



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 082

Le mercredi 18 octobre 2023

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le mercredi 18 octobre 2023

• (1935)

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC)): Bonsoir, tout le monde. Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue à la 82^e séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Cette réunion se déroule en mode hybride, conformément au Règlement.

Je vais adresser quelques observations à l'intention des témoins et des membres du Comité.

Veuillez attendre que je vous donne nommément la parole avant de parler. Les participants par vidéoconférence doivent cliquer sur l'icône du microphone pour activer leur micro et passer en sourdine quand ils ne parlent pas.

Pour ce qui est de l'interprétation, ceux qui sont sur Zoom ont le choix entre l'anglais et le français au bas de l'écran. Les personnes présentes dans la salle peuvent utiliser l'oreillette et sélectionner le canal désiré.

Je vous rappelle que tous les commentaires doivent être adressés à la présidence, c'est-à-dire à moi. De plus, les captures d'écran et les photos d'écran ne sont pas autorisées.

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.

Conformément à l'ordre de renvoi du mercredi 8 février 2023, le Comité reprend son étude du projet de loi C-293, Loi concernant la prévention des pandémies et la préparation aux situations d'urgence.

Bienvenue à notre groupe de témoins. Nous accueillons, à titre personnel et par vidéoconférence, la Dre Lisa Barrett, médecin-chercheuse, et Patrick Taillon, professeur et directeur associé du Centre for Constitutional and Administrative Law Studies, Faculté de droit, Université Laval. Au nom de l'Association médicale canadienne, nous accueillons, par vidéoconférence, la Dre Kathleen Ross qui en est la présidente et, de Protection mondiale des animaux, nous entendrons Melissa Matlow, directrice de campagne, ainsi que Michèle Hamers, gestionnaire de la campagne sur la faune.

Merci d'avoir pris le temps de venir témoigner aujourd'hui. Vous disposerez chacune et chacun de cinq minutes pour faire votre déclaration liminaire. Nous commencerons par la Dre Barrett, poursuivrons par M. Taillon et conclurons par la Dre Ross.

Madame Matlow, pouvez-vous préciser si vous allez utiliser la totalité des cinq minutes? Bien.

Je vous le rappellerai quand il vous restera une minute. Nous allons essayer de respecter notre horaire ce soir.

Sur ce, je vous remercie pour votre présence et vous invite à ouvrir le bal.

Nous allons commencer par la Dre Barrett.

Merci.

Dre Lisa Barrett (médecin chercheuse, à titre personnel): Bonsoir. Je vous remercie, monsieur le président, ainsi que les membres du Comité, de m'avoir invitée à prendre la parole ce soir, et je vous remercie tous de siéger aussi tard. Certes, ici, il n'est pas aussi tard.

Je suis donc spécialiste des maladies infectieuses et clinicienne-chercheuse en immunologie virale. Je travaille aussi à la mise en œuvre de systèmes de santé liés aux maladies infectieuses. C'est d'ailleurs principalement mon travail lors de la dernière pandémie qui me vaut d'être ici. J'ai œuvré aux niveaux municipal, provincial et fédéral dans le déploiement des tests et dans la création de moyens novateurs pour dépister les maladies infectieuses, en particulier la COVID-19. J'ai participé et je continue de participer à l'élaboration de traitements contre la COVID-19 et à la prestation de différents modèles de prestation en Nouvelle-Écosse et dans d'autres provinces.

Voilà ce sur quoi j'ai fondé mon point de vue sur la pandémie ainsi que sur tous les a priori et toutes les grandes connaissances acquises.

Après une analyse du projet de loi tel qu'il se présente, je diviserai mes observations en trois parties, soit la préparation à une pandémie, les mesures actuelles et ce que nous pourrions faire de mieux en cas de nouvelle pandémie, après quoi, je vous toucherai un mot de l'après-pandémie.

Commençons par ce qui précède une pandémie et par sa prévisibilité. Je trouve qu'un des éléments importants du projet de loi est la notion d'« une seule santé » et la reconnaissance que les humains, bien que nombreux, ne représentent qu'une petite partie du vivant de la planète, et pas la partie la plus importante quand il s'agit de prévoir les pandémies et les maladies pandémiques. Reconnaisant que d'autres facteurs peuvent causer des pandémies et d'autres menaces, y compris la résistance aux antimicrobiens, les pandémies sont souvent causées par des virus qui se propagent dans l'air.

Il faut que nous reconnaissions davantage le fait que la santé animale et la santé humaine sont imbriquées. Nous faisons partie du règne animal et nous ne pouvons pas penser autrement. Le projet de loi dit qu'il faudrait tenir compte de cette réalité, mais je dirais que nous avons échoué sur ce plan — pas seulement au Canada, mais partout dans le monde — et que nous devrions y penser sérieusement à l'avenir.

Pour ce qui est des virus et des pandémies, il est important de noter le lien qui existe entre les agents pathogènes potentiellement pandémiques — disons trois fois plus rapidement — et l'air, y compris l'air pur de divers types. Depuis longtemps, les pneumologues nous disent que nous devons vivre dans des espaces intérieurs propres. Ainsi, compte tenu de la densité de population actuelle — pas seulement dans les régions urbaines, mais aussi, de nos jours, dans les régions rurales — et du temps que nous passons à l'intérieur, nous devons articuler nos modes en fonction de la pureté de l'air et d'un ensemble de normes à mettre en place à cet égard.

Bien que, d'un point de vue médical, ce sujet ne semble pas avoir de rapport avec les infections, il se trouve qu'il est étroitement lié à l'atténuation de la propagation dans tout pays froid très peuplé.

Je dois dire que nous aurions pu mieux faire avant et pendant la dernière pandémie pour essayer de comprendre les tendances, les maladies pathogènes et la pathogénèse. En situation de pandémie, et dans notre compréhension des virus respiratoires, il semble que nous restions souvent accrochés à ce qui était habituel, normal auparavant. À l'évidence, nous ne comprenons pas très bien la situation, et je pense que nous devons particulièrement veiller à faire ressortir cet aspect dans tout projet de loi à venir.

Je parle des recherches sur les virus en vue de mieux les comprendre et de l'adoption de normes strictes pour encadrer les études sur les vaccins après leur mise en marché. Il y a beaucoup de choses que nous ne comprenons pas au sujet de la variabilité de la réponse humaine. Certaines personnes réagissent bien et d'autres pas, et nous devons vraiment tenir responsables les laboratoires et leurs commerciaux la mise en marché des vaccins, faute de quoi nous n'avancerons que très lentement.

Je vais garder le reste de mes commentaires pour plus tard.

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

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, docteur Barrett. C'est apprécié.

Monsieur Taillon, vous avez la parole pour cinq minutes.

● (1940)

[Français]

M. Patrick Taillon (professeur et codirecteur du Centre d'études en droit administratif et constitutionnel, Faculté de droit, Université Laval, à titre personnel): Merci, monsieur le président.

Je voudrais d'abord remercier les membres du Comité de cette invitation à témoigner à propos du projet de loi C-293.

Sans détour, je voudrais vous faire part de trois critiques à l'encontre du projet de loi.

Premièrement, il s'agit d'un projet de loi inutile à bien des égards; deuxièmement, il nous détourne du véritable problème; et troisièmement, il heurte le principe du fédéralisme et la compétence des provinces dans le domaine de la santé.

Tout d'abord, il est inutile, dans une certaine mesure, parce qu'il vise à organiser une bureaucratie préventive. Les membres du Cabinet, de même que les hauts fonctionnaires de l'État fédéral, ont déjà toute la latitude pour évaluer, prévoir et anticiper la prochaine crise. C'est déjà leur rôle de le faire. Ils n'ont pas besoin d'une loi pour le faire. Cela fait déjà partie de leur description de tâche.

Ensuite, c'est un projet de loi qui nous détourne du véritable problème, qui est la nécessité de faire un bilan de l'action du fédéral durant la dernière pandémie. Il cherche à anticiper la prochaine crise sur tous les plans, notamment ceux qui ne relèvent pas de la compétence fédérale, plutôt que de se concentrer sur les questions importantes. Pourquoi le fédéral a-t-il été si lent à assumer ses responsabilités durant la crise de la COVID-19? Pourquoi a-t-il été si lent à gérer les contrôles aux frontières, qui relèvent de sa responsabilité? Pourquoi la quarantaine aux frontières a-t-elle été si lente à établir? Pourquoi a-t-il fallu que des villes comme Montréal essaient de pallier la carence de l'administration fédérale? Pourquoi les provinces maritimes ont-elles été obligées de créer des frontières à l'intérieur du Canada pour compenser l'inaction du fédéral? Pourquoi la lenteur à établir des règles et des procédures pour gérer la crise a-t-elle été accompagnée d'un retard pour retirer les mesures à la fin de la crise? Pourquoi le fédéral a-t-il toujours été deux ou trois temps en retard?

Cette ambition de tout coordonner qui est présente dans le projet de loi est très malsaine. Elle fait diversion. Elle prive le gouvernement fédéral et son administration d'un examen critique de sa propre action. Surtout, le projet de loi heurte le fédéralisme et la compétence de droit commun des provinces en matière de santé. Il est la manifestation d'une intention centralisatrice, de l'idée que tout serait mieux géré si tout était coordonné d'en haut. On voit très bien cette ambition uniformisante. Elle ressort, par exemple, à l'alinéa 4(2)c), où on dit qu'il faut veiller, avec les gouvernements provinciaux, à « harmoniser les approches et à résoudre toute question de compétence ».

« Harmoniser », cela veut dire faire tous la même chose, c'est un euphémisme pour dire qu'on cherche en vérité à tout uniformiser. « Uniformiser », c'est se priver de l'apport d'initiatives proches du terrain et de cette liberté et de cette autonomie qui font qu'à l'intérieur de la fédération, certaines provinces ont fait des bons coups, et elles ont pu ensuite être imitées par les autres. Si on centralise et uniformise tout, cela veut dire que, lors de la prochaine crise, les erreurs qu'on fera en haut seront faites uniformément dans tout le Canada. C'est le contraire de l'esprit d'autonomie et de liberté que suppose le fédéralisme.

Toujours au même article, il est question de « la collecte et la mise en commun des données ». Encore une fois, on a là un euphémisme pour parler d'une forme de reddition de comptes où on exige des provinces qu'elles fournissent des informations dans des domaines où elles sont pourtant pleinement autonomes.

En terminant, je dirai qu'il ne faut pas être naïf. Si le travail de prévention et de coordination proposé dans le projet de loi n'est pas vraiment décisionnel, auquel cas on n'a pas vraiment besoin d'un projet de loi puisque l'administration a déjà toute la liberté de faire le travail de réflexion et de coordination nécessaire. Si, à l'inverse, on cherche vraiment à déléguer de nouveaux pouvoirs à l'administration afin de coordonner et d'harmoniser des choses avec les provinces, cela signifie qu'on cherche en vérité à dénaturer le fédéralisme canadien, c'est-à-dire un fédéralisme où l'essentiel de la responsabilité en matière de santé est de la compétence des provinces.

Je vous remercie.

• (1945)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Taillon.

[Traduction]

Nous allons maintenant entendre Mme Matlow, pour cinq minutes.

Vous avez la parole, madame.

Mme Melissa Matlow (directrice de campagne, Protection mondiale des animaux): Je remercie le président et les membres du Comité de m'avoir invitée à témoigner dans le cadre de son étude sur le projet de loi C-293.

Je suis directrice de campagne à Protection mondiale des animaux, un organisme de bienfaisance international de protection des animaux qui a des bureaux dans 12 pays.

Nous menons beaucoup de recherches sur les corrélations entre la santé et le bien-être des animaux, la durabilité de l'environnement et la santé humaine. Nos recherches nous permettent d'éclairer les recommandations politiques que nous formulons. Ces intersections sont vraiment la raison d'être de la vision « une seule santé ».

Nous bénéficions d'un statut consultatif général auprès de l'ONU, et nous entretenons une relation de travail formelle avec l'Organisation mondiale de la santé animale et nous sommes membres du Conseil national pour les soins aux animaux d'élevage.

Je suis accompagnée de Michèle Hamers, responsable de notre campagne sur les espèces sauvages. Elle détient une maîtrise en biologie et bien-être animal et a cosigné le premier article publié sur les importations d'espèces sauvages terrestres au Canada, les risques de maladies possibles et l'absence de collecte de données et de suivi.

Vous vous demandez peut-être pourquoi un groupe de défense du bien-être animal a voulu témoigner à propos de ce projet de loi. Il faut savoir que 75 % des maladies infectieuses nouvelles ou émergentes de la dernière décennie provenaient d'animaux, principalement de la faune. Les mauvais traitements que nous infligeons aux animaux et à la nature augmentent la fréquence et la gravité des maladies et nous ne sommes pas les seuls à le dire. Il en a été question dans de nombreux rapports des Nations unies, comme le rapport du Programme des Nations unies pour l'environnement sur les pandémies ou le rapport de l'IPBES sur les pandémies, relativement au Mpx, à l'Ebola, au SRAS, syndrome respiratoire du Moyen-Orient, au virus du Nil occidental, au Nipah, au Zika, à la COVID-19.

Il est largement reconnu que les marchés d'animaux sauvages ont joué un rôle important dans la COVID-19, qu'ils aient été à l'origine du virus ou qu'ils l'aient amplifié. Ces marchés abritent généralement une grande variété d'espèces animales sauvages qui ne se croiseraient normalement pas dans la nature. On les maintient dans des conditions de promiscuité et d'insalubrité stressantes. Quand les animaux sont stressés, ils deviennent plus vulnérables aux infections et donc plus contagieux. C'est pourquoi il s'agit avant tout d'un problème de bien-être animal.

Nous soutenons pleinement ce projet de loi parce qu'il reprend l'approche dite « une seule santé » et qu'il met l'accent sur la prévention. Il identifie les principaux facteurs de pandémie et exige du gouvernement qu'il s'attaque à ces facteurs afin d'atténuer les risques.

La prévention est souvent considérée comme un renforcement de la surveillance et du contrôle, mais la surveillance ne permet pas de détecter les animaux asymptomatiques porteurs d'une maladie ni d'empêcher la mutation et l'émergence d'un agent pathogène. Les scientifiques nous ont prévenus: nous entrons dans une ère de pandémies. Si nous voulons vraiment inverser le cours des choses, la prévention doit inclure des mesures préalables à l'apparition de la maladie afin d'empêcher sa propagation à la jonction de l'homme, de l'animal et de l'environnement.

Pour citer le rapport sur les pandémies de la Plateforme intergouvernementale scientifique et politique sur la biodiversité et les services écosystémiques, soit l'IPBES: « Sans stratégies préventives, les pandémies apparaîtront plus souvent, se propageront plus rapidement, tueront plus de personnes et affecteront l'économie mondiale avec un impact plus dévastateur que jamais auparavant. »

S'attaquer aux causes profondes de la propagation des agents pathogènes ne représente qu'une fraction du coût de la réponse à une pandémie. Une étude a montré que freiner la déforestation et réglementer le commerce des espèces sauvages ne coûterait que 2 % du coût économique engendré par la lutte contre la pandémie de COVID-19.

Il est également essentiel que ce projet de loi mentionne des facteurs de pandémie bien connus et déjà identifiés par la littérature scientifique, des autorités crédibles et des accords mondiaux que le Canada s'est engagé à respecter.

Ces facteurs englobent le commerce illégal et sous-réglementé d'espèces sauvages, les marchés d'animaux vivants, l'agriculture intensive et les changements d'affectation des sols. Ils sont repris dans des rapports du Programme des Nations unies pour l'environnement et de l'IPBES auxquels vous avez, je crois, accès.

Le projet actuel d'instrument international de lutte contre les pandémies de l'Organisation mondiale de la santé mentionne également la nécessité de s'attaquer aux facteurs de propagation des maladies, notamment les changements climatiques, la modification de l'affectation des terres, le commerce des espèces sauvages, la désertification et la résistance aux antimicrobiens. Le projet de loi C-293 aiderait le Canada à remplir ses obligations dans le cadre de ce nouvel accord mondial.

• (1950)

L'OMS qualifie l'augmentation de la résistance aux antimicrobiens de pandémie silencieuse et d'un des plus grands problèmes de santé publique du XX^e siècle. Cette problématique est liée au bien-être des animaux, car les trois quarts de tous les antibiotiques utilisés au Canada et dans le monde sont administrés à des animaux d'élevage. Pendant des décennies, des antibiotiques préventifs ont été administrés à l'échelle industrielle à des troupeaux entiers en l'absence de signes cliniques de maladie, cela pour empêcher les animaux stressés de tomber malades et pour favoriser les méthodes d'élevage intensif.

Merci pour votre temps.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, madame Matlow.

Je suis désolé. Je ne vous ai pas donné le rappel d'une minute, mais des 30 secondes. J'espérais que vous seriez attentive et tout a bien été.

Nous allons maintenant entendre la Dre Ross.

Docteure Ross, vous avez la parole.

Dre Kathleen Ross (présidente, Association médicale canadienne): Je vous remercie, monsieur le président.

Je m'appelle Kathleen Ross. Je me joins à vous depuis les territoires traditionnels des peuples autochtones visés par le Traité n° 7 et de la nation métisse de la région n° 3 de l'Alberta. Nous reconnaissons et respectons les nombreuses Premières Nations, les Métis et les Inuits qui vivent sur ces terres et en prennent soin depuis des générations.

Je suis médecin de famille en Colombie-Britannique. En ma qualité de présidente de l'Association médicale canadienne, je représente les voix des médecins et des étudiants en médecine du pays, ainsi que celles de leurs patients et des personnes qui n'ont pas accès aux soins.

Dans le cadre de son étude du projet de loi C-293, Loi concernant la prévention et la préparation en matière de pandémie, le Comité doit absolument entendre le point de vue des intervenants qui travaillent en première ligne depuis bien avant la pandémie de COVID-19. Déjà aux prises avec un système défaillant, les travailleurs de la santé croulaient sous des arriérés qui ne cessaient de s'accumuler, tout en composant avec les répercussions, plus graves encore, que cela avait sur le système à chaque nouvelle vague. La réponse du Canada à la pandémie de COVID-19 doit guider la planification de nos futures stratégies de préparation et de prévention en cas de pandémie. Il est impératif d'assurer dès maintenant une planification rigoureuse afin de soutenir le personnel de la santé et d'assurer ainsi la sécurité des Canadiens.

L'esprit du projet de loi C-293 est d'améliorer notre préparation en vue de la prochaine pandémie. Nous accueillons favorablement les mesures proposées pour favoriser la collaboration intergouvernementale et nous nous réjouissons de constater que l'accent est mis sur le renforcement de la capacité des services de soins primaires. Les dispositions visant la bonification des conditions de travail des travailleurs essentiels et l'accroissement de la capacité du personnel de la santé à accomplir ses tâches dans un scénario de demande accrue sont prometteuses. La dure réalité, c'est que nous devons d'abord nous efforcer d'alléger les graves répercussions que la pandémie continue d'avoir sur les effectifs du milieu de la santé. Il est urgent de constituer des effectifs sûrs, solides et en santé.

Nos travailleurs de la santé continuent de déployer des efforts héroïques, mais les taux d'épuisement professionnel et de fatigue ont atteint des sommets inégalés. Mes collègues sont démoralisés et envisagent de quitter la profession. Nous espérons que les répercussions pandémiques sur la santé et sur le bien-être des professionnels de la santé seront sérieusement prises en compte dans tout examen et constitueront un élément incontournable de la planification.

Il est primordial de regagner la confiance des travailleurs de la santé et des Canadiens pour nous préparer aux prochaines pandémies. Monsieur le président, la hausse du financement annoncée plus tôt cette année est une bonne nouvelle. Ces fonds doivent être ciblés et investis dans des secteurs qui renforcent vraiment les systèmes de santé. Les médecins canadiens doivent pouvoir travailler là où les besoins sont les plus criants.

À titre d'exemple, en avril 2021, les cas de COVID-19 ont bondi dans le Centre du Canada et de nombreuses collectivités se sont retrouvées à court de ressources. Une équipe de travailleurs de la santé, comprenant notamment des médecins de Terre-Neuve-et-Labrador, a rapidement été formée pour venir en aide aux communautés

en difficulté à l'autre bout du pays. Ce déploiement a nécessité la levée rapide et temporaire des restrictions provinciales relatives aux permis d'exercice. Les médecins ont pu ainsi obtenir un permis de l'Ontario en moins d'une semaine.

Examinons le potentiel de ce modèle. Un système pancanadien d'octroi de permis d'exercice permettrait d'alléger la pression sur les effectifs médicaux, de traiter des patients vivant dans des collectivités rurales et éloignées, de fournir des soins en ligne hors des limites provinciales et territoriales et d'accélérer l'accès aux soins. Ces mesures sont indispensables si nous voulons être prêts à faire face aux futures pandémies. Ce système peut être déployé à la grandeur du pays, conformément à l'engagement pris par les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé la semaine dernière à l'Île-du-Prince-Édouard. Le moment est venu de remplir notre promesse en facilitant l'accès aux médecins de famille et aux soins primaires. Pour accroître l'accès aux soins et freiner la propagation de futures maladies, nous devons absolument renforcer les soins collaboratifs et interprofessionnels.

Les médecins sont dépassés par un fardeau administratif superflu, par le manque d'interopérabilité, par l'obligation de remplir des formulaires de tiers et du gouvernement fédéral et par la gestion de volumes élevés de données, souvent incomplètes. Les tâches administratives accaparent un total de 18,5 millions d'heures par année. Ces heures pourraient être consacrées à l'amélioration des soins aux patients et au bien-être des médecins eux-mêmes. Nous ne pouvons nous permettre de perdre tout ce temps en cas de pandémie.

Nous devons établir des plans en fonction des circonstances avec lesquelles nos travailleurs de la santé risquent de devoir composer. Nous manquons de données à jour en matière de santé. Nous devons être capables d'exploiter les données pour contribuer à la mise en place d'un plan pancanadien intégré de ressources humaines en santé. Les données sont nécessaires pour comprendre l'ampleur des multiples défis que nous devons relever dans le domaine des soins de santé et pour tracer une voie viable pour l'avenir. Sans un plan directeur transparent et responsable, il est peu probable que nous parvenions à un consensus quant à notre destination.

Monsieur le président, je remercie le Comité de m'avoir consacré du temps aujourd'hui.

Je répondrai volontiers aux questions des députés.

• (1955)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, docteure Ross.

Je remercie également tous les autres témoins.

De toute évidence, mon système fonctionne très bien et je tiens à en informer les députés ici présents. Je suis dans les temps. C'est très bien jusqu'à maintenant.

Merci à tous.

Nous allons maintenant passer aux questions, en commençant par M. Doherty.

Monsieur Doherty, vous avez six minutes à votre disposition.

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

Je remercie également nos témoins d'être ici aujourd'hui.

Monsieur le président, à l'instar de tous les membres de ce comité, j'ai reçu une lettre signée par 17 réputés médecins spécialisés dans le traitement des dépendances au Canada.

Je sais que la greffière est également en possession de la motion déposée lundi. Avec votre permission, monsieur le président, j'aimerais présenter cette motion maintenant:

Compte tenu de la récente lettre adressée à la ministre de la Santé mentale et des Dépendances dans laquelle 17 médecins canadiens expérimentés qui se spécialisent dans le traitement médical de la toxicomanie demandent au gouvernement de mettre fin au financement des injections d'hydromorphone pour les personnes toxicomanes, que le Comité reconnaisse: a) la hausse importante des méfaits et des décès liés aux opioïdes, b) que les politiques actuelles du gouvernement ne fonctionnent pas, c) que ce que le gouvernement appelle sa « stratégie d'approvisionnement plus sécuritaire » est un échec qui aggrave la crise des opioïdes; que le Comité demande la fin immédiate du financement de la « stratégie d'approvisionnement plus sécuritaire »; et que le Comité fasse rapport de cette motion à la Chambre.

Monsieur le président, j'ai abondamment parlé en public de la lutte que mène notre famille contre les dépendances et de la situation de mon frère qui vit dans la rue. Nous nous sommes battus pour le sortir de la rue. J'ai connu les affres du mal pour rembourser ses dettes, pour le sauver, pour sauver une personne que nous aimons.

Nous l'avons déjà secouru en pleine nuit quand des membres d'un gang menaçaient de le balancer d'un pont s'il ne payait pas sa dette.

Il y a deux ans, il a été atteint de deux balles à cause d'une transaction de drogue qui a mal tourné. Quelques jours plus tard, malgré toutes ses bonnes intentions, il était de retour dans la rue, incapable de résister à l'appel de la drogue, avec les balles toujours présentes dans son corps, avec ses blessures et des tubes qui lui sortaient du corps.

Monsieur le président, c'est un exemple de la force d'attraction de ces drogues.

Je dis à mes collègues d'en face que nous devons faire mieux.

Je deviens émotif quand je parle de cela. En 2016, il y a eu 806 décès liés aux opioïdes en Colombie-Britannique. En 2022, il y en a eu 2 410. Dans ma province, les surdoses sont la principale cause de décès chez les jeunes de 10 à 18 ans, devant les accidents.

Nous devons faire mieux.

Dans ma province, certaines entreprises achètent des drogues illicites sur le marché noir pour les revendre ou les distribuer dans la rue. Comment en sommes-nous arrivés au point de laisser des entreprises perpétuer la dépendance de quelqu'un, sans pouvoir diriger cette personne vers un lit pour qu'elle se fasse traiter?

Si mes collègues d'en face ne me croient pas, ils doivent croire les 17 grands spécialistes de notre pays qui ont écrit cette lettre dont voici la traduction:

Nous sommes un groupe de médecins canadiens expérimentés et spécialisés dans le traitement des dépendances et nous exhortons le gouvernement à s'assurer que toute l'hydromorphone prescrite aux toxicomanes est administrée sous supervision ou à cesser de financer cette pratique néfaste.

- (2000)

Le fait de qualifier « d'approvisionnement sécuritaire » ou « d'approvisionnement plus sécuritaire » la fourniture gratuite et sans supervision d'hydromorphone financée par le gouvernement ne rend pas cette pratique sécuritaire. Ce n'est pas sécuritaire.

L'hydromorphone est un puissant opioïde, environ quatre fois plus puissant que la morphine lorsqu'elle est prise par voie orale, et sept fois plus, lorsqu'elle est

injectée. L'hydromorphone et d'autres médicaments sont souvent prescrits pour garantir un approvisionnement soi-disant sécuritaire, à des doses 7 à 10 fois supérieures aux équivalents de morphine recommandés par jour et présentent des sérieux risques, pour les patients et leurs collectivités, en raison de son usage à des fins détournées.

La fourniture gratuite et sans supervision d'hydromorphone financée par le gouvernement à des toxicomanes est encore plus dommageable pour nos collectivités, puisqu'elle augmente la quantité totale d'opioïdes circulant dans les rues et met des quantités quasi illimitées à la disposition de personnes vulnérables aux prises avec une dépendance. À cause de cette pratique, nous constatons l'arrivée de nouveaux patients aux prises avec une dépendance aux opioïdes, ainsi qu'un nombre accru de surdoses et de décès évitables.

Voici ce qu'on peut lire dans la monographie du Dilaudid (hydromorphone) de la FDA:

« Usage abusif et détournement d'opioïdes. L'hydromorphone est un opioïde agoniste de type morphine. Ces médicaments sont recherchés par les toxicomanes et les personnes ayant des troubles de toxicomanie et peuvent faire l'objet d'un détournement illégal. Le Dilaudid peut être utilisé de manière abusive comme d'autres opioïdes agonistes, qu'ils soient permis ou illicites. Cela doit être pris en compte au moment de la prescription ou de l'administration de Dilaudid chaque fois que le médecin ou le pharmacien craint un risque accru d'usage abusif ou à des fins détournées... Il y a eu des signalements d'usage abusif de Dilaudid, qui a été broyé, mastiqué, renflé ou dissous aux fins d'injection. Ces pratiques présentent un risque élevé pour le toxicomane et peuvent entraîner une surdose ou la mort. »

La fourniture gratuite et sans supervision d'hydromorphone financée par le gouvernement constitue une source importante de revenus pour les toxicomanes qui écoulent sur le marché noir les comprimés d'hydromorphone qui leur ont été prescrits. Les preuves sont abondantes. L'argent provenant de cet usage détourné sert généralement à acheter des opioïdes plus puissants, notamment du fentanyl. Tout en comprenant la volonté de réduire au minimum la morbidité et la mortalité liées à la consommation illicite de fentanyl, nous pensons que la prescription excessive et illimitée d'opioïdes ne fait qu'exacerber la dépendance aux opioïdes au sein des collectivités.

L'administration gratuite et sans supervision d'hydromorphone financée par le gouvernement à des personnes dépendantes aux opioïdes s'est répandue en grande partie parce que le gouvernement finance et soutient cette pratique. Cette pratique dangereuse est malheureusement devenue un enjeu politique tant au sein du gouvernement qu'au sein de la profession médicale, ce qui porte préjudice à la population et aux personnes dépendantes aux opioïdes.

Les risques posés par l'administration gratuite et sans supervision d'hydromorphone financée par le gouvernement sont les suivants:

1. Les toxicomanes préfèrent généralement l'hydromorphone injectable. Les personnes qui s'injectent de l'hydromorphone courent des risques aussi élevés d'infection que tous les consommateurs de substances injectées par voie intraveineuse, comme l'hépatite C, le VIH, la cellulite, l'endocardite bactérienne, l'hypoventilation, la surdose et la mort.

2. La consommation d'une forte quantité d'hydromorphone fournie gratuitement risque d'exacerber la dépendance et de retarder l'accès à d'autres méthodes de traitement dont l'efficacité a été prouvée.

3. Le détournement de comprimés d'hydromorphone sous ordonnance vers le marché noir est le principal problème posé par la fourniture gratuite et sans supervision d'hydromorphone par le gouvernement. Les comprimés d'hydromorphone sont vendus et l'argent sert à acquérir plus de fentanyl. Paradoxalement, la fourniture gratuite et sans supervision d'hydromorphone par le gouvernement facilite l'accès au fentanyl de rue pour les toxicomanes et accroît également la disponibilité de l'hydromorphone dans la rue, ce qui fait bondir le nombre de personnes dépendantes aux opioïdes.

Nous nous attendons à ce que l'usage détourné d'hydromorphone, qui est en train de se généraliser grâce à ces programmes, donne des résultats similaires à ceux que nous avons connus avec l'épidémie d'OxyContin. Nous avons alors constaté que la fourniture de fortes quantités de puissants opioïdes au sein des collectivités a exacerbé la dépendance chez les personnes malades et, surtout, multiplié les cas de dépendance aux opioïdes.

Monsieur le président, je vois mon collègue libéral rire pendant que j'essaie péniblement de lire cette lettre. Peut-être que M. Fisher n'a pas de proches aux prises avec des dépendances. Il ne s'est peut-être jamais entretenu avec les parents de personnes emportées par une surdose.

• (2005)

Je poursuis. La dernière citation de cette lettre est la suivante:

L'expression « approvisionnement sécuritaire » n'est qu'un beau slogan de marketing. En réalité, ces drogues n'ont rien de sécuritaire. Il est dangereux de donner à des toxicomanes dépendants des opioïdes un accès gratuit presque illimité à des opioïdes. Il est néfaste pour nos collectivités que l'on puisse se procurer des opioïdes bon marché de qualité pharmaceutique en abondance dans les rues. Nous demandons au gouvernement de veiller à ce que toute l'hydromorphone prescrite aux toxicomanes dépendants des opioïdes soit fournie sous supervision, ou alors que l'on cesse de financer cette pratique nuisible. Cessons de permettre le détournement d'hydromorphone, qui crée de nouveaux toxicomanes dans toutes les classes de nos écoles secondaires.

Monsieur le président, j'ai lu cela, et c'est évidemment une situation très... Le Canada fait face à une crise des opioïdes. Dans son propre site Web, Canada.ca, sous la rubrique *Faire face à la crise de surdose d'opioïdes au Canada*, le gouvernement affirme que « le Canada fait face à une crise nationale de surdose d'opioïdes qui continue d'avoir des effets dévastateurs sur les communautés et les familles ». Pourtant, nous versons l'argent des contribuables à des organismes qui achètent des drogues illicites, des drogues vendues sur le marché noir, pour les revendre en abondance dans les rues de nos collectivités.

Nous nous sentons impuissants devant cela. Il faut absolument que quelqu'un prenne la situation en main.

Cela vous faisait rire, mais vous ne riez plus maintenant...

M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

M. Todd Doherty: Mais vous avez ri tout à l'heure, monsieur Fisher. Vous avez ri en interpellant quelqu'un de l'autre côté de la salle.

M. Darren Fisher: Monsieur le président, ce commentaire entache ma réputation...

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Excusez-moi. Avant que la situation ne se détériore, je tiens à vous rappeler que le président doit nous donner la parole.

Je vous serais très reconnaissant, monsieur Fisher, si vous vouliez respecter ces règles. Je sais que vous êtes nouveau à notre comité, mais avant que vous ne commenciez à parler, n'oubliez pas que votre collègue a la parole. Quand je vous donnerai la parole, ce sera votre tour.

Le Président a été très clair au sujet du décorum aujourd'hui. Si votre argument est pertinent, c'est parfait. Sinon, nous allons poursuivre.

M. Darren Fisher: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Oui, à vous la parole, monsieur Fisher.

M. Darren Fisher: Merci, monsieur le président. Je vous fais toutes mes excuses.

Je ne rirais jamais face à un sujet aussi grave. Je regardais les témoins. Je leur ai souri en leur disant que j'étais désolé pour eux. Voilà ce que j'ai fait, monsieur le président.

Merci beaucoup.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Très bien. Merci d'avoir précisé cela, monsieur Fisher.

Je vais répéter cela moi aussi. Je m'excuse auprès des témoins. De toute évidence, il s'agit de travaux du Comité qui n'ont rien à

voir avec le projet de loi C-293. Je ne sais pas combien de temps nous allons y consacrer. Je demanderais à mes distingués collègues d'envisager de libérer les témoins. Cette discussion risque de s'éterniser.

Je m'en remets à la volonté du Comité, mais je vous dirai, mesdames et messieurs, que si vous souhaitez libérer les témoins et leur présenter des excuses, je serai tout à fait disposé à le faire. Je m'en remets à la volonté du Comité.

M. Todd Doherty: J'ai encore la parole.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Monsieur Doherty, vous avez la parole.

M. Todd Doherty: Je m'excuse auprès de M. Fisher. Je l'ai vu regarder de l'autre côté de la Chambre et dire « Bonjour Dan » d'un air moqueur. J'ai eu l'impression qu'il se moquait, mais je pourrais me tromper. Peut-être saluait-il simplement notre collègue du NPD.

Vous savez, les membres de ma famille s'attendent chaque jour à recevoir un appel nous annonçant que mon frère n'est plus, qu'il a pris sa dernière dose...

Permettez-moi de retourner en 2008. Je chargeais mes bagages dans mon auto pour aller donner une conférence à l'étranger, et ma femme est apparue à la porte de notre maison, en larmes, parce qu'elle venait d'apprendre que son frère avait été trouvé mort d'une surdose. Il n'était pas toxicomane. Il ne consommait pas de drogues. Il se trouvait simplement au mauvais endroit au mauvais moment. Quelqu'un lui avait offert quelque chose qui contenait du fentanyl. Cette personne a ensuite effacé toutes les données de son cellulaire pour que l'on ne sache pas de qui il s'agissait. Nous ne le savons toujours pas.

Pardonnez-moi d'avoir présenté cette motion bouleversante, mais elle me touche profondément. Comme je suis ministre du cabinet fantôme responsable de la santé mentale et de la prévention du suicide, de nombreuses familles me demandent d'agir. Je ne sais pas quelle solution apporter à cela, mais à mon avis, l'argent des contribuables ne devrait pas servir à financer ces médicaments. Nous devrions faire tout notre possible pour que ces toxicomanes soient admis dans un établissement pour se rétablir. Il est toujours possible de se rétablir. Perpétuer la toxicomanie...

En Colombie-Britannique, je crois que le temps d'attente est de 18 à 24 mois. Une mère est venue me voir pour me demander pourquoi son fils peut se procurer des drogues, alors qu'elle-même ne peut pas lui trouver un endroit où le faire traiter? Si elle était riche, elle pourrait le placer, mais bon nombre de ces personnes viennent de familles qui n'ont pas les moyens de payer le traitement. Dans 18 à 24 mois, si son fils est encore vivant...

Nous savons ce que font ces gens. Ils acceptent ces médicaments et ils les revendent pour pouvoir acheter... Souvent, ils les vendent à des étudiants afin d'acheter une dose plus élevée de fentanyl. Il faut que nous fassions quelque chose.

Je m'excuse auprès des témoins, mais après avoir lu cette lettre, je me suis senti obligé d'en parler. J'ai pris la parole à la Chambre à maintes reprises à ce sujet. Ce gouvernement, mon gouvernement provincial et nous, dans notre rôle de dirigeants, nous manquons à notre devoir envers les Canadiens à cet égard. Il faut faire mieux.

Je cède la parole à l'intervenant suivant. Merci.

• (2010)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Doherty.

J'ai une liste d'intervenants. M. Kitchen, M. Majumdar, M. Fisher, M. Davies, M. Powlowski et M. Thériault.

Monsieur Kitchen, vous avez la parole.

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): Merci, monsieur le président et merci à mon collègue.

• (2015)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Oui, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): J'aimerais faire un rappel au Règlement, monsieur le président.

Je vois la liste des intervenants qui ont demandé la parole. En ce moment, nos témoins assistent à ce débat ou à cette discussion alors que nous les avons invités pour autre chose.

J'aimerais détendre l'atmosphère en disant que je ne pensais pas, monsieur Taillon, que votre premier argument, selon lequel ce projet de loi est inutile, allait être convaincant à ce point.

Cela étant dit, j'aimerais qu'on libère les témoins.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Thériault.

[Traduction]

Comme je l'ai déjà dit, je suis au service du Comité. Je n'ai pas le pouvoir de le faire moi-même, mais si les membres du Comité décident de le faire, j'en serai très heureux.

Nous aurons peut-être un consensus. Le Comité souhaite-t-il que nous libérions les témoins?

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Monsieur le président, j'aimerais poser la question suivante afin de voter en connaissance de cause.

Est-ce que M. Doherty et les conservateurs ont l'intention de débattre de cet enjeu pendant toute la réunion? Si c'est le cas, nous devrions laisser partir les témoins.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Je vous remercie pour votre intérêt, monsieur Davies. Je ne pense pas que nous puissions procéder de cette façon.

Ma question s'adresse donc au Comité. À mon avis, la proposition de M. Thériault est tout à fait valable.

Le Comité souhaite-t-il libérer les témoins? Sinon, nous allons poursuivre avec la liste des intervenants.

Nous allons suspendre la séance pendant deux minutes.

• (2015)

(Pause)

• (2020)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Nous reprenons nos travaux.

Le Comité a été chargé de déterminer s'il souhaite libérer les témoins ou non.

Comme je l'ai dit, je m'en remets à la volonté du Comité. Il semble que les députés conservateurs soient prêts à renvoyer les témoins.

M. Thériault hésite encore.

Les députés libéraux...?

Monsieur Fisher.

M. Darren Fisher: Merci, monsieur le président.

Serait-il possible de garder les témoins pendant une heure, de tenir une bonne conversation avec eux pendant cette heure, de leur poser des questions et de reprendre ensuite notre débat pendant les 30 dernières minutes de la réunion?

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Ce n'est pas une façon de faire habituelle. Le Comité est maintenant saisi de cette motion, alors je vais reposer ma question.

Devrions-nous libérer les témoins ou non? Est-ce la volonté du Comité?

Des députés: Non.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Bon, très bien. Je vous remercie.

Monsieur Kitchen, vous avez la parole.

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur le président.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, je comprends tout à fait les sentiments de mon collègue. Je sais à quel point ce sujet est important pour lui et sa famille, et j'ai constaté les répercussions terribles qu'il a eues sur sa vie. C'est un excellent exemple. La motion qu'il a présentée porte sur cet aspect de la situation, et nous devrions la régler le plus rapidement possible.

Il est vrai que ce problème existe depuis des siècles. Toutefois, en examinant les statistiques... Prenons l'exemple de la Saskatchewan. En 2022, on y a signalé 421 décès liés aux opioïdes. Cette année, en 2023, la province a déjà enregistré près de 200 décès. Ces chiffres alarmants ne font qu'augmenter à cause de ce qui se passe partout au pays.

Ce problème est lié en partie au prix du produit, qui est dorénavant plus facilement accessible. Dans certaines régions du pays, nous avons des refuges pour ce genre de drogues, de sorte que le prix des médicaments a chuté à près de 2 \$ dans bien des cas, ce qui aide encore plus les personnes vulnérables à les consommer.

Regardons un peu les petites collectivités... Ma circonscription, Souris-Moose Mountain, a une superficie de 43 000 kilomètres carrés. Cela dit, en Saskatchewan, 47 petites collectivités, dont la plupart sont situées dans des régions rurales, ont confirmé des surdoses. En fait, dans l'une des petites villes de ma circonscription — et je suis tout à fait au courant des difficultés auxquelles elle a fait face —, nous entendons et constatons avec dégoût certaines des choses qui se passent.

Une de mes électrices m'en a parlé. Elle a dit que les membres de sa collectivité savent où se réunissent les vendeurs de drogues. Ils l'ont dit à la GRC en lui demandant d'intervenir, et la GRC a essentiellement répondu que les agents n'iraient pas à cet endroit, parce que c'est trop dangereux. Cette dame a pris sur elle — et je peux vous le raconter, parce qu'elle m'a donné la permission de vous le dire — d'entrer dans cette maison pour affronter ce qui s'y passait. Elle a vu beaucoup de choses qui lui semblaient tout à fait inappropriées. Elle a affronté des colosses qui portaient toutes sortes d'armes. Elle est allée d'une chambre à l'autre. Elle s'est retrouvée dans une pièce où une jeune fille de 13 ans se faisait violer, dans un endroit infesté de drogues. Elle est entrée dans la pièce et a essayé d'emmener la jeune fille avec elle. Les barons de la drogue qui étaient là l'ont alors confrontée et l'ont essentiellement menacée de mort. Ils lui ont dit de s'en aller si elle tenait à sa vie.

Cela s'est produit dans une petite collectivité de la Saskatchewan. Cela se produit partout au pays, et il est odieux que ces colosses maltraitent des personnes vulnérables de bien des façons.

En Saskatchewan, comme je l'ai dit, 291 personnes sont mortes d'une surdose de drogue non réglementée entre janvier et juin 2023. Les accidents de la route n'ont fait que 87 morts dans cette province. Les accidents de la route causent moins de décès que les surdoses de drogue. C'est scandaleux. Les accidents de la route nous touchent profondément, qu'il s'agisse d'un conducteur qui a les facultés affaiblies ou d'une simple collision frontale. Il est absolument incroyable de voir ce qui se passe un peu partout au Canada.

● (2025)

C'est un facteur important lorsqu'on examine la situation en Saskatchewan, et l'espérance de vie dans notre province a diminué depuis 1999. L'espérance de vie moyenne était de 78,48 ans, et elle a maintenant diminué pour se chiffrer à 76,5 ans pour les hommes en raison des décès causés par des surdoses.

Ces experts attribuent cette diminution au nombre de décès chez les jeunes à la suite d'empoisonnements et de suicides, et au fait qu'il y a eu une augmentation de 300 % des décès liés à la toxicité des drogues depuis 2010. C'est tout simplement incroyable. C'était il y a tout juste 14 ans.

Bon nombre d'entre vous connaissent peut-être mon histoire, mais pas tous. J'ai passé ma vie à voyager partout dans le monde quand j'étais jeune. Mon père était attaché militaire, et nous avons fait la navette entre l'Allemagne et le Pakistan. Nous avons vécu au Pakistan, en Afghanistan et en Iran pendant trois ans.

Je me souviens de mon séjour en Afghanistan. En Afghanistan et au Pakistan, on trouve beaucoup de ces drogues sur l'autoroute de la soie.

La plante de pavot, *papaver somniferum*, est cultivée de façon assez intensive dans tout l'Afghanistan. Si jamais quelqu'un veut venir à mon bureau, il est le bienvenu, et je pourrais lui montrer des photos de ces champs de coquelicots qui remontent à mon adolescence. Quand nous pensons au pavot, nous imaginons une fleur rouge, mais celle-ci revêt de nombreuses couleurs différentes.

Cependant, la réalité, c'est que la plante de pavot produit essentiellement de la morphine, de la codéine, de l'héroïne et de l'oxycodone. Il y a tellement de substances différentes que les gens peuvent fumer, priser ou s'injecter.

Lorsque j'étais adolescent et que je voyageais dans cette partie du monde, j'ai vu les conséquences pour de nombreuses personnes qui utilisaient ce produit. Comme je l'ai dit, mes souvenirs remontent à 1973, mais ces coutumes datent de plusieurs siècles, voire depuis toujours.

Cependant, nous observons maintenant ce phénomène ici au Canada et partout dans le monde, mais ce qui est encore plus important pour nous en tant que parlementaires, c'est l'énorme impact que cela a sur nos familles, nos amis et nos électeurs. Cette substance crée une dépendance, et c'est de cela qu'il s'agit. À première vue, elle a été cultivée — et je parle du point de vue médical — en fonction de sa valeur en tant qu'anesthésique et de ses vertus de soulagement et d'allègement de la douleur.

Au bout du compte, cependant, son utilisation s'est intensifiée, et elle continue de s'intensifier, et les maisons d'hébergement qui s'ouvrent partout au pays ouvrent la porte à une utilisation accrue de ces produits. Mon collègue a parlé de l'incidence sur nous tous. Nous voyons d'importantes répercussions sur nos familles.

Je vous ai parlé plus tôt de ce que la dame de ma communauté a vu et de l'impact que cela a eu sur elle. D'autres électeurs sont venus me voir ou m'ont téléphoné pour me dire que leur fils était devenu toxicomane. Ils ont essayé de prendre des mesures pour le libérer de cette dépendance, mais ce n'est pas facile parce que leur fils a plus de 18 ans. À cause de cela, le fils est essentiellement placé dans un centre où il cesse de consommer pendant deux ou trois jours, puis lorsqu'il en ressort, il retourne dans le même secteur. Il est devenu dépendant, parce qu'il n'y a pas de programmes pour protéger ces gens et les aider à ne pas devenir dépendants de ces produits.

L'impact est énorme. Cette dame qui me parlait de son fils a peur pour sa vie, parce que lorsqu'il sortira de prison — parce que la police l'arrêtera lorsqu'il entrera par effraction pour obtenir de l'argent afin de pouvoir acheter certaines de ces drogues...

● (2030)

Ils le libèrent, et dès qu'il est sorti, elle a peur parce qu'il vient les menacer, elle et son mari, et il vient à la maison et menace de la brûler. Elle doit composer avec toutes ces craintes. C'est vraiment malheureux. En tant que parent, je ne peux pas imaginer comment je réagirais personnellement s'il s'agissait d'un membre de ma famille immédiate, ou même de ma famille, étant donné l'incidence que cela peut avoir.

Je crois que nous devons donner suite le plus rapidement possible à la motion de mon collègue. Il faut s'y attaquer.

Je m'excuse auprès des témoins, mais je pense que c'est tellement urgent que nous devons régler cette question le plus rapidement possible.

J'espère que mes collègues autour de la table comprendront l'urgence de la situation et qu'ils nous appuieront sans réserve en nous permettant d'adopter cette motion et de la mettre de l'avant, afin que nous puissions prendre les mesures qui s'imposent pour régler ce problème le plus rapidement possible.

Sur ce, monsieur le président, je cède la parole.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Kitchen.

Monsieur Majumdar, vous avez la parole.

M. Shuvaloy Majumdar (Calgary Heritage, PCC): Merci, monsieur le président.

J'écoutais...

M. Don Davies: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Je trouve intéressant que vous ayez donné la parole à trois conservateurs de suite. J'ai levé la main très tôt...

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Davies. Ce sont eux qui ont levé la main en premier.

Merci.

Monsieur Majumdar, vous avez la parole.

M. Don Davies: C'est assez ironique.

M. Shuvaloy Majumdar: Je comprends la réticence du NPD à parler de la crise des opioïdes, étant donné qu'il a grandement contribué à la faciliter avec ses politiques d'approvisionnement sécuritaire partout au pays.

En écoutant mon collègue, M. Doherty, parler de l'expérience de sa famille à cet égard, je me disais qu'il y a beaucoup d'entre nous autour de la table qui, depuis un certain temps déjà, se drapent dans leur vertu à l'égard de la crise des opioïdes. Nous sommes le Comité permanent de la santé. Je suis un nouveau venu. J'ose croire que nous devrions nous préoccuper des questions déterminantes auxquelles les Canadiens sont confrontés, en particulier les plus vulnérables.

Avec le recul, le projet de loi d'initiative parlementaire que nous examinons prend pour prétexte un examen des mesures de confinement. Ces mesures, les politiques liées à la COVID-19 et les politiques liées à la pandémie auxquelles nous avons fait face — et les témoins sont ici pour nous en parler — ont eu des répercussions énormes sur la santé mentale des Canadiens. Des milliers de personnes ont perdu leur gagne-pain à cause des terribles politiques de la COVID-19. En réaction, ils se sont tournés vers la drogue.

Le gouvernement fédéral est prêt à offrir une solution avec l'approvisionnement sécuritaire en opioïdes. Cette coalition libérale-néo-démocrate est obsédée par une culture de la mort en vertu de ses politiques d'aide médicale à mourir et d'approvisionnement sûr. Il faut des chefs de file convaincus pour s'attaquer au problème au Comité, au Parlement et partout au pays.

Monsieur Doherty, je vous suis reconnaissant d'avoir eu le courage de présenter cette motion.

J'encourage tous les membres du Comité à y porter une attention particulière.

J'ai quelques réflexions concernant ma province, l'Alberta.

Sept mille Albertains sont morts d'un empoisonnement aux opioïdes entre 2016 et 2022. C'est sept mille personnes. Comme M. Doherty l'a souligné, les chiffres sont probablement plus élevés, mais ce sont les décès qui ont été confirmés. La société civile et le gouvernement de l'Alberta ont été informés par une organisation extraordinaire dirigée par une personne de ma circonscription. Il s'agit de M. Vause. Son modèle axé sur le rétablissement pour les victimes de la crise des opioïdes constitue un véritable tour de

force. C'est une approche holistique pour les patients et leur famille. Le taux de réussite pour les victimes de la dépendance aux opioïdes est de 70 %.

Ce système de soins axé sur le rétablissement en Alberta est un modèle que, dans notre grande fédération, nous pourrions examiner de près et qui pourrait être reproduit partout. Sa capacité est limitée à environ 23 patients et leur famille à la fois. Quand on pense à l'ampleur de ce que je viens de décrire, avec 7 000 personnes qui sont déjà mortes, on ne saurait trop insister sur l'urgence de sa mise à l'échelle. Il faudra un an ou deux pour que des équipes soient déployées partout au pays.

À London, en Ontario, à cause des politiques d'approvisionnement sûr de la coalition libérale-néo-démocrate, le prix de l'hydromorphone est passé de 20 à 2 \$. Ces drogues inondent le marché et tuent des Canadiens. Il nous faut examiner ce problème en tenant compte de toute sa gravité, afin que nous puissions aider nos êtres chers à se défaire de l'emprise de ces drogues.

Monsieur le président, je tiens à remercier M. Doherty d'avoir soulevé ces problèmes et de nous donner l'occasion de réfléchir non seulement à ce que nous voyons à Calgary, mais aussi au tribut que nous avons dû payer en Alberta.

J'encourage les membres du Comité à prendre cette question aussi au sérieux qu'une crise cardiaque et à lui accorder la place qu'elle mérite dans la vie publique au Parlement.

Merci beaucoup.

• (2035)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Majumdar.

Monsieur Fisher, vous avez la parole.

M. Darren Fisher: Merci beaucoup, monsieur le président.

C'est un sujet extrêmement important. En tant que comité, nous sommes chargés d'étudier des projets de loi. Celui dont nous sommes saisis ce soir dans un délai serré est le projet de loi C-293.

La Dre Ross dit qu'il est important d'entendre les gens qui sont sur la ligne de front. La Dre Barrett a déjà dit que la santé sans le savoir n'existe tout simplement pas.

Par respect pour nos témoins, je propose l'ajournement du débat.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Fisher.

Comme nous le savons tous, il s'agit d'une motion dilatoire, ce qui signifie bien sûr que nous ne la débattons pas et que nous voterons immédiatement.

Tous ceux qui sont en faveur de la motion de M. Fisher?

(La motion est adoptée par 7 voix contre 3.)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Nous allons donc ajourner le débat à la demande de M. Fisher. Je dois consulter la greffière pendant 30 secondes, si vous le permettez.

Merci beaucoup, chers collègues.

Madame Sidhu, vous avez la parole.

Excusez-moi, monsieur Doherty, j'ai discuté avec la greffière et je pense que nous en avons déjà convenu avec l'autre président, à savoir que lorsque nous présentons une motion et que c'est le tour d'un député depuis six minutes, peu importe qui a la parole, nous considérons que le temps de parole a été utilisé. Nous allons donc passer à Mme Sidhu, pour six minutes. Merci.

• (2040)

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

Je remercie tous les témoins de leur patience et de leur présence.

Ma première question s'adresse à la Dre Ross.

Docteur Ross, je tiens à souligner l'importance de votre organisation et des connaissances que vous avez acquises pendant la pandémie. Plus tôt ce mois-ci, lors d'une réunion des ministres de la Santé, M. Holland a parlé de l'importance de l'échange des données. Quel est le rôle d'un système de données fiable et accessible pour le système de santé et les patients? Pouvez-vous nous en parler?

Dre Kathleen Ross: Par l'entremise du président, oui, je serais heureuse d'en parler.

Nous avons dû relever plusieurs défis à l'échelle du pays en ce qui concerne les données, et je vais d'abord parler des données concernant nos effectifs de la santé. Nous n'avons pas de base de données nationale normalisée sur les travailleurs de la santé au Canada, qui précise ce qu'ils sont qualifiés pour faire, où ils travaillent et quel est leur domaine d'expertise.

Si nous voulons avoir une stratégie pancanadienne de la main-d'œuvre, nous devons commencer par savoir qui fait quoi, où et quand, et dans quelles circonstances, pour avancer.

La deuxième difficulté concerne le manque d'uniformité dans la collecte de données sur la santé. Nous savons que, dans l'ensemble des administrations au Canada, les données sur la santé sont recueillies sous diverses formes, et c'est pourquoi il est difficile de les échanger. Si nous voulons être prêts pour la prochaine pandémie ou la prochaine crise sanitaire, je pense qu'il nous incombe d'avoir une base de données à laquelle nous pouvons accéder pour savoir qui fait quoi et où au sein de notre effectif, comme je l'ai dit, et de comprendre où sont les lacunes dans notre système et où nous pouvons mettre en œuvre des stratégies pour améliorer les soins de santé.

Si je pouvais revenir en arrière — et je suis désolée, je ne veux pas prendre trop de vos six minutes —, il y a certainement des leçons de santé publique que nous avons tirées de la pandémie de COVID-19, qui ont trait au financement de nos équipes et organisations de santé publique, définir notre sensibilisation croissante à l'importance de nos pratiques, prestations de services et médecins de santé publique.

Il est certainement essentiel, dans la gestion de notre système de soins de santé, que nous accordions la priorité à un investissement durable dans la capacité de dotation, que nous reconnaissions l'épuisement important des travailleurs de la santé publique, que nous nous attaquions à ce problème, que nous investissions dans des systèmes d'information sur la santé publique et que nous les mettions au point. La prise de décisions, la priorisation de l'engagement communautaire, l'amélioration de la promotion de la santé et de la prévention et la modernisation des communications, de la formation et des stratégies exigent toutes une base solide de données et l'échange de données.

Mme Sonia Sidhu: Merci, docteur Ross.

Ma prochaine question s'adresse à la Dre Barrett.

Docteur Barrett, pourriez-vous nous parler des systèmes de détection précoce, comme l'analyse des eaux usées, qui peuvent éclairer les décisions en matière de santé publique en vue de gérer la pandémie actuelle et d'en prévenir d'autres? Que révèle l'analyse des eaux usées?

Docteur Ross ou docteur Barrett, qu'en pensez-vous?

Dre Lisa Barrett: Je peux commencer. La Dre Ross pourra intervenir si elle le souhaite.

À propos de la partie du projet de loi la plus pertinente du point de vue de la détection précoce, il est clair que cette détection s'impose et que nous nous y prenons mal. L'analyse des eaux usées est une technique qui s'est répandue, probablement pour la première fois à l'échelle mondiale, grâce à l'innovation technologique et parce qu'il fallait répondre à un besoin. C'est devenu évident très rapidement. Elle n'a pas été adoptée rapidement et uniformément, je dirais, et nous en sommes toujours au même point.

Il y a aussi un lien avec une partie de l'objet d'un projet de loi comme celui qui est à l'étude, c'est-à-dire qu'il faut retenir les éléments qui peuvent être utiles sans les imposer, mais recueillir les données et permettre à ceux qui veulent les utiliser de le faire. Il y a là deux aspects. D'abord, l'innovation qui trouve rapidement des usages pragmatiques et, ensuite, la normalisation de la collecte de données qui peuvent servir de façon quelque peu variable dans les différentes provinces, dans le respect du fédéralisme et des compétences provinciales. Il y a un troisième élément. À une échelle plus importante, dans un domaine de recherche donné, il faut que les nouveaux acquis soient utilisés et vérifiés de façon pratique, rapide, sans entraves bureaucratiques. Dans le domaine de la préparation aux pandémies, certaines dispositions du projet de loi seraient utiles à cet égard.

• (2045)

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Rapidement, comment pouvons-nous lutter contre la désinformation et la désinformation? Nous savons tous que le vaccin contre la COVID-19 est très efficace. Pouvez-vous nous dire rapidement ce que vous en pensez?

Dre Lisa Barrett: La question s'adresse à moi?

Mme Sonia Sidhu: Oui, docteur Barrett.

Dre Lisa Barrett: C'est une question de confiance, et il s'agit de comprendre qu'il faut être respectueux et conscient à la fois de la prise de décisions par chacun et des messages destinés à l'ensemble de la population. Il faut respecter l'intelligence de chacun. Lorsqu'un effort d'information s'impose, il faut associer la science à la démarche. C'est encore une question de confiance. La dissimulation de l'information et son analyse méticuleuse ne sont guère utiles lorsqu'il y a urgence en matière de santé publique.

Dre Kathleen Ross: Monsieur le président, puis-je ajouter quelque chose...

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, docteur Barrett.

Merci beaucoup, madame Sidhu.

Désolé, docteur Ross. Vous devrez intervenir une autre fois. C'est la fin du tour de Mme Sidhu.

[Français]

Merci beaucoup.

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leur patience et leur présente mes excuses pour cette parenthèse. Ce n'est pas que le sujet n'est pas grave et important, mais je voudrais vous rassurer et vous dire que, lorsque le Comité permanent de la santé reçoit des témoins, il mène habituellement au moins un tour de questions avant de passer à un autre sujet, quand le sujet est important. Nous allons maintenant le faire, mais je voulais tout de même vous présenter mes excuses. Ce n'est pas la façon habituelle de fonctionner du Comité. Je pensais que la motion aurait été déposée après au moins un premier tour de questions.

Je reviens donc à M. Taillon.

J'aimerais retourner un peu en arrière, parce qu'avec le temps, nous avons peut-être un peu perdu l'essence de votre témoignage.

Dans un premier temps, vous avez dit que le projet de loi C-293 était inutile dans la mesure où vous vous demandiez s'il fallait vraiment une loi pour mettre en avant un plan d'action. Par ailleurs, doit-on croire que les autorités actuellement concernées ne sont pas déjà en train d'élaborer un plan et de remédier aux lacunes de la pandémie?

Vous ai-je bien compris à cet égard?

M. Patrick Taillon: Oui.

Si le projet de loi C-293 ne vise qu'à planifier et à réfléchir, je dirais que ce sont déjà des pouvoirs dont dispose amplement la bureaucratie fédérale. Il n'est donc pas nécessaire de légiférer. Tout cela est déjà possible et permis. Sinon, c'est qu'on veut conférer des pouvoirs coercitifs au gouvernement pour forcer des choses, notamment en ce qui a trait à la tout harmonisation avec les provinces, à des tentatives d'uniformiser. Si c'est le cas, je suis d'avis qu'on met ses énergies aux mauvais endroits.

Quand j'entendais, avec égard, la Dre Ross parler d'un registre sur la formation du personnel du domaine de la santé, je me suis dit que l'on touchait alors au domaine de l'éducation, qui est de compétence provinciale. Il est normal qu'à l'échelle fédérale, on n'ait pas cette information, parce qu'elle ne relève pas de la compétence fédérale. Les ordres professionnels, qui déterminent qui peut devenir médecin ou infirmière, relèvent des provinces, tout comme la gestion des hôpitaux.

Le défi, lors de la prochaine crise — ce sera peut-être celle des opioïdes, une crise environnementale ou une autre —, serait que chacun s'occupe correctement de ses responsabilités. Le gouvernement fédéral a connu des lacunes, comme la gestion des frontières pendant la pandémie, qui n'a pas toujours été parfaite. Il y a aussi eu la gestion des approvisionnements en vaccins, qui n'a pas toujours été parfaite non plus.

Il ne faut donc pas que le projet de loi C-293 devienne un prétexte pour éviter de faire le bilan qui s'impose sur la manière dont Ottawa a assumé ses responsabilités. C'est comme si on était à la petite école, avec de bons et de moins bons élèves, et que l'élève le moins bon de la classe voulait enseigner aux autres élèves comment étudier.

Ce n'est pas comme cela que ça se passe. Il faut que chacun fasse ses devoirs de son côté, et le fédéral a des leçons à tirer de la dernière crise dans les domaines de compétence qui sont les siens s'il veut mieux exercer les pouvoirs qui sont les siens sans chercher à prendre le contrôle, à tout coordonner, à harmoniser ce qui ne relève pas de ses responsabilités.

M. Luc Thériault: Dans votre témoignage, quelque chose m'a vraiment frappé. Vous avez dit qu'il y a un danger à cette volonté de tout centraliser, parce que, lorsqu'on fait une erreur, on la fait à tous les niveaux, d'un océan à l'autre et de façon uniforme.

Je pense qu'on a pu s'en sortir relativement bien pendant la pandémie. Les gens ont pu vivre des mesures sanitaires différentes d'un océan à l'autre, justement parce qu'il y avait une capacité et un devoir de coordination, mais l'efficacité réside dans une coordination décentralisée, même au Québec, quant aux mesures sanitaires.

• (2050)

M. Patrick Taillon: Absolument.

M. Luc Thériault: Pendant la pandémie, pour ma part, je siégeais au comité de la santé. Le Québec s'occupait des mesures sanitaires. D'ailleurs, le Québec était le premier à décréter l'état d'urgence sanitaire, et le fédéral s'occupait de soutenir les gens. C'est ainsi qu'on l'a vécu, au Québec. Au Québec, on a appliqué une politique de mesures sanitaires différentes. À un moment donné, on s'est aperçu qu'il fallait sortir du confinement et, tout à coup, les vaccins sont arrivés plus vite que prévu.

Qu'avez-vous à dire à ce sujet? Vous avez une minute.

M. Patrick Taillon: Une gestion qui est le plus proche possible des citoyens est plus humaine et plus proche des vrais problèmes. C'est aussi une forme de mise en concurrence. Si la Colombie-Britannique fait un bon coup, cela peut inspirer le Québec. Si le Québec fait un bon coup, cela peut inspirer l'Alberta, et vice versa. Cette forme de concurrence peut devenir source d'inspiration et, au bout du compte, tout le monde y gagne.

Devant d'immenses problèmes, comme ceux qu'on vit pendant une pandémie, il vaut mieux qu'il reste de la place pour une certaine innovation locale plutôt que d'avoir l'ambition de tout faire coordonner de loin par le gouvernement. De toute façon, on n'a même pas l'information, puisque les soins de santé ne relèvent pas de la compétence fédérale, sauf en ce qui concerne les Autochtones et les militaires. Ce sont des domaines où il y a beaucoup à faire.

C'est peut-être sur la santé des Autochtones et des militaires que le fédéral devrait mettre ses efforts.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, messieurs Taillon et Thériault.

[Traduction]

Monsieur Davies, vous avez la parole. Six minutes.

M. Don Davies: Merci.

Docteure Ross, une récente série du *British Medical Journal* a révélé que l'intervention d'urgence au Canada pendant la COVID-19 a été entravée par des faiblesses de longue date dans les systèmes de santé publique et de soins de santé, notamment la fragmentation du leadership en santé dans l'ensemble des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Êtes-vous d'accord sur cette conclusion?

Dre Kathleen Ross: L'article souligne que nous savons que la pandémie a aggravé l'état de notre système de soins de santé, qui était déjà fragmenté et en piètre état. La pandémie nous a fait prendre conscience des lacunes chroniques déjà présentes dans notre système de santé et qui subsistent aujourd'hui. La pandémie elle-même n'en est pas la cause.

Le projet de loi proposé pourrait certainement nous aider à trouver des améliorations à apporter pour mieux nous préparer à une autre pandémie, car il tient compte non seulement de ce qui s'est produit pendant la COVID-19, mais aussi pendant des crises sanitaires antérieures. Cela pourrait nous aider à cerner les améliorations que notre pays, un système de santé unifié et notre profession pourraient apporter.

Nous avons parlé brièvement des données sur la santé. C'est extrêmement important. Au Canada, l'interopérabilité laisse à désirer à bien des égards. Nous avons du mal à planifier notre main-d'œuvre, faute de données démographiques et géographiques adéquates.

C'est la réalité du système actuel. Nous devons mieux travailler ensemble.

M. Don Davies: Merci.

J'ai remarqué que le Royaume-Uni et d'autres pays ont déjà lancé des enquêtes publiques indépendantes. Le *British Medical Journal* énumère également plusieurs raisons justifiant la tenue d'une enquête nationale indépendante sur la COVID-19 au Canada, avec reddition de comptes sur la mise en œuvre des recommandations. Il en donne quelques-unes: « on ne pourra pas changer l'avenir si on ne revient pas sur le passé », et « l'absence d'enquête fédérale indépendante permettra à d'autres acteurs de s'imposer ». L'enquête donnerait « un cadre concret pour réformer les systèmes de soins et de santé publique du Canada », qui étaient déjà en difficulté avant la pandémie, comme vous l'avez souligné. Elle ferait en sorte que les responsables répondent des pertes subies, notamment les 53 000 décès causés directement par la maladie au Canada.

Êtes-vous d'accord sur les arguments du *British Medical Journal*?

Approuveriez-vous la demande d'enquête nationale indépendante sur la COVID-19 pour ces raisons?

• (2055)

Dre Kathleen Ross: Je dirais qu'un comité consultatif et un rapport subséquent seraient utiles pour examiner ce qui doit se faire immédiatement pour aider notre système de soins de santé à se rétablir.

L'Association médicale canadienne est d'avis que les dirigeants dans le domaine de la santé devront trouver des gains d'efficacité et appliquer des stratégies pour optimiser notre capacité, comme les soins virtuels et l'établissement de l'ordre de priorité des patients pour résorber l'arriéré des interventions, mais nous savons aussi qu'il faut prendre des mesures décisives pour remédier aux pénuries d'effectifs, notamment infirmiers, et assurer le fonctionnement efficace de notre système de santé. Ce sont des besoins immédiats et urgents auxquels nous devons répondre dans notre système de soins de santé.

M. Don Davies: Merci.

Je m'adresse aux représentantes de Protection mondiale des animaux. Dans le mémoire que vous avez remis au Comité, vous écri-

vez que Protection mondiale des animaux appuie le projet de loi C-293 parce qu'il adopte une approche axée sur la notion « une seule santé » pour la prévention des pandémies, obligeant le gouvernement à s'attaquer aux causes profondes des pandémies.

En quoi consiste l'approche « une seule santé » et quel est son lien avec la protection des animaux et la prévention des pandémies?

Mme Melissa Matlow: Par votre entremise, monsieur le président, je dirai que la notion « une santé » se situe à l'intersection de la santé et du bien-être des animaux, de la santé de la planète et de la santé et du bien-être des humains.

Je pense au stress des animaux dans le commerce et les marchés des animaux sauvages et aux pratiques agricoles intensives qui nécessitent l'utilisation prophylactique d'antibiotiques. Ce sont autant d'exemples de la façon dont le bien-être des animaux peut être le moyen de réduire le risque de maladie.

M. Don Davies: Merci.

Vous avez également écrit dans une lettre ouverte à l'OMS qui a été publiée dans *The Lancet* que plus de 200 experts médicaux et scientifiques ont désigné l'élevage industriel comme une menace de pandémie importante et un facteur majeur de la résistance aux antibiotiques.

Vous avez effleuré le sujet. Pouvez-vous nous en dire davantage sur le rôle de la santé et du bien-être des animaux comme moyen de prévenir l'émergence de maladies zoonotiques?

Mme Melissa Matlow: Assurément, monsieur le président, je peux le faire.

Nous venons de terminer un examen de la littérature sur les solutions en matière de bien-être des animaux permettant de réduire l'utilisation prophylactique des antibiotiques. La panoplie englobe tout, depuis la réduction de la densité animale jusqu'à celle de la pratique qui consiste à mettre ensemble des animaux étrangers les uns aux autres, en passant par l'amélioration de la ventilation, les mesures d'hygiène, l'enrichissement de l'environnement et l'allongement de la période précédant le sevrage et la séparation des petits et de leur mère.

Ce sont autant de moyens de réduire l'utilisation prophylactique des antibiotiques, pratique courante, tant au Canada que partout ailleurs dans le monde, qui compte pour 75 % des antibiotiques administrés aux animaux d'élevage.

M. Don Davies: À propos des animaux sauvages, vous signalez dans votre mémoire que plus de 1,8 million d'animaux sauvages ont été importés au Canada entre 2014 et 2019, et que 93 % d'entre eux n'ont apparemment fait l'objet d'aucun permis, d'aucun examen de dépistage d'agents pathogènes.

L'importation d'animaux sauvages a-t-elle entraîné l'introduction de maladies dans les cheptels au Canada ou a-t-elle constitué une menace pour la santé humaine?

Mme Michèle Hamers (gestionnaire de campagne sur la faune, Protection mondiale des animaux): J'ignore s'il y a des liens directs, mais il est certainement possible qu'il y en ait.

Le lien le plus connu, ce sont les chytrides, qui touchent les populations indigènes.

Parmi les animaux d'élevage, nous importons du vison, par exemple, et le vison a joué un rôle énorme pendant la pandémie de COVID-19. Il a contribué à propager et à amplifier la maladie.

L'importation d'animaux sauvages, actuellement assez peu réglementée et surveillée, présente certainement un risque de maladie.

M. Don Davies: Quel est l'état actuel des connaissances ou de la théorie sur la source de la COVID-19? Pense-t-on encore qu'elle est de source zoonotique? Que pouvez-vous nous dire?

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Madame Hamers, je dois vous interrompre. Le temps de parole du député est écoulé. Je vous suggère gentiment de fournir votre réponse par écrit. Merci beaucoup.

Merci à tous.

Nous passons maintenant au deuxième tour.

Monsieur Kitchen, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins.

Monsieur Taillon, vos propos ont été très éclairants. L'article 2 traite de l'objet du projet de loi, qui est de « prévenir le risque de pandémie » et d'« assurer la préparation aux pandémies futures ».

La fonction du comité qu'il essaie de structurer est la suivante:

le comité consultatif a pour rôle de faire des recommandations visant à améliorer, dans tout le Canada, les efforts de préparation et la capacité d'intervention en cas d'éclousions de maladies afin de réduire les risques associés aux pandémies futures.

Je suis sûr, monsieur Taillon, que vous savez très bien que l'Agence de la santé publique du Canada a été créée en 2004, après l'épidémie de SRAS, le syndrome respiratoire aigu sévère, pour faire exactement ce que dit le texte cité à l'instant. En fait, la fonction de l'Agence de la santé publique du Canada est la suivante: « la prévention des maladies et des blessures, la réponse aux menaces pour la santé publique, la promotion d'une bonne santé physique et mentale, et la transmission de renseignements qui favorisent la prise de décisions éclairées ».

Non seulement l'Agence mène-t-elle ces activités, mais elle le fait aussi avec un budget qui, en 2022-2023, s'élevait à 7 439 195 456 \$. Cela, uniquement pour la prévention et le contrôle des maladies infectieuses. Sans parler des 404 242 000 \$ consacrés à la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques.

Si l'Agence de la santé publique du Canada se charge de tout cela pour faire ce que ce projet de loi propose, croyez-vous que le projet de loi va dans le sens de ces efforts, ou devons-nous nous débarrasser de l'Agence de la santé publique du Canada?

● (2100)

[Français]

M. Patrick Taillon: Monsieur le président, une chose est certaine: il est important de rappeler, comme l'a fait le député, l'ampleur des fonds déjà investis et la mission qui existe déjà.

Si le projet de loi ne fait que répéter la mission qui existe déjà en d'autres termes, alors il est inutile. Sinon, il faut l'interpréter comme un projet de loi qui cherche à faire une diversion, c'est-à-dire qu'on prépare l'avenir pour éviter de faire le vrai bilan de ce qui s'est passé, des erreurs et des maladresses qu'il y a pu avoir lors de la dernière crise. C'est normal, car aucun gouvernement n'est parfait. Aucune administration n'est parfaite.

Sinon, on légifère parce qu'on veut donner un tour de vis, des nouveaux pouvoirs ou une autorité plus coercitive. Ma crainte, c'est

que cette autorité coercitive vise à se tourner vers les provinces qui seraient, en quelque sorte, forcées d'harmoniser leurs pratiques là où il faudrait, au contraire, les laisser innover et mettre en œuvre leur savoir-faire plus près du terrain. Cela les plongerait aussi dans une dynamique de reddition de comptes, qui serait une façon de les subordonner, alors qu'il ne devrait pas y avoir de subordination.

À force de vouloir trop intervenir dans des choses qui s'éloignent de sa mission, l'agence fédérale s'éloigne de l'essentiel. Or elle devrait voir sa mission recentrée sur ce qui est au cœur de la compétence fédérale, par exemple la question de l'approvisionnement, la question des réserves stratégiques. C'est le rôle du fédéral.

[Traduction]

M. Robert Kitchen: Merci. Je comprends. Je suis désolé de vous interrompre. C'est simplement que je manque de temps.

Monsieur, l'ancienne ministre, Patty Hajdu, a dit en avril 2021: « Nous sommes ouverts à une enquête aussi approfondie que nécessaire. »

L'ancien ministre Duclos a dit, en réponse à une question, qu'il avait confirmé que le gouvernement fédéral avait toujours l'intention de procéder à un examen, à un moment donné.

Cela serait-il semblable à un examen national de la pandémie?

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Il vous reste au plus 10 secondes.

[Français]

M. Patrick Taillon: Il faudrait surtout un examen, un bilan ou une enquête sur la façon dont le fédéral a exercé ses compétences. J'ai peur que le projet de loi soit une diversion pour éviter de faire cet examen, ce bilan ou cette enquête. Je crains qu'on nous amène ailleurs, soit vers une répétition ou une loi inutile, puisque ce sont des choses qu'on peut déjà faire.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup.

Je suis désolé, monsieur Taillon, mais le temps de parole du député est écoulé.

Chers collègues, nous allons maintenant passer à M. Powlowski.

Vous avez la parole. Cinq minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Ma première question s'adresse à la Dre Barrett.

Passons en revue les pandémies récentes. La COVID-19 a commencé à Wuhan; le VIH-sida — qu'il faut sans doute considérer comme une pandémie — a commencé en Afrique, croyons-nous; et la grippe H1N1 est apparue en Chine ou au Mexique, mais je ne suis pas certain que nous le sachions. Parmi les autres éclousions dont nous craignons qu'elles ne deviennent des pandémies, le SR-MO, soit le syndrome respiratoire du Moyen-Orient, est né au Moyen-Orient, bien entendu, le virus Ebola en Afrique de l'Ouest et le SRAS à Guangdong, en Chine.

Convenez-vous que, pour mieux nous préparer à prévenir d'autres pandémies, il nous faut mieux déceler les éclosions de maladies dans les pays pauvres dès le début et y réagir plus rapidement, avant qu'elles ne dégèrent en pandémies?

• (2105)

Dre Lisa Barrett: Vous soulevez deux considérations là.

S'il y a une chose que nous avons renforcée pour le grand public, les gouvernements et les médecins, entre autres, c'est que la planète est très petite et que, malheureusement, ses ressources sont loin d'être partout les mêmes. Pour répondre à votre question, oui, nous devons aider les pays qui sont encore en développement en leur donnant plus de ressources pour exercer une surveillance efficace et dirigée de ce qui se passe chez eux.

Mais pour être franc — et je reviens à ce qu'on a dit tantôt au sujet du pouvoir des personnes d'être autonomes en tant qu'entités, soit d'un pays soit d'une province —, j'estime important de bien noter que personne ne prétend qu'on ne devrait pas avoir d'autonomie, mais qu'il devrait y avoir des normes de base et des données scientifiques pour déterminer quelles sont ces normes de base.

Il serait utile qu'un projet de loi comme celui-ci non seulement confirme l'orientation pour le renforcement des capacités de surveillance mondiale, mais encore établisse les éléments de ce qui est, selon les données scientifiques, une norme de base. Je suppose qu'il ne s'agit pas seulement de générer des données, mais aussi de les partager et de les utiliser d'une manière à générer une équivalence de base comme humains, sans distinction fondée sur l'État, la province ou la richesse ou la pauvreté du pays d'origine.

M. Marcus Powlowski: Merci, docteur Barrett.

Il semble que vous soyez d'accord pour dire que nous voulons, chez nous et à l'échelle du monde, faire mieux, afin que les pays pauvres puissent détecter les éclosions de maladies infectieuses et y réagir rapidement.

J'ai parlé à M. Erskine-Smith, le parrain du projet de loi, de l'ajout d'un libellé qui obligerait le Canada à examiner les accords juridiques internationaux et à tenir compte, dans ces négociations, des instruments juridiques et, éventuellement, des mécanismes financiers obligatoires. Cela garantirait que les pays riches fournissent à ceux dont les ressources sont insuffisantes une partie des fonds dont ils ont besoin pour mieux détecter les maladies infectieuses et y réagir.

Le Canada devrait-il y être obligé? Est-ce que c'est ce que nous envisageons dans ce projet de loi — engager des négociations avec d'autres pays sur la façon dont nous pouvons aider les pays pauvres à se donner la capacité de détecter les éclosions et d'y réagir plus vite?

Dre Lisa Barrett: Le mécanisme pour cela dépasse certainement mon champ d'expertise.

Il est très important de dire que c'est absolument nécessaire, et de bien choisir la bonne formulation dans un projet de loi qui fera de nous un excellent partenaire mondial. Il serait important de comprendre que ces mesures seraient durables et réalisables. Je vais laisser le « comment faire » de cela aux gens qui font cela pour gagner leur vie. Je suis absolument certaine que ce n'est pas moi.

Cependant, cette nécessité est indéniable, tout comme la nécessité de bâtir et d'orienter la science à l'échelle mondiale.

M. Marcus Powlowski: Docteur Ross, dans le peu de temps qu'il nous reste, voulez-vous répondre?

Dre Kathleen Ross: Je suis d'accord.

L'AMC reconnaît que l'accès mondial équitable, en particulier aux vaccins, est un outil de santé publique précieux. Mais encore là, les recommandations de l'AMC ne disent rien du lieu et des modalités de la mise en œuvre. Je crois que le projet de loi nous permet de nous assurer que nous respectons nos obligations en matière de droits de la personne.

En même temps, il s'agit de reconnaître et de comprendre que l'accès aux soins primaires de base partout dans le monde est insuffisant et que l'investissement dans les soins primaires est un investissement dans la prévention. Il faut rejoindre les patients avant qu'ils tombent malades et doivent recourir à des services d'urgence surchargés, ou qu'ils ne soient pas en mesure de se faire soigner avant d'infecter d'autres personnes. Ce sont des considérations critiques.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, docteur Ross et monsieur Powlowski.

Chers collègues, compte tenu de l'heure et des calculs que nous avons faits, je veux être clair: M. Thériault disposera de deux minutes et demie; M. Davies, de deux minutes et demie; M. Majumdar, de cinq minutes; et M. Hanley, de cinq minutes.

• (2110)

[Français]

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

M. Luc Thériault: J'aimerais parler de la protection des animaux.

Dans un mémoire que les Producteurs de poulet du Canada nous ont envoyé, ils font une critique du projet de loi C-293, qui vise à prévenir les pandémies et à s'y préparer, son contenu ne se limite pas à la préparation à une pandémie et comporte un aspect négatif et biaisé à l'égard de l'élevage.

Les préoccupations des Producteurs concernant le projet de loi C-293 portent sur le type de langage utilisé pour décrire l'élevage industriel. L'accent est mis sur l'agriculture dans le contexte de la résistance aux antimicrobiens, au lieu d'utiliser l'approche « Une seule santé », et sur le chevauchement des compétences des gouvernements provinciaux en matière de production agricole.

Plus loin, ils nous parlent de leur stratégie sur l'utilisation responsable des antimicrobiens approuvée par la Direction des médicaments vétérinaires de Santé Canada.

Que pensez-vous de cette critique du projet de loi?

[Traduction]

Mme Melissa Matlow: Si j'ai bien compris, la question est la suivante: que pensons-nous des critiques formulées par les agriculteurs qui s'inquiètent du langage appliqué aux antibiotiques?

Je sympathise avec les agriculteurs qui s'inquiètent du stress et des défis qu'ils doivent surmonter pour nourrir le pays, mais je crois que les données scientifiques sont claires. J'ai ici une pile de rapports qui documentent les facteurs de risque de pandémie. Je pense que nous devons écouter les experts à ce sujet et chercher des solutions pour sauver les antibiotiques et protéger les médicaments qui sauvent des vies de personnes et d'animaux. Telle est l'une des plus grandes crises sanitaires que nous aurons à affronter. C'est une pandémie silencieuse.

[Français]

M. Luc Thériault: Cependant, les Producteurs de poulet du Canada disent que, présentement, leur stratégie sur l'utilisation responsable des antimicrobiens est fondée sur des éléments clés comme la réduction, la surveillance, la gestion, la recherche et l'innovation pour répondre aux attentes du consommateur et protéger la santé et le bien-être des oiseaux.

Êtes-vous d'accord avec eux?

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Thériault.

[Traduction]

Je dois vous rappeler, madame Matlow, de nous envoyer un message par écrit, s'il vous plaît. Merci.

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

M. Don Davies: Merci.

On peut lire dans le mémoire de Protection mondiale des animaux: « Les Pays-Bas n'ont pas tardé à décréter l'interdiction permanente de l'élevage d'animaux à fourrure afin de prévenir de nouvelles éclosions de COVID-19, et le Parlement fédéral allemand est venu de réduire le commerce d'animaux sauvages comme animaux de compagnie, d'interdire la vente d'animaux sauvages capturés et d'instituer un registre commercial centralisé. » Proposeriez-vous que le Canada fasse de même? Dans l'affirmative, pourquoi?

Mme Michèle Hamers: Absolument. À l'heure actuelle, la collecte de données sur les animaux sauvages qui arrivent chez nous est très mauvaise. Nous ne connaissons rien de leur histoire, et il y a très peu de biosécurité à la frontière. Nous avons besoin de données détaillées et complètes pour analyser les risques. Quels sont les animaux qui entrent au pays? Quels sont les risques? Quel est leur parcours de vie? Sont-ils pris à l'état sauvage? Quel type de risque de biosécurité présentent-ils?

Pour l'instant, nous n'avons rien de tout cela. Les ministères sont cloisonnés. Ils ont tous un morceau différent du casse-tête, et ils le savent. Nous avons eu une réunion plus tôt aujourd'hui. Ils ont besoin d'un mandat plus holistique pour aborder la question, parce que nous parlons là d'un commerce énorme et d'un nombre énorme d'animaux qui entrent dans notre pays. Nous ne savons même pas combien.

M. Don Davies: Enfin, comment les changements climatiques et la perte de biodiversité augmentent-ils le risque de pandémie?

Mme Michèle Hamers: Lorsque les animaux sont stressés, que ce soit en captivité ou à l'état sauvage, et lorsque nous empiétons sur leur habitat, ils sont forcés d'interagir les uns avec les autres, ce qui n'était peut-être pas le cas auparavant. Ils se retrouvent dans des situations où les pressions liées à la maladie sont à la hausse et sont davantage en contact avec des humains. C'est là qu'intervient cette interface. Donc, lorsque nous ne protégeons pas leurs habitats natu-

rels, lorsque nous les vidons, nous augmentons le risque de pandémie et d'éclosion et de propagation des maladies zoonotiques.

M. Don Davies: Merci.

Je suppose que le président s'apprête à me dire que j'ai très peu de temps.

Docteur Barrett, pensez-vous que nous devrions tenir une enquête nationale indépendante pour aller au fond des choses et tirer des leçons de notre gestion de la COVID-19?

• (2115)

Dre Lisa Barrett: Les organisations existantes ont probablement déjà des mécanismes pour cela. Faudrait-il examiner ce qui s'est passé à l'échelle globale, en mettant l'accent sur un plan d'avenir plutôt que de chercher à jeter le blâme sur les autres? J'aimerais beaucoup cette solution. Je pense qu'il y a eu de nombreuses réussites et de nombreux défis en cours de route. Nous sommes au point où tout le monde est fatigué et préférerait croire qu'il n'y a plus de risques et que c'est une période très difficile sur le plan des comportements humains. Je pense qu'un examen très bien fait et un processus constructif seraient très utiles.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, monsieur Davies et docteur Barrett.

Nous attaquons les deux dernières séries de questions.

Monsieur Majumdar, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Shivaloy Majumdar: Merci beaucoup.

Au début de la pandémie, le gouvernement Trudeau a découvert qu'il avait démantelé un système d'alerte rapide essentiel et efficace. Lorsque le monde a commencé à fermer les frontières pour protéger les citoyens, la ministre de la Santé Hajdu, qui se soucie bien peu de faire ce qu'il prêche, s'en est tenu à une idéologie décrivant les théories du complot, accusant les critiques de racisme et répétant comme un perroquet les propos de la République populaire de Chine et laissant la responsabilité des décisions critiques d'intérêt national à une Organisation mondiale de la santé, elle-même déterminée à détruire sa propre crédibilité.

Le projet de loi C-293 n'est pas une enquête sur la pandémie. Il commence à peine à évaluer la prévention des pandémies et nous engage à porter une plus grande attention aux décisions qui ont été prises entretemps.

Docteur Barrett, vous étiez jadis partisane du port du masque sanitaire et vous avez défendu les mandats dans les médias sociaux.

Voyons comment cela s'est passé. Le sondage de l'Alberta Medical Association a révélé que pour 77 % des parents, la santé mentale de leurs enfants de 15 ans et plus est pire qu'avant la pandémie de COVID-19. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, dans la première année de la pandémie, près de 25 % des hospitalisations d'enfants et de jeunes étaient liées à la santé mentale.

Permettez-moi de vous poser une question. Ces mandats ont détruit la santé mentale des Albertains et des Canadiens, détruit des petites entreprises et détruit le gagne-pain de milliers de personnes qui sont aujourd'hui victimes d'une crise des opioïdes. Maintenez-vous toujours vos propos?

Dre Lisa Barrett: Ce n'est pas directement ni exactement lié au projet de loi, mais je suis heureuse de reprendre la rhétorique et de commencer par une réponse à la question qu'elle cache, je crois, sans oublier de dire un mot du saut de logique au milieu.

Il y a tout autant d'études qui concluent que, dans certains milieux et à certains moments de la pandémie, les masques étaient précieux au niveau communautaire, et ce, non seulement pour les enfants, mais aussi pour les personnes très vulnérables. Oui, je défendrais certainement les recommandations que je faisais et que je fais maintenant pour les établissements de soins actifs, où il y a des personnes vulnérables qui le sont encore. Je défendrais certainement ces recommandations. Je n'aurais pas cru nécessaire de le faire.

Est-ce que je pense que la science appuie le maintien du masque dans certains cas afin de prévenir les maladies transmissibles par voie aérienne et par les gouttelettes? Oui.

Si je prends un peu de recul pour parler de l'écart que vous évoquez entre la santé mentale et le fait que la pandémie est entièrement associée aux masques, je dirai que c'est clairement une erreur, car il y a une foule de choses qui ont engendré de nombreux problèmes de santé mentale, peu importe que les victimes soient dans des pays, des provinces ou des régions où les masques étaient obligatoires ou non. C'est un problème multifactoriel, mais je vous remercie d'avoir posé la question.

M. Shuvaloy Majumdar: Merci de votre réponse.

Selon le sondage, « pour 70 % des parents d'enfants de 6 à 14 ans, la santé mentale de leur enfant était "pire" qu'avant la pandémie. » Une grande partie de ce phénomène est attribuable à la « perte de l'accès à des exutoires naturels du stress et de l'anxiété, comme les sports et les activités parascolaires », en raison de ces restrictions.

Pendant la pandémie de COVID-19, le *Toronto Star* a publié à la une des commentaires furieux au sujet des personnes non vaccinées, notamment le 26 août 2021, avec la phrase vicieuse « Je n'ai plus d'empathie pour les personnes volontairement non vaccinées. Qu'elles meurent donc. » Justin Trudeau a attisé le feu en disant: « Ils ne croient pas à la science ni au progrès et sont très souvent misogynes et racistes. Cela nous amène, en tant que leader et en tant que pays, à faire un choix: tolérons-nous ces gens-là? »

Docteur Barrett, partagez-vous ces sentiments?

Dre Lisa Barrett: Encore une fois, cela n'a pas précisément de lien avec le projet de loi, mais je pourrais en faire un.

Je pense qu'une partie du problème vient de ce genre de désinformation ou de désinformation, surtout en ce qui concerne la vaccination. Si ce projet de loi permettait de vraiment mettre en place un processus visant à promouvoir la science et à diffuser les données scientifiques en toute confiance, cela éliminerait probablement nombre des déclarations de ce genre. Je n'appuie pas ce genre d'affirmations, et je pense qu'elles sont une démonstration de désinformation et de désinformation manifestes de la part de certaines personnes. J'espère que nous pourrions aller au-delà de cela et qu'un projet de loi comme celui-ci sera utile à ce chapitre.

• (2120)

M. Shuvaloy Majumdar: Je suis stupéfait que la pensée n'ait pas évolué, compte tenu des répercussions des décisions qui ont été prises pendant la pandémie.

Les mesures de confinement étaient-elles utiles, docteur Barrett? Certaines d'entre elles obligeaient les entreprises à n'accepter que quelques clients à la fois.

Pensez-vous vraiment qu'il s'agissait d'une approche efficace concernant la pandémie?

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Docteur Barrett, nous n'avons malheureusement plus de temps. Je vous suggère, comme je l'ai déjà fait à d'autres occasions, de nous fournir votre réponse par écrit. Merci beaucoup.

Merci, monsieur Majumdar.

Chers collègues, pour les cinq dernières minutes de questions, nous allons donner la parole à M. Hanley.

Monsieur Hanley, je vous en prie.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins de leur présence et de leur patience ce soir, alors que nous approchons de la fin de ces témoignages très intéressants.

Docteur Barrett, je vais poursuivre avec vous encore un moment. Vers la fin de votre exposé de cinq minutes, vous avez abordé la nécessité d'études post-commercialisation des vaccins pour mieux comprendre l'immunité aux agents pathogènes susceptibles d'entraîner une pandémie. Je pense encore une fois à la façon de nous préparer pour la prochaine qui pourrait survenir.

Je me demande si vous pouvez nous en dire un peu plus sur ce dont nous avons besoin en matière de soutien fédéral et sur le lien que cela pourrait avoir avec ce projet de loi.

Dre Lisa Barrett: Merci de la question.

Dans un contexte de préparation, il est évident que les vaccins sont un élément clé et essentiel, surtout pour les maladies susceptibles d'entraîner une pandémie. Lorsque nous homologuons des vaccins très sûrs au Canada — et nous savons qu'ils le sont —, nous oublions souvent que malgré l'excellence des vaccins dont nous disposons, il est toujours possible de placer la barre plus haut et de les améliorer. L'une des façons d'y arriver, c'est de demander aux gens qui participent à la fabrication et à la distribution de nos vaccins de nous fournir des études sur l'immunité et l'efficacité en temps réel — ainsi que sur l'immunité réelle. C'est très important si nous voulons aller de l'avant et bâtir une véritable base scientifique qui renforce la confiance à l'égard des vaccins — l'efficacité devant être augmentée, non seulement à 80 %, mais à 90 % et à 100 % — et comprendre ce dont les gens ont besoin au niveau individuel. Nous pouvons le faire, peut-être par voie réglementaire, surtout si nous exigeons dans notre plan de préparation et de prévention en cas de pandémie que les vaccins soient le plus efficaces possible, qu'ils soient homologués et, par la suite, qu'ils soient modifiés au fil du temps, de sorte qu'ils soient accessibles rapidement, mais que des normes élevées s'appliquent à leur modification par la suite.

M. Brendan Hanley: Vous avez parlé de confiance. J'aimerais vous poser des questions à ce sujet. Malgré le succès incroyable de la stratégie de vaccination, combinée aux autres stratégies de santé publique qui ont été appliquées, nous savons qu'il y a eu une perte de confiance dans notre population, et c'est un phénomène persistant que nous voyons se répandre dans d'autres domaines.

Encore une fois, lorsque nous examinons ce que nous avons fait dans une perspective d'avenir, quels sont les éléments clés pour rétablir la confiance? Si vous pouviez me donner une réponse en 20 ou 30 secondes, j'aurais peut-être le temps de passer à la Dre Ross.

Merci.

Dre Lisa Barrett: Je serai brève. Je ne suis pas une experte de la création de liens de confiance. Cependant, je crois que des communications et des décisions très efficaces, dirigées et transparentes sont essentielles. Je pense que nous nous retrouvons souvent dans une situation où nous élaborons trop de stratégies et nous nous inquiétons trop de ce que nous devrions ou ne devrions pas dire. Je pense que la communication rapide et transparente ne doit pas toujours prendre la même forme, mais une simple transparence au sujet des décisions et de la façon dont elles sont prises et des raisons pour lesquelles elles vont évoluer aurait été très utile et le sera à l'avenir, je crois.

M. Brendan Hanley: Docteur Ross, je suis très heureux de vous voir. Merci pour les positions que vous prenez.

Vous avez abordé la question de l'épuisement professionnel. Je pense au lien que cela a avec le fait que nous sommes à l'ère des pandémies et que nous ne sommes pas nécessairement à l'abri d'une autre simplement parce que nous nous remettons encore de celle qui s'est produite récemment.

Je me demande si vous envisagez l'avenir avec une certaine urgence en ce qui a trait à la préparation et, en même temps, au rétablissement de notre main-d'œuvre. Pourriez-vous nous donner un ou deux éléments essentiels pour nous préparer à la prochaine? Je crois qu'il nous reste environ 40 secondes.

• (2125)

Dre Kathleen Ross: Merci. Par l'entremise du président, je vais essayer de vous répondre très brièvement.

L'équipement de protection individuelle et la vaccination ont certainement fait une énorme différence pendant la pandémie, et en ce qui concerne la confiance et la façon de l'établir, nous savons que le prédicteur le plus probable de la vaccination des gens qui hésitent à se faire vacciner est en fait l'attachement aux soins primaires.

Pour ce qui est de l'avenir, je pense que le Canada doit examiner de près — et j'espère que le comité consultatif le fera — l'équipement de protection individuelle, les vaccins, les médicaments, l'accès durable aux respirateurs, aux pompes intraveineuses, aux cathéters péridurax, toutes ces choses nécessaires à notre travail de fournisseurs de soins de santé de première ligne. Un examen approfondi de l'incidence du versement d'un revenu de base, de même que du logement social, pour favoriser les comportements d'auto-isollement, fait partie des choses qui appuieraient le travail que nous faisons en tant que fournisseurs de soins de santé de première ligne.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Hanley et docteur Ross.

Votre intention était bonne, monsieur Hanley, mais malheureusement, nous manquons de temps.

Chers collègues, je tiens à remercier les témoins d'avoir pris le temps de comparaître aujourd'hui et de nous avoir fourni des renseignements aussi précieux.

Je suis certain que vous aviez tous autre chose à faire que de participer aux travaux de ce comité, mais je vous remercie de votre patience et de votre présence.

M. Brendan Hanley: J'invoque moi aussi le Règlement, monsieur le président.

M. Don Davies: J'invoque le Règlement, monsieur le président. Nous avons perdu beaucoup du temps dont nous disposions pour

poser des questions aux témoins. Je me demande si le Comité accepterait de prolonger la séance de 15 minutes.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Excusez-moi, monsieur Davies.

Veillez attendre que le président vous donne la parole, s'il vous plaît. Si nous voulons respecter le décorum...

M. Don Davies: C'était un rappel au Règlement, monsieur le président.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Oui, je comprends cela.

Je crois que M. Hanley avait levé la main en premier. Merci.

Monsieur Hanley. Je vous en prie.

M. Brendan Hanley: Heureusement, c'est sur un thème similaire.

Monsieur le président, j'invoque le Règlement. Étant donné que nous avons une liste impressionnante de témoins et que nous avons perdu du temps au début de la séance, je me demande si le Comité ne pourrait pas permettre au moins une autre série de questions pour tirer le maximum de cette séance.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Je vais consulter la greffière pour savoir si nous pouvons prendre plus de temps. Merci.

Merci, chers collègues. Je crois comprendre que nous disposons encore de 15 minutes pour la traduction.

Si le Comité le veut bien, nous avons le temps pour un tour de cinq minutes pour les conservateurs et les libéraux, et de deux minutes et demie pour le NPD et le Bloc québécois.

Est-ce la volonté du Comité?

Des députés: D'accord.

[Français]

M. Luc Thériault: Monsieur le président, il faudrait peut-être demander aux témoins, par politesse, s'ils ont aussi l'intention de rester.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): C'est un excellent point, monsieur Thériault. Merci.

Je demande en tout respect à nos témoins, s'ils ont 15 minutes de plus à nous consacrer, de me faire signe en levant la main, le pouce ou quelque chose du genre s'ils sont prêts à rester.

Excellent. Tous sont d'accord et nous avons du temps.

Comme je l'ai déjà dit, nous aurons maintenant deux tours de cinq minutes et deux de deux minutes et demie respectivement.

Nous allons commencer par les conservateurs et M. Kitchen.

Vous avez la parole. Je vous en prie.

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur le président. Je vous remercie de me donner la parole.

Encore une fois, merci aux témoins de rester un peu plus longtemps avec nous.

Comme vous le savez sans doute, le *British Medical Journal* a publié un certain nombre d'articles sur la réaction du Canada au virus.

Il a notamment été question du caractère essentiel de la tenue d'une enquête nationale en 2023. On peut lire que conformément aux rapports précédant et suivant la pandémie, une culture de partage de données, qui permet une utilisation diversifiée par un plus grand nombre d'utilisateurs, est préconisée.

Je vais commencer par vous, monsieur Taillon.

Pensez-vous que c'est une enquête nationale qui est prévue dans le projet de loi C-293?

[Français]

M. Patrick Taillon: Non, ce n'est pas une enquête. Le projet de loi C-293 est tourné vers l'avenir. Malheureusement, j'ai peur que ce ne soit une diversion pour éviter de faire le bilan qu'il serait souhaitable de faire. En fin de compte, il appartient à chaque administration de faire son bilan.

Je pense que l'Agence pourrait, de sa propre initiative, tirer des leçons d'expériences qu'elle a vécues au cours des dernières années. J'ai peur qu'en cherchant à anticiper une crise à venir, on s'épargne l'examen critique qui devrait être fait pour répondre à des questions pourtant assez simples. Par exemple, pourquoi le fédéral a-t-il été aussi lent à gérer les frontières? Pourquoi a-t-il été aussi lent à lever les obstacles aux frontières? Pourquoi a-t-il été aussi difficile de gérer les approvisionnements en vaccins? Ce sont des questions pour lesquelles le fédéral est en première ligne et qui relèvent directement de sa compétence. C'est à ces questions qu'on doit donner la priorité.

• (2130)

[Traduction]

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur Taillon. Je comprends ce que vous dites.

Docteur Ross, vous avez parlé un peu de la collecte de données. Je viens de faire référence à l'article du *BMJ* selon lequel il n'y a pas eu de partage de données.

Lorsque je siégeais au comité de la santé, en 2020, et lorsque cette question a été soulevée pour la première fois, les chercheurs nous ont informés, tout au long du processus, qu'il n'y a pas de partage de données. Des silos sont créés et les données y restent plutôt que d'être partagées.

Je sais que vous croyez que nous devons partager ces données et que c'est très important de le faire partout au pays.

Le projet de loi aborde cela en partie, mais fournit-il suffisamment d'information pour nous permettre d'échanger des données et d'éliminer ces cloisonnements?

Dre Kathleen Ross: Je préconise davantage ce que j'appelle les « cylindres d'excellence » plutôt que les « silos ». Je pense qu'il nous faut un partage de données, une capacité de partage de données entre les administrations, et même entre la collectivité et les soins actifs, afin que nous puissions en arriver à des travaux de recherche pratiques, qui sont opportuns et qui peuvent éclairer les besoins en matière de santé publique et de prestation de services de santé publique.

Je crois que la fragmentation des données que nous avons, le manque d'interopérabilité, malgré la proximité parfois, et le fait de ne pas pouvoir accéder aux données nuisent à nos patients. L'accès aux données et l'interopérabilité sauveront des vies dans les faits.

M. Robert Kitchen: Merci.

Cinq des raisons invoquées au sujet d'une enquête nationale indépendante étaient essentiellement... Désolé, je ne pourrai pas y arriver en une minute.

La réalité, c'est que la tenue d'une enquête nationale indépendante est très importante. Les Canadiens l'ont demandé. Les ministres ont dit qu'il y en aurait une, et cela doit se faire. Nous craignons que ce rapport vienne remplacer cette enquête nationale.

Je me demande si vous êtes d'accord avec cela.

Dre Kathleen Ross: Je pense que, peu importe la voie que le Comité choisira d'emprunter, il est important de regarder vers l'avenir. Nous pouvons certainement tirer des leçons de ce qui s'est passé pendant la pandémie. Il ne fait aucun doute qu'il s'agissait d'un événement sans précédent, qui ne se produit qu'une fois dans une vie, et que nous devons nous préparer pour la prochaine et tirer des leçons du passé.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Kitchen et docteur Ross.

Nous allons maintenant passer à M. Powlowski, et je crois comprendre que vous partagerez votre temps avec M. Fisher.

Monsieur Powlowski, vous avez la parole. Je vous en prie.

M. Marcus Powlowski: Je m'adresse aux témoins. Je regarde cette loi, et je pense qu'elle est assez simple. Je pense que M. Erskine-Smith lui-même est d'accord avec cela. Pour ce qui est du retour sur la pandémie, il n'est pas si enthousiaste que cela, mais il l'est certainement au sujet de la deuxième partie du projet de loi, qui consiste essentiellement, je crois, à établir ou à exiger que le gouvernement élabore un plan de préparation en cas de pandémie et que divers ministres aient certaines choses à faire dans le cadre de ce plan.

Deux ans après l'entrée en vigueur de la loi, ce plan doit être déposé à la Chambre des communes. Il sera alors rendu public, et nous et tout le monde pourrons l'examiner. Ensuite, tous les deux ans par la suite, le plan doit être mis à jour, révisé et présenté de nouveau à la Chambre des communes. Ainsi, non seulement nous, mais l'opposition, aurons l'occasion d'examiner de nouveau ce plan et de le commenter.

J'ai deux questions pour la Dre Ross et la Dre Barrett.

Est-ce généralement souhaitable? Je suis d'avis que oui. Pendant la pandémie de COVID-19, on s'est certainement beaucoup interrogé sur la planification. Y avait-il un plan? Je crois aussi que cela aurait été très souhaitable au départ. Y a-t-il des éléments précis que le ministre devrait inclure dans des plans de ce genre?

Je pourrais peut-être commencer par la Dre Ross, puis passer à la Dre Barrett.

• (2135)

Dre Kathleen Ross: Merci beaucoup. Je serai brève.

L'Association médicale canadienne a milité très activement pour une responsabilisation transparente à l'égard du système de santé du Canada. Il ne s'agit pas seulement de se pencher sur la pandémie et de se préparer, mais aussi de regarder vers l'avenir, afin que les Canadiens puissent comprendre où les investissements sont faits et quels résultats ils peuvent avoir.

Je préconiserais des mesures permanentes de reddition de comptes.

M. Marcus Powlowski: Docteur Barrett, je vous demanderais de prévoir une minute à la fin de votre intervention pour que quelqu'un d'autre puisse vous poser une question précise.

Dre Lisa Barrett: Oui, avoir un plan est une bonne idée — ce n'est pas une surprise pour personne.

Oui, un plan de lutte contre la pandémie serait merveilleux, cela ne fait aucun doute.

De plus, vous voudrez peut-être renforcer la dimension scientifique et la reddition de comptes à l'égard des données scientifiques, et non les supprimer. Il faut utiliser cela non seulement comme guide, mais aussi comme point d'ancrage. C'est ma réponse.

M. Marcus Powlowski: Monsieur Fisher, vous avez la parole.

M. Darren Fisher: Merci beaucoup.

Docteur Barrett, je sais qu'il est tard pour vous en Nouvelle-Écosse. Il est presque 11 heures, et je suis certain que vous avez eu une journée très chargée, mais je tiens à vous remercier, au nom des Canadiens, pour votre sollicitude et votre compassion. Le ton que vous avez adopté... Vous étiez le visage de la COVID-19, du moins en Nouvelle-Écosse et au Canada atlantique, mais vos connaissances, votre compréhension et votre compassion étaient évidentes chaque jour pour les gens devant leur téléviseur. De plus, vous avez offert la meilleure mise en contexte de la COVID-19.

J'aimerais connaître ce qui vous tient à cœur principalement.

Je pense que le principal point à retenir, c'est le besoin de données et la capacité d'utiliser les données, mais je m'intéresse à ce que vous avez principalement à cœur dans le cadre de la préparation pour l'avenir.

Dre Lisa Barrett: La barre a été relevée. Nous avons été beaucoup trop laxistes pendant trop longtemps en ce qui concerne les données, la santé et ce que nous attendons de la prévention en matière de santé. Le moment est venu de placer la barre plus haut et de s'attendre à plus, et nous devons le faire grâce à la science, à la fois du point de vue de la production de données et de la connectivité. C'est ce que nous devons faire, à mon avis, et j'espère que ce sera un pas dans la bonne direction.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Fisher.

Merci, docteur Barrett.

Nous passons maintenant à M. Thériault.

[Français]

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

M. Luc Thériault: Le Comité permanent de la santé a siégé pendant toute la pandémie. C'est l'un des seuls comités à l'avoir fait, et nous sommes trois députés ici présents à avoir vécu la pandémie au sein du Comité sans jamais chercher de coupables. Nous cherchions plutôt des solutions.

Or je suis d'avis que le projet de loi C-293 met la charrue avant les bœufs et qu'il faut d'abord savoir ce qui s'est passé avant de prétendre détenir des solutions. Par exemple, comment peut-on expliquer que le réseau mondial d'information sur la santé publique ait pu être aussi inefficace, ne pas avoir levé le drapeau rouge à temps et permis qu'on envoie des équipements de protection individuelle en Chine, alors que notre propre réserve était vide? Le fait que nous

ayons manqué de masques dans nos CHSLD au Québec a eu des conséquences.

Obtenir la réponse à cette question me semble important et je ne crois pas qu'un comité consultatif pourrait aller au fond des choses sur cette question. Sans chercher de coupables, il faut d'abord savoir ce que nous avons fait, ce que nous pourrions faire autrement et ensuite proposer un plan d'action. Ce n'est pas une loi qui va régler cela; nous avons déjà tout ce qu'il faut pour y arriver.

Auriez-vous des commentaires à formuler sur la question, docteur Barrett?

[Traduction]

Dre Lisa Barrett: Encore une fois, je pense qu'une analyse critique et un examen des causes profondes devraient faire partie de tout ce que fera ce groupe, et que cela doit être tourné vers l'avenir. C'est la troisième fois que deux personnes différentes soulignent qu'il est beaucoup plus important de regarder vers l'avenir que, pour revenir à ce que vous disiez, de chercher des coupables. Une bonne partie de ce que vous avez mentionné sera abordée, et il s'agit de la préparation en cas de pandémie au sein de notre groupe national. Cela signifie produire de l'équipement de protection individuelle, mettre au point des vaccins et apporter [inaudible].

● (2140)

[Français]

M. Luc Thériault: Si ce groupe n'est pas indépendant, croyez-vous vraiment qu'il disposera de la marge de manoeuvre nécessaire pour aller au fond des choses?

Jamais mes collègues et moi qui avons vécu cette pandémie n'avons pointé qui que ce soit du doigt. C'est d'ailleurs pour cela que nous ne trouvons pas normal qu'en 2023, on n'ait pas déjà procédé à cette analyse, à cette enquête. Comment se fait-il qu'aucune analyse n'ait eu lieu?

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Thériault.

Si vous pouviez nous dire à qui cette question s'adressait, je pourrais peut-être suggérer à cette personne de vous répondre par écrit.

[Français]

M. Luc Thériault: Je m'adressais toujours à la Dre Barrett.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup.

Monsieur Davies, vous avez la parole pour deux minutes et demie. Je vous en prie.

M. Don Davies: Docteur Ross, j'ai remarqué dans votre biographie que vous faisiez partie des membres fondateurs du groupe consultatif sur la diversité et l'inclusion des médecins de la Colombie-Britannique. Vous avez également agi comme médecin responsable du groupe de travail sur la lutte contre le racisme et les préjugés inconscients de l'Hôpital Royal Columbian. Dans les fonctions que vous avez occupées, il était mentionné que vous vous engagiez à favoriser l'apprentissage, la sensibilisation, l'éducation et la mise en œuvre continue de pratiques inclusives, diversifiées et antiracistes dans les soins de santé.

Je vous pose la question suivante dans ce contexte.

Dans son article sur la réaction du Canada à la COVID-19, le *British Medical Journal* a conclu ce qui pourrait se résumer comme suit:

Malgré des soins de santé apparemment universels, les taux les plus élevés de cas et de décès liés à la COVID-19 au Canada se trouvaient parmi les personnes déjà désavantagées, soit les membres de groupes ethniques racisés, les travailleurs migrants, les travailleurs des services essentiels et les personnes vivant dans des logements surpeuplés. Pour certains peuples autochtones du Canada qui vivent dans des réserves, le manque flagrant d'accès à des services de base, comme l'eau potable, a rendu inapplicables les conseils d'hygiène liés à la COVID-19.

Êtes-vous d'accord avec cette conclusion et quelles mesures le gouvernement fédéral devrait-il prendre, à votre avis, pour assurer une protection équitable à tous les résidents en cas de pandémie future?

Dre Kathleen Ross: Je vous remercie de cette excellente question.

Par votre entremise, monsieur le président, je soulignerais qu'il ne fait aucun doute que nous n'avons pas suffisamment de données sur les maladies liées à l'origine raciale au Canada. Je crois que de nombreuses administrations nous ont demandé d'essayer de recueillir des données dans ces domaines, afin que nous puissions cerner et suivre les disparités en matière de santé et redéployer les ressources là où des données réelles ont permis de déterminer qu'elles sont le plus nécessaires.

Je conviens que les données scientifiques et la façon dont nous mettons en œuvre nos mesures seront d'une importance cruciale, mais nous ne saurons pas où diriger nos ressources supplémentaires si nous ne suivons pas les données pour comprendre le problème au départ.

M. Don Davies: Merci.

En 20 secondes, quel est l'avis de Protection mondiale des animaux? Quel est votre conseil?

Mme Michèle Hamers: Je pense qu'en fin de compte, si vous gardez beaucoup d'animaux dans un petit espace, ils ne peuvent pas

adopter des comportements naturels, et s'ils sont en contact avec d'autres espèces qui leur sont étrangères, ils vont tomber malades. Voilà l'essentiel. La technologie et ce genre de choses ne peuvent pas nous être utiles à ce niveau.

L'amélioration du bien-être des animaux est la solution à l'amélioration de la santé animale, qui est la solution à l'amélioration de la santé des gens. Le lien est très simple, et nous avons toutes les preuves qu'il faut se pencher sur cette question.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Davies.

Je vais faire une nouvelle tentative. Cette fois-ci, nous n'avons plus de temps. Je remercie les témoins d'être restés plus tard. Nous sommes encore plus reconnaissants pour ceux d'entre vous qui ne sont pas dans notre fuseau horaire.

Cela dit, j'espère que l'information a été utile pour vous tous. J'espère aussi que vous avez aimé la discussion que nous avons eue en commençant.

J'ai quelques questions concernant les travaux du Comité. Je rappelle aux membres que la date limite pour présenter des amendements au projet de loi C-293 est vendredi prochain à midi.

À notre prochaine réunion, lundi, nous procéderons à l'étude article par article du projet de loi C-293.

Je vous remercie tous de votre indulgence à mon égard en tant que nouveau à la présidence.

De plus, au nom du Comité, j'aimerais souhaiter bonne chance à notre président habituel, M. Casey, dans ce qu'il vit actuellement.

Plaît-il au Comité de lever la séance?

Des députés: Oui.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): 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>