



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 093

Le lundi 4 décembre 2023

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le lundi 4 décembre 2023

• (1105)

[Traduction]

Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la 93^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

La réunion d'aujourd'hui se déroule de façon hybride, conformément au Règlement. Je crois comprendre que nous avons un témoin et un député qui participent virtuellement. Par conséquent, conformément à notre motion de régie interne, j'informe le Comité que tous les participants à distance ont effectué les tests de connexion requis avant la réunion.

Quant au seul témoin qui comparaît par vidéoconférence, vous êtes probablement déjà au courant, mais vous avez la traduction au bas de votre écran. Vous avez le choix entre le parquet, l'anglais ou le français. Veuillez laisser le micro en sourdine lorsque vous ne parlez pas et évitez de prendre des saisies d'écran, s'il vous plaît.

Aujourd'hui, de 11 heures à 13 heures, nous accueillons un groupe de témoins au sujet de l'épidémie d'opioïdes et la crise des drogues toxiques. Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à la motion adoptée le 8 novembre, nous allons commencer cette étude aujourd'hui.

Avant de commencer, j'aimerais vous présenter les fonctionnaires qui nous accompagnent.

Nous accueillons M. Samuel Weiss, directeur scientifique de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, qui fait partie des Instituts de recherche en santé du Canada. M. Weiss est le témoin qui participe par vidéoconférence. Les autres sont ici en personne.

Nous accueillons Jennifer Saxe, sous-ministre adjointe déléguée, Direction générale des substances contrôlées et du cannabis, Carol Anne Chénard, directrice générale par intérim, Bureau des substances contrôlées; et Kelly Robinson, directrice générale, Direction des produits de santé commercialisés, toutes trois du ministère de la Santé.

Nous accueillons également Jennifer Novak, directrice générale, Santé mentale, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, du ministère des Services aux Autochtones; Marie-Hélène Lévesque, directrice générale, Direction des politiques d'application de la loi, du ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile; ainsi que Shannon Hurley, directrice générale associée, Centre de santé mentale et de bien-être, de l'Agence de la santé publique du Canada.

Merci à tous d'avoir pris le temps de comparaître aujourd'hui.

Avant de céder la parole à Mme Saxe, je crois comprendre qu'il est possible que la sonnerie se fasse entendre avant que nous finissions d'écouter ce groupe de témoins. Si cela se produit, je demanderai le consentement unanime pour continuer.

De plus, la ministre de la Santé mentale et des Toxicomanies, s'est dite disposée à comparaître devant le Comité dans le cadre de cette étude, probablement au cours de la nouvelle année.

Sur ce, je vais céder la parole à Jennifer Saxe, du ministère de la Santé, pour sa déclaration préliminaire de cinq minutes.

Mme Jennifer Saxe (sous-ministre adjointe déléguée, Direction générale des substances contrôlées et du cannabis, ministère de la Santé): Merci beaucoup.

[Français]

Bonjour.

Je vous remercie de nous offrir, à mes collègues et moi, l'occasion d'aborder cette question cruciale.

Aujourd'hui, j'aimerais vous faire part de quelques renseignements sur ce que nous savons de la crise, lesquels sont basés sur des données que nous recueillons du côté fédéral, et décrire certaines des mesures que nous avons mises en avant pour réduire les méfaits, prévenir les surdoses et les décès qui y sont associés, élargir l'accès au traitement et soutenir le rétablissement et le bien-être.

La crise liée aux surdoses que nous devons affronter aujourd'hui constitue une grave situation d'urgence en santé publique, qui touche la vie d'individus issus de divers groupes démographiques. Cette situation a des répercussions tragiques sur les personnes qui consomment des substances, leurs familles et les communautés partout au pays, et elle est façonnée par un large éventail de facteurs.

[Traduction]

Selon les plus récentes données disponibles, il y a eu 38 514 décès par surdose d'opioïdes depuis janvier 2016. Bien que 90 % de ces décès au Canada se soient produits en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario, il est important de noter que des taux élevés ont également été observés dans d'autres régions dont la population est plus réduite, y compris en Saskatchewan et au Yukon.

La plupart des décès apparemment liés à la toxicité des opioïdes touchent des jeunes et des hommes d'âge moyen. En fait, les hommes représentent 73 % des décès accidentels apparemment attribuables à la toxicité des opioïdes.

Les peuples autochtones sont touchés de façon disproportionnée. Par exemple, si les Premières Nations ne représentent que 3 % de la population totale de la Colombie-Britannique, 16 % des personnes décédées d'une surdose s'étaient identifiées comme Autochtones. De plus, selon les données du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations de l'Alberta, le taux de décès par empoisonnement aux opioïdes est sept fois plus élevé chez les Autochtones que chez les non-Autochtones de la province.

Les données ont également confirmé que les taux très élevés de décès par surdose sont le résultat direct de l'augmentation de la toxicité des drogues vendues dans la rue. De tous les décès par surdose signalés, 81 % étaient liés au fentanyl. La toxicité d'une combinaison de plusieurs médicaments est un facteur contributif à la crise. De plus en plus, les gens consomment un mélange de drogues, ce qui accentue considérablement le risque.

[Français]

Cette crise généralisée est envahissante. Comprendre pourquoi les gens se tournent vers des substances fait intervenir toute la gamme des déterminants sociaux de la santé ainsi que les expériences négatives de l'enfance, les traumatismes, la pauvreté, la maladie mentale et la douleur chronique.

[Traduction]

Nous avons travaillé avec des experts pour adopter des stratégies fondées sur des données probantes afin de régler cette crise de façon exhaustive et compatissante. C'est dans ce contexte que le gouvernement du Canada travaille activement depuis de nombreuses années, mobilisant des efforts dans une suite d'interventions qui englobent la prévention, la réduction des méfaits, le traitement et l'application de la loi, en plus de chercher à diminuer les attitudes et les comportements stigmatisants nuisibles.

Les initiatives de prévention de la toxicomanie sont conçues pour atteindre les personnes les plus à risque. Par exemple, la campagne « Alléger le fardeau » est un effort ciblé pour atteindre les hommes dans les métiers, un groupe démographique touché de façon disproportionnée par la crise des surdoses. Cette campagne, qui compte plus de 26 millions de visionnements, montre comment nous sensibilisons ces populations et réduisons la stigmatisation.

Conscients de l'importance d'un accès rapide à des soins de qualité, nous avons fait d'importants investissements pour élargir l'accès, y compris des services spécialisés pour les jeunes et la gestion du sevrage par des cures de désintoxication.

Le gouvernement a également déployé des efforts pour élargir l'accès aux services qui réduisent les méfaits et préviennent les décès par surdose. Cela comprend la distribution de naloxone et une formation à grande échelle. Nous avons fait en sorte qu'il soit plus facile pour les collectivités d'établir et de fournir des centres de consommation. Il y a actuellement 39 centres au pays, qui ont reçu plus de 4,3 millions de visites et qui ont répondu à près de 50 000 surdoses. Pour beaucoup, ces centres représentent la seule expérience directe que les gens auront avec les fournisseurs de soins de santé. Ainsi, plus de 257 000 personnes ont été aiguillées vers les services de santé et les services sociaux.

Parallèlement, nos agents d'application de la loi et nos agents frontaliers luttent activement contre la production, le détournement et le trafic de drogues illicites et les crimes connexes.

Dans le cadre de la réponse à cette crise, le gouvernement continue également d'appuyer la recherche qui nous aide à mieux com-

prendre la toxicomanie au Canada et qui permet l'élaboration de politiques et de programmes fondés sur des données probantes.

• (1110)

[Français]

Avant de terminer, je voulais mentionner que, le 30 octobre 2023, la ministre de la Santé mentale et des Dépendances et ministre associée de la Santé a lancé une version renouvelée de la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances. Cette stratégie présente une approche fédérale compatissante, équitable, collaborative et globale quant à cette crise, et elle pourrait être intéressante dans le cadre de votre étude.

En conclusion, je dirai qu'il est essentiel de comprendre que les mesures fédérales, à elles seules, ne mettront pas fin à la crise liée aux surdoses. Nous nous engageons à collaborer de manière continue avec les provinces et les territoires, les communautés autochtones, les familles et les personnes ayant une expérience vécue ou vivante.

Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de contribuer à votre importante étude. Nous sommes prêts à répondre à toutes vos questions.

[Traduction]

Le président: Merci, madame Saxe.

Nous allons commencer tout de suite les séries de questions, en commençant par les conservateurs. Monsieur Ellis, vous avez six minutes.

M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC): Bonjour à tous.

Merci d'avoir participé à cette étude très importante.

Évidemment, nous connaissons les statistiques. Les Canadiens connaissent le nombre de décès, qui s'élève à 1 900 personnes jusqu'à maintenant en 2023.

Madame Saxe, vous pourriez peut-être dire aux gens qui nous écoutent quelle est la principale cause de décès en Colombie-Britannique chez les jeunes de 10 à 18 ans.

Mme Jennifer Saxe: Pour les gens de 10 à 59 ans en Colombie-Britannique, la surdose d'opioïdes est la principale cause de décès.

M. Stephen Ellis: Qu'en est-il des jeunes de 10 à 18 ans?

Mme Jennifer Saxe: Je crois que la principale cause de décès chez les 10 à 18 ans est également la surdose.

M. Stephen Ellis: Oui. La situation est vraiment très triste.

J'ai une question pour la forme, mais nous y reviendrons. Que faudra-t-il pour arrêter cette expérience, l'approvisionnement sûr, l'approvisionnement plus sûr, quel que soit l'euphémisme que nous voudrions utiliser?

Un article récent a été publié vendredi par une personne qui a vécu l'expérience de Leslieville, le centre de South Riverdale, et qui parlait de l'approvisionnement sécuritaire. Êtes-vous au courant de cet article?

Mme Jennifer Saxe: Je ne suis pas au courant de cet article. J'aurais besoin de plus de détails, mais je sais qu'il y a eu plusieurs articles au cours des derniers jours sur l'approvisionnement plus sécuritaire, ainsi que sur les centres de consommation supervisée.

M. Stephen Ellis: Cet article traite précisément de l'approvisionnement plus sécuritaire. Il y est question d'autres choses également, mais le gouvernement du Canada est-il conscient que ces fournitures soi-disant plus sûres se retrouvent entre les mains de personnes qui n'ont jamais consommé d'opioïdes?

Mme Jennifer Saxe: Ce que le gouvernement fait actuellement, c'est investir dans une série de services qui comprennent la prévention, l'éducation, la réduction des méfaits, le traitement et le rétablissement...

M. Stephen Ellis: Je suis désolé. Vous m'avez peut-être mal entendu. Je vais vous interrompre. Je m'en excuse.

Savez-vous que ces fournitures soi-disant plus sûres se retrouvent entre les mains de personnes qui n'ont jamais consommé d'opioïdes auparavant? Je n'ai pas demandé ce que faisait le gouvernement. J'ai posé une question très précise.

Merci.

Mme Jennifer Saxe: Le gouvernement est conscient qu'il y a toute une gamme d'utilisations des produits pharmaceutiques prescrits qui sont utilisés dans les processus de réduction des méfaits et de traitement pour les personnes qui consomment des substances.

Nous les écoutons. Nous sommes également à l'écoute des préoccupations et nous les prenons très au sérieux. Nous prenons des mesures...

M. Stephen Ellis: Merci. Je vais vous interrompre.

Nous avons une convention selon laquelle votre réponse doit correspondre à la longueur de ma question. Merci.

Le gouvernement sait-il que le prix dans la rue d'un comprimé d'hydromorphone de 8 milligrammes est passé d'environ 20 \$ à 2 \$ l'unité?

• (1115)

Mme Jennifer Saxe: Encore une fois, je répète que nous comprenons qu'il y a toute une gamme d'usages, de points de vue et de rapports en ce qui concerne les produits pharmaceutiques de remplacement prescrits. Nous prenons au sérieux les préoccupations qui sont soulevées. Nous nous penchons sur la question. Nous prenons des mesures...

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup.

J'essaie d'être très aimable, mais je pose des questions très précises auxquelles vous ne répondez pas vraiment.

Le gouvernement sait-il, et votre ministère sait-il, que le prix sur le marché des comprimés d'hydromorphone de 8 milligrammes est passé de 20 \$ à environ 2 \$ l'unité?

Mme Jennifer Saxe: Nous savons que des préoccupations ont été exprimées au sujet du détournement de médicaments de remplacement prescrits, notamment en raison du prix de ces médicaments.

M. Stephen Ellis: Le gouvernement sait-il que ces comprimés de 8 milligrammes d'hydromorphone — l'équivalent d'une trentaine de comprimés de Tylenol 3 — sont utilisés dans les écoles secondaires du pays?

Mme Jennifer Saxe: Je pense que le gouvernement est conscient du fait que la consommation de drogues illicites est une préoccupation absolue pour les jeunes de tout le pays. C'est pourquoi nous investissons dans la prévention et l'éducation dans un ensemble de services et de mesures de soutien pour...

M. Stephen Ellis: Encore une fois, je vais vous interrompre. J'essaie d'être aimable, mais il me semble que vous évitez délibérément de répondre à mes questions.

Le gouvernement sait-il que ce qu'on appelle l'approvisionnement sécuritaire est utilisé dans les écoles secondaires au Canada?

Mme Jennifer Saxe: Nous savons qu'il y a des gens qui s'inquiètent du détournement de l'approvisionnement plus sûr prescrit.

M. Stephen Ellis: Je suppose que si vous savez que les gens sont inquiets... Je suis désolé. Si vous savez que les gens s'inquiètent de ce qui se passe, cela ne signifie-t-il pas que vous êtes au courant de ce qui se passe?

Mme Jennifer Saxe: Nous prenons au sérieux les signalements de détournement. Nous prenons toute une diversité de mesures. Nous sommes résolus à prendre ces mesures. Il s'agit notamment de travailler avec des fournisseurs d'approvisionnement plus sûrs pour comprendre les mesures d'atténuation des risques qu'ils prennent, y compris à l'aide des tests de dépistage et les analyses d'urine, ainsi qu'avec les fournisseurs de soins et les patients pour veiller à ce que des mesures soient en place pour réduire tout détournement.

Nous examinons les évaluations et les études, et je suis heureuse de céder la parole à ma collègue des Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC, pour qu'elle vous renseigne sur les évaluations que nous faisons des médicaments d'ordonnance.

M. Stephen Ellis: Merci.

Lorsque l'expérience sur les opioïdes a commencé — et je reprends les propos de mon collègue, M. Hanley, qui se trouvaient dans le texte de la motion —, quelle était l'hypothèse nulle initiale que le gouvernement avait avancée pour l'expérience?

Mme Jennifer Saxe: Pourriez-vous répéter le début de la question?

M. Stephen Ellis: Oui. Quelle était l'hypothèse nulle générée pour cette expérience au départ? Nous savons tous que c'était une expérience. Cela n'a jamais été fait auparavant. Dans une expérience, on a vraiment une idée de ce qu'on veut réfuter.

De quoi s'agissait-il? Était-ce juste quelque chose qu'on avait concocté à toute vitesse? Je suppose que c'est la question.

Mme Jennifer Saxe: Je m'excuse. Je pense que vous allez devoir me préciser ce que vous entendez par « cette expérience ».

M. Stephen Ellis: C'est dans le texte de la motion dont nous débattons aujourd'hui. Il s'agit d'une expérience sur les drogues toxiques, alors que prétendait-on?

Mme Jennifer Saxe: Le gouvernement...

M. Stephen Ellis: Je suis désolé. Y avait-il un plan?

Mme Jennifer Saxe: Il y a un plan très clair que le ministre a annoncé le 30 octobre, et qui donne une véritable orientation au gouvernement. Il s'agit de la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances renouvelée...

M. Stephen Ellis: Je suis désolé. Je vais vous interrompre, parce que vous avez dit le 30 octobre...

Le président: Votre temps est écoulé, monsieur Ellis. Je suis désolé.

Nous allons passer à M. Hanley, s'il vous plaît, pour six minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci, monsieur le président.

Avant de poser des questions, j'aimerais faire une déclaration préliminaire, étant donné qu'il s'agit d'une étude que j'ai lancée avec une motion adoptée par le Comité plus tôt cette année.

Monsieur le président, nous avons huit réunions, je crois, dont la plupart auront lieu l'an prochain, en 2024.

Nous savons que 2023 sera une autre année tragique pour les Canadiens. En 2022, il y a eu 7 328 décès. Le taux de mortalité actuel est estimé à 21 Canadiens qui meurent chaque jour. N'est-il pas aberrant que nous puissions prédire avec plus ou moins de certitude que 600 Canadiens ou plus mourront d'une surdose d'opioïdes ou d'un mélange de drogues d'ici la fin de l'année? Même si l'on a reconnu qu'il s'agissait d'une urgence il y a sept ans, le nombre de décès continue d'augmenter.

Lorsque j'étais médecin hygiéniste en chef au Yukon, nous avons été témoins du premier décès causé par le fentanyl en avril 2016, le même mois où mon collègue de la santé publique de la Colombie-Britannique de l'époque, le Dr Kendall, a déclaré une urgence de santé publique en raison d'une effroyable augmentation du nombre de décès dans cette province, augmentation qui n'a fait que se poursuivre depuis.

Depuis les premiers jours de l'épidémie, les gouvernements ont réagi. Il y a eu des choses merveilleuses. Les trousse de naloxone, par exemple, qui sont distribuées sur notre territoire et partout au pays. Nous avons eu le premier centre de consommation supervisée au Yukon, au nord du 60^e parallèle, et nous sommes un des premiers au pays à avoir une salle d'inhalation. Nous avons redoublé d'efforts et intensifié la thérapie de substitution clinique des opioïdes, tout en cherchant à réduire les méfaits et en faisant de la prévention, du moins dans une certaine mesure.

Le Yukon a déclaré une urgence liée à la consommation de substances en janvier 2022 et a récemment révisé sa stratégie d'urgence en la matière, il y a à peine quelques mois, en fonction de l'approche à quatre piliers que nous connaissons tous si bien.

Pourtant, les décès se poursuivent. Des vies et des familles sont déchirées par des décès ou des blessures par surdose. Nous avons pris des tas de mesures, mais nos interventions n'ont toujours pas l'ampleur voulue pour répondre aux besoins.

Dans le cadre de cette étude, j'implore tous les membres du Comité d'avoir un seul objectif en tête. Je sais que je penserai à mes deux propres adolescents et à leurs amis, et à ce que nous pouvons faire de plus pour les protéger. Il faut qu'il s'agisse de sauver la vie de Canadiens. Ne parlons pas d'attaques personnelles, de défaites ou de marquer des points politiques. Examinons attentivement ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, et si quelque chose ne va pas, examinons pourquoi, tirons un apprentissage et adaptons-nous en conséquence.

Je dirais à mon collègue, M. Ellis, que le mot « expérience » est en fait synonyme de nouvelle approche. Quant à votre question au sujet d'une « hypothèse nulle », je pense que nous pourrions répondre que notre modèle actuel ne fonctionne clairement pas, alors il s'agit de réorienter les efforts.

Examinons les modèles d'innovation et de réussite qui se sont révélés prometteurs ou efficaces, que ce soit au Canada ou ailleurs. À la fin de cette étude, nous devrions être en mesure de formuler des recommandations urgentes, réfléchies, fondées sur des données probantes, de manière compatissante, audacieuse et intelligente sur ce que nous pouvons tous faire pour contrôler cette épidé-

mie — comme personnes, comme collectivités et comme gouvernements de tous les ordres.

Je sais que nous partageons tous le même souci. S'il vous plaît, dans l'intérêt des Canadiens, travaillons ensemble à ce dossier avec respect, humilité, urgence et décence, tout comme les Canadiens s'attendent à ce que nous le fassions.

Je sais qu'il ne me reste qu'environ deux minutes, mais j'aimerais revenir à mes questions.

Merci à tous d'être ici.

Le budget de 2023 propose un montant supplémentaire de 359 millions de dollars sur cinq ans pour appuyer une stratégie renouvelée. Madame Saxe, je me demande si vous pourriez décrire certaines des orientations que vous avez l'intention de prendre avec ce financement renouvelé.

J'aimerais laisser du temps à Mme Hurley, de l'Agence de la santé publique du Canada, pour répondre à la même question.

• (1120)

Mme Jennifer Saxe: Je veillerai à garder du temps pour Shannon Hurley.

Je vous remercie de cette question et de vos observations.

La stratégie renouvelée s'appuie en fait sur la stratégie précédente en veillant à ce que nous ayons des mesures holistiques et intégrées qui englobent l'éducation en matière de prévention et tiennent compte de l'ensemble des services liés à la toxicomanie, y compris la réduction des méfaits, le traitement et le rétablissement. Il s'agit de nous appuyer sur les données probantes et de prendre un éventail de mesures pour contrôler les substances. Il s'agit de faire appliquer la loi et de veiller à ce que les contrôles appropriés soient en place pour éviter le mauvais usage de substances.

Parmi les mesures clés que nous prenons, nous avons lancé une demande de propositions pour des programmes communautaires de lutte contre la toxicomanie. C'était à la fin de septembre et à la fin de novembre, nous avons reçu un peu plus de 600 demandes. Nous les examinerons pour veiller à investir dans des projets prometteurs, fondés sur des données probantes et qui soient novateurs au niveau communautaire.

Je vais céder la parole à Shannon Hurley dans un instant pour qu'elle vous parle du travail de prévention qui s'inspire d'un modèle islandais.

Nous continuons de prendre des mesures en ce qui a trait aux autorisations tout en voyant à ce que les gens aient accès à des services de réduction des méfaits, qu'il s'agisse de centres de consommation supervisée, de la fourniture de naloxone ou de services de vérification des substances afin que les clients et le personnel sanitaire sachent ce qu'elles contiennent.

Il y a toute une gamme de mesures. Je pourrai céder la parole à ma collègue par la suite pour ce qui est de la sécurité publique et de l'application de la loi. Il y a une série d'activités de surveillance, de recherche ciblée et de données probantes que nous cherchons à recueillir, y compris sur des modèles novateurs, afin que nous puissions apprendre et nous adapter au fur et à mesure.

Pour ce qui est des produits pharmaceutiques de remplacement prescrits et des centres de consommation supervisée, nous examinons les données probantes et nous surveillons ces programmes afin de pouvoir apprendre, nous adapter et adopter des pratiques exemplaires.

Je vais peut-être céder la parole à Mme Hurley au sujet de la prévention.

• (1125)

Le président: Merci, madame Saxe.

Le temps de M. Hanley est écoulé. Si un autre député veut utiliser une partie de son temps pour faire d'autres commentaires à ce sujet, je suis sûr qu'il ne manquera pas de le faire.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Merci, monsieur le président.

Je souhaite la bienvenue à tous les témoins au Comité permanent de la santé.

En 2016, ce comité a déposé à la Chambre des communes un rapport comportant 38 recommandations. Dans ces recommandations, on disait notamment qu'il fallait baser la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances sur la réduction des méfaits et que le gouvernement devait définir la réduction des méfaits.

Sept ans plus tard, pouvez-vous nous dire brièvement en quoi consiste la réduction des méfaits et quels sont ses objectifs?

Mme Jennifer Saxe: Merci beaucoup de la question.

La réduction des méfaits continue d'être un élément clé de la Stratégie, qui a été lancée par le gouvernement du Canada pour faire face à la crise liée aux surdoses et à la consommation de substances. Pour que ce soit clair, disons que la réduction des méfaits s'inscrit dans un continuum de mesures et de soins. Elle s'appuie sur des données probantes, et elle réduit les méfaits et sauve des vies.

Il est essentiel qu'on se penche sur la réduction des méfaits à cause de la toxicité croissante et imprévisible des drogues illicites en circulation.

La raison pour laquelle on continue de miser sur la réduction des méfaits, c'est parce que ce n'est pas tout le monde qui a accès aux services de traitement. Il se peut que ces derniers ne soient pas offerts dans certaines régions. Les traitements privés peuvent être coûteux ou inaccessibles. La réduction des méfaits peut aider à établir cette connexion entre les gens et les services.

La réduction des méfaits, c'est un service médical et un service de santé.

M. Luc Thériault: Merci, madame Saxe.

Madame Lévesque, dans la réponse que le gouvernement a fournie au Comité, il était question du resserrement des frontières et du resserrement de la loi. Il a donné comme exemple le fait que le projet de loi C-37 allait permettre aux agents des douanes d'effectuer un travail plus rigoureux afin d'intercepter le fentanyl, puisqu'ils allaient pouvoir inspecter les bagages pesant moins de 30 grammes.

Sept ans plus tard, on s'aperçoit que la production illicite du fentanyl fonctionne comme avant l'adoption de ce projet de loi.

Qu'est-ce qui nous manque? Qu'est-ce qui manque pour que le contrôle aux frontières soit plus serré?

Qu'est-ce qui manque pour qu'on puisse être plus efficace quant à ce plan d'action qui, vraisemblablement, ne donne pas les résultats escomptés?

Mme Marie-Hélène Lévesque (directrice générale, Direction de l'application de la loi, ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile): Bonjour.

Je suis heureuse d'être ici aujourd'hui.

Monsieur le président, je remercie le député de sa question.

Le ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile gère plusieurs éléments. Au sujet de l'Agence des services frontaliers du Canada, plusieurs mesures ont déjà été prises. La plus récente est la création d'un centre de ciblage pour les opiacés. Nous nous attendons à ce que cela donne des résultats rapidement. Il vient juste d'être créé. Nous voulons capter des données probantes et agir selon les renseignements que nous recevons de la communauté internationale et des forces de l'ordre.

M. Luc Thériault: Sept ans plus tard, vous nous dites donc que vous avez rectifié le tir seulement dernièrement.

Est-ce bien cela?

• (1130)

Mme Marie-Hélène Lévesque: Ce n'est pas la seule activité qui a eu lieu. Nous continuons d'intercepter des quantités faramineuses aux points d'entrée et nous continuons d'agir, non seulement sur le plan local et national, mais aussi sur le plan international, sur la base des renseignements que nous recevons.

M. Luc Thériault: Nous devons donc conclure que ce n'est pas strictement cela qui va nous amener à régler la crise. Peu importe votre efficacité et les mesures que l'on prend, ce que je comprends, c'est qu'en sept ans, on n'a pas réussi à colmater la brèche. Il faut donc agir sur d'autres plans.

Madame Saxe, après sept ans d'application, qu'est-ce qu'il manque à cette stratégie pour être plus efficace et contrer cette crise?

Mme Jennifer Saxe: C'est important. Comme Mme Lévesque l'a dit, nous avons pris des mesures qui nous ont permis de faire des progrès, et de nouvelles mesures sont prévues dans la stratégie renouvelée. Il s'agit vraiment d'une gamme de mesures.

M. Luc Thériault: À quel égard fait-on des progrès? Avez-vous des données probantes sur les progrès qu'on a faits depuis sept ans?

Mme Jennifer Saxe: On a fait des progrès à plusieurs égards, notamment en ce qui concerne les sites de consommation supervisée, le nombre de vies sauvées et le nombre de gens qu'on a pu diriger vers d'autres services sociaux et services de santé. Sur le plan de la sécurité publique, il y a eu des saisies à la frontière.

M. Luc Thériault: On a donc sauvé des vies, ce qui veut dire que, sans cette stratégie, ces mesures et ce plan d'action, il y aurait eu plus de morts.

Est-ce bien ce que vous nous dites?

Mme Jennifer Saxe: Oui, c'est exactement cela. Il y aurait eu plus de morts.

Cela souligne l'importance de la collaboration entre le gouvernement fédéral, les provinces et territoires, les experts et les gens de la communauté, comme je l'ai dit dans mes remarques d'ouverture. Tout le monde, tous les Canadiens ont une responsabilité à l'égard de la stigmatisation. Nous devons tous travailler ensemble et augmenter nos efforts en ce sens.

Le président: Merci, madame Saxe et monsieur Thériault.

[Traduction]

C'est maintenant au tour de M. Johns, pour six minutes.

M. Gord Johns (Courtenay—Alberni, NPD): Je vous remercie de votre présence et du travail que vous faites.

Je veux répéter ce que M. Hanley a dit au sujet de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas. De toute évidence, ce que nous faisons ne fonctionne pas. J'aime l'idée de parler non seulement de modèles d'innovation et de réussite, mais aussi d'utiliser des données solides pour en arriver à des décisions et à des politiques susceptibles de contrecarrer la crise.

Au début, en 2016, lorsque la Colombie-Britannique a déclaré une urgence de santé publique, les médecins nous ont dit qu'ils demandaient au gouvernement fédéral de déclarer également une urgence nationale. Pouvez-vous expliquer pourquoi cela ne s'est pas produit?

La raison, et vous m'en avez entendu parler à maintes reprises — je vous ai tous rencontrés séparément —, c'est la nécessité d'un plan et d'un échéancier, et cela ne fait pas partie de la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances renouvelée. C'est quelque chose que j'ai souligné dans le projet de loi C-216, qui a été rejeté par les conservateurs et la plupart des libéraux. Ce projet de loi aurait fourni un échéancier. Il ordonnait au gouvernement de fournir un échéancier et un plan.

Pourquoi n'a-t-on déclaré aucune urgence nationale de santé publique?

Mme Jennifer Saxe: Le gouvernement du Canada a reconnu que la crise des surdoses est une crise de santé publique. Nous avons utilisé un large éventail de pouvoirs...

M. Gord Johns: Vous avez même dit qu'il s'agissait d'une urgence de santé publique, alors pourquoi ne l'avons-nous pas déclarée?

Mme Jennifer Saxe: Nous disons régulièrement qu'il s'agit d'une crise de santé publique et qu'un certain nombre de mesures ont été prises, y compris des investissements de plus d'un milliard de dollars dans une série de mesures empiriques et novatrices. Nous avons donc renouvelé la stratégie pour nous aider à aller de l'avant, en travaillant en partenariat avec les autres. Comme vous l'avez mentionné, dans le cadre de la stratégie renouvelée, nous envisageons vraiment d'investir dans une série de services et de mesures de soutien. Nous avons pris des mesures précises. Des ressources ont été prévues et annoncées dans le budget de 2023. Quant aux échéanciers connexes, il y a des mesures précises qui ont été prises, comme l'appel de propositions pour le...

M. Gord Johns: J'adore tous les mots à la mode concernant une approche compatissante et une approche intégrée et coordonnée, mais cela exige un échéancier et des ressources. Je suis désolé, mais un milliard de dollars, ce n'est même pas 1 % de ce que nous avons dépensé en réponse à l'urgence sanitaire de la COVID-19.

C'est pourquoi nous devons déclarer une urgence nationale en matière de santé publique, afin de pouvoir forcer tout le monde à participer et d'élaborer un plan avec les provinces, les municipalités et les nations autochtones, de sorte qu'il s'agisse d'une stratégie coordonnée et cohérente.

Lorsque je songe au groupe de travail d'experts sur la consommation de substances, à l'Association canadienne des chefs de police, qui a publié il y a quelques années une plate-forme politique contenant ses recommandations, et, en Colombie-Britannique, au coroner en chef, à l'autorité sanitaire des Premières Nations, et à présent au comité d'examen des décès, — il est incroyable que nous ayons un comité de la sorte pour cette question —, je constate qu'ils ont tous quelque chose en commun. Ils ont tous dit que nous avons besoin de traitement sur demande, de rétablissement, de prévention, d'éducation et d'un approvisionnement plus sécuritaire de substances. Ils ont tous été parfaitement clairs.

À votre connaissance, y en a-t-il qui ont changé leur position en ce qui concerne l'approvisionnement plus sécuritaire — puisque la question a été soulevée plus tôt dans cette conversation?

• (1135)

Mme Jennifer Saxe: Je ne suis pas au courant de changements de position.

Nous savons qu'il y a tout un éventail de points de vue et de rapports sur les produits pharmaceutiques de remplacement prescrits. Cependant, comme vous l'avez mentionné, c'est vraiment une mesure parmi tant d'autres. Aucune mesure ne permettra à elle seule...

M. Gord Johns: La raison pour laquelle je parle de la question, c'est qu'elle a été soulevée plus tôt.

Lorsque je parle d'un approvisionnement plus sûr pour remplacer l'approvisionnement en médicaments toxiques et non réglementés qui tue des gens dans notre pays... Avez-vous rassemblé les données des projets pilotes? Je sais que la Dre Sereda de London, en Ontario, produit des données. Les données sont importantes: moins de visites à l'hôpital, moins d'hospitalisations, moins de participation à la prostitution de survie et moins d'activités criminelles liées à la recherche de drogues. Les statistiques publiées sont incroyables.

Avez-vous compilé ces données et publié les données sur tout le financement du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances, le PUDS, afin que les gens comprennent mieux le succès de ces projets pilotes?

Mme Jennifer Saxe: Nous recueillons des données. Nous évaluons les programmes. En ce qui concerne les médicaments de remplacement prescrits, des études sont en cours. Une bonne trentaine de résultats des évaluations ont été publiés, et certains sont très prometteurs.

L'étude de London, comme vous l'avez mentionné, en fait partie. Le Réseau ontarien de recherche sur les politiques en matière de drogues a recensé 20 publications et examiné des résultats prometteurs, y compris la réduction des visites aux urgences, la réduction des hospitalisations, la réduction des surdoses et la réduction des drogues illicites. Les Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC, et l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, l'ICRAS, ont entrepris un certain nombre d'évaluations portant sur l'efficacité des centres de consommation supervisée et sur diverses exemptions prévues à l'article 56.

M. Gord Johns: Avez-vous songé à rétablir le Groupe de travail d'experts sur la consommation de substances?

Je pense qu'il pourrait jouer un rôle central puisqu'il s'agit d'un organisme externe composé d'experts qui pourraient aider à examiner ces données. Le public canadien pourra ainsi compter sur une tierce partie indépendante à l'heure d'évaluer le fonctionnement des données, des politiques du gouvernement actuel et de la nouvelle stratégie sur la consommation de substances.

L'a-t-on envisagé? Est-ce quelque chose que le ministre envisage actuellement?

Mme Jennifer Saxe: Le groupe d'experts a formulé 21 recommandations qui ont éclairé la nouvelle Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances.

M. Gord Johns: Je tiens cependant à ce qu'il y ait une surveillance. Je pense que c'est un rôle nécessaire dans cette situation.

Mme Jennifer Saxe: Nous continuons de collaborer avec un grand nombre d'experts. Il y a eu un groupe consultatif d'experts sur l'approvisionnement plus sécuritaire, des gens chevronnés qui ont vécu ce genre de situation, des conseils. Il y a divers groupes d'experts, et nous continuons de collaborer avec certains, y compris pour l'évaluation des données.

M. Gord Johns: Ils n'ont pas de comptes à rendre. Il n'y a pas de reddition de comptes.

Le président: Merci, monsieur Johns.

Merci, madame Saxe.

La parole est maintenant à M. Doherty, pour cinq minutes.

M. Todd Doherty (Cariboo—Prince George, PCC): Merci, monsieur le président.

Je pourrais commencer par quelques points. Je pourrais répondre au commentaire de M. Hanley. Cela me touche profondément. Je ne suis pas ici pour faire du bruit, mais je suis en colère et frustré. J'ai parlé haut et fort des difficultés de ma famille face à cette épouvantable épidémie. J'ai discuté avec des membres de la famille d'enfants qui ont maintenant des problèmes de toxicomanie, ainsi qu'avec des familles qui ont perdu des êtres chers — de jeunes enfants, des adolescents — à cause de cette épouvantable épidémie. C'est profondément personnel.

Je remercie nos invités de leur présence. Je vous remercie du travail que vous faites, mais je dois dire que ce que nous faisons ne fonctionne pas. Madame Saxe, vous l'avez dit vous-même: depuis 2016, il y a eu 38 000 décès. Ce que nous faisons est insuffisant. Je comprends que vous êtes une seule équipe et que nos provinces et d'autres doivent également intervenir. Ça ne va pas.

Mon collègue a parlé de l'expérience. Une expérience consiste à voir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Injecter 1 milliard de dollars... et la principale cause de décès chez les jeunes de 10 à 18 ans dans ma province, c'est la surdose. Ça ne va pas.

Quels sont les taux de détournement de l'approvisionnement sécuritaire financé par le gouvernement?

• (1140)

Mme Jennifer Saxe: Comme je l'ai mentionné plus tôt, nous travaillons avec tous nos...

M. Todd Doherty: Avez-vous ces chiffres?

Le président: Monsieur Doherty, vous avez pris une minute et demie pour poser la question, puis vous l'avez interrompue avant qu'elle ne commence sa deuxième phrase.

M. Todd Doherty: Monsieur le président, lorsque j'ai posé la question, elle était brève.

Le président: Madame Saxe, si vous avez une réponse plus complète, allez-y, je vous en prie.

Mme Jennifer Saxe: Je signale que les médicaments de remplacement sont délivrés sur ordonnance à des fins thérapeutiques. Lorsque vous parlez de détournement... Tout d'abord, le trafic de drogues est illégal. Nous avons été très clairs à ce sujet. Qu'il s'agisse du détournement de produits pharmaceutiques prescrits pour des douleurs chroniques, pour le traitement médicamenteux ou pour...

M. Todd Doherty: Savez-vous quel pourcentage de l'approvisionnement sûr financé par le gouvernement est détourné?

Mme Jennifer Saxe: Nous travaillons avec nos projets pour pouvoir... Ils ont tous mis en place des programmes d'atténuation des risques. Nous examinons les pratiques exemplaires.

M. Todd Doherty: Je cherche simplement un pourcentage. Si nous ne l'avons pas, c'est facile à régler.

Quel est le temps d'attente moyen pour que quelqu'un se rétablisse au Canada?

Mme Jennifer Saxe: Il n'y a pas de bonnes données à l'échelle du Canada, et il n'y a pas d'indicateurs cohérents à cet égard dans l'ensemble des provinces et des territoires.

M. Todd Doherty: Avez-vous une fourchette? Est-ce une semaine, deux semaines?

Je peux vous dire que dans ma province, c'est parfois 18 mois ou plus.

Mme Jennifer Saxe: C'est une excellente question. C'est exactement la raison pour laquelle l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, grâce aux transferts en matière de santé, qui s'élèveront à 200 milliards de dollars, dont 25 milliards en nouveaux investissements pour les services de santé mentale et de toxicomanie, travaille en étroite collaboration avec les provinces, les territoires et les partenaires pour peaufiner les indicateurs et mieux recueillir des données cohérentes.

M. Todd Doherty: Êtes-vous au courant de la lettre de 17 médecins spécialisés en toxicomanie? Avez-vous rencontré ce groupe?

Mme Jennifer Saxe: Je suis au courant, mais je n'ai pas rencontré ce groupe.

M. Todd Doherty: Êtes-vous au courant de la lettre, datée du 6 novembre, envoyée par 42 cliniciens de premier plan en traitement des toxicomanies? Avez-vous rencontré ce groupe?

Mme Jennifer Saxe: Nous avons rencontré toute une légion d'experts, et nous continuons de le faire. Nous continuons de recueillir des données et des preuves pour mieux comprendre les pré-occupations et veiller à agir en fonction de données probantes. C'est ce que nous disons.

M. Todd Doherty: Je comprends, madame Saxe. Ma question porte précisément sur les auteurs de ces deux lettres. Avez-vous rencontré l'un ou l'autre de ces groupes?

Mme Jennifer Saxe: Nous ne les avons pas rencontrés comme groupes.

M. Todd Doherty: Ces deux groupes affirment que l'approvisionnement sécuritaire est un bien beau slogan de marketing, mais qu'il ne fonctionne pas. Il crée un tout nouveau groupe d'accros aux opioïdes.

Êtes-vous d'accord? D'après ce que nous savons, l'approvisionnement sécuritaire crée un tout nouveau groupe d'accros aux opioïdes.

Mme Jennifer Saxe: Les produits pharmaceutiques de remplacement sur ordonnance sont...

M. Todd Doherty: Tout ce que je vous demande, c'est si vous êtes d'accord avec cette affirmation.

Le président: Madame Saxe, il n'y aura plus de questions. Prenez le temps qu'il vous faudra pour répondre à la question.

Mme Jennifer Saxe: Les produits pharmaceutiques de remplacement sur ordonnance sont l'une des nombreuses mesures prises. Nous avons dit clairement qu'il nous faut tout un éventail de mesures. Aucune mesure ne peut à elle seule résoudre la crise des surdoses.

M. Todd Doherty: Vous n'avez pas répondu à ma question.

Mme Jennifer Saxe: Il est important d'avoir une suite.

Je souligne que les produits pharmaceutiques de remplacement sont prescrits en fonction de données probantes. Il s'agit de preuves solides, évaluées par des pairs, de traitements médicamenteux qui sont utilisés dans de nombreux pays.

M. Todd Doherty: Elle ne peut pas répondre à la question.

Mme Jennifer Saxe: Je pense qu'il est important de comprendre qu'il y a des traitements médicamenteux...

M. Todd Doherty: Je comprends cela.

Le président: Votre temps est écoulé.

Si vous pouviez terminer votre réponse, madame Saxe, sans interruption, nous pourrions passer au prochain intervenant.

Mme Jennifer Saxe: Les produits pharmaceutiques de remplacement prescrits s'appuient sur une solide base de données probantes en la matière. Il existe de solides données probantes.

Il s'agit d'une initiative nouvelle qui fait partie d'une série de mesures. Il faut suivre la situation de près afin que nous puissions en tirer des leçons et nous adapter au besoin en fonction des témoignages et des recherches que nous étudions.

Le président: Merci, madame Saxe.

Nous passons maintenant à M. Powlowski, qui est en ligne. Vous avez cinq minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): J'aimerais commencer mon intervention dans la même veine que plusieurs de mes collègues, c'est-à-dire en espérant que nous pourrions adopter une approche non partisane et nous efforcer de trouver des points communs au lieu de nous disputer.

Je voulais parler de l'approvisionnement toxique et sécuritaire. Je ne sais pas si j'ai les bons chiffres, mais quelqu'un a dit qu'il y a eu 1 900 décès par surdose en 2023 jusqu'à maintenant. Quel pourcentage de ces produits sont des stupéfiants? Quelqu'un peut-il répondre?

• (1145)

Mme Jennifer Saxe: Il s'agit du nombre de décès apparemment liés à la toxicité des opioïdes. Je peux dire que 48 % des décès acci-

dentels qui y sont liés impliquaient également un stimulant et que 79 % des décès accidentels liés à la toxicité des stimulants impliquaient également un opioïde. Il est clair que nous assistons à la polytoxicomanie — consommation de substances multiples — et à l'augmentation de la toxicité.

Si nous examinons la toxicité de la drogue et la teneur de fentanyl et de contaminants comme les benzodiazépines et d'autres produits présents dans notre approvisionnement depuis 2016, vous verrez une augmentation importante. Il y a eu un changement important dans notre approvisionnement en médicaments depuis 2016, ce qui témoigne du fait que nous nous adaptons et que nous réagissons en fonction de la situation.

M. Marcus Powlowski: Je sais que lorsqu'une personne a fait une surdose de plusieurs médicaments, elle est souvent en synergie, mais qu'est-ce qui est déterminé comme étant la cause principale du décès? La principale cause est-elle le fentanyl? Quelle quantité est mélangée pour qu'on ne puisse pas vraiment déterminer la cause du décès?

Mme Jennifer Saxe: On trouve surtout du fentanyl. On peut trouver une combinaison de médicaments, mais si vous regardez les statistiques provinciales ou nationales, le fentanyl est en cause dans plus de 80 % de ces décès liés à la toxicité des opioïdes.

M. Marcus Powlowski: Il me semble que l'un des problèmes liés à l'approvisionnement sécuritaire est que... Si on donne des stupéfiants aux gens, c'est parce qu'ils en veulent ou parce qu'ils y sont accros. Vous dites que bon nombre de surdoses sont causées chez des gens qui ne reçoivent pas de narcotiques. Ils fabriquent du crack ou de la cocaïne qui s'avère contenir du fentanyl. L'approvisionnement sûr ne réglerait évidemment pas ce problème.

Mme Jennifer Saxe: Certains médicaments de remplacement peuvent être des opioïdes. Il existe des produits pharmaceutiques de remplacement prescrits qui peuvent être des stimulants en même temps. Ce n'est pas très courant, mais ça arrive.

M. Marcus Powlowski: Les gens prescrivent-ils de la cocaïne et du crack en Colombie-Britannique?

Mme Jennifer Saxe: On ne prescrit pas de cocaïne ou de crack. C'est un produit de rechange pharmaceutique qui est prescrit. Il y a des produits de la sorte, comme l'Adderall ou d'autres médicaments qui pourraient être prescrits.

M. Marcus Powlowski: Beaucoup de gens vont faire du crack ou de la cocaïne, cependant, et à moins de fournir un approvisionnement sûr... Si vous obtenez des drogues toxiques parce qu'elles sont coupées au fentanyl, vous n'allez pas régler le problème avec un approvisionnement sécuritaire, je suppose.

Mme Jennifer Saxe: Je pense que c'est là qu'il devient important... Nous parlons de médicaments de remplacement prescrits. C'est le fournisseur de soins de santé qui émet l'ordonnance et qui voit ce qui est dans l'intérêt du patient. Il travaille avec lui pour déterminer ce qui lui convient le mieux dans sa situation.

M. Marcus Powlowski: D'où vient la majorité du fentanyl sur le marché?

Mme Jennifer Saxe: Il y a des précurseurs du fentanyl qui entrent au Canada ou qui sont produits chez nous. Il y a aussi les importations.

Je vais céder la parole à Mme Lévesque pour de plus amples renseignements.

Mme Marie-Hélène Lévesque: Depuis que la Chine a inscrit le fentanyl comme drogue prête à consommer en 2019, l'Agence des services frontaliers a constaté une diminution spectaculaire du nombre de saisies de fentanyl fini. D'autre part, nous constatons une augmentation des saisies de précurseurs. Nous avons également constaté une augmentation des saisies dans les laboratoires — les super laboratoires. Il y a eu de grosses saisies de stupéfiants en Saskatchewan et en Colombie-Britannique au cours des derniers mois.

Nous recevons également des rapports d'autres pays. L'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis signalent l'arrivée de fentanyl prêt à consommer qui semble provenir du Canada. Cela indique qu'il pourrait y avoir une production de fentanyl fini au Canada.

• (1150)

M. Marcus Powlowski: D'accord, j'aimerais poursuivre sur ce sujet, mais...

Le président: Je pense que vous devriez vous rendre à l'aéroport, monsieur Powlowski. Merci.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

En 2016, lors des audiences du Comité, la docteure Bonnie Henry, administratrice de la santé provinciale de la Colombie-Britannique, avait affirmé que les programmes de désintoxication ne fonctionnaient pas pour les utilisateurs d'opioïdes, étant donné que la dépendance physiologique créée par les opioïdes nécessite une thérapie de substitution aux opioïdes, par exemple basée sur l'emploi du produit Suboxone. Au cours des témoignages, on avait aussi parlé du produit Vivitrol.

Tout cela a mené à la recommandation 21 figurant dans un rapport du Comité, qui a été adopté à l'unanimité, à ma connaissance.

Cette recommandation est ainsi rédigée:

Que le gouvernement du Canada améliore l'accès aux médicaments employés pour traiter la dépendance aux opioïdes, comme la Suboxone^{MD} et d'autres médicaments efficaces qui, eux, ne sont pas offerts actuellement au Canada, en particulier pour les personnes qui présentent un risque élevé de complication et de décès.

En Colombie-Britannique, avez-vous des données sur le nombre de thérapies de substitution, sur l'accès à ces thérapies de substitution et sur leur efficacité dans une optique de guérison à moyen terme?

Mme Jennifer Saxe: Je n'ai pas devant moi les données particulières pour la Colombie-Britannique. Il faudra faire une recherche.

M. Luc Thériault: Pourriez-vous les faire parvenir au Comité?

Mme Jennifer Saxe: En fait, les données que nous aurions sont déjà publiées sur un site Internet de la Colombie-Britannique. On y indique combien de personnes ont accès à des thérapies...

M. Luc Thériault: Avez-vous une idée des thérapies de substitution qui ont été mises en place?

Mme Jennifer Saxe: Il y a des thérapies par agonistes opioïdes. Il y a un tableau de bord qui est publié en Colombie-Britannique sur lequel on peut voir combien de personnes y ont accès chaque mois.

M. Luc Thériault: Avez-vous une idée du nombre de thérapies de substitution qui sont offertes dans toutes les régions du Canada,

puisque cela semble être une option de traitement importante pour aider les gens à cesser la consommation d'opioïdes?

Mme Jennifer Saxe: Nous avons pris plusieurs mesures pour améliorer l'accès aux traitements. Nous avons modifié la réglementation...

M. Luc Thériault: Vous ne savez rien sur les résultats, ni sur le nombre de thérapies de substitution qui sont offertes, ni sur leur efficacité ou leur inefficacité. Si elles sont efficaces, vous ne savez pas non plus ce qui les rend efficaces.

Est-ce exact?

Le président: Je vous demanderais de répondre brièvement, s'il vous plaît.

Mme Jennifer Saxe: Nous améliorons l'accès potentiel à ces traitements. C'est ensuite aux provinces et territoires d'agir. Je sais que la Colombie-Britannique a mis au point un tableau de bord qui montre l'accès aux traitements par mois. En Alberta, je suis assez certaine qu'ils ont aussi un tableau de bord indiquant le nombre de personnes qui ont accès aux traitements par agonistes opioïdes. Cependant, l'information n'est pas accessible dans toutes les provinces.

Le président: Merci, madame Saxe et monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous allons maintenant passer à M. Johns, s'il vous plaît, pour deux minutes et demie.

M. Gord Johns: Je vais revenir à la nécessité d'un état d'urgence nationale de santé publique.

Pendant la pandémie de COVID-19, nous avons toujours réussi à surmonter les obstacles liés aux sphères de compétence en collaboration avec les provinces, les municipalités, les territoires et les communautés autochtones, et ce en quelques heures. Nous n'y avons pas réussi dans le cas de la crise des drogues toxiques en raison de cette inaction.

Je tiens à parler des sphères de compétences, parce que la politique y tient une large place. Il y a eu un nombre record de décès en Colombie-Britannique sous un gouvernement néo-démocrate, en Alberta, en Ontario et en Saskatchewan sous des gouvernements conservateurs, et au Yukon sous un gouvernement libéral. Aux États-Unis, le nombre de surdoses a doublé dans 30 États au cours des deux dernières années, et la plupart des 10 premiers de ces États sont républicains. Cela n'a donc rien à voir avec l'opposition entre républicains et démocrates. Cela n'a rien à voir avec l'opposition entre le NPD, le Parti conservateur et le Parti libéral. C'est une question de société. C'est un échec social sur le plan idéologique. C'est ma conviction personnelle.

Mon collègue le député Hanley et moi-même sommes allés au Portugal cet été, à nos frais. Nous avons vu à quoi ressemblent des mesures répondant à un état d'urgence de santé publique. On y a livré de la méthadone à un nombre de personnes qui est passé de 250 à 35 000 en deux ans. On y a engagé l'armée pour créer des laboratoires, les multiplier et en offrir des services.

Est-ce que le gouvernement envisage des mesures du type état d'urgence? Nous n'avons encore rien vu de tel. Je tiens vraiment à vous encourager à travailler tous ensemble ici, parce que c'est... Au Portugal, la grande victoire a été que les responsables politiques ont retroussé leurs manches, ont laissé les experts diriger et les ont appuyés avec des ressources. C'est comme cela qu'ils ont réussi.

• (1155)

Mme Jennifer Saxe: À mon avis, ce sont précisément l'information et les conseils fournis par les experts qui ont éclairé notre stratégie renouvelée, laquelle vise à nous assurer de prendre des mesures urgentes et des mesures à plus long terme, et que c'est un ensemble intégré de mesures envisagées dans un esprit de compassion. Il faut envisager des mesures fondées sur des données probantes et les multiplier. Il faut également imaginer des approches novatrices et, ce faisant, nous assurer de travailler avec les IRSC, le CRISM et d'autres organismes pour évaluer les résultats, pour en tirer des leçons et mettre ces changements en œuvre et pour s'inspirer d'autres pays, comme nous le faisons.

M. Gord Johns: Madame Saxe, nous n'avons toujours pas d'échéancier ni de plan assorti des ressources nécessaires pour les appuyer. Voilà le problème. Sans cela, nous n'y arriverons jamais. C'est fragmentaire et cela ne fonctionne pas. Dans une crise, le gradualisme tue, tout comme la désinformation.

Mme Jennifer Saxe: C'est précisément la raison pour laquelle nous envisageons une action intégrée dans le cadre de cette stratégie renouvelée. Nous travaillons avec nos partenaires de l'Infrastructure pour trouver le moyen de mieux collaborer pour garantir des mesures de soutien au logement. Il n'y a pas que le soutien en matière de santé. Nous travaillons avec Services aux Autochtones Canada et nous veillons à intensifier nos mesures et à les intégrer. Je crois que des fonds ont été alloués dans le cadre du budget de 2023 pour la stratégie renouvelée. Ces ressources sont bien là.

Concernant les délais, nous avons lancé des appels de propositions pour le PUDS. Je vais maintenant céder la parole à Mme Hurley, qui vous parlera un peu des mesures de prévention...

Le président: Je suis désolé, madame Saxe, mais votre temps de parole est écoulé depuis longtemps.

Je crois que c'est au tour de M. Majumdar. Vous avez cinq minutes, monsieur.

M. Shuvaloy Majumdar (Calgary Heritage, PCC): Merci. Je vous suis reconnaissant.

Merci de votre présence ici.

J'aimerais revenir sur certaines des questions que mes collègues ont posées tout à l'heure. J'irai droit au but.

Combien de minutes est-ce que j'ai?

Le président: Vous avez cinq minutes.

M. Shuvaloy Majumdar: Excellent.

Vous avez reçu des lettres en septembre. Vous avez reçu des lettres de cliniciens de premier plan en octobre. Pourquoi ne les rencontrez-vous pas?

Mme Jennifer Saxe: Nous rencontrons toutes sortes d'experts...

M. Shuvaloy Majumdar: À l'exception des personnes qui communiquent de façon proactive avec vous au sujet de la lutte contre la dépendance aux opioïdes.

Mme Jennifer Saxe: Nous souhaitons rencontrer toutes sortes d'experts aux points de vue différents, pour les comprendre et pour nous assurer de fonder nos mesures à venir sur des données factuelles et sur des données probantes et pour avoir une meilleure idée des moyens d'avancer.

M. Shuvaloy Majumdar: Je vous remercie de la réponse, mais vous ne dites toujours pas pourquoi vous avez décidé de ne pas rencontrer ces personnes.

Mme Jennifer Saxe: Nous sommes heureux de rencontrer toutes sortes de personnes et d'experts aux points de vue différents.

M. Shuvaloy Majumdar: Peut-être que oui, mais est-ce que ce sont ceux avec lesquels vous êtes d'accord et qui confortent votre thèse ou ceux qui ont une perspective critique constructive susceptible de donner lieu à des mesures effectives?

Mme Jennifer Saxe: Il est important pour nous de tenir compte de tous les points de vue.

M. Shuvaloy Majumdar: À l'exception de ces gens qui ont communiqué avec vous à plusieurs reprises et que vous n'avez pas pris le temps de rencontrer.

Mme Jennifer Saxe: Nous avons rencontré et continuerons de rencontrer des gens qui ont des points de vue différents...

M. Shuvaloy Majumdar: Vous ne les avez pas rencontrés. Ils n'ont même pas eu de nouvelles de votre bureau.

Je ne veux pas m'en prendre à vous en particulier. Le ministre lui-même, à qui la lettre a été adressée, n'a pas donné suite ou n'a pas répondu. Je suis frustré, mais je dois poser la question. Comme professionnelle, seriez-vous d'accord avec ces cliniciens de premier plan pour dire qu'un tout nouveau groupe de gens sont en train de devenir dépendants à cause de cette politique inefficace d'approvisionnement non sécuritaire? Êtes-vous d'accord pour dire que c'est possible?

Mme Jennifer Saxe: Nous entendons toutes sortes de préoccupations et de problèmes. C'est l'une des préoccupations dont on nous parle. C'est pourquoi nous prenons un certain nombre de mesures, dont l'examen et le réexamen des protocoles de différents programmes en matière de prévention du détournement des substances et d'atténuation des risques. C'est pourquoi nous consultons toutes sortes d'experts aux points de vue différents, afin de mieux comprendre l'information et les données probantes pour étayer les mesures à venir, et c'est pourquoi nous faisons des évaluations.

M. Shuvaloy Majumdar: Vous avez déjà donné la même réponse à beaucoup de mes collègues.

J'aimerais revenir sur le point de vue de M. Hanley au sujet de la nécessité d'obtenir simplement des données factuelles. Seriez-vous d'accord pour dire qu'il est possible que cette politique crée une toute nouvelle catégorie de toxicomanes?

Mme Jennifer Saxe: Vous me posez une question hypothétique. Ce que je dis, c'est que nous examinons...

M. Shuvaloy Majumdar: Ce n'est pas une question hypothétique. Il s'agit de savoir si cela s'inscrit dans l'ensemble des données factuelles et des données probantes dont vous tenez compte ou si ces éléments ne sont pas considérés comme des données probantes.

Mme Jennifer Saxe: Nous prenons au sérieux les préoccupations dont on nous fait part, et c'est pourquoi nous prenons les mesures dont j'ai parlé.

M. Shuvaloy Majumdar: Permettez-moi de poser la question suivante. Combien de Canadiens sont morts d'une surdose d'opioïdes depuis que Santé Canada a commencé à financer des sites d'approvisionnement non sécuritaire en 2020? C'est une question simple. C'est une politique qui remonte à 2020. Combien de personnes sont-elles mortes à cause de cette politique?

• (1200)

Mme Jennifer Saxe: Nous avons de l'information sur les décès liés à la toxicité des opioïdes partout au Canada. Comme nous le savons, le gouvernement fédéral, les provinces, les territoires et les groupes communautaires prennent diverses mesures pour réduire les...

M. Shuvaloy Majumdar: Je peux vous donner ce nombre, qui devrait être gravé sur le bureau de tous ceux qui travaillent à ce dossier, du cabinet du ministre aux analystes. Ce sont 23 823 Canadiens qui sont morts à cause d'une politique dont l'efficacité n'a même pas été prouvée, de façon expérimentale ni autrement. Elle a été dangereusement imposée aux Canadiens pour des raisons idéologiques, et nous avons maintenant une crise nationale dont le gouvernement, comme l'a dit mon collègue du NPD, refuse même d'admettre qu'il s'agit effectivement d'une crise nationale.

Mme Jennifer Saxe: Nous avons pris toutes sortes de mesures, notamment des mesures de prévention, de réduction des préjudices, de traitement, et d'application de la loi. Diverses mesures ont été prises au cours de cette période en collaboration avec d'autres. Nous voyons tous que la crise continue et qu'il faut absolument prendre des mesures. C'est pourquoi nous cherchons des moyens d'intensifier nos efforts là où il y a des preuves solides, des pratiques prometteuses et des mesures communautaires prometteuses, et nous tentons aussi des mesures novatrices.

M. Shuvaloy Majumdar: Permettez-moi de poser une question sur ce que M. Hanley a dit tout à l'heure.

Je n'essaie pas de vous coincer ou de vous prendre en défaut.

Professionnellement parlant, pensez-vous que c'est efficace?

Mme Jennifer Saxe: Professionnellement parlant, j'estime que des mesures fondées sur des données probantes ont été prises. Nous savons que les centres de consommation supervisée ont permis de sauver des vies. Nous savons que la naloxone a sauvé des vies. Nous connaissons les données obtenues grâce à la vérification des drogues. Nous savons que le traitement par agonistes opioïdes est utilisé dans le monde entier...

M. Shuvaloy Majumdar: Il me semble que c'est...

Mme Jennifer Saxe: ... comme première ligne d'intervention. Nous savons qu'il y a des mesures de prévention qui... Il y a toute une série de mesures dont nous savons qu'elles sont efficaces.

M. Shuvaloy Majumdar: Il me semble...

Mme Jennifer Saxe: Il y a aussi des mesures novatrices sur lesquelles nous devons recueillir des données probantes...

M. Shuvaloy Majumdar: Excusez-moi. Je crois que la convention du Comité veut que nous prenions le même temps.

Le président: Vos cinq minutes sont écoulées.

M. Shuvaloy Majumdar: Eh bien, merci. Je vous suis reconnaissant. Merci de votre temps.

Le président: Madame Sidhu, vous avez cinq minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins de leur présence parmi nous.

Ma question s'adresse à M. Weiss ou à Mme Hurley.

Concernant l'approvisionnement en drogues toxiques qui empoisonnent littéralement les gens à mort, pourriez-vous nous expliquer pourquoi il est si important d'appuyer les mesures de réduction des

préjudices pour mettre fin au nombre toujours croissant de décès causés par la crise de l'approvisionnement en opioïdes et en drogues toxiques?

Monsieur Weiss, vous pouvez commencer.

M. Samuel Weiss (directeur scientifique, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, Instituts de recherche en santé du Canada): Il est important de reconnaître que la réduction des préjudices fait partie d'une série de méthodes scientifiquement considérées comme essentielles pour s'attaquer à la crise des drogues toxiques. Vous avez entendu parler ce matin d'un certain nombre de méthodes en matière de réduction des préjudices, dont les pratiques d'ordonnance et l'approvisionnement sécuritaire.

Cependant, les données probantes nous donnent également l'impression très nette que la réduction des préjudices sans services de traitement est moins efficace et que les services de traitement sans réduction des préjudices le sont moins également. Si on veut vraiment faire des progrès dans la lutte contre la crise actuelle, il faut investir dans toute la gamme des services, de la prévention à la réduction des préjudices, en passant par le traitement et le rétablissement. C'est peut-être la raison pour laquelle la communauté scientifique — à partir de 2010-2015, quand on est passé d'une crise de surdoses d'opioïdes à la crise des drogues toxiques contenant du fentanyl — n'a cessé de rappeler que les collectivités ont besoin de plus de ressources pour traiter la crise des drogues toxiques.

Mme Sonia Sidhu: Merci, monsieur Weiss.

Madame Saxe ou madame Hurley, pourriez-vous nous expliquer les différents risques associés au fait de contraindre quelqu'un qui n'est pas prêt à se faire traiter?

Mme Jennifer Saxe: Je me ferai un plaisir de vous répondre.

La demande de traitement pour toxicomanie est un choix personnel. Le traitement non volontaire peut exacerber la stigmatisation et constituer un obstacle à l'accès à des services vitaux et à des soins vitaux.

Ce que nous favorisons plutôt est la mise en place de mesures de soutien fondées sur des données probantes, axées sur la personne et axées sur les traumatismes, y compris des traitements, au moment et à l'endroit où les gens en ont besoin. À l'heure actuelle, ce n'est pas disponible partout au Canada, mais c'est effectivement ce dans quoi nous cherchons à investir, et c'est ce que nous faisons entre autres dans le cadre de nos programmes communautaires avec le PUDS et d'autres.

• (1205)

Mme Sonia Sidhu: On a dit récemment que la naloxone est un outil essentiel pour réduire les préjudices causés par cette crise. Nous avons également appris que la crise des surdoses d'opioïdes touche principalement des hommes âgés de 20 à 59 ans.

Quel genre de campagne de sensibilisation peut-on faire pour aider ce groupe démographique?

Mme Jennifer Saxe: Excellente question.

Pour les gens de métiers, nous avons investi précisément dans une campagne intitulée « Allégeons le fardeau ». Cela permet d'élargir la sensibilisation aux préjudices associés à la consommation d'opioïdes et d'autres substances, ainsi qu'à la stigmatisation, surtout parmi les hommes exerçant des métiers exigeants sur le plan physique, associée à l'accès et à la capacité de parler de leurs préoccupations. Entre septembre 2022 et mars 2023, le site de la campagne a enregistré plus de 142,7 millions de visites. Nous savons que nous pouvons sensibiliser les gens et réduire la stigmatisation.

Nous envisageons également des mesures de prévention visant les jeunes, les adolescents et les jeunes adultes dans les festivals.

Je vais céder la parole à Mme Hurley pour qu'elle vous parle davantage de nos mesures de prévention.

Mme Shannon Hurley (directrice générale associée, Centre de la santé mentale et du bien-être, Agence de la santé publique du Canada): Oui, j'ajoute que l'Agence de la santé publique du Canada fait porter ses efforts de sensibilisation sur des segments de population précis. Nous savons qu'il est important d'adresser aux gens des messages qui les interpellent. Nous avons, par exemple, élaboré des messages destinés aux jeunes au sujet de différentes substances.

Je sais que nous sommes ici aujourd'hui pour parler des opioïdes, mais nous parlons aux jeunes des substances qu'ils consomment plus généralement au Canada, comme l'alcool et le cannabis. Nous avons d'autres messages à l'intention des personnes âgées et des femmes enceintes, simplement parce qu'il est important d'adresser aux gens des messages adaptés à leur situation.

Mme Sonia Sidhu: Pourriez-vous...

Mme Jennifer Saxe: [*Inaudible*] est essentiel. Quand nous avons élaboré notre campagne « Allégeons le fardeau », il était absolument essentiel de travailler avec des gens qui en ont fait ou en font l'expérience pour que cela les interpelle.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Le Canadien...

Le président: Je suis désolé, madame Sidhu, votre temps de parole est écoulé.

Monsieur Ellis, vous avez cinq minutes.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup, monsieur le président.

J'ai une question pour Mme Saxe.

Quand Purdue Pharma a propulsé la distribution de l'Oxycontin, en commençant par les États-Unis, on a généralement estimé que c'était néfaste pour la société. N'est-ce pas?

Mme Jennifer Saxe: À l'époque, au début de la crise des opioïdes, on s'inquiétait de la prescription d'opioïdes et de ses répercussions...

M. Stephen Ellis: Je suis désolé, madame Saxe. Je vais devoir vous interrompre.

N'est-il pas vrai que la famille Sackler, de Purdue Pharma, a été poursuivie par le gouvernement américain pour des milliards de dollars?

Mme Jennifer Saxe: C'est exact.

M. Stephen Ellis: Merci.

Cela veut dire que c'était donc probablement néfaste.

Veuillez simplement répondre par oui ou par non.

Mme Jennifer Saxe: On était très inquiet, et le gouvernement canadien s'en est ouvert, effectivement. On était inquiet.

M. Stephen Ellis: D'accord, merci.

Dites-moi ceci dans ce cas. Pourquoi donc serait-ce une bonne chose que le gouvernement canadien offre maintenant aux gens 30 comprimés de 8 milligrammes d'hydromorphone gratuitement?

Mme Jennifer Saxe: Le gouvernement canadien investit dans certains programmes qui comprennent des produits pharmaceutiques de remplacement, prescrits dans le cadre d'une série de mesures.

M. Stephen Ellis: Je sais ce qu'il fait. J'essaie simplement de vous faire comprendre le parallèle. On sait très bien que, quand Purdue Pharma l'a fait pour de l'argent, cela a entraîné un état d'urgence de santé publique. Mais, quand le gouvernement donne ces médicaments gratuitement, on pense que tout va bien.

Mme Jennifer Saxe: Le gouvernement canadien envisage de fournir un éventail de services, comme je l'ai dit. Ces programmes font souvent partie d'une série de services qui permettent aux gens d'avoir accès à des soins de santé primaires, à des soins de santé mentale, à un logement et à de la formation professionnelle. Il crée un lien avec les services de santé et les services sociaux.

M. Stephen Ellis: Madame Saxe, tout cela est parfaitement sensé. Donner ces médicaments gratuitement ne l'est pas.

L'autre question que j'aimerais vous poser est la suivante: sur le site Canada.ca, on peut lire ceci: « Quelques grains peuvent suffire à vous tuer. » Est-ce vrai?

Mme Jennifer Saxe: Cela pourrait être vrai, effectivement, selon que...

● (1210)

M. Stephen Ellis: C'est sur le site Web de Santé Canada. Cela doit être vrai.

Mme Jennifer Saxe: Effectivement.

M. Stephen Ellis: C'est là ou non?

Mme Jennifer Saxe: Le fentanyl pourrait, en certaines quantités et selon...

M. Stephen Ellis: Quelques grains pourraient vous tuer. Je vais vous harceler à ce sujet, parce que c'est écrit directement sur votre site Web.

Mme Jennifer Saxe: Oui.

M. Stephen Ellis: Merci.

Wow. Cela a pris du temps.

Dites-moi ceci dans ce cas: quel sens y a-t-il à décriminaliser 2,5 grammes de fentanyl? Si quelques grains peuvent vous tuer, quel sens cela a-t-il?

Mme Jennifer Saxe: Je voudrais ajouter tout d'abord que, dans l'exemption pour la Colombie-Britannique, il est clair que le trafic de drogues... Il s'agit de fentanyl pur, et le trafic de drogue reste illégal même si la quantité est inférieure à 2,5 grammes. Quand on parle de l'exemption pour la Colombie-Britannique, on parle de possession personnelle, d'usage personnel d'un total de 2,5 grammes, ce qui comprend d'autres substances susceptibles d'être coupées avec la substance consommée.

M. Stephen Ellis: Merci.

Je comprends bien, mais parlons un peu de chiffres.

D'après certaines données américaines — j'ai utilisé d'autres données auparavant —, une dose aussi faible que 0,25 milligramme peut être létale. Cela veut dire que 2,5 grammes suffisent pour tuer 10 000 personnes. Comme c'est généralement coupé avec quelque chose d'autre, réduisons le chiffre de moitié. On parle de 5 000 personnes. Coupons encore, et on arrive à 2 500 personnes. Coupons encore, et on arrive à 1 250 personnes. Et une seule personne serait autorisée à posséder... Est-ce bien raisonnable?

C'est une question simple. Est-ce bien raisonnable, oui ou non?

Mme Jennifer Saxe: Le seuil utilisé en Colombie-Britannique a été fixé en fonction d'une série de facteurs, dont les habitudes d'utilisation. À partir des données disponibles, dont celles d'organismes d'application de la loi, on a tenu compte d'une série de facteurs pour fixer un seuil. Il s'agit d'une quantité cumulative de 2,5 grammes. Comme je l'ai dit, le trafic de drogue, même à moins de 2,5 grammes, reste illégal.

M. Stephen Ellis: Merci. Mais je ne parle pas de trafic.

J'ai une dernière question.

Nous avons parlé à des experts médicaux de la toxicomanie qui ont demandé à rencontrer la ministre Saks. Selon eux, ce n'est pas de la réduction des préjudices. C'est du tort. Ce n'est pas de l'approvisionnement sécuritaire. C'est une offre irresponsable. C'est irresponsable pour les gens qui souffrent de toxicomanie. C'est du mépris pour nos collectivités, c'est un échec total de la surveillance et de la supervision et c'est une abdication de responsabilité.

La ministre acceptera-t-elle de rencontrer les médecins qui ont écrit cette lettre?

Mme Jennifer Saxe: Je ne peux pas parler au nom de la ministre. Mais je peux dire que nous sommes...

M. Stephen Ellis: Votre ministère les rencontrera-t-il?

Mme Jennifer Saxe: Nous sommes disposés à rencontrer toutes sortes d'experts aux points de vue différents.

Le président: Votre temps de parole est écoulé, monsieur Ellis.

Vous pouvez répondre à la question. Prenez 20 secondes au besoin.

Mme Jennifer Saxe: Le ministère est disposé à rencontrer toutes sortes d'experts aux points de vue différents pour mieux comprendre les préoccupations, les risques et les avantages liés aux mesures actuelles.

Le président: Merci.

Monsieur Fisher, vous avez cinq minutes.

M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à vous tous de votre présence parmi nous.

J'aimerais que M. Weiss nous donne un peu de contexte sur les premières réactions à un approvisionnement plus sécuritaire.

M. Samuel Weiss: Je suis désolé. Quand vous parlez de « premières réactions à un approvisionnement plus sécuritaire »... Je ne suis pas sûr de comprendre la question.

M. Darren Fisher: Quels sont les premiers résultats ou les premières données que vous pourriez avoir sur le programme d'approvisionnement plus sécuritaire?

Il me semble qu'il serait utile de comprendre et d'éclairer par des données les décès tragiques liés aux opioïdes et au fentanyl, puisqu'ils pourraient ou non être liés à un approvisionnement plus sécuritaire.

M. Samuel Weiss: Nous avons financé une étude indépendante, par l'entremise de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, sur les programmes d'approvisionnement sécuritaire dans 11 sites du pays.

Les premiers résultats indiquent que, pour les clients très marginalisés — ceux qui ont un accès limité aux services de santé —, un approvisionnement sécuritaire est utile et efficace pour réduire les besoins irrépressibles, le temps passé dans la rue et les décès. On a cependant constaté que cela fonctionne mieux quand des services intégrés sont également offerts. L'élément essentiel est que, avec des services complets, on s'attend à ce que les clients s'adressent aux autres services paramédicaux et sociaux. C'est là que l'approvisionnement sécuritaire est le plus efficace.

J'ajoute que, bien sûr, l'approvisionnement sécuritaire fait partie des pratiques d'ordonnance en général, qui ont commencé dans les années 1990 et qui ont mené à la situation d'aujourd'hui. Le terme « déjudiciarisation » n'est pas nouveau non plus. Il existe depuis les années 1990 en raison des pratiques d'ordonnance.

Quand on a réduit les pratiques d'ordonnance, le nombre de gens en quête de drogue dans la rue a augmenté. La deuxième vague de la crise des opioïdes coïncide avec le moment où les gens n'ont plus obtenu d'opioïdes sur ordonnance. Ils sont donc allés en chercher dans la rue et ont commencé à faire des surdoses d'héroïne. L'héroïne, qui est la drogue de la deuxième vague de la crise des drogues toxiques, a été remplacée vers 2010-2013 quand le fentanyl est apparu sur le marché pour la première fois. Il a pris la relève de l'héroïne et est devenu la drogue privilégiée, dont de très petites quantités entraînent des décès par surdose.

Il est important de rappeler que, quand on parle d'approvisionnement sécuritaire, on parle d'un élément d'une série de pratiques d'ordonnance — bonnes et mauvaises — qui ont contribué à déclencher cette crise. Quoi qu'il en soit, il faudrait les considérer sur le plan scientifique dans le cadre des solutions d'avenir, parce que la prescription d'opioïdes est l'un des rares moyens dont nous disposons à l'heure actuelle pour traiter la douleur chronique et la douleur liée au cancer.

• (1215)

M. Darren Fisher: Pour résumer, les experts estiment que, pour donner des résultats fructueux, cela doit se faire dans le cadre d'une série de mesures différentes.

M. Samuel Weiss: Effectivement. Cela doit s'inscrire dans le cadre de mesures différentes, mais surtout de services paramédicaux et de services sociaux tenant compte des déterminants sociaux de la santé et des besoins des personnes, pour qu'on puisse s'attaquer aux autres raisons qui les poussent à s'approvisionner en opioïdes pour réduire à la fois les traumatismes et la douleur.

M. Darren Fisher: Merci.

Est-ce qu'il me reste du temps, monsieur le président?

Le président: Il vous reste une minute.

M. Darren Fisher: J'aimerais poser une question à la représentante de SAC.

Mme Saxe a parlé de l'impact disproportionné sur les Autochtones. Pourriez-vous nous parler un peu des mesures de soutien adaptées à la culture et aux traumatismes?

Mme Jennifer Novak (directrice générale, Santé mentale, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère des Services aux Autochtones): Oui, certainement.

Il est clair que les Autochtones du pays sont touchés de façon disproportionnée par cette crise. En Colombie-Britannique et en Alberta, le taux d'incidence est de cinq à sept fois plus élevé que celui des non-Autochtones.

À Services aux Autochtones Canada, nous essayons vraiment de mettre les gens en contact avec les services et les produits de réduction des préjudices. Cela comprend la naloxone, mais plus précisément les agonistes opioïdes, dont on a parlé aujourd'hui. Nous avons essayé de donner accès à des sites complets. En gros, 82 centres au pays offrent un traitement par agonistes opioïdes dans plus de 100 communautés.

Nous essayons également de former des équipes de santé mentale. Jennifer Saxe a parlé de ce continuum de services. Les équipes de santé mentale sont là. Il y en a 75 qui desservent 385 communautés partout au pays.

Nous essayons de faire en sorte que les gens passent d'abord par la gestion du sevrage, pour qu'ils soient stabilisés, pour ensuite les faire passer au traitement par agonistes opioïdes. Il y a aussi la formation sur le terrain, les centres de guérison, les liens avec la culture et, en fait, tout ce qui vient après. Une fois le traitement terminé, que peut-on faire pour aider les gens sur un plan plus longitudinal?

Nous cherchons des moyens novateurs. Un projet pilote intéressant est actuellement en cours en Ontario. La plupart des populations autochtones se trouvent dans des régions rurales et éloignées, et nous essayons donc de leur offrir de nouveaux soutiens virtuels. Le casque Oculus en est un, qui permet d'avoir accès à des services complets.

Le président: Merci, madame Novak. Nous avons largement dépassé le temps alloué.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Luc Thériault: Monsieur Weiss, si je décode bien vos réponses précédentes, d'un point de vue scientifique, la réduction des méfaits doit rester le pilier central de la Stratégie.

Est-ce exact?

[Traduction]

M. Samuel Weiss: La réduction des préjudices est l'un des piliers de la solution. Ce n'est pas plus important que le traitement, mais c'en est un.

[Français]

M. Luc Thériault: En fait, si nous avons seulement suivi la voie de la répression, il y aurait probablement plus de décès.

N'est-ce pas?

• (1220)

[Traduction]

M. Samuel Weiss: Parlez-vous des opiacés prescrits ou de l'approvisionnement dans la rue? Je suis désolé. Je n'ai pas compris.

[Français]

M. Luc Thériault: Si on n'avait pas adopté l'approche préconisant la réduction des méfaits, sur le plan scientifique, on peut affirmer qu'il y aurait plus de décès.

Êtes-vous d'accord sur cela?

[Traduction]

M. Samuel Weiss: Absolument.

[Français]

M. Luc Thériault: D'accord.

Que devrait-on faire de mieux? Qu'est-ce qui devrait être amélioré?

[Traduction]

M. Samuel Weiss: Je vous dirais ce que nous disent les experts depuis de nombreuses années. Il faut coordonner les soins au sein des collectivités. Les collectivités doivent jouer un rôle essentiel à cet égard, car c'est là que tout se joue. La situation est différente d'une collectivité à l'autre. Dans l'Ouest canadien, il y a les opioïdes. Dans l'Est du Canada, les amphétamines sont un problème beaucoup plus important. Le point commun, c'est qu'ils sont tous contaminés par le fentanyl. Une grande partie de cette contamination par le fentanyl provient du crime organisé. En fait, cette contamination est générale au pays.

Cela dit, il faut coordonner les soins. Il faut surmonter le fait que très peu de ressources sont attribuées au traitement et à la réduction des préjudices. Il faut également s'attaquer aux déterminants sociaux et aux maux sociétaux qui poussent les gens à la toxicomanie.

Ce qui est d'une importance cruciale, c'est que la stigmatisation de la consommation de drogues illicites reste généralisée, y compris au sein du système de santé et du gouvernement lui-même. Tant que nous ne l'aurons pas déstigmatisée, nous aurons un défi de taille à relever.

Le président: Merci, monsieur Weiss.

Monsieur Johns, vous avez deux minutes et demie.

M. Gord Johns: De 2016 à 2021, le nombre de décès attribuables à la toxicité des opioïdes a doublé au Canada. Estimez-vous que c'est un échec?

Mme Jennifer Saxe: J'estime que c'est une crise de santé publique.

M. Gord Johns: Je vois.

Aux États-Unis, ce nombre a augmenté de 279 % — donc plus que doublé — et il n'y avait pas d'approvisionnement sécuritaire. De nombreux États n'avaient pas de centres de consommation supervisée.

Estimez-vous que c'est un échec?

Mme Jennifer Saxe: Je pense que ces moyens de réduction des préjudices sauvent des vies, absolument.

M. Gord Johns: On ne voit guère de différence. Pour ce qui est du nombre de décès et des politiques mises en place, la stratégie nord-américaine a vraiment échoué. Prenons l'exemple du Portugal, qui comptait 100 000 toxicomanes chroniques au plus fort de la crise. Aujourd'hui, il n'y en a plus que 22 000. Plus de 70 % de la transmission du VIH est attribuable à la consommation de drogues injectables, et ce pourcentage est maintenant inférieur à 2 %.

Estimez-vous que c'est une réussite?

Mme Jennifer Saxe: À mon avis, l'approche globale adoptée par le Portugal est effectivement une réussite, et cela oriente en effet notre perspective.

M. Gord Johns: Prenons l'exemple des centres de consommation supervisée. Depuis l'ouverture d'Insite, il y a 20 ans, combien de personnes sont mortes dans ce genre de centre?

Mme Jennifer Saxe: Nous avons des données sur les sites de consommation supervisée autorisés par le gouvernement fédéral. Nous accordons également des exemptions pour que les provinces et les territoires puissent ouvrir leurs propres centres d'urgence de santé publique, souvent appelés centres de prévention des surdoses.

À ma connaissance, il y a eu un décès dans un centre de prévention des surdoses de la Colombie-Britannique, mais, à part cela, je ne suis au courant d'aucun décès dans un centre de consommation supervisée autorisé par le gouvernement fédéral ou dans un autre centre de prévention des surdoses.

M. Gord Johns: Il serait probablement difficile de savoir combien de vies ont été sauvées, mais nous savons que ce sont des dizaines de milliers.

Lethbridge a fermé son centre de consommation supervisée en 2020. Il y a eu 77 décès l'an dernier, pour toute l'année. Déjà, au 31 août de cette année, on en dénombrait 94.

Pensez-vous que la fermeture du centre de consommation supervisée contribue au nombre de décès enregistrés à Lethbridge, en Alberta?

Mme Jennifer Saxe: Je peux dire que les centres de consommation supervisée sauvent effectivement des vies, et nous avons des données à ce sujet.

M. Gord Johns: Diriez-vous que c'est une politique qui a échoué?

Mme Jennifer Saxe: On sait que, quand on offre une série de services, dont des mesures de réduction des préjudices comme les centres de consommation supervisée, on sauve des vies.

M. Gord Johns: Les chiffres me semblent parler d'eux-mêmes: 94 personnes sont mortes. En août, le nombre de décès avait déjà dépassé celui de l'an dernier.

Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

Le président: Aucun, mais vous avez le temps de répondre, madame Saxe.

Mme Jennifer Saxe: Je pense avoir déjà répondu. Il est vraiment important d'offrir cet ensemble de mesures, dont des mesures de réduction des préjudices, pour sauver des vies. Les sites de consommation supervisée sont l'une des nombreuses mesures de réduction des préjudices fondées sur des données probantes qui le permettent.

Le président: Merci, madame Saxe.

Monsieur Doherty, vous avez cinq minutes.

M. Todd Doherty: Merci, monsieur le président.

Sur le nombre de décès par surdose dont nous avons connaissance, savons-nous, grâce aux autopsies, combien de ces consommateurs de drogues ont eu un résultat positif au test de dépistage du fentanyl? Quel est le pourcentage?

• (1225)

Mme Jennifer Saxe: Je crois avoir dit tout à l'heure — mais cela varie d'une année à l'autre — que plus de 80 % des cas sont liés au fentanyl.

M. Todd Doherty: À ma connaissance, c'est probablement 90 %.

Il y a eu 38 000 décès depuis 2016. Pourrait-on dire que ce nombre est probablement beaucoup plus élevé, compte tenu de la stigmatisation associée à la consommation de drogues et à la toxicomanie? Il faut aussi compter l'itinérance et tout le reste dans la population, de sorte que ces chiffres... Combien de ces décès ne sont pas signalés?

Mme Jennifer Saxe: Je dirais que ce sont les meilleures données que nous ayons.

Nos collègues de l'Agence de la santé publique du Canada collaborent avec les services de médecine légale des provinces et des territoires pour recueillir ces données.

M. Todd Doherty: Je sais que c'est hypothétique, mais on peut estimer que ce nombre est probablement beaucoup plus élevé.

Vous connaissez tous le travail que je fais en santé mentale. On sait que le taux de suicide est probablement plus élevé en raison de la stigmatisation qui y est associée. Bon nombre de ces décès ne sont pas signalés.

Pourrait-on dire la même chose de ces cas de surdose?

Mme Jennifer Saxe: Ce sont les meilleures données que nous ayons.

Il est possible qu'il y ait d'autres décès.

M. Todd Doherty: Ma question s'adresse à Mme Saxe ou aux autres témoins. J'aimerais une réponse brève ici également. Sur les milliards de dollars que nous dépensons — le gouvernement a récemment annoncé des dépenses de plus de 20 milliards de dollars dans le cadre du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances —, quel pourcentage est consacré à la collecte de données?

Mme Jennifer Saxe: Les données sont recueillies au moyen de divers...

M. Todd Doherty: Eu égard précisément au financement, quel pourcentage est consacré aux données?

Mme Jennifer Saxe: Dans le budget de 2023, on prévoit un investissement de plus de 50,8 millions de dollars sur cinq ans, à partir de 2023, dans l'Agence de la santé publique, ainsi que dans la collecte de données vitales.

M. Todd Doherty: Quel est le montant consacré au rétablissement?

Mme Jennifer Saxe: Le rétablissement fait partie d'une série de services et de mesures de soutien, et il y a des transferts aux provinces et aux territoires. Comme vous le savez, les services de santé sont en grande partie fournis par les provinces et les territoires...

M. Todd Doherty: Mais diriez-vous, comme moi, que le milliard de dollars dépensé jusqu'à maintenant pour lutter contre cette crise n'a rien donné? Si nous ne ciblons pas ces 20 milliards de dollars et si nous nous contentons de simplement dépenser plus d'argent, vous allez comparaître de nouveau devant le Comité dans un an, dans deux ans, dans trois ans, pour discuter des mêmes questions.

Mme Jennifer Saxe: Il y a des secteurs où... Les données factuelles et les données probantes sont absolument essentielles pour comprendre ce qui est efficace et ce qui fonctionne le mieux ou ne fonctionne pas, et je crois que M. Weiss a fourni des détails précis concernant certains des secteurs où nous recueillons ces données...

M. Todd Doherty: Quelles mesures l'Agence de la santé publique du Canada utilise-t-elle pour évaluer le succès de nos programmes?

Mme Jennifer Saxe: Il y a divers indicateurs. Peut-être que M. Weiss pourrait répondre, car nous avons un certain nombre d'évaluations en cours, et vous parler de certains indicateurs précis et des moyens par lesquels ils sont évalués.

M. Todd Doherty: Diriez-vous que c'est une réussite à ce stade?

Mme Jennifer Saxe: Il y a des secteurs où nous avons des données probantes...

M. Todd Doherty: Les chiffres doublent et empirent. Est-ce une réussite?

Mme Jennifer Saxe: Nous avons recueilli des données sur certaines interventions et nous constatons qu'il y a des preuves que des vies sont sauvées. Il y a d'autres secteurs où nous tirons des leçons de l'expérience et où nous adaptons nos mesures, mais collectivement...

M. Todd Doherty: Parmi les gens dont la vie a été sauvée après une surdose, sait-on si des personnes ont fait une autre surdose ou combien — j'essaie de trouver le mot qui convient — ont fait une re-surdose? Quel est le taux de récurrence? Je suppose que c'est le mot que je cherchais. Quand le Canada dit que nous avons sauvé la vie de plus de 75 000 ou 50 000 Canadiens, combien d'entre eux sont encore en vie aujourd'hui?

Mme Jennifer Saxe: Je n'ai pas de chiffre précis à vous donner.

Mais c'est exactement la raison pour laquelle nous envisageons un ensemble de services et de mesures de soutien, pour s'assurer que les gens ont accès à des traitements au moment et à l'endroit où ils en ont besoin — quand ils sont prêts, aux différents stades de leur parcours. On sait que certains vont suivre un traitement, puis faire une rechute. On sait que certains auront accès à des services qui leur sauveront la vie et qu'ils poursuivront leur traitement par la suite. Nous avons besoin d'une approche intégrée, d'une approche compatissante, et c'est exactement ce que fait la stratégie renouvelée du gouvernement pour garantir une gamme complète de services.

• (1230)

M. Todd Doherty: Je suis d'accord avec vous.

Mme Jennifer Saxe: Nous devons tous travailler ensemble pour y arriver.

Le président: Votre temps est écoulé, monsieur Doherty.

Merci, madame Saxe.

Monsieur Hanley, vous avez cinq minutes.

M. Brendan Hanley: Merci beaucoup.

Avant de poser mes questions, j'aimerais présenter un avis de motion. La motion vise à faire comparaître la ministre dans le cadre de cette étude. Elle se lit comme suit:

Que, dans le cadre de son étude sur l'épidémie d'opioïdes et la crise des drogues toxiques au Canada, le Comité invite la ministre de la Santé mentale et des Dépendances et la ministre associée de la Santé pour une durée d'une heure et que la réunion ait lieu au plus tard le lundi 19 février 2024.

Je présente cela comme un avis de motion.

J'aimerais préalablement faire quelques observations.

On nous parle beaucoup de l'approvisionnement sécuritaire et de l'hypothèse que cela ne fonctionnerait pas. Le détournement de l'approvisionnement sécuritaire est effectivement étayé par des données, du moins à titre anecdotique, par certains des experts qui ont écrit des lettres. On sait aussi que le détournement de médicaments d'ordonnance n'est pas un problème récent — cela dure depuis des années. Je voudrais simplement faire valoir que le détournement de l'approvisionnement sécuritaire ne signifie pas que l'approvisionnement sécuritaire n'ait pas de rôle important à jouer dans l'éventail des solutions. Quand il y a effectivement détournement, nous devons faire de notre mieux pour le prévenir.

Je tiens à rappeler que le médecin légiste de la Colombie-Britannique a déclaré ceci: « Nous savons pertinemment que les gens ne meurent pas (en raison de l'approvisionnement plus sécuritaire), y compris les enfants. Les taux de mortalité chez les moins de 19 ans n'ont pas augmenté du tout depuis l'introduction de l'approvisionnement plus sécuritaire. » Cela s'inscrit dans le contexte de la Colombie-Britannique, et c'est une citation de Lisa Lapointe.

Il me semble également important de parler de certaines idées fausses au sujet du fentanyl et de la question de la tolérance et des seuils. Les seuils de décriminalisation établis en Colombie-Britannique s'appuient sur les recommandations d'experts. Il y a eu beaucoup d'échanges, comme nous le savons, sur une période d'environ un an, pour s'entendre sur ces seuils. Ils sont vraiment fondés sur la notion de tolérance au fentanyl. Les toxicomanes deviennent très rapidement tolérants à des doses incroyablement élevées. C'est la raison pour laquelle on utilise des seuils pour déterminer la décriminalisation.

Au Portugal — M. Johns vous a dit que nous avons fait ensemble un voyage extraordinairement instructif —, la notion de possession personnelle dans le cadre de la décriminalisation est définie par un approvisionnement de 10 jours d'une drogue déterminée. Le seuil est calculé en fonction d'un approvisionnement de 10 jours.

Nous oublions, dans cette réflexion, que la criminalisation de la consommation de drogue non seulement ne fonctionne pas, mais cause en fait du tort, parce que le marché est inondé de drogues de plus en plus dangereuses et toxiques. La criminalisation ajoutée à la stigmatisation qui empêche les gens d'avoir accès aux soins.

J'aimerais demander à mes collègues conservateurs pourquoi on devrait continuer d'appliquer des politiques qui ne fonctionnent manifestement pas.

Combien de temps me reste-t-il?

Le président: Il vous reste une minute et demie.

M. Brendan Hanley: Dans le temps qu'il me reste, serait-il recevable, monsieur le président, que je propose la motion visant à faire comparaître la ministre?

Le président: L'objet de la motion est l'étude que nous faisons présentement, alors techniquement, un avis n'est pas nécessaire.

Il serait recevable que vous proposiez la motion.

● (1235)

M. Brendan Hanley: Je comprends. J'aimerais proposer la motion telle que lue précédemment.

Le président: La motion est recevable.

Le débat porte sur la motion visant à inviter la ministre avant le 19 février. Y a-t-il des commentaires?

D'abord M. Ellis, puis M. Doherty.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie mon collègue de la motion.

Je pense que le 19 février nous mène loin. Je vous dirais qu'un amendement favorable pourrait fixer la date limite autour du 15 janvier. Nous avons du temps à notre disposition et il s'agit d'une étude importante. Je pense que mes collègues en conviennent tous.

À mon avis, le fait de continuer à repousser cette importante étude en ne convoquant pas la ministre avant février cause un retard appréciable, sachant que des politiques qui ne fonctionnent pas — comme mes collègues l'ont clairement relevé — peuvent se poursuivre. Je trouve dangereux pour les Canadiens que la ministre puisse éviter de rencontrer des médecins qui ont des opinions très divergentes au sujet de l'approvisionnement sécuritaire. Évidemment, nous savons qu'aucun fonctionnaire à Santé Canada, pas même le ministre, n'a rencontré des médecins ayant un point de vue contraire. Nous savons aussi que le gouvernement n'a pas de données et qu'il n'a pas de plan non plus. Il n'en avait pas dès le début.

Je pense qu'en repoussant jusqu'au 19 février, nous continuons de mettre des vies en danger au Canada. Pour cette raison, je propose de modifier la motion et d'y inscrire la date au 15 janvier, monsieur le président.

Merci.

Le président: D'accord. Nous avons un amendement visant à remplacer la date du 19 février par celle du 15 janvier.

Le débat porte maintenant sur l'amendement.

Monsieur Doherty, vous avez la parole.

M. Todd Doherty: Je suis d'accord avec mon collègue pour dire que le plus tôt sera le mieux. J'allais faire le même commentaire au sujet de la motion de M. Hanley.

Je pense qu'il est important d'avoir des ministres ici, même si je crois qu'ils nous serviront le même charabia que nous avons déjà entendu. Ils ne connaissent pas leur dossier. Ils n'ont pas les données, alors je ne vois pas très bien quel avantage nous aurons à les faire venir ici, si ce n'est de leur demander des comptes. Nous sortirons probablement plus frustrés que nous ne l'étions à notre arrivée.

Monsieur le président, par votre entremise, je tiens à dire à mes collègues d'en face qu'il est trop long d'attendre jusqu'au 19 février. Je pense qu'il y a lieu d'en discuter. C'était peut-être la motion de M. Hanley, mais ce sont les conservateurs qui ont insisté pour que cette étude se fasse le plus tôt possible. Je demanderais au Comité d'envisager des dates au début de janvier, sinon des périodes supplémentaires au cours des deux prochaines semaines où nous pour-

rions rencontrer la ministre, afin de pouvoir mener à bien le travail que nous faisons et passer à d'autres projets.

Merci.

Le président: Allez-y, monsieur Fisher, après quoi nous irons à M. Johns.

M. Darren Fisher: Merci beaucoup.

Merci, monsieur Hanley, d'avoir présenté la motion.

Nous sommes tous d'accord, je pense, pour dire que nous aimerions certainement recevoir la ministre. Je suis sûr que la ministre voudra être présente. Nous ne siégeons pas en janvier. Nous ne siégeons que jusqu'au 15 décembre environ.

M. Ellis serait-il prêt à dire « pas plus tard que le 2 février »? Nous revenons ici le 29 janvier. Pourrions-nous dire « pas plus tard que le 2 février »? Ce pourrait être la première réunion à notre retour au début de la nouvelle année.

Le président: Monsieur Johns, allez-y.

M. Gord Johns: Cela me convient.

Si la première semaine ne convient pas à la ministre, nous pouvons toujours nous réunir avant la reprise des travaux de la Chambre, au besoin. Je pense que c'est raisonnable. Tout le monde fait la moitié du chemin.

Le président: Oui, monsieur Ellis.

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur le président.

Merci à mes collègues.

Chose certaine, il nous est déjà arrivé de nous réunir en dehors de l'horaire normal des séances. Je pense que tout le monde sait très bien — tous les Canadiens qui nous regardent et tout le monde ici présent — qu'il s'agit d'une question extrêmement importante pour les Canadiens. Le fait de rencontrer la ministre pendant une période où nous ne siégeons pas n'a rien de nouveau. Ce n'est pas inhabituel.

Dans un débat d'une extrême importance, je pense que cette demande est très raisonnable.

● (1240)

Le président: Monsieur Doherty, allez-y.

M. Todd Doherty: Je lance un défi à nos collègues autour de la table. Monsieur Johns, vous vous êtes levé à plusieurs reprises à la Chambre, tout comme moi, au cours des huit dernières années pour parler de la crise sanitaire nationale que nous vivons. Pourquoi ne pas traiter la situation actuelle comme une crise puisque c'en est une?

Rien ne nous empêche de revenir plus tôt à Ottawa ou de nous réunir à distance, selon les besoins. Je ne comprends pas cette réticence à essayer de nous réunir dès que nous le pouvons en janvier, si possible, avant notre retour ici.

Le président: Monsieur Fisher, allez-y.

M. Darren Fisher: Merci.

Je suis d'accord. Si on dit « pas plus tard que le 2 février », rien n'empêche la tenue d'une réunion supplémentaire quelque part en janvier. Cela ne me pose aucun problème, qu'on s'en tienne à « pas plus tard que le 2 février ». Nous allons travailler avec le président et le cabinet de la ministre pour organiser cela.

Le président: D'accord, je ne vois personne d'autre sur la liste des intervenants.

L'amendement proposé par M. Ellis visait à remplacer le 19 février par le 15 janvier. Il y a une discussion au sujet du 2 février, mais on ne peut pas modifier l'amendement. La chose à faire est de rejeter l'amendement, d'en proposer un nouveau et de l'adopter, si c'est ce que souhaite le Comité.

Il n'y a plus personne sur la liste des intervenants, alors nous sommes prêts à mettre aux voix l'amendement de M. Ellis.

M. Stephen Ellis: J'aimerais demander un vote par appel nominal, s'il vous plaît.

Le président: Il y a donc vote par appel nominal sur l'amendement concernant le changement de date. Le libellé de la motion demande que la ministre compare au plus tard le 19 février. Nous votons maintenant pour remplacer cette date par celle du 15 janvier.

(L'amendement est rejeté par 7 voix contre 4.)

Le président: L'amendement est rejeté, et le débat porte maintenant sur la motion principale non modifiée.

Monsieur Fisher, allez-y.

M. Darren Fisher: Merci, monsieur le président.

En accord avec M. Doherty, on pourrait peut-être dire « pas plus tard que le 2 février ». Encore une fois, cela ne nous empêche pas de tenir une réunion quelque part en janvier si le président peut la convoquer à la convenance du cabinet de la ministre.

Le président: L'amendement est recevable.

Le débat porte sur l'amendement.

S'il n'y a pas de débat, sommes-nous prêts à nous prononcer? Il s'agit de modifier la motion en remplaçant la date du 19 février par celle du 2 février.

(L'amendement est adopté.)

Le président: Nous avons l'unanimité.

Le débat porte maintenant sur la motion principale modifiée.

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

Le président: C'est unanime. La motion est adoptée.

Merci, monsieur Hanley. Votre temps est écoulé.

Nous passons aux conservateurs.

Monsieur Majumdar, vous avez la parole pendant les cinq prochaines minutes.

• (1245)

M. Shivaloy Majumdar: Merci.

Nous parlions tantôt de certains faits essentiels concernant cette politique d'approvisionnement sécuritaire. Une des choses qui m'intéressent, c'est que le détournement de l'hydromorphe vers le marché noir a eu d'énormes répercussions. À votre connaissance, quelle a pu être l'incidence sur les prix?

Mme Jennifer Saxe: Comme je le disais, un certain nombre de préoccupations ont été soulevées. Nous écoutons celles qui expriment des points de vue différents sur les médicaments prescrits comme solution de rechange. Nous examinons également les don-

nées et nous évaluons les programmes, comme le fait la Colombie-Britannique.

Bien sûr, nous cherchons à nous renseigner davantage pour mieux saisir l'ampleur du détournement, voir quelles mesures nous pouvons mettre en place pour atténuer les risques et savoir quelles sont certaines des pratiques exemplaires à cet égard. Pour ce qui est des mesures prises à Santé Canada, je peux vous dire que nous sommes en train d'examiner les protocoles d'atténuation des risques dans le but de mieux les cerner.

M. Shivaloy Majumdar: Pour creuser un peu dans la substance de ce que vous nous dites, quand vous allez examiner l'incidence sur les prix, quelle méthodologie allez-vous utiliser pour savoir comment l'hydromorphe fournie par le gouvernement a fait baisser les prix sur le marché noir?

Mme Jennifer Saxe: De mon point de vue, nous travaillons avec des experts en évaluation et des experts dans le domaine pour obtenir l'avis de tiers indépendants.

M. Weiss pourra certainement vous parler de ce qui se fait en ce qui concerne l'évaluation par des tiers de certains de nos programmes de médicaments prescrits comme solution de rechange.

M. Samuel Weiss: Si vous me permettez, dans l'évaluation de l'approvisionnement plus sécuritaire, les questions les plus importantes qui ont été posées portent sur les avantages qu'en retirent les gens qui le reçoivent. Le budget de cette recherche ne prévoyait pas de s'interroger précisément sur le détournement, qui relève davantage de la justice pénale que de la santé, quand il s'agit de déterminer si les gens qui reçoivent un approvisionnement sécuritaire ont de meilleurs bilans de santé, alors je ne peux pas vraiment me prononcer sur ce sujet.

M. Shivaloy Majumdar: Le Portugal a-t-il connu une crise du fentanyl?

Mme Jennifer Saxe: À ma connaissance, le Portugal ne connaît pas de crise de santé publique liée au fentanyl. L'approche qu'il a adoptée visait surtout à affronter une véritable crise de l'héroïne.

M. Shivaloy Majumdar: Est-ce que ses mesures de soutien étaient en place avant cela?

Mme Jennifer Saxe: Il a déployé une gamme complète de services et de mesures de soutien.

M. Shivaloy Majumdar: Est-ce que le Canada l'a fait?

Mme Jennifer Saxe: C'est exactement ce que vise la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances dans sa version renouvelée, comme dans la précédente également, mais pour l'instant, nous misons davantage sur une approche intégrée, holistique, qui tient compte de la prévention, de la réduction des méfaits, du traitement et du rétablissement.

M. Shivaloy Majumdar: Je comprends ce que vous dites, mais le Canada l'a-t-il fait à l'avance, ou est-ce qu'il l'a fait en réaction à une politique ratée?

Mme Jennifer Saxe: Je pense que nous cherchons à améliorer constamment notre intervention, et c'est exactement pourquoi le ministre a annoncé le renouvellement de la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances à la fin d'octobre, pour examiner...

M. Shuvaloy Majumdar: Je ne pense pas qu'il soit juste de dire... Dites-moi si, d'après votre avis professionnel, on compare ici des pommes avec des pommes.

Mme Jennifer Saxe: On compare quoi avec quoi?

M. Shuvaloy Majumdar: Je parle de ce qu'a vécu le Portugal et de son modèle comparé au modèle canadien.

Mme Jennifer Saxe: Les crises de surdoses varient d'un pays à l'autre dans le monde. Nous examinons aussi notre... Pour ce qui est de la crise particulière à laquelle nous faisons face au Canada, je dirais qu'elle se rapproche le plus de ce qui se passe aux États-Unis en matière de drogues toxiques, mais nous examinons aussi les pratiques exemplaires à l'échelle internationale pour éclairer notre approche.

M. Shuvaloy Majumdar: Avez-vous eu l'occasion de rencontrer des fonctionnaires portugais?

Mme Jennifer Saxe: Nous avons rencontré des fonctionnaires portugais, ainsi que d'autres qui ont déjà été... Personnellement, je ne suis pas allée au Portugal, mais j'ai rencontré d'autres collègues portugais à l'étranger, comme certains de mes collègues.

• (1250)

M. Shuvaloy Majumdar: Est-ce qu'ils sont aux prises avec une épidémie actuellement?

Mme Jennifer Saxe: Ils prennent différentes mesures. Je ne connais pas la toxicité des drogues auxquelles ils font face, mais ce n'est pas la même qui caractérise la crise en cours au Canada, où nous avons affaire au fentanyl et à la contamination par les benzodiazépines et d'autres substances. Aussi, je pense — comme on le disait plus tôt — qu'au Canada, c'est assez complexe. On ne parle pas de la même chose. On parle d'une crise de surdoses et des substances qui sont consommées en Colombie-Britannique par opposition aux Maritimes et aux Prairies.

M. Shuvaloy Majumdar: Est-ce qu'ils ont constaté une augmentation de la toxicomanie...?

Le président: Votre temps est écoulé, monsieur Majumdar.

Terminez votre réponse, madame Saxe, puis nous passerons à quelqu'un d'autre.

Mme Jennifer Saxe: Il y a des variations régionales en ce qui concerne la toxicité des drogues et les substances que les gens consomment, et c'est important pour déterminer comment nous allons réagir et quelles mesures nous allons prendre en santé publique. C'est aussi la raison pour laquelle nous devons envisager une approche collective et collaborer pour attaquer le problème par des interventions soigneusement ciblées.

Le président: Merci, madame Saxe.

Monsieur Powlowski, c'est à vous pour cinq minutes.

M. Marcus Powlowski: Monsieur Weiss, j'ai une question pour vous.

Vous avez donné une réponse intéressante à une question précédente. Vous avez dit qu'une foule de paramètres ont changé, d'après les premières données recueillies sur les personnes très marginalisées, notamment pour ce qui est de la réduction du taux de mortalité attribuable à une surdose. Toutefois, vous n'avez pas parlé des personnes qui ne sont pas particulièrement marginalisées.

Que donnent les statistiques dans le cas des personnes qui ne sont pas très marginalisées?

M. Samuel Weiss: Malheureusement, les chiffres sont dérisoires parce qu'il existe peu de programmes d'approvisionnement plus sécuritaire et que peu de gens en bénéficient. Dans la majorité des cas, il s'agit de personnes issues de communautés marginalisées.

L'autre problème, bien sûr, c'est que nous ne savons pas exactement combien il y a de consommateurs de substances ni de quels types de substances il s'agit. C'est ce que nous allons chercher à déterminer à la faveur de nouvelles recherches. Autrement dit, si nous voulons intervenir sous la forme de programmes d'un genre ou d'un autre, il nous faudra certes avoir une idée du nombre de bénéficiaires d'un traitement, mais aussi du nombre de consommateurs de substances. Ces aspects seront étudiés dans le cadre de recherches futures.

S'il est possible d'offrir toute la gamme de services à un plus grand nombre de bénéficiaires, nous aurons une meilleure idée du genre d'améliorations à attendre dans le cas des personnes dépendantes des opioïdes et d'autres substances illicites.

M. Marcus Powlowski: Même si les chiffres sont peu élevés... Vous avez dit que la plupart des bénéficiaires d'un approvisionnement plus sécuritaire sont marginalisés, mais vous n'avez pas dit que les non-marginalisés n'en bénéficient pas.

Avez-vous des données au sujet des non-marginalisés? Que constatez-vous, même si les nombres sont faibles?

M. Samuel Weiss: Encore une fois, d'après les données les plus récentes sur l'approvisionnement plus sécuritaire, il ressort que tous les bénéficiaires sont moins susceptibles de faire une surdose et de ressentir les méfaits des drogues de la rue.

M. Marcus Powlowski: Parlons de décriminalisation.

En 2020, la ville de Portland, dans l'Oregon, a adopté la mesure référendaire 110 visant à dépénaliser la possession de faibles quantités de drogues. Dans les deux années qui ont suivi — selon les chiffres du *Globe and Mail* —, le nombre de surdoses dans l'État a augmenté de 61 %, contre 13 % aux États-Unis.

Qu'est-ce que Portland fait de mal? En comparaison, le Portugal semble s'en sortir mieux.

Que pouvons-nous apprendre de Portland?

M. Samuel Weiss: Pour l'instant, je ne peux pas vraiment comparer Portland et le Portugal.

Cependant, et je pense qu'on en a déjà parlé, il est essentiel d'offrir des services communautaires complets aux consommateurs de substances pour parvenir à déstigmatiser la consommation de drogues. La décriminalisation s'inscrit dans le cadre d'un effort visant à déstigmatiser les consommateurs de substances et à les orienter vers le système de soins de santé.

Nous avons besoin d'un système de soins qui traite la toxicomanie en tant que problème de santé publique et qui permette aux gens d'avoir accès à des services qui soient conviviaux. Nous n'en sommes certainement pas encore là. L'accès aux services n'est pas adéquat. Sans cela, bon nombre des efforts déployés, qui peuvent être efficaces, le seront moins tant que les services connexes ne seront pas disponibles.

• (1255)

M. Marcus Powlowski: Je pose la même question à nos autres témoins.

C'est cela le problème de la formule en vigueur à Portland? Est-ce que le problème que pose notre système d'approvisionnement plus sécuritaire tient au fait que nous n'offrons pas de traitement adéquat aux toxicomanes?

Mme Jennifer Saxe: Je ne pense pas être bien placée pour commenter les statistiques de Portland. Il y a toute une série de questions et un contexte précis dont il faut tenir compte à cet égard.

Je pense que M. Weiss a vraiment bien saisi la réalité canadienne. Nous devons être en mesure d'offrir aux gens toute la gamme de services dont ils ont besoin quand ils en ont besoin. Ce sont des services qui sauvent des vies et qui sont offerts en liaison avec les services de santé et les services sociaux, soit des services intégrés. Ensemble, ces services touchent à la santé, au logement et à la sécurité alimentaire. Il s'agit d'une gamme de services destinés à accompagner les gens dans leur parcours de vie.

Nous savons que les toxicomanes doivent bénéficier d'un traitement et qu'ensuite ils peuvent rechuter. Ils vont et viennent. Nous devons disposer de l'ensemble des services de santé connexes décrits par M. Weiss.

Le président: Merci, monsieur Powlowski et madame Saxe.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

Depuis le début, on parle du fait que ce sont les provinces, les territoires et le Québec qui sont chargés d'appliquer les politiques sur le terrain et de mettre en œuvre le plan d'action.

Tout d'abord, la collaboration est-elle bonne? Comment pourrait-on améliorer cette collaboration pour avoir une idée beaucoup plus juste de ce qui se passe sur le terrain?

Je pose cette question parce que je n'ai pas eu beaucoup de réponses sur l'état des choses sur le terrain. Est-ce dû à un manque de transmission des données? Comment pourrait-on améliorer cette collaboration pour que l'argent consacré au travail sur le terrain ait l'efficacité escomptée?

Mme Jennifer Saxe: Nous collaborons avec nos homologues des provinces et des territoires. Le ministre de la Santé, le sous-ministre et les hauts fonctionnaires, comme moi, font partie de plusieurs comités. Nous travaillons étroitement avec nos homologues des provinces et des territoires pour échanger sur nos meilleures pratiques et sur toute une gamme de mesures.

Par exemple, nous avons mis en place le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances, ou PUDES, dans le cadre duquel de bons projets ont été réalisés dans les provinces. Nous avons créé des forums pour échanger sur les meilleures pratiques. Pour nous, il est vraiment important de continuer cette collaboration, parce que d'autres peuvent apprendre de ces échanges. Cela nous aide à améliorer la réponse à la crise liée aux surdoses.

Cela dit, nous pouvons certainement améliorer des choses. Par exemple, nous pourrions améliorer la collecte des données, uniformiser les indices et améliorer la gamme de services et d'appuis partout au Canada.

Comme on vient de le dire, il est vraiment important de travailler ensemble. Cet effort de collaboration ne doit pas venir uniquement d'un seul partenaire, mais de tous les partenaires, y compris le gouvernement fédéral, les provinces, les territoires et les communautés. Il faut travailler avec les groupes autochtones et les experts en santé. Il faut aussi s'assurer d'avoir des évaluations et des données pour que nous puissions connaître, de façon continue, l'effet des programmes que nous mettons en œuvre.

Le président: Merci, madame Saxe.

[Traduction]

M. Johns posera les dernières questions à ce groupe de témoins.

Allez-y, monsieur Johns. Vous avez deux minutes et demie.

M. Gord Johns: Merci, monsieur le président.

Je vais vous lire un court extrait d'un article paru il y a à peine deux semaines dans le *Vancouver Sun*. On peut y lire:

En juillet 2020, l'Association canadienne des chefs de police a donné son appui à un traitement médical fondé sur des données probantes qui repose sur un approvisionnement plus sécuritaire.

Selon le sergent d'état-major de la police de Victoria, Connor King, comme le Dilaudid n'est pas un médicament destiné à tout le monde, ces pilules se vendent sous le manteau.

Toujours selon King, qui est un témoin expert auprès des tribunaux en matière de trafic de fentanyl, d'héroïne, d'oxycodone, de cocaïne et de méthamphétamine, divers médicaments d'ordonnance sont vendus dans la rue depuis des décennies: « Il y a toujours eu du Dilaudid et de l'oxycodone et d'autres opioïdes puissants dans les milieux où évoluent les adolescents, dans les écoles secondaires et les universités. »

De plus, pour King: « ... les données des services de médecine légiste indiquent une baisse du nombre de surdoses mortelles grâce aux programmes d'approvisionnement plus sécuritaire. »

King qualifie d'anecdotes les problèmes de détournement de l'approvisionnement plus sécuritaire, compte tenu que la plupart des drogues illicites introduites en Colombie-Britannique le sont par le crime organisé. Selon King, le fentanyl qui entre dans la province est hautement toxique et mortel, et les méthamphétamines fabriquées au Mexique, qui passent en contrebande à la frontière canado-américaine et qui arrivent massivement ici, sont puissantes et bon marché.

King affirme « qu'il n'y a jamais eu autant de médicaments peu coûteux et hyper-toxiques sur le marché qu'actuellement, et rien de tout cela n'a à voir avec le fait d'offrir des drogues ou des médicaments d'ordonnance plus sécuritaires. »

Il ajoute un peu plus loin: « Je suis un adepte de la recherche d'autres façons pour les gens d'avoir accès à des médicaments qui les garderont en vie, mais je laisse aux milieux médicaux le soin de s'en occuper. »

Nous avons entendu des réponses semblables de la Ville de Vancouver, de son service de police et du coroner en chef de la province. Y a-t-il consensus? Dans l'ensemble, avez-vous entendu dire que la formule de l'approvisionnement plus sécuritaire en remplacement des drogues toxiques non réglementées fait l'objet d'un soutien?

• (1300)

Mme Jennifer Saxe: Comme je l'ai dit tout à l'heure, les points de vue sont variés. Certains ont des réserves. D'autres appuient la formule, le plus souvent en regard de l'ensemble des services à offrir, en lien avec la santé et les services sociaux. Celui ou celle qui demande qu'on lui prescrive des médicaments de remplacement lance un appel et se tourne vers...

M. Gord Johns: Si je pose la question, c'est qu'il s'agit d'experts, de gens en première ligne.

Le président: Monsieur Johns, veuillez la laisser vous répondre. Vous avez pris environ deux minutes pour poser votre question, et là vous l'interrompez. Laissez-la terminer, après quoi nous nous dirons au revoir.

Poursuivez, madame Saxe.

Mme Jennifer Saxe: Nous avons affaire à toute une gamme d'experts. Il y a des spécialistes des services de santé, de l'application de la loi et du système de justice pénale. Nous devons être à l'écouter de tous ces avis. Tous les experts apportent leurs propres savoirs à la table. Certains soulignent les risques et les avantages, et expriment des préoccupations. Nous devons également en tenir compte. Nous devons nous pencher sur ce qui fonctionne, sur ce qui permet de sauver des vies et sur la façon dont nous nous adaptons pour continuer d'améliorer les programmes offerts. C'est exactement ce que nous faisons.

L'Association canadienne des chefs de police envisage la question sous l'angle de l'ensemble des services qu'elle propose, qu'il s'agisse de décriminalisation ou de produits pharmaceutiques de substitution.

Le président: Merci, madame Saxe.

Chers collègues, voilà qui met fin à cette première partie. Nous allons suspendre brièvement la séance pour accueillir le groupe suivant. Avant cela, nous devons nous entendre sur la date limite de remise des listes de témoins pour notre étude sur les opiacés et les opioïdes. Je recommande que les listes de témoins soient prêtes avant l'ajournement de la Chambre, disons le vendredi 15 décembre à 16 heures? Est-ce que tout le monde est d'accord pour entendre tous les témoins d'ici là?

Des députés: D'accord.

Le président: Merci. Cela permettra aux analystes de préparer un plan de travail pour l'hiver.

Je remercie tous nos témoins de leur patience et de leur professionnalisme, comme toujours. Nous vous sommes très reconnaissants de votre présence. Nous en sommes à la première étape d'une étude et d'un cheminement ambitieux, une étape qui jette les bases de notre travail. Nous vous sommes reconnaissants de ce que vous faites et de l'aide que vous nous apportez dans le cadre de cette étude.

Sur ce, nous allons suspendre la séance pendant que le prochain groupe de témoins s'installe, ce qui pourrait nous prendre environ cinq minutes.

● (1300) _____ (Pause) _____

● (1305)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à la motion adoptée le 8 novembre 2023, le Comité entreprend son étude de l'accord d'achat anticipé de vaccins conclu par le gouvernement avec Medicago.

Bienvenue aux fonctionnaires présents.

Du ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, nous accueillons Andrea Andrachuk, directrice générale.

[Français]

Nous recevons aussi Mme Joëlle Paquette, directrice générale du Secteur des services de soutien en matière d'approvisionnement.

[Traduction]

Du Bureau du vérificateur général, nous accueillons Andrew Hayes, sous-vérificateur général, et Susan Gomez, directrice principale.

Chers collègues, nous avons été avisés en cours de réunion que la vérificatrice générale elle-même ne pouvait pas être ici. Je n'ai pas d'explication à vous donner, sauf que l'information est très récente.

Tout d'abord, je remercie tous les témoins qui sont ici.

Nous avons deux déclarations liminaires, la première étant du Bureau du vérificateur général.

Je suppose que ce sera vous, monsieur Hayes. Vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes. Bienvenue au Comité.

[Français]

M. Andrew Hayes (sous-vérificateur général, Bureau du vérificateur général): Monsieur le président, je vous remercie de nous donner l'occasion de discuter de notre rapport sur les vaccins contre la COVID-19 dans le cadre de l'examen de l'entente d'achat anticipé de vaccins conclue par le gouvernement avec Medicago. Notre rapport a été déposé à la Chambre des communes en décembre 2022.

Je tiens à reconnaître que cette séance se déroule sur le territoire traditionnel non cédé de la nation anishinabe algonquine.

Je suis accompagné aujourd'hui de Mme Susan Gomez, directrice principale. Elle était responsable de l'audit. Cet audit a porté sur la façon dont le gouvernement fédéral a acheté et autorisé des vaccins contre la COVID-19, de même que sur la façon dont il les a distribués aux provinces et aux territoires pour que les Canadiennes et les Canadiens puissent se faire vacciner.

Au cours de la présente séance, nous nous concentrerons sur le volet de l'audit consacré à l'approvisionnement. Dans l'ensemble, nous avons constaté que Services publics et Approvisionnement Canada avait fourni un bon soutien à l'Agence de la santé publique du Canada, lui permettant d'obtenir suffisamment de doses de vaccins contre la COVID-19 pour vacciner chaque personne au Canada. Entre décembre 2020 et mai 2022, le gouvernement fédéral a acheté 169 millions de doses de vaccin. Plus de 84 millions de ces doses ont été administrées à la population.

● (1310)

[Traduction]

Services publics et Approvisionnement Canada a exercé son pouvoir de passation de marchés en cas d'urgence. Cela lui a permis d'avoir plus de souplesse sur différents aspects, notamment d'obtenir des vaccins auprès des compagnies recommandés par le Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19 au moyen d'un processus non concurrentiel.

Le ministère a conclu des ententes d'achat anticipé avec sept compagnies qui avaient démontré le potentiel de mettre au point des vaccins viables. Nous avons constaté que le ministère avait fait preuve de diligence raisonnable relativement à ces sept compagnies de vaccins. Par exemple, le ministère a examiné si les compagnies avaient la capacité financière nécessaire pour satisfaire aux exigences contractuelles et qu'elles étaient autorisées à faire affaire avec le gouvernement fédéral. Le ministère a conclu une entente avec Medicago le 13 novembre 2020.

La stratégie du gouvernement consistait à conclure des ententes avec plusieurs compagnies de vaccins, au cas où Santé Canada n'autoriserait qu'un seul vaccin. Bien que cette approche signifiait que le Canada risquait de se retrouver avec un surplus si les sept vaccins étaient approuvés, elle augmentait aussi les chances d'obtenir suffisamment de doses pour mener à bien le plus vaste programme de vaccination de l'histoire du pays.

Monsieur le président, nous serons heureux de répondre aux questions des membres du Comité lorsque possible. Cependant, étant donné le caractère confidentiel des ententes, nous ne pourrions pas discuter des détails relatifs aux contrats, aux coûts ou à l'exécution d'une entente en particulier.

Je termine ainsi ma déclaration d'ouverture.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Hayes.

Nous allons maintenant entendre Andrea Andrachuk, du ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux. Vous avez cinq minutes.

Bienvenue, madame.

[Français]

Mme Andrea Andrachuk (directrice générale, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux): Bonjour, monsieur le président.

Je suis heureuse de comparaître devant le Comité permanent de la santé pour discuter des travaux de Services publics et Approvisionnement Canada sur l'entente d'achat anticipé de vaccins contre la COVID-19 avec Medicago.

Je tiens à reconnaître que cette séance se déroule sur le territoire traditionnel non cédé de la nation anishinabe algonquine.

Aujourd'hui, je suis accompagnée de Mme Joëlle Paquette, directrice générale du Secteur des services de soutien en matière d'approvisionnement.

Dès le début de la pandémie, l'objectif du gouvernement était d'obtenir des vaccins sûrs et efficaces le plus rapidement possible. Il y avait de nombreuses incertitudes, et on ne savait même pas si la mise au point de vaccins sûrs et efficaces était possible. Cette incertitude a créé une forte demande mondiale, et le Canada a déployé des efforts énergiques afin de conclure des ententes avec des fournisseurs de futurs vaccins prometteurs.

Des experts scientifiques et industriels du Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19 ont conseillé au gouvernement d'établir le plus tôt possible un portefeuille diversifié de vaccins potentiels.

Sur les conseils du Groupe de travail sur les vaccins, le Canada a conclu sept ententes d'achat anticipé avec des fabricants de vaccins

prometteurs, dont Medicago, un fournisseur canadien. L'entente d'achat anticipé signée en novembre 2020 avec Medicago comprenait un engagement ferme de 20 millions de doses, qui seraient livrées avant la fin de décembre 2021. Elle était assortie d'options d'achat allant jusqu'à 56 millions de doses supplémentaires.

À la suite de l'approbation par un comité de sous-ministres, le contrat a été approuvé par l'Agence de la santé publique du Canada avant d'être signé par la ministre de Services publics et Approvisionnement Canada de l'époque.

Puisque Medicago a obtenu l'autorisation de Santé Canada pour son vaccin Covifenz en février 2022, le contrat a été modifié afin de permettre la livraison de doses avant la fin de décembre 2022.

Dans le cadre de la gestion globale de l'approvisionnement, au milieu de 2022, l'Agence de la santé publique du Canada a demandé à Services publics et Approvisionnement Canada de réduire ou d'éliminer la livraison de doses du vaccin de Medicago afin de rajuster les stocks et d'éviter le gaspillage et les coûts de logistique.

Au même moment, Medicago a dû faire face à des défis de production, ce qui a causé des retards de livraison. Des discussions se sont alors engagées avec Medicago en vue de résilier le contrat.

En février 2023, Mitsubishi, la société mère de Medicago, a annoncé son intention de cesser les activités de sa filiale au Canada et aux États-Unis et de ne pas poursuivre la commercialisation du vaccin Covifenz.

• (1315)

[Traduction]

Le gouvernement a récemment annoncé qu'un paiement anticipé non remboursable de 150 millions de dollars a été versé à Medicago conformément à la convention d'achat anticipé, que Medicago avait respecté toutes les modalités du contrat jusqu'à sa résiliation par consentement mutuel, que Medicago a été libérée de ses obligations en vertu de la convention d'achat anticipé et qu'aucune dose de Covifenz n'a été livrée.

Ce paiement anticipé a été convenu lors des négociations afin de financer la production à risque du vaccin avant l'autorisation de Santé Canada. Lors de la résiliation par consentement mutuel, le gouvernement n'avait pas le droit contractuel de demander le remboursement du paiement.

Le gouvernement s'est engagé à être le plus transparent possible tout en respectant les clauses de confidentialité de ces ententes d'achat de vaccins. Fait important, cette entente avec Medicago, ainsi que les six autres, a fait l'objet d'un rapport du vérificateur général en décembre 2022. En avril 2023, le gouvernement a transmis au Comité permanent des comptes publics des copies non expurgées des sept accords d'achat anticipé. Des hauts fonctionnaires de Services publics et Approvisionnement Canada ont comparu devant le Comité lors de deux séances à huis clos.

Monsieur le président, Services publics et Approvisionnement Canada a joué un rôle clé en appuyant les efforts de l'Agence de la santé publique du Canada pour assurer la livraison des vaccins contre la COVID-19 dès que possible, contribuant ainsi à sauver des vies canadiennes.

Merci. C'est avec plaisir que je répondrai à vos questions.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer aux questions, en commençant par les conservateurs, pour six minutes.

Allez-y, monsieur Perkins.

M. Rick Perkins (South Shore—St. Margarets, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins.

Je vais adresser toutes mes questions à Services publics et Approvisionnement Canada.

Le 18 octobre 2020, la première entente de 200 millions de dollars a été signée avec Medicago. Je suppose que vous l'avez fait sur les conseils de Santé Canada et de toutes les organisations. Saviez-vous que l'Organisation mondiale de la santé ne veut pas faire affaire avec une entreprise appartenant à une compagnie de tabac?

Mme Joëlle Paquette (directrice générale, Secteur des services de soutien en matière d'approvisionnement, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux): Merci de la question, monsieur le président.

Nous avons conclu un contrat avec Medicago pour des doses au moment où nous estimions en avoir besoin...

M. Rick Perkins: Je n'ai pas besoin d'explication sur la situation.

Vous saviez que la pharmaceutique Medicago était détenue à 40 % par Philip Morris, n'est-ce pas?

Mme Joëlle Paquette: Oui.

M. Rick Perkins: Et vous saviez que l'OMS ne veut rien avoir à faire avec une entreprise ayant quoi que ce soit à voir avec le tabac, quelle que soit l'efficacité du vaccin proposé.

Je me trompe?

Mme Andrea Andrachuk: Je ne sais pas si nous étions au courant. Je ne suis tout simplement pas...

M. Rick Perkins: Nous parlons d'un accord international signé par le gouvernement du Canada en 2005.

Ne connaissez-vous pas l'accord international de l'OMS sur les relations avec les compagnies de tabac?

Mme Andrea Andrachuk: L'entente d'achat anticipé conclue avec Medicago visait à obtenir suffisamment de vaccins pour les Canadiens afin de faire face à la pandémie. Il s'agissait d'un contrat d'urgence qui visait seulement certaines fins...

M. Rick Perkins: Je sais qu'il s'agissait d'un contrat d'urgence.

Autrement dit, vous n'étiez pas au courant. Vous saviez qu'il ne pourrait pas... Ou bien vous ne le saviez pas et vous n'avez pas fait preuve de diligence raisonnable, ou bien vous saviez qu'il ne serait pas possible d'acheter à l'étranger. La raison pour laquelle cela est important, c'est que, lorsque vous avez signé — selon la déclaration du président de Medicago au comité des comptes publics — pour acheter 773 millions de dollars de vaccins qui n'ont jamais été produits, vous saviez que toutes ces doses devraient être consommées au Canada. Il aurait été impossible de les exporter.

À quoi sert-il de signer un contrat avec une entreprise et d'investir 200 millions de dollars de l'argent public pour 180 millions de doses de divers vaccins en plus de tout ce que la vérificatrice générale a mentionné? Il semble tout à fait irresponsable que le gouver-

nement ait agi la sorte, sachant qu'il n'était pas possible d'exporter les doses.

• (1320)

Mme Joëlle Paquette: À l'époque, nous avons conclu des contrats afin d'obtenir suffisamment de doses pour tous les Canadiens. Nous ne savions pas...

M. Rick Perkins: Ça va pour cinq ou six doses.

Le président: Monsieur Perkins, vous avez pris une minute pour poser votre question. Vous devez l'écouter pendant au moins une minute tandis qu'elle essaie de vous répondre.

Allez-y, madame Paquette.

Mme Joëlle Paquette: À l'époque, nous ne savions pas quels vaccins seraient autorisés. Il n'y avait pas encore de vaccin connu au moment où nous avons conclu ces contrats. Nous avons pris le risque de conclure des contrats avec divers fournisseurs pour obtenir suffisamment de vaccins pour tous les Canadiens.

M. Rick Perkins: Vous avez dépensé plus de 200 millions de dollars pour financer la mise au point d'un vaccin, qui n'était même pas du type ARN messenger, par une société appartenant à un fabricant de tabac en totale ignorance du fait que l'accord de l'OMS signé par le Canada en interdisait l'exportation ailleurs dans le monde. Cela ne me semble pas très responsable. Ensuite, selon Medicago, vous avez obtenu 773 millions de dollars pour un maximum de doses. Il s'agit là d'un scandale d'un milliard de dollars d'argent public, parce qu'aucune dose n'a été reçue. Vous venez d'admettre qu'aucune dose n'a été reçue.

À qui appartient la propriété intellectuelle?

Mme Joëlle Paquette: À Medicago.

M. Rick Perkins: Alors, ça, c'est incroyable! Autrement dit, on a dépensé 200 millions de dollars de l'argent des contribuables pour financer une entreprise détenue par des intérêts japonais afin de mettre au point un vaccin dont l'efficacité, si j'ai bien compris, devait être supérieure à 70 %. Celui-ci a mis au point tandis qu'il ne pourrait pas être distribué. De plus, le contrat a été conclu pour environ... Je ne sais pas combien de doses par personne ces 770 millions de dollars auraient permis d'acheter, à 20 \$ pièce. Sans doute une dizaine de doses par résidant au Canada.

Nous devons payer 150 millions de dollars à une entreprise n'a pas produit une seule fiole de vaccin, et vous pensez que c'est une bonne chose.

La vérificatrice générale, elle aussi, a pensé que c'était efficace. Reste à savoir si l'on a effectué une vérification de l'optimisation des ressources. Je ne vois pas en quoi le fait de dépenser 773 millions de dollars pour un vaccin n'ayant été ni produit ni exporté représente une bonne valeur.

Qu'est-ce qui a motivé le ministère à signer une entente aussi déplorable, tandis que nous ne détenons même pas la propriété intellectuelle, la PI? Ce sont maintenant les Japonais qui possèdent la PI, en plus de tout le reste. Est-ce exact?

Mme Andrea Andrachuk: Medicago est propriétaire de la PI.

M. Rick Perkins: C'est une entreprise japonaise.

Mme Andrea Andrachuk: Elle est détenue par Mitsubishi.

M. Rick Perkins: Savez-vous combien Medicago a payé pour les 40 % restants de Philip Morris en décembre de l'année dernière, il y a près d'un an?

Mme Andrea Andrachuk: Non, je n'ai pas cette information.

Comme je l'ai indiqué dans ma déclaration liminaire, le Canada a versé à Medicago 150 millions et non 200 millions de dollars.

M. Rick Perkins: Non, les 150 millions de dollars c'est au titre de la rupture de contrat — au titre de l'incapacité à livrer les vaccins. Nous avons aussi dépensé près de 200 millions de dollars d'argent public pour la mise au point du vaccin.

Mme Joëlle Paquette: Nous avons conclu un contrat avec Medicago pour 20 millions de doses. À l'époque, nous avons versé 150 millions de dollars pour la fabrication à risque, parce que la compagnie n'avait pas encore de vaccin autorisé. Il leur fallait lancer la chaîne de production avant l'autorisation.

Le président: Merci, monsieur Perkins.

Merci, madame Paquette.

C'est maintenant au tour de M. Jowhari, pour six minutes.

M. Majid Jowhari (Richmond Hill, Lib.): Merci.

Tout d'abord, bonjour et bienvenue à notre comité.

Je vais préfacer ma question. Tout cela nous replonge dans une période très difficile. Notre gouvernement avait décidé d'appliquer une approche à plusieurs volets. Comme vous l'avez souligné, nous avons signé sept accords d'achat anticipé constituant le volet achat du vaccin. C'était à la fois international et, dans le cas de Medicago, national. Nous avons investi beaucoup de grosses sommes dans la R-D, tant au Canada qu'à l'étranger. Nous nous sommes aussi rendu compte que nous devons absolument nous doter d'une capacité nationale.

Dans le cas de Medicago, nous avons affaire à un croisement entre différentes choses: une stratégie d'achat très réfléchie, consistant à garantir les fonds; l'insistance mise sur la R-D, tant au pays qu'à l'étranger, et l'instauration d'une capacité nationale.

Était-ce une bonne stratégie? Je dirais que oui. L'avons-nous appliquée? Je crois que, s'agissant des 172 millions de dollars qui ont été dépensés... A-t-on obtenu les résultats attendus? Je dirais que oui, parce que nous avons réussi à faire approuver un vaccin par Santé Canada. Savions-nous que l'Organisation mondiale de la santé ne l'approuverait pas de son côté à cause de cette affiliation avec un fabricant de cigarettes? Je ne sais pas, et nous n'en sommes pas vraiment certains. C'est peut-être un aspect qui vaut la peine de fouiller davantage.

En matière de PI, le gouvernement fédéral, par l'entremise de divers programmes, investit dans le travail de nombreuses entreprises, et la PI demeure entre les mains de l'entreprise. Je viens tout juste de faire une annonce, vendredi, au sujet de Visual Defence, une entreprise dans laquelle le gouvernement du Canada, par l'entremise de Scale AI, a investi environ un million de dollars. Or, la propriété intellectuelle est détenue par l'entreprise. Je ne suis pas certain que la propriété de la PI devrait être une question centrale dans ce dossier.

Je pense que ce qu'il faut tirer au clair... et cela m'amène à la question que je m'appête à vous poser. Pour quoi le gouvernement du Canada a-t-il payé 150 millions de dollars, à part les 172 millions de dollars que nous pouvons justifier? Pour quoi avons-nous payé ces 150 millions de dollars? Qu'avons-nous obtenu en retour?

N'importe qui peut répondre à cette question.

• (1325)

Mme Andrea Andrachuk: Les 150 millions de dollars étaient un paiement anticipé qui visait à financer la fabrication à risque par Medicago, ce qui signifie que Medicago devait lancer certaines activités avant de savoir si elle obtiendrait l'autorisation de Santé Canada. Cela représentait un risque pour l'entreprise. Ces paiements visaient à financer ces activités à risque.

M. Majid Jowhari: Pouvez-vous nous expliquer ce que signifie une activité à risque? À mon avis, les 172 millions de dollars ont été consacrés à la R-D, à la mise sur pied d'un établissement, à l'embauche de personnel, à la R-D, à la croissance, à l'extraction, à l'exploitation de cliniques, etc.

Quelle est la différence entre les 172 millions de dollars et les 150 millions de dollars?

Mme Andrea Andrachuk: En tant que représentants de Services publics et Approvisionnement Canada, nous ne pouvons pas parler des montants du Fonds stratégique pour l'innovation. Pour ces questions, je vous renvoie à Innovation, Sciences et Développement économique Canada.

Pour l'accord d'achat anticipé, le paiement anticipé de 150 millions de dollars était destiné à la fabrication à risque, c'est-à-dire aux activités devant déboucher sur la production et la commercialisation des doses, mais avant obtention de l'autorisation de Santé Canada. Il s'agissait de permettre à Medicago de produire des doses le plus rapidement possible afin que nous puissions vacciner les bras des Canadiens.

Rappelons-nous le contexte de l'époque: quand nous avons conclu cette entente d'achat anticipé, aucun vaccin contre la COVID-19 n'avait été approuvé nulle part dans le monde.

M. Majid Jowhari: À la façon dont je vois les choses, nous avons alloué 150 millions de dollars à Medicago pour construire une installation en attendant que soient versés les 172 millions de dollars qui devaient nous permettre d'obtenir un vaccin fabriqué le plus vite possible. Voilà où est allé l'argent. Ai-je bien compris?

Pour un profane comme moi, l'expression « à risque » est un peu difficile à comprendre. Est-ce pour cela que nous avons dépensé l'argent?

Mme Andrea Andrachuk: En raison des clauses de confidentialité de l'accord relatives aux négociations, nous ne pouvons pas entrer dans les détails sur la façon dont l'argent a été dépensé et sur ce à quoi il a peut-être été dépensé, mais nous pouvons dire que c'était au titre d'une fabrication à risque.

M. Majid Jowhari: D'accord, c'était au titre d'une fabrication à risque.

Il me reste une trentaine de secondes.

Pouvez-vous expliquer pourquoi les clauses de confidentialité s'appliquent encore tandis que le contrat n'a pas été exécuté?

Mme Andrea Andrachuk: Une telle clause de confidentialité a été incluse dans les sept accords d'achat anticipé, et elle survit à la résiliation du contrat, ce qui signifie que, même quand le contrat prend fin, ces clauses demeurent applicables, tant pour le fournisseur — Medicago — que pour le gouvernement du Canada. C'est une clause de confidentialité bidirectionnelle.

M. Majid Jowhari: D'accord.

Le président: Merci, monsieur Jowhari.

[Français]

Madame Vignola, vous avez la parole pour six minutes.

• (1330)

Mme Julie Vignola (Beauport—Limoilou, BQ): Merci beaucoup, monsieur le président.

Madame Andrachuk, dans votre allocution, vous avez dit que Medicago avait rempli toutes les conditions de l'entente d'achat anticipé signée avec le gouvernement du Canada.

Pouvez-vous nous parler de ces conditions?

Mme Andrea Andrachuk: Afin de respecter les clauses de confidentialité, malheureusement, je ne peux pas répondre à votre question.

Mme Julie Vignola: D'accord.

Monsieur Hayes, je ne parlerai pas des conditions, mais, si elles ont été remplies, j'aimerais comprendre pourquoi la somme de 150 millions de dollars a été inscrite dans la rubrique intitulée « Pertes de fonds publics attribuables à une infraction, un acte illégal ou un accident ».

M. Andrew Hayes: Le paiement anticipé a été correctement reflété dans les états financiers du gouvernement. Cette année, une perte a été enregistrée parce que l'entente entre le gouvernement et Medicago a été résiliée sans qu'aucune dose de vaccin ait été livrée.

Mme Julie Vignola: Cela correspond donc à ce que vous appelez un accident. Ce n'est certainement pas une infraction ni un acte illégal.

N'est-ce pas?

M. Andrew Hayes: Oui, c'est effectivement cela.

Mme Julie Vignola: D'accord, merci.

Madame Andrachuk, seriez-vous d'accord pour dire que l'Organisation mondiale de la santé, ou OMS, a décidé de refuser le vaccin, non pas parce qu'il était inefficace, mais bien parce qu'un actionnaire minoritaire était un fabricant de tabac?

[Traduction]

Mme Andrea Andrachuk: Je crois comprendre que les raisons communiquées par l'Organisation mondiale de la santé concernaient la propriété de Medicago et non le vaccin lui-même.

Encore une fois, l'accord d'achat anticipé avait pour objet d'acheter des vaccins, mais pas de faire un don. Le but...

[Français]

Mme Julie Vignola: D'accord.

Cela n'a donc rien à voir avec la validité du vaccin et tout à voir avec l'actionnaire.

[Traduction]

Mme Andrea Andrachuk: Oui, exactement.

[Français]

Mme Julie Vignola: Merci.

A-t-on évalué le vaccin à proprement parler, ou a-t-on seulement regardé la liste d'actionnaires de la compagnie?

[Traduction]

Mme Andrea Andrachuk: Je n'ai pas cette information.

[Français]

Mme Julie Vignola: Si le Canada était allé à l'encontre de cet avis de l'OMS, quelles auraient été les conséquences?

Mme Andrea Andrachuk: En février 2022, Santé Canada a approuvé l'utilisation du vaccin au Canada. Nous n'avions donc pas besoin de l'approbation de l'OMS.

Mme Julie Vignola: Néanmoins, le vaccin a-t-il été distribué?

Mme Andrea Andrachuk: Nous n'avons pas reçu de doses de Medicago, parce que le contrat a été résilié.

Mme Julie Vignola: Si le contrat n'avait pas été résilié, le Canada aurait donc pu distribuer les doses, mais pas à l'international.

Ai-je bien compris?

Mme Andrea Andrachuk: Oui, c'est cela.

Mme Julie Vignola: Le siège social de Medicago a été racheté dernièrement par Aramis Biotechnologies.

En rachetant le siège social et les serres qui s'y rattachent, Aramis Biotechnologies a-t-elle acquis automatiquement la propriété intellectuelle de Medicago?

Mme Andrea Andrachuk: Je n'ai pas cette information.

Mme Julie Vignola: Merci.

Vous avez dit que sept ententes d'achat anticipé avaient été conclues pour obtenir des vaccins. On sait que celle conclue avec Medicago n'a pas fonctionné, mais qu'en est-il des six autres?

A-t-on reçu des vaccins quant à chacune des six autres ententes?

Mme Andrea Andrachuk: Un autre contrat a été résilié, mais les cinq autres ont pu être respectés.

Mme Julie Vignola: Quel est l'autre contrat qui a été résilié?

Mme Andrea Andrachuk: C'est le contrat avec Sanofi.

Mme Julie Vignola: Combien cela nous a-t-il coûté?

Mme Andrea Andrachuk: Je n'ai pas cette information non plus.

Mme Julie Vignola: D'accord.

Pourriez-vous envoyer cette information au Comité, je vous prie?

Mme Andrea Andrachuk: Oui, je le ferai.

Mme Julie Vignola: Merci beaucoup.

Monsieur Hayes, vous avez parlé de 169 millions de doses. Parmi les 169 millions de doses qui ont été commandées, est-ce que cela inclut celles qui ont été empruntées dans le cadre du mécanisme international COVAX?

M. Andrew Hayes: Oui, ce chiffre inclut toutes les doses qui ont été offertes au Canada.

Mme Julie Vignola: D'accord.

Avons-nous remboursé, si je peux dire, COVAX? Le Canada a-t-il retourné les doses qu'il avait retenues dans le cadre du mécanisme COVAX?

M. Andrew Hayes: Je ne sais pas. C'est peut-être une question qu'il faudrait poser au ministère.

Mme Joëlle Paquette: Ce serait plutôt une question pour l'Agence de la santé publique du Canada.

Mme Julie Vignola: Nous n'avons donc pas utilisé les 169 millions de doses de vaccin.

Qu'est-il arrivé aux dizaines de millions de doses que nous n'avons pas utilisées?

M. Andrew Hayes: Nous avons terminé notre travail d'audit et le rapport a fait état des chiffres que nous connaissons à ce moment-là. Aujourd'hui, nous n'avons pas les données nécessaires pour dire avec précision ce qui est arrivé à ces doses.

• (1335)

Mme Julie Vignola: D'accord.

Nous avons donc acheté 169 millions de doses. Nous en avons utilisé 84 millions. Nous pouvons supposer que des doses sont devenues périmées avant d'être utilisées et que d'autres ont été envoyées à l'étranger.

Ma présomption est-elle juste?

M. Andrew Hayes: Je pense qu'elle l'est. C'est aussi probable qu'il y ait eu du gaspillage de doses, pour plusieurs raisons.

D'après moi, vos idées sont correctes.

Mme Julie Vignola: D'accord.

Nous avons donc payé les doses gaspillées.

Dans les rapports des comptes publics, quelle section ferait état de ces pertes, de ce gaspillage?

M. Andrew Hayes: Je devrai le demander aux autres équipes d'audit. Je pourrai vous fournir cette réponse plus tard.

Mme Julie Vignola: C'est parfait.

Merci.

Le président: Merci, madame Vignola.

[Traduction]

C'est maintenant au tour de M. Davies, pour six minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci.

Je m'adresse à Travaux publics. À quelle date le gouvernement du Canada a-t-il décidé de libérer Medicago de ses obligations?

Mme Andrea Andrachuk: Le contrat a pris fin en juin 2023.

M. Don Davies: Pouvez-vous expliquer pourquoi le gouvernement du Canada a décidé, ou consenti, à résilier le contrat et à libérer Medicago de ses obligations?

Mme Andrea Andrachuk: Le contrat a été résilié par consentement mutuel, ce qui signifie que les deux parties ont souhaité la résiliation et y ont consenti. Medicago...

M. Don Davies: Je veux savoir pourquoi le gouvernement du Canada l'a fait. Je crois comprendre que c'était réciproque. Je veux savoir pourquoi le gouvernement du Canada l'a fait.

Mme Andrea Andrachuk: Dans le cadre de sa gestion globale de l'offre et animé du désir de réduire les coûts logistiques et de rajuster les stocks, le gouvernement du Canada voulait réduire voire éliminer les livraisons de doses de Medicago. Ce désir a concouru aux difficultés de mise en marché auxquelles Medicago s'est heurté.

M. Don Davies: Est-ce parce que l'OMS a déterminé que Medicago ne serait pas autorisée à commercialiser ses vaccins, en raison

de son lien avec l'industrie du tabac? Est-ce que cela a influencé la prise de position du gouvernement du Canada?

Mme Andrea Andrachuk: La raison était liée à la gestion de l'offre, au nombre de doses.

M. Don Davies: Le gouvernement a d'abord refusé de fournir des détails sur cette perte, affirmant que cette information ne pouvait pas être divulguée en raison de l'entente de confidentialité conclue avec l'entrepreneur. Je pense que vous en avez parlé à quelques reprises aujourd'hui.

L'alinéa 22.3h) du contrat du gouvernement du Canada avec Medicago, qui a été divulgué au Comité en juin 2021, précise que le Canada sera autorisé à divulguer des renseignements confidentiels obtenus de l'entrepreneur aux fins de l'administration et des opérations gouvernementales, dans le cadre de l'exercice des privilèges de l'État. Il est précisé que cela s'entend de la production de rapports au Parlement du Canada.

Pouvez-vous nous expliquer pourquoi le gouvernement du Canada ne croyait pas que cette disposition lui permettait de divulguer la dernière tranche de 150 millions de dollars au Parlement, alors que c'est explicitement mentionné?

Mme Andrea Andrachuk: Nous nous efforçons de respecter les clauses de confidentialité des contrats. Les fournisseurs des sept ententes d'achat anticipé ont souligné à quel point une telle clause est importante pour leur entreprise. La question de savoir si une telle clause nous autorise à divulguer des renseignements supplémentaires doit faire l'objet d'une étude plus approfondie, mais...

M. Don Davies: Qu'en est-il de la transparence? Et de la reddition de comptes au Parlement et aux contribuables? N'est-ce pas tout aussi important?

Mme Andrea Andrachuk: Le gouvernement du Canada a déployé des efforts considérables pour faire preuve de transparence relativement à ces contrats. Nous avons fourni au Comité permanent des comptes publics des copies non caviardées des sept ententes d'achat anticipé. Nous avons également transmis des copies non caviardées à la vérificatrice générale, lesquelles ont fait l'objet d'un rapport, et des fonctionnaires...

M. Don Davies: Avec tout le respect que je vous dois, nous avons dû nous battre bec et ongles avec le gouvernement au sein du comité de la santé, puisqu'il refusait de nous faire parvenir ces contrats, mais je m'en tiendrai là.

En avril 2022, le Dr Gaston De Serres, épidémiologiste à l'Institut national de santé publique du Québec, soulignait qu'il était:

« assez évident » que Medicago allait se buter à l'OMS pour l'approbation de son vaccin contre la COVID-19, étant donné ses liens étroits avec l'industrie du tabac, et que le gouvernement fédéral « aurait dû le savoir », que cette question aurait dû être soulevée avant d'investir dans ce vaccin.

« Il n'y avait pas à chercher bien loin pour savoir que Philip Morris était également un actionnaire important. »

Pouvez-vous nous dire si le ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux était au courant des liens entre Medicago et les grandes compagnies de tabac au moment de la signature d'une entente d'achat anticipé avec la compagnie?

• (1340)

Mme Andrea Andrachuk: Le gouvernement du Canada était au courant, mais l'entente avec Medicago prévoyait l'achat de doses pour les Canadiens en réponse à la pandémie. L'approbation de l'Organisation mondiale de la santé n'était pas requise pour cet achat et pour la réception des doses destinées aux Canadiens.

M. Don Davies: En 2004, il y a près de 20 ans, le Canada a ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, qui est juridiquement contraignante. Ce traité précise qu'un gouvernement ne doit pas accepter, soutenir ou approuver des partenariats avec l'industrie du tabac ou toute entité ou personne qui cherche à en promouvoir les intérêts. Étant donné que Philip Morris International détenait 21 % des parts de Medicago au moment de la signature de l'entente d'achat anticipé par le gouvernement du Canada, pouvez-vous nous expliquer pourquoi le Canada n'a pas jugé que cette entité travaillait à promouvoir les intérêts de l'industrie du tabac?

Mme Andrea Andrachuk: Au début de la pandémie, la concurrence pour l'obtention de vaccins était intense, à l'échelle de la planète. Il n'y avait aucun vaccin approuvé dans le monde et les pays déployaient des stratégies d'achat très agressives afin d'obtenir des doses le plus rapidement possible. Comme le Canada ne disposait pas d'une solide capacité nationale, nous n'étions pas en position de force pour acheter des vaccins. L'objectif du gouvernement était de se procurer rapidement des vaccins afin de les mettre à la disposition des Canadiens.

M. Don Davies: Je comprends et c'est tout à fait logique, mais le problème est le suivant: le Canada était également signataire d'un traité juridiquement contraignant l'engageant à ne pas signer d'entente avec une société entretenant des liens étroits avec l'industrie du tabac. C'est le cœur de la question et c'est la raison pour laquelle nous avons perdu 150 millions de dollars, parce qu'au bout du compte, l'OMS n'a pas donné son aval à la commercialisation du vaccin Medicago, et c'est la raison pour laquelle les contribuables ont perdu 150 millions de dollars. Qu'est-ce qui m'échappe, ici?

Mme Joëlle Paquette: Le gouvernement du Canada a conclu une entente avec Medicago pour obtenir des vaccins pour les Canadiens. Ils ont reçu l'approbation de Santé Canada, et si nous avions eu le vaccin, nous aurions pu vacciner les Canadiens.

M. Don Davies: Pourquoi n'avons-nous pas procédé ainsi?

Le président: Merci, monsieur Davies. Votre temps est écoulé.

[Français]

Monsieur Deltell, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Gérard Deltell (Louis-Saint-Laurent, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Mesdames et messieurs, je vous souhaite la bienvenue à la Chambre des communes.

Monsieur le président, ce n'est pas de gaieté de cœur que je suis ici aujourd'hui.

Je suis un gars de Québec. J'ai été journaliste et je connais très bien Medicago, car j'ai fait des reportages sur cette société.

Je trouve très troublant ce qui s'est passé dans cette histoire, car il faut reconnaître qu'elle est contaminée par un virus, qui ne relève non pas du domaine médical, mais de celui lié à la propriété.

Le 27 février 2005, le Canada et 181 autres pays dans le monde ont signé la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, qui précise directement, au point 3 de l'article 5 de cette convention, que « les Parties veillent à ce que ces politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac ».

Depuis 2005, il était évident que, dès que l'industrie du tabac demanderait du financement, cela ne fonctionnerait pas, selon l'OMS. La demande ne serait pas reconnue.

En 2008, Philip Morris International devient actionnaire de Medicago à hauteur de 21 %.

En mars 2020, en pleine pandémie, on comprend qu'on veut tous trouver la solution. Le 23 mars, le gouvernement annonce qu'il va aider les entreprises à faire des recherches scientifiques. Dans le communiqué, on peut lire: « Le financement permettra à Medicago de faire avancer rapidement les essais cliniques, pour ensuite élargir la production afin de répondre à la pandémie. »

Mesdames, saviez-vous à l'époque que la société Medicago avait comme actionnaire une entreprise de tabac et qu'elle n'allait donc jamais être reconnue par l'OMS?

Veuillez répondre par oui ou par non.

Mme Joëlle Paquette: L'Agence de la santé publique du Canada nous a demandé, après avoir reçu des avis scientifiques, de procéder à la conclusion d'une entente d'achat avec Medicago.

M. Gérard Deltell: Voici ma question: saviez-vous que Medicago avait comme actionnaire un fabricant de tabac et que, de ce fait, l'OMS n'allait jamais reconnaître les travaux qui avaient été faits?

Le saviez-vous, oui ou non?

[Traduction]

Mme Andrea Andrachuk: Nous savions que Phillip Morris était propriétaire minoritaire.

M. Gérard Deltell: Pourquoi êtes-vous allés de l'avant?

Mme Andrea Andrachuk: Nous ne pouvions pas présumer des décisions de l'Organisation mondiale de la santé.

[Français]

M. Gérard Deltell: Madame, comment ne pouviez-vous pas prévoir cela, alors qu'une entente signée en 2005 par le Canada et 181 pays dit, noir sur blanc, que les travaux dans lesquels l'industrie du tabac est partie prenante ne sont pas reconnus?

Comment pouviez-vous présumer qu'on allait agir à l'encontre de cette entente?

• (1345)

[Traduction]

Mme Andrea Andrachuk: La situation liée à la pandémie de COVID-19 était sans précédent.

[Français]

M. Gérard Deltell: Je le sais, mais les textes sont clairs.

Le président: Monsieur Deltell, à ce comité, nous avons adopté une règle selon laquelle les témoins peuvent donner une réponse aussi longue que la question qui leur a été posée. Je vous demanderais donc de cesser d'interrompre les témoins avant qu'ils aient pu essayer de donner une réponse.

M. Gérard Deltell: Monsieur le président, c'est pour cela que je demande de me répondre par oui ou non.

Madame Paquette, le saviez-vous, oui ou non?

Mme Joëlle Paquette: Nous savions que la compagnie appartenait en partie à un fabricant de tabac. Les vaccins ont été achetés pour les Canadiens, parce que nous ne savions pas qui aurait un vaccin fiable pour les Canadiens et les Canadiennes.

M. Gérard Deltell: Vous saviez donc que l'OMS n'allait pas reconnaître les travaux de Medicago.

N'est-ce pas?

Mme Andrea Andrachuk: Nous ne pouvions pas prévoir ce que l'OMS déciderait, étant donné la grande incertitude qui régnait dans le monde en raison de la pandémie.

[Traduction]

Nous nous trouvions dans une situation inédite. Nous ne pouvions pas présumer de ce que ferait l'OMS.

[Français]

M. Gérard Deltell: Quand le gouvernement fédéral a accordé 173 millions de dollars à Medicago, en octobre 2020, avez-vous averti les décideurs politiques de la situation, oui ou non?

Mme Joëlle Paquette: Il faudrait poser cette question aux gens d'Innovation, Sciences et Développement économique Canada.

M. Gérard Deltell: Avez-vous averti les gens d'Innovation, Sciences et Développement économique Canada de l'existence de ce virus lié à la propriété de Medicago, qui faisait en sorte que l'OMS n'allait jamais approuver son vaccin?

Mme Joëlle Paquette: Nous n'avons pas participé à ce processus décisionnel. Le Canada a conclu une entente avec Medicago pour obtenir des doses de vaccin pour les Canadiens alors qu'aucun vaccin n'était disponible.

M. Gérard Deltell: Puisque le Canada était signataire de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, cela veut-il dire que le Canada a violé sa propre signature?

Mme Andrea Andrachuk: Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question aujourd'hui.

M. Gérard Deltell: Le Canada a signé la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, et le point 3 de l'article 5 est clair. On ne doit pas financer des recherches dans lesquelles l'industrie du tabac est partie prenante. C'est exactement le cas de Medicago, et c'est pourquoi on se retrouve avec ce problème aujourd'hui.

Le président: Merci, monsieur Deltell.

[Traduction]

Madame Sidhu, vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Sonia Sidhu: Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à Travaux publics.

Il est important de souligner que la décision de suspendre les opérations en lien avec le vaccin Medicago n'est liée d'aucune manière à l'innocuité du vaccin ou à des raisons techniques. De nombreux rapports de recherche indiquent que le vaccin Medicago était efficace pour prévenir la COVID-19 causée par de nombreux variants, l'efficacité allant de 69,5 % contre les formes légères de la maladie à 78,8 % contre les formes modérées et graves. Selon le *New England Journal of Medicine*, les participants à ces études provenaient de 85 établissements de l'Argentine, du Brésil, du Canada, du Mexique, du Royaume-Uni et des États-Unis, ce qui a permis de mettre en évidence les bienfaits du vaccin pour les populations du monde entier.

Pouvez-vous nous parler des essais cliniques et de l'information qui vous a été communiquée à ce sujet?

Mme Joëlle Paquette: Il faudrait poser la question à l'Agence de la santé publique du Canada.

Le groupe de travail sur les vaccins a examiné les vaccins potentiels et soumis son avis. Ensuite, l'Agence de la santé publique du Canada a recommandé à Services publics et Approvisionnement Canada de conclure des ententes d'achat anticipé avec ces sept fournisseurs.

Notre rôle consiste à acheter pour le compte d'une autre entité gouvernementale ce dont elle a besoin au titre de la mise en œuvre de ses programmes.

Mme Sonia Sidhu: Pouvez-vous nous donner des précisions sur le partage des risques, dans un tel contexte?

• (1350)

Mme Joëlle Paquette: Quels risques?

Mme Sonia Sidhu: Celui des ententes d'achat anticipé, de l'entente avec Medicago qui a été annoncée le 23 octobre 2020. Santé Canada a approuvé le vaccin contre la COVID-19 de Pfizer le 9 décembre de la même année. En fait, toutes les ententes conclues ont été négociées à un moment où aucun de ces fabricants n'avait encore fait approuver leur vaccin.

Pouvez-vous nous dire en quoi cette incertitude a affecté le travail de SPAC dans la négociation de ces ententes d'achat anticipé?

Mme Joëlle Paquette: Nous avons entamé des négociations avec tous ces fournisseurs afin d'obtenir pour le Canada une partie de leurs doses de vaccin dès qu'elles seraient disponibles. À l'échelle de la planète, nous nous trouvions dans une situation où ces fournisseurs étaient en train de négocier des ententes avec d'autres pays. Il s'agissait, pour le Canada, de conclure des accords avec eux le plus rapidement possible afin de disposer d'une solution viable en matière de vaccins aussitôt que ceux-ci obtiendraient l'approbation de Santé Canada.

Nous sommes parvenus à nous procurer des doses pour les Canadiens à compter du mois de décembre, auprès de Pfizer et de Moderna. Nous courions le risque de ne disposer d'aucun vaccin avec aucun des fournisseurs, et nous avons pris ce risque, sans savoir lequel de ces fournisseurs allait obtenir l'approbation de Santé Canada, ni à quel moment.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Pouvez-vous nous dire exactement ce qu'impliquait le contrat de Medicago? Selon quels critères était-il évalué?

Mme Andrea Andrachuk: La convention d'achat anticipé avec Medicago a été conclue en novembre 2020, et il y avait un engagement ferme à livrer 20 millions de doses d'ici la fin de décembre 2021, et jusqu'à 56 millions de doses supplémentaires facultatives.

Le contrat a été modifié par la suite. L'autorisation de Santé Canada ayant été reçue en février 2022, le contrat a été modifié pour reporter la livraison des 20 millions de doses fermes à la fin de l'année 2022.

Mme Sonia Sidhu: Monsieur le président, combien de temps me reste-t-il?

Le président: Vous avez 30 secondes.

Mme Sonia Sidhu: Je vais m'arrêter là. Merci.

Le président: Merci, madame Sidhu.

[Français]

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

Mme Julie Vignola: Merci beaucoup, monsieur le président.

Madame Andrachuk, savez-vous si le gouvernement est actuellement en négociations avec la société Mitsubishi Chemical pour obtenir les droits de propriété intellectuelle sur la technologie de Medicago?

Mme Andrea Andrachuk: Nous ne sommes pas présentement en négociations. Le contrat est résilié.

Mme Julie Vignola: Pour l'instant, on ne sait donc pas si Aramis Biotechnologies a acheté les droits intellectuels en même temps que l'usine, et on ne sait pas ce qu'il en est des droits intellectuels.

Est-ce bien cela?

Mme Andrea Andrachuk: Du point de vue de Services publics et Approvisionnement Canada, nous ne sommes pas en négociations.

Mme Julie Vignola: Lorsqu'il a été établi publiquement que Philip Morris International était partie prenante dans Medicago, Philip Morris International a vendu ses parts à Mitsubishi Chemical. Par la suite, Mitsubishi Chemical a décidé de mettre Medicago en faillite technique. Vous conviendrez que Mitsubishi Chemical n'est pas, elle-même, en faillite.

S'il y avait eu une entente avec le gouvernement du Québec, le gouvernement du Canada ou une tierce partie, parlerions-nous, aujourd'hui, d'une perte de 150 millions de dollars pour le gouvernement du Canada?

Les chances de la compagnie auraient-elles été plus grandes pour ce qui est de continuer ses activités?

[Traduction]

Mme Andrea Andrachuk: Je ne pense pas que nous puissions présumer des décisions de Medicago. Ce n'est pas à nous de nous prononcer là-dessus.

Je ne peux qu'évoquer le point de vue du gouvernement du Canada, qui s'occupait de gérer les approvisionnements et devait procéder à l'examen de toutes les doses reçues dans le cadre des sept ententes d'achat anticipé. Pour le gouvernement du Canada, il s'agissait d'une considération à prendre en compte dans le cas de Medicago.

Je crois savoir que Medicago comparaitra également devant ce comité. C'est peut-être une question que vous devriez leur poser.

[Français]

Mme Julie Vignola: Merci.

Le président: Merci, madame Vignola.

[Traduction]

Les dernières questions de cette série nous viendront de Vancouver, je crois.

Monsieur Davies, c'est à vous pour deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président. Non, je suis à Ottawa.

Je vais reprendre le fil de la discussion. Vous avez déclaré qu'il n'y avait pas de négociations en cours entre le gouvernement et

Mitsubishi pour l'obtention des droits de propriété intellectuelle de Medicago. De telles négociations ont-elles eu lieu et, si tel est le cas, quand ont-elles pris fin?

• (1355)

Mme Andrea Andrachuk: Je précise que je suis ici aujourd'hui en tant que fonctionnaire de Services publics et Approvisionnement Canada. Services publics et Approvisionnement Canada ne mène actuellement aucune négociation en ce qui a trait à de telles acquisitions.

Je ne peux pas parler au nom de l'ensemble du gouvernement à ce sujet.

M. Don Davies: Si je pose la question, c'est que le ministre de l'Innovation, des Sciences et de l'Industrie, François-Philippe Champagne, a déclaré à la presse le 7 novembre, il y a environ un mois, que le gouvernement était en train de négocier un règlement avec Mitsubishi pour obtenir la propriété intellectuelle détenue par Medicago.

Êtes-vous au courant de cela?

Mme Andrea Andrachuk: Il vaudrait mieux poser la question à Innovation, Sciences et Développement économique Canada.

M. Don Davies: D'accord.

En novembre 2023, il y a à peine un mois, le *National Post* rapportait les propos d'un ancien directeur parlementaire du budget, Kevin Page, qui aurait dit: « Il n'est pas normal que l'ASPC refuse de répondre à vos questions sur la façon dont l'argent a été dépensé ou perdu. »

De même, le directeur parlementaire du budget, Yves Giroux, a déclaré que le refus initial du gouvernement de divulguer des détails sur les 150 millions de dollars perdus en raison du contrat non exécuté avec le fournisseur était « très inhabituel ».

Êtes-vous d'accord avec cette analyse?

Mme Andrea Andrachuk: Le gouvernement du Canada est très attentif au respect des accords de confidentialité prévus dans les contrats. Le gouvernement a fourni des exemplaires non caviardés au Comité permanent des comptes publics ainsi qu'à la vérificatrice générale pour qu'elle puisse les examiner.

Des représentants de Services publics et Approvisionnement Canada ont comparu...

M. Don Davies: Si c'est le cas... Vous dites une chose et son contraire. Vous dites que vous ne pouvez pas le faire pour des raisons de confidentialité, puis vous affirmez que vous avez fourni les contrats complets et non caviardés... vous êtes même ici aujourd'hui pour nous parler du contrat.

Je ne comprends pas...

Mme Andrea Andrachuk: Toutes les ententes que nous avons présentées ont fait l'objet d'accords de confidentialité avec ceux qui les ont consultées. L'information qu'ils ont reçue était confidentielle.

Une copie caviardée des sept ententes d'achat anticipé a également été fournie au Comité, plus tôt.

M. Don Davies: Enfin, compte tenu des graves répercussions du tabac sur la santé publique et des antécédents bien documentés des abus de l'industrie du tabac, pouvez-vous expliquer pourquoi le gouvernement du Canada n'a pas adopté une position ferme en refusant de conclure un contrat avec une compagnie qui avait des liens aussi étroits avec une entreprise internationale de tabac, liée à un agent cancérigène connu?

Mme Andrea Andrachuk: L'objectif principal du gouvernement du Canada était d'obtenir le plus rapidement possible des vaccins sûrs et efficaces. La stratégie de marché adoptée par le Canada s'inscrivait dans cette logique. C'est pour cette raison qu'un portefeuille diversifié de sept vaccins différents a été mis en place afin de mettre toutes les chances de notre côté. Compte tenu des risques importants à l'époque, nous ne savions pas quels vaccins seraient approuvés par Santé Canada, et si tel était le cas, nous ne savions pas quand ils seraient disponibles.

Le président: Merci, monsieur Davies.

Merci à tous nos témoins.

Voilà qui met fin à cette série de questions.

Chers collègues, je vous rappelle que nous nous réunissons mercredi soir de 18 h 30 à 21 h 30. Une heure sera consacrée à cette étude et deux heures seront consacrées à la santé des femmes.

À tous nos témoins d'aujourd'hui, les Canadiens vous remercient. Merci beaucoup d'avoir accepté de comparaître devant ce comité et d'avoir répondu si patiemment à nos questions. C'est la première heure que nous consacrons à ce sujet, et il y en aura plusieurs autres. Encore une fois, c'est un bon point de départ. Nous vous sommes très reconnaissants d'être ici.

Le Comité accepte-t-il de lever la séance?

Des députés: D'accord.

Le président: 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>