmonner dans votre coin, mais le respect exige que lorsqu'une personne parle, on la laisse finir tant qu'elle a la parole. C'est ce qu'on appelle le respect mutuel. À la Chambre, quand quelqu'un prend la parole, si vous criez et hurlez, le président vous dira: « Je suis désolé, mais untel a la parole. Cela ne constitue pas un rappel au Règlement. »

Vous ne pouvez pas me dire ce que vous pensez. Je ne suis pas encore capable — j'y travaille — de lire dans les pensées. J'apprends à lire dans les pensées sans que personne ne parle, mais pour l'instant, c'est Mme Chi qui a la parole. Elle est en train de parler...

**Helena Konanz:** Madame la présidente, il y a un...

**La présidente:** Laissez-moi terminer ma phrase.

Madame Chi...

**Helena Konanz:** Cela constitue une violation de ses droits de député.

**La présidente:** La parole est à Mme Chi. J'ai déclaré qu'elle avait la parole et j'ai jugé son rappel au Règlement recevable.

Vous avez contesté la décision de la présidence, et je vous réponds que nous allons procéder au vote, mais je soutiens qu'il n'est pas certain qu'il soit démocratique d'enfreindre les règles établies par le Parlement pour les comités permanents. Ces règles ne sont pas fixées par le Comité, mais par le Parlement. Il existe un règlement intérieur, et vous pouvez toujours contester la décision de la présidence lorsque vous savez que vous disposez de la majorité nécessaire. Cela n'a rien à voir avec un principe ou avec la procédure.

Vous avez contesté la décision de la présidence, alors je vais mettre la motion aux voix.

Monsieur Blanchette-Joncas, quel est votre rappel au Règlement?

• (1745)

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Je demande une précision, madame la présidente.

Vous parlez de choses démocratiques. Un gouvernement qui acquiert sa majorité avec des députés transfuges, est-ce démocratique, selon vous?

[Traduction]

**La présidente:** C'est irrecevable, monsieur Blanchette-Joncas. Je suis désolée.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Que répondez-vous?

[Traduction]

**La présidente:** C'est un rappel au Règlement [inaudible]. Nous ne discutons pas de cela: ce n'est pas à l'ordre du jour d'aujourd'hui.

Est-ce que quelqu'un dans cette salle comprend en quoi consiste le rappel au Règlement? Il s'agit de reprendre l'ordre du jour.

**Maggie Chi:** J'invoque le Règlement.

**La présidente:** Allez-y, madame Chi.

**Maggie Chi:** Les libéraux ont fait preuve de beaucoup de patience.

Premièrement, notre étude a été détournée de son objectif, et deuxièmement, j'ai trouvé que la question qui vous a été posée, madame la présidente, était vraiment déplacée. Je ne pense pas que ce soit une question légitime. Nous sommes le Comité permanent de la santé, et vous poser une question de ce genre est irrespectueux. Cela dépasse le cadre de la mission du Comité et va à l'encontre du respect dû à tous les membres présents autour de cette table.

**La présidente:** Merci, madame Chi. Je l'ai fait savoir à M. Blanchette-Joncas. Je n'accepte pas son rappel au Règlement.

**Maggie Chi:** Je voulais juste vous dire que c'est exactement ce que nous ressentons de ce côté-ci également.

**La présidente:** Merci.

Avez-vous terminé votre rappel au Règlement, madame Chi?

**Maggie Chi:** Non. J'ai été dérangée, on m'a interrompue.

**Dan Mazier:** J'ai contesté la décision de la présidence. Il faut procéder au vote.

**La présidente:** Je suis désolée. Nous devons voter pour contester la décision de la présidence.

En fait, vous n'êtes pas obligé d'être d'accord, mais elle devrait pouvoir terminer.

Madame Chi, poursuivez.

**Maggie Chi:** D'accord.

**La présidente:** Non, je suis désolée, madame Chi. J'ai demandé un vote.

Nous allons voter pour savoir si la décision de la présidente est maintenue. M. Mazier a demandé le vote.

**Maggie Chi:** Avant de voter, je dois dire que je suis vraiment désolée, madame la présidente, que de tels événements se soient produits, comme ces commentaires qui...

**La présidente:** Je suis désolée, madame Chi. Ce n'est pas un rappel au Règlement.

Il convient de procéder au vote, nous allons donc mettre la question aux voix.

**La greffière:** La question est de savoir si la décision de la présidente doit être maintenue.

(La décision de la présidence est rejetée par 5 voix contre 4.)

**La présidente:** La décision de la présidence n'est pas confirmée. Nous savions que cela allait se passer ainsi. Je l'avais dit, mais voilà où nous en sommes.

La décision de la présidence n'ayant pas été confirmée, permettez-moi de vous expliquer la suite des événements. Nous allons revenir à la motion. Mme Chi n'a plus la parole, car la décision de lui permettre de s'exprimer sur un rappel au Règlement n'a pas été approuvée. Elle doit donc cesser de s'exprimer sur ce sujet.

Est-ce que tout le monde comprend bien ce que nous faisons ici? Merci.

Madame Chi, vous avez levé la main pour une raison quelconque.

• (1750)

**Maggie Chi:** J'aimerais être ajoutée à la liste des intervenants, madame la présidente.

**La présidente:** Est-ce pour le débat?

**Maggie Chi:** Oui, pour le débat.

**La présidente:** D'accord.

Nous avons établi une liste d'intervenants pour le débat sur la motion. Nous commencerons par Mme Konanz, puis nous passerons à Mme Sidhu et à Mme Chi.

Madame Konanz, allez-y.

**Helena Konanz:** Merci.

**La présidente:** Veuillez vous exprimer sur la motion.

**Helena Konanz:** Oui. Je m'exprime au sujet de la motion de M. Mazier, qui vise à obtenir des documents relatifs au scandale PrescribeIT, d'un montant de 300 millions de dollars.

Je suis vraiment surpris que les députés libéraux ne soutiennent pas cette proposition, car ils ont pourtant approuvé la convocation de représentants de PrescribeIT et d'Inforoute Santé du Canada, ce qui a été d'un grand secours. Les représentants de tous les partis ici présents ont voté à l'unanimité pour que des représentants de ces organisations soient convoqués la semaine prochaine. Si l'on revient sur le débat, ils ont reconnu qu'il se passait quelque chose qui n'était pas révélé au grand public et que les Canadiens s'étaient fait escroquer de 300 millions de dollars.

Je ne comprends pas pourquoi ils ne voudraient pas obtenir les documents nécessaires pour prouver que ces 300 millions de dollars ont été mal dépensés. C'est tout ce que nous demandons.

Je suis sûr que les députés libéraux veulent voir des preuves, tout comme ils souhaitent s'entretenir avec les membres de ces organisations pour découvrir ce qui s'est réellement passé. Je suis sûr que le prochain député libéral qui prendra la parole abordera directement la question de cette escroquerie de 300 millions de dollars aux dépens des contribuables canadiens. Sinon, on leur demandera des comptes. Les Canadiens voudront savoir pourquoi ils font obstruction alors que nous avons besoin d'en savoir plus sur ce scandale.

J'ai vraiment hâte d'entendre le prochain député libéral qui prendra la parole ici expliquer ce soir aux Canadiens pourquoi ils ne veulent pas que les Canadiens, ainsi que les députés qui les représentent partout au pays, aient accès aux documents qui prouveront qu'il y a eu des irrégularités. J'ai vraiment hâte d'entendre pourquoi ces députés libéraux ne veulent pas voir les preuves de ce scandale.

**La présidente:** Merci beaucoup.

C'est au tour de Mme Sidhu.

**Sonia Sidhu:** Merci, madame la présidente.

Nous sommes le Comité de la santé. Nous travaillons tous ensemble pour le bien-être des Canadiens.

Nous avons également des questions à poser aux témoins. Nous voulons savoir ce qui s'est passé, et l'opposition ne peut pas nous en vouloir.

Je tiens à dénoncer officiellement une conduite inacceptable pendant l'intervention de ma collègue, Mme Chi. Nous voulons tous travailler pour les Canadiens. C'était inacceptable. Des députés ont dit que cela se passe au sein de notre comité. Nous n'avons rien à cacher. L'opposition peut dire ce qu'elle veut.

Ce n'est pas comme s'ils ont un cœur différent du nôtre. Nous avons tous le même cœur. Nous voulons tous mieux servir les Canadiens. Il s'agit de protéger l'intégrité. Nous ne voulons pas entrer dans le jeu de l'opposition. Il n'y a pas de caviardage... La seule exception limitée soulève de graves préoccupations. Nous avons accepté l'autre motion, mais quand les témoins voient le genre de conduite ici... Quand l'opposition prend la parole, nous ne disons rien, mais quand ma collègue...

**La présidente:** Nous discutons de la motion à l'étude.

**Sonia Sidhu:** Je tiens à le consigner au compte rendu, madame la présidente.

C'est tout le temps comme ça. Ils ont interrompu Mme Chi. Ils ne veulent pas écouter. C'est inacceptable. Ça me frustre vraiment.

Je tiens à dire une chose. Autoriser la divulgation de documents non caviardés, à une seule exception près, soulève de graves préoccupations. Ce n'est pas comme si nous avions quelque chose à cacher. Nous le voyons bien, mais ce n'est pas le moment. Lorsqu'ils ont présenté la motion, ils ne nous ont pas laissé de temps. Il y avait des témoins. Nous posons des questions, et ce n'est pas comme si nous n'étions pas sur la bonne voie.

Je souhaite simplement discuter du point (e) de la motion.

● (1755)

**La présidente:** Excusez-moi. Je n'entends rien, car c'est le chaos dans la salle, des gens parlent assez fort.

Mesdames et messieurs, si vous souhaitez discuter entre vous, pourriez-vous laisser la séance se poursuivre et aller plutôt dans le couloir pour vous parler? Si vous parlez aussi fort, cela perturbe les débats.

Je suis désolée, madame Sidhu. Poursuivez.

**Sonia Sidhu:** C'est un autre point que je tiens à consigner au compte rendu. Cette conduite est inacceptable.

Ce que le député du Bloc vous a dit, madame la présidente, était inacceptable.

**La présidente:** Nous avons déjà réglé cette question, madame Sidhu. Nous discutons maintenant de la motion présentée par...

**Sonia Sidhu:** L'attitude de l'opposition est inacceptable. Quand je m'exprime, je n'entends rien. Personne n'écoute.

**La présidente:** Je sais, madame Sidhu, mais discutons maintenant de la motion dont nous sommes saisis.

**Sonia Sidhu:** Merci, madame la présidente.

Permettez-moi d'aborder le point (e), « Les analyses de viabilité et les évaluations du programme ».

En raison de leur nature même, ces documents font partie du processus décisionnel interne. Ils contiennent des évaluations franches. Ils font état de risques. Ils formulent des recommandations. Ces recommandations visent à informer les décideurs de manière honnête, fidèle à la réalité et parfois critique. Si les fonctionnaires savaient que chaque analyse interne pourrait être divulguée dans son intégralité sans les garanties appropriées, il leur serait plus difficile d'extraire des milliers et des milliers de documents.

Nous souhaitons également présenter quelques amendements. C'est pourquoi nous avons besoin de temps. C'est ce que nous disons. Nous ne disons pas non, mais nous avons besoin de temps. Franchement, cela arrive à un moment inopportun. Cela complique la tâche du gouvernement pour prendre des décisions éclairées.

J'en viens au point (f), « Les documents ayant mené à la décision de mettre fin au programme ». Cette catégorie comprend très certainement les notes d'information destinées au ministre, les recommandations et les comptes rendus de prise de décisions. Comme il existe des principes de longue date respectés par les gouvernements de tous bords concernant cette catégorie de documents, il nous faut examiner ce que nous demandons. Je ne pense pas que le délai soit suffisant. Il ne s'agit pas d'échapper à l'obligation de rendre des comptes. Il s'agit de respecter le cadre qui permet au gouvernement de répondre à des milliers et des milliers de documents non caviardés. Nous voulons travailler avec l'opposition. C'est une longue motion.

Grâce à des investissements dans l'organisation, nous avons soutenu la mise au point d'outils qui améliorent la sécurité des patients et renforcent la sécurité des données, et au moyen des transferts en matière de santé aux provinces, nous avons réalisé des investissements historiques dans le maintien et le recrutement du personnel de santé. Nous investissons dans les services de santé mentale...

Je dois demander quel est l'objectif. Ils ne peuvent pas nous en tenir rigueur. Nous voulons également faire preuve de transparence. Nous disposons déjà d'un mécanisme de reddition de comptes. Si l'objectif est d'améliorer la prestation des soins de santé, nous devrions nous concentrer sur la manière de renforcer des systèmes comme PrescripTion, et non les affaiblir par des demandes de divulgation générales et potentiellement préjudiciables. Si l'objectif est d'aider les patients, nous devrions écouter les témoins ici présents qui peuvent nous éclairer sur le fonctionnement de ces systèmes sur le terrain. Au lieu de cela, cette motion exige la production d'une énorme quantité de documents et impose un délai irréalisable. Un délai d'une semaine est insuffisant et risque d'exposer des renseignements confidentiels, sensibles ou protégés.

Cela prive de temps les témoins qui sont ici pour nous aider à mieux faire notre travail. Nous pouvons faire mieux si nous travaillons ensemble. Les amendements... Nous ne nous opposons pas à ce qu'ils proposent. Nous voulons également travailler ensemble pour améliorer la santé des Canadiens.

• (1800)

**La présidente:** Avez-vous des amendements à proposer, madame Sidhu?

**Sonia Sidhu:** Je n'ai pas terminé, madame la présidente. Nous n'en avons pas beaucoup parlé pendant les questions. Je tiens à informer les Canadiens que lorsque des témoins sont présents, c'est fréquent. Ils ont commencé à lire une motion, et nous n'étions pas prêts. S'ils nous en laissent le temps, nous présenterons des amendements. Nous pouvons travailler ensemble. Nous voulons travailler ensemble. Ils nous adressent des reproches, mais nous ne cachons rien. Je tiens à ce que ce soit consigné au compte rendu.

Nous voulons nous concentrer sur la santé des Canadiens, nous aussi, mais l'opposition dit que c'est inacceptable. Ils font des scandales. Nous avons très bien travaillé sur la motion précédente. Ils ont fait de même. Des témoins étaient présents et ils ont présenté une motion, puis nous avons travaillé avec eux. Cela se reproduit. Nous voulons travailler avec eux, mais nous avons besoin de temps.

**Peter Fragiskatos:** J'invoque le Règlement, madame la présidente.

Vous trouverez peut-être que ce n'est pas un rappel au Règlement; cependant, je le soulève en toute bonne foi.

Je comprends que des discussions sont en cours entre les partis. Si vous avez trouvé que le calme faisait défaut aujourd'hui, madame la présidente, je pense que cela pourrait être lié au fait que les partis ne sont pas sur la même longueur d'onde. Nous essayons d'y remédier.

**La présidente:** Souhaitez-vous suspendre la séance dans l'interval?

**Peter Fragiskatos:** Oui, pour quelques minutes.

**La présidente:** Je suspends la séance.

• (1800)

\_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

• (1820)

**La présidente:** Nous reprenons nos travaux.

Je crois comprendre que tous les partis ont travaillé à une solution, ce qui est une bonne chose. Nous devrions être capables de travailler ensemble sur ces points.

Au moment de suspendre la séance, la dernière intervenante était Mme Sidhu. Je crois comprendre que Mme Chi est maintenant sur ma liste. Je me fie à la liste dont je dispose, qui est celle que je dois suivre.

Madame Chi, êtes-vous prête à prendre la parole, ou dois-je donner la parole à la personne suivante?

**Maggie Chi:** Vous pouvez donner la parole à la personne suivante.

**La présidente:** Merci beaucoup.

**Peter Fragiskatos:** Puis-je donc prendre la parole?

**La présidente:** En fait, madame Chi, votre nom est le suivant sur la liste. Si vous ne souhaitez pas utiliser votre temps de parole,

je passerai à la personne suivante sur la liste. Allez-vous prendre la parole?

**Maggie Chi:** Je viens juste d'ajouter mon nom à la liste, madame la présidente.

**La présidente:** Votre nom figure déjà sur la liste, madame Chi. Je viens de vous donner la parole.

**Maggie Chi:** Non. Je prendrai la parole après M. Fragiskatos.

**La présidente:** Madame Chi, la liste est la suivante: vous, puis M. Fragiskatos. La greffière et moi-même avons établi une liste en fonction du moment où les personnes ont levé la main. Si vous souhaitez passer votre tour, je donnerai la parole à M. Fragiskatos, car c'est lui le suivant, mais votre nom ne figurera sur la liste que plus tard.

**Maggie Chi:** Oui, je cède la parole à M. Fragiskatos.

**La présidente:** Vous cédez votre temps de parole. Merci.

Je donne la parole à M. Fragiskatos.

**Peter Fragiskatos:** Merci, madame la présidente.

J'y ai déjà fait allusion. Je ne suis pas membre à part entière du Comité, bien que je suive ses travaux, car c'est l'un des comités les plus importants de la Colline du Parlement. Comment pourrait-il en être autrement? Nous parlons de santé et de soins de santé.

Évidemment, les choses prennent parfois une autre tournure, et la politique prend le dessus. J'espère que, dans la mesure du possible, nous pourrions l'éviter. Peut-être que ce soir est une exception, ou peut-être est-ce la règle. Encore une fois, je ne connais pas très bien le Comité.

Quoi qu'il en soit, j'ai sous les yeux la motion présentée par M. Mazier. Elle demande d'abord au Comité d'ordonner « la production des documents suivants », etc. Elle se poursuit ainsi: « Les ententes de contribution conclues avec Inforoute Santé du Canada concernant PrescribeIT ».

Après la séance, je prendrai le temps de me familiariser davantage avec la question qui nous occupe. Je sais que des collègues conservateurs ont soulevé cette question à la Chambre des communes à plusieurs reprises. Je pense que les médias ont peut-être suivi cette affaire. Il y a là de la matière à examiner pour moi, et pour d'autres suppléants, à dire vrai. Je vois M. Grant à mes côtés, ainsi que M. Hanley. Nous pouvons tous prendre le temps de nous mettre à jour, et je suis sûr que nous le ferons.

D'un point de vue procédural, pour cette première partie, je ne peux pas me prononcer. Je peux dire que la demande de documents concernant les ententes de contribution conclues pose un défi, car il y aurait bien plus de 1 000 documents, voire des milliers de documents, comme mes collègues conservateurs le savent très bien, je pense.

Voici comment fonctionnent les ordonnances de production. Quand vous demandez des documents, comme le pays est bilingue, il faut les faire traduire. Cela alourdit considérablement la charge de travail des fonctionnaires. Au lieu de cette tâche, ils pourraient se consacrer à d'autres tâches au service des Canadiens. Que ce soit à la Chambre des communes ou ici, aujourd'hui, je n'ai pas entendu en quoi le fait de confier cette tâche aux fonctionnaires va servir le programme des soins de santé dans ce pays.

En face de moi, je vois M. Strauss, qui vient du Sud-Ouest de l'Ontario, ma région. Je sais qu'il se soucie des soins de santé. Je sais qu'il ne sera peut-être pas d'accord sur certains aspects de la politique de santé, mais je sais qu'il conviendra que les fonctionnaires jouent un rôle très important dans l'administration de notre système de santé. Comment peut-il défendre une motion qui paralyserait complètement la fonction publique, et pas seulement pour produire des documents...

**La présidente:** Votre nom est inscrit, monsieur Strauss.

**Peter Fragiskatos:** Je vous assure que je ne cherchais pas à le pousser à s'exprimer. C'était une question essentiellement rhétorique. S'il souhaite s'exprimer officiellement, je suppose qu'il va le faire. C'est son droit.

Comment peut-il appuyer une motion qui exige, entre autres, que les fonctionnaires consacrent énormément de temps, au moins des heures et des heures, à cette tâche? Cela pourrait prendre bien plus de temps. C'est souvent le cas avec les ordonnances de production. Le résultat, bien sûr, serait de les détourner de leur tâche principale, qui est de contribuer à l'administration du système de santé publique du Canada. C'est le premier point.

D'autres éléments ne me semblent pas clairs, comme « Un relevé de la propriété intellectuelle développée dans le cadre de PrescribeIT ». Encore une fois, je suis relativement nouveau au sein du Comité. Je ne vois pas très bien en quoi cela pourrait présenter un intérêt, mais mes collègues d'en face pourront peut-être m'éclairer. Il y a aussi les « Les données d'adoption annuelles, ventilées par province ». La question qui me vient immédiatement à l'esprit est de savoir où exactement nous pourrions obtenir ces données.

Quoi qu'il en soit, permettez-moi d'ajouter quelque chose, et avant que mes collègues d'en face ne m'accusent d'essayer de détourner l'attention du sujet, cela a bel et bien un rapport avec la motion à l'étude. J'avais vraiment hâte de siéger aujourd'hui à la place de M. Eyolfson. La raison en est que nous avons entendu des témoins, à commencer par le représentant de Diabète Canada, qui se sont exprimés avec passion sur toute une série de sujets.

M. Thibeault a eu l'amabilité de mentionner London, d'où je viens, une ville que j'ai l'honneur de représenter à la Chambre des communes. Il a mentionné la Maison Banting. J'ai été ravi qu'il le fasse. La Maison Banting accomplit un travail formidable.

• (1825)

La première partie de la séance a donné un élan à la deuxième, qui devait porter sur une question qui, je pense, nous tient tous à cœur, c'est-à-dire la souveraineté pharmaceutique au pays. C'est un enjeu issu de la pandémie auquel nous devons tous réfléchir beaucoup plus sérieusement. Je sais que le gouvernement s'est engagé à atteindre cet objectif.

La pandémie nous a donné de nombreuses leçons. Avec votre expérience en médecine, madame la présidente, vous insistez depuis des années sur la nécessité de préparer le pays à toutes sortes de réalités en ce qui concerne les soins de santé.

La pandémie nous a donné de nombreuses leçons, comme je l'ai dit. L'une des plus frappantes est la nécessité d'assurer la souveraineté pharmaceutique. Nous avons vu ce qui est arrivé dans d'autres démocraties. Nous avons vu ce qui s'est passé au début de la pandémie.

• (1830)

**La présidente:** Monsieur Fragiskatos, nous débattons de la motion...

**Peter Fragiskatos:** Oui, et j'y arrive.

**La présidente:** Il y a une marge de manoeuvre dans le débat, mais concentrons-nous uniquement sur la motion.

**Peter Fragiskatos:** Je vous remercie de votre brève indulgence, madame la présidente. Je vais y revenir, je vous le promets, et j'allais le faire. Je voulais simplement dire que la pandémie nous a donné une leçon sur la souveraineté pharmaceutique.

Nous avons entendu des témoins éloquentes, des experts dans leur domaine. J'ai vu des collègues autour de la table se pencher sur la question, mais tout à coup, cette motion, qui n'avait rien à voir avec la deuxième partie de la séance, si je comprends bien, a été présentée. Elle aurait pu être soulevée à n'importe quel autre moment. Il existe, je crois — bien sûr qu'il y en a un; chaque comité en a un — un comité directeur où cette question aurait pu être abordée.

**Un député:** Pas dans celui-ci.

**Peter Fragiskatos:** Il n'y en a pas dans celui-ci. Très bien. J'appréhends au fur et à mesure. Laissons cela de côté un instant.

Cette question aurait pu être soulevée. Le fond de la motion aurait pu être traité par n'importe quel autre moyen. De nombreux moyens auraient pu permettre aux conservateurs de réaliser leur objectif apparent, mais nous avons perdu des témoins en conséquence. Les témoins avaient pris le temps de venir. Dans le cas de Mme Michaud, je ne sais pas d'où elle venait, mais cela lui a pris une journée entière de préparation.

**La présidente:** Monsieur Fragiskatos, veuillez revenir à la motion dont nous sommes saisis.

**Peter Fragiskatos:** J'y reviens, promis.

La question qui se pose est: qu'est-ce qui nous attend? Aucune autre réunion n'est prévue. Nous sommes saisis de la motion de M. Mazier. Considérant les ententes de contribution qui ont été conclues, je ne suis pas certain de la façon dont... Il pourrait peut-être me l'expliquer. Encore une fois, je siége ici aujourd'hui. Peut-être pourrait-il expliquer comment la production de milliers de documents servira l'intérêt public pour ses concitoyens, pour les miens, pour ceux de M. Strauss et pour tous nos concitoyens. Je ne le vois pas, mais j'espère qu'on m'éclairera à ce sujet.

J'ai entendu Mme Chi, qui a fait de l'excellent travail comme secrétaire parlementaire, naviguer ici parmi un ensemble très complexe de priorités que le Comité, dans sa sagesse, juge importantes et essentielles. Elle a soulevé plusieurs points et a été interrompue en cours de route, malheureusement. J'espère que, dans le temps qu'il nous reste, cela ne se reproduira pas. C'est ce que j'espère. Nous verrons ce qui se passera.

Je sais qu'elle est la suivante sur la liste, madame la présidente, mais je conclurai ma première intervention en disant simplement que j'aimerais beaucoup entendre nos collègues conservateurs expliquer en quoi la production de milliers de documents qui vont monopoliser la fonction publique, pas seulement pendant des heures et des heures, comme je l'ai dit, mais bien plus longtemps encore, si nous voulons être honnêtes, servira l'intérêt public. En quoi cela contribue-t-il à faire avancer les travaux du Comité?

Le Comité a reçu du Parlement le mandat de se pencher sur les questions liées aux soins de santé et à la politique en matière de santé. Nous verrons pour la suite des choses.

Je vous redonne la parole, madame la présidente. Je pense que Mme Chi souhaite intervenir.

**La présidente:** Mme Chi s'est déjà exprimée.

**Peter Fragiskatos:** Elle voulait être sur la liste, et je pense qu'elle l'est. Voilà.

**La présidente:** Elle est sur la liste. Je tiens une liste, monsieur Fragiskatos, avec l'aide de la greffière.

M. Strauss est le prochain intervenant.

**Matt Strauss:** Merci.

J'ai tellement hâte de répondre aux questions de mon ami bavard.

Quand on gaspille 300 millions de dollars, il faut savoir comment on les a gaspillés pour ne pas recommencer. Lors de la dernière réunion du Comité, nous avons appris que le gouvernement prévoyait d'accorder 50 millions de dollars de plus à la même organisation totalement incompétente, sinon corrompue, Inforoute Santé du Canada, pour son projet de refonte. Nous économiserions 350 millions de dollars en faisant toute la lumière sur cette affaire et en ne commettant plus ce genre d'erreur.

Quant au temps nécessaire à la traduction, il y a un ministre de l'Intelligence artificielle. Peut-être pourrait-on l'informer que nous pouvons désormais recourir à la traduction par IA. Cela prend cinq minutes. Cela ne devrait pas prendre de temps du tout. Les Canadiens veulent que nous tirions cette affaire au clair.

Il y a environ 50 personnes dans cette salle. On n'a qu'une vie. C'est vraiment une honte que nous la passions à écouter de très longs discours pour empêcher la production de ces documents. J'ai vu le premier ministre expliquer, lors d'un point de presse, qu'il avait besoin d'une majorité au sein des comités pour empêcher l'obstruction systématique, ce que fait actuellement sa propre équipe pour cacher un scandale de 300 millions de dollars.

Merci, madame la présidente.

• (1835)

**La présidente:** Merci, monsieur Strauss.

Avant de poursuivre, je tiens à vous signaler que nous n'avons des ressources que pour la durée que je vous ai indiquée tout à l'heure. J'aimerais signaler au Comité que nous débattons de la motion dont nous sommes saisis. Nous avons déjà décidé qu'elle est recevable. Elle est là. Nous devons nous prononcer sur cette motion.

La question des ressources a été soulevée. Est-ce la meilleure façon d'utiliser nos ressources? À chaque séance, le Comité a dépassé d'une à deux heures le temps imparti, simplement parce que nous disposons de ressources. Il n'aboutit à rien et s'égare. J'aimerais que nous respections le rôle du Comité permanent, comme tout le monde le souhaiterait. Un comité permanent est censé accomplir son travail.

La motion est recevable. J'aimerais que les intervenants s'expriment sur la motion.

Allez-y, madame Chi.

**Maggie Chi:** Merci, madame la présidente.

J'ai bien aimé les commentaires de mon collègue concernant le détournement du temps prévu pour l'étude au programme. Les contretemps ont été nombreux. Nos témoins sont venus, mais nous n'avons malheureusement pas pu terminer les séries de questions. C'est arrivé de nouveau. Nous l'avons vu à maintes reprises.

Nous sommes le Comité permanent de la santé. Comme membres, nous avons tous convenu de son mandat et de l'essence même de ses travaux. Nous sommes ici pour examiner les programmes et les politiques qui ont une incidence sur la santé de la nation.

Je ne sais pas ce qu'en pensent les gens autour de la table. Quand une motion demande la production de documents comptant des milliers de pages, certains détails se perdent dans la masse des données. C'est précisément pour cela que nous avons des comités.

Je ne comprends pas pourquoi les députés conservateurs continuent d'utiliser ce comité pour chercher de l'information, alors qu'ils pourraient chercher ailleurs. Nous pourrions en fait revenir à l'ordre du jour du Comité de la santé pour terminer le calendrier convenu concernant l'étude libérale sur la souveraineté pharmaceutique. C'est le premier point que je voulais vraiment faire valoir.

Deuxièmement, je m'adresse à mes collègues ici présents. Comme vous l'avez dit, madame la présidente, nous faisons des heures supplémentaires. En quoi la présentation d'une motion qui interromp la déposition d'un témoin respecte-t-elle le temps d'un député?

**La présidente:** Madame Chi, nous débattons de la motion.

**Maggie Chi:** Je vais revenir à la motion.

Je suis certaine que mes collègues d'en face s'intéressent à la question, c'est-à-dire à l'interopérabilité des données. PrescripTion s'inscrit dans l'effort global à cet égard, alors parlons-en. Parlons du contexte plus vaste de la santé numérique, que le Comité pourrait examiner. Si nous voulons comprendre PrescripTion, je ne pense pas que nous puissions le comprendre isolément. Il faut avoir une vision d'ensemble. À l'échelle nationale, nous devons nous pencher sur une feuille de route plus vaste.

Plus tôt cette semaine, nous avons demandé à Inforoute Santé du Canada de répondre aux questions concernant le programme. Une feuille de route pancanadienne sur l'interopérabilité, plus vaste et connue, montre clairement que le véritable problème ne se limite pas à un seul programme ou à un seul ensemble de données.

Les médecins autour de cette table qui ont vécu des frustrations au sujet des données, en raison de l'interopérabilité des systèmes et de la transmission de données sur les patients, conviendront que le véritable enjeu ici, c'est qu'il nous faut bâtir un système. Nous devons bâtir un système dans lequel les outils numériques sont réellement interconnectés, où l'information peut circuler de façon sûre et utile d'un milieu à l'autre et dans lequel les patients et les fournisseurs bénéficient de systèmes qui fonctionnent ensemble plutôt que les uns contre les autres.

C'est le thème général et le cadre que je veux que nous gardions à l'esprit dans notre étude de ce sujet. C'est pourquoi je reviendrai régulièrement sur la feuille de route quand je parlerai de ce programme. Prescription revêt une importance dans ce débat, non pas parce que la feuille de route est un rapport consacré à Prescription. Ce n'est pas le cas. La feuille de route est un rapport sur la structure globale de l'interopérabilité au Canada.

Le rapport fait également référence à Prescription d'une manière révélatrice. Dans l'annexe du rapport, on indique que le Canada a fait d'importants progrès dans l'intégration des pharmaciens locaux et des prescripteurs de soins primaires et cite précisément ce programme. Ailleurs, on indique que le déploiement du programme devait être élargi pour prendre en charge les ordonnances post-hospitalières. À propos de ses discussions avec les parties prenantes, le rapport note qu'Inforoute a abordé l'utilité poten-

tielle des outils numériques, notamment auprès de diverses organisations. Dans le système global, nous voulons tous un système intégré, comme l'a dit aujourd'hui la représentante de l'association des pharmaciens.

Sur ce, madame la présidente, je propose de lever la séance.

● (1840)

**La présidente:** Ce n'est pas sujet à débat. Il y a une motion d'ajournement.

Tout le monde semble d'accord. Je n'entends personne s'y opposer.

(La motion est adoptée.)

**La présidente:** La séance est levée.

---





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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

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

---

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