



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 062



1<sup>re</sup> SESSION



42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 15 juin 2017**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le jeudi 15 juin 2017

• (1100)

[Traduction]

**Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):**  
Je déclare la séance ouverte.

Je vous souhaite la bienvenue à la 62<sup>e</sup> réunion du Comité permanent de la santé. Nous allons poursuivre notre étude de la résistance aux antimicrobiens. Nous recevons quatre groupes de témoins aujourd'hui, ce qui fait que nous entendrons quatre allocutions d'ouverture. Celles-ci seront limitées à 10 minutes, et je serai très strict aujourd'hui. Je déteste interrompre les gens, mais je devrai peut-être le faire si vous dépassez la période de 10 minutes qui vous est allouée, parce que notre horaire est serré.

Je vais vous présenter nos invités. Merci beaucoup d'être parmi nous.

Nous accueillons parmi nous le Dr Andrew Morris, président du Comité sur l'Antibiogouvernance et la Résistance de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada. Nous recevons aussi Karey Shuhendler, conseillère en politiques, Politiques, représentation et planification stratégique de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, ainsi que Yoshiko Nakamachi, experte en résistance antimicrobienne dans les soins infirmiers. En outre, nous accueillons Shelita Dattani, directrice du Développement de la pratique et application des connaissances à l'Association des pharmaciens du Canada, ainsi que le Dr Michael Routledge, médecin hygiéniste à l'Office régional de la santé-Santé Sud, qui représente le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Nous allons commencer par le Dr Morris, de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada. Docteur Morris, vous avez 10 minutes.

**Dr Andrew Morris (président, Comité sur l'Antibiogouvernance et la Résistance, Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada):** Merci.

Monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité, je suis honoré d'avoir le privilège et la possibilité de vous présenter un exposé sur la résistance aux antimicrobiens.

Je suis parmi vous en ma qualité de président du Comité sur l'Antibiogouvernance et la Résistance de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada. Nous représentons les médecins spécialistes au Canada qui ont une expertise de la résistance aux antimicrobiens, c'est-à-dire la façon dont elle se développe, la façon de la prévenir et la façon de la gérer.

Je travaille aussi comme médecin universitaire praticien spécialisé en maladies infectieuses, qui dirige le plus ancien et important programme de gestion des antimicrobiens à l'Hôpital Mount Sinai et au Système de santé Sinai et au Réseau universitaire de santé de Toronto.

J'aimerais que vous sachiez que je suis devenu spécialiste des maladies infectieuses dans le but de guérir des gens. Les antibiotiques servent à guérir, miraculeusement. Cet ouvrage, intitulé *The Clinical Application of Antibiotics: Penicillin*, date de 1952. Comme vous pouvez le constater, il a 700 pages et décrit le miracle de la pénicilline. Si nous devons le réviser aujourd'hui, il n'aurait plus que 100 pages, la plupart des utilisations de la pénicilline en médecine s'étant perdues en raison de la résistance aux antibiotiques. En fait, la plupart des médecins aujourd'hui ne savent même pas comment prescrire la pénicilline.

Pour les spécialistes des maladies infectieuses, les antibiotiques sont l'équivalent des scalpels pour les chirurgiens. Dans le cas des spécialistes des maladies infectieuses, la seule différence est que le mérite ne leur revient pas à eux dans les faits, mais plutôt aux antibiotiques. J'ai renoncé à cette approche heuristique selon laquelle les antibiotiques sont utilisés pour guérir des gens de façon fiable relativement tôt dans ma carrière, soit il y a 14 ans environ, lorsque je soignais un jeune homme, marié et père de famille, à Hamilton, en Ontario, où je travaillais à ce moment-là. Il souffrait d'une infection du cerveau attribuable à une bactérie résistante aux médicaments, cette résistance étant venue du fait qu'elle avait été exposée à répétition aux antibiotiques que ce jeune homme recevait. J'ai dû avoir recours à ce qui était alors une thérapie relativement expérimentale. Le jeune homme est finalement décédé, soit malgré moi, ou à cause de moi.

Cet événement, qui a joué un rôle essentiel comme précurseur de ce que j'ai vu émerger au fil des ans en raison de la surutilisation des antimicrobiens, a défini ce que je fais aujourd'hui et m'amène à ce dont je vais vous parler au cours des prochaines minutes.

Tout d'abord, qu'est-ce que la résistance aux antimicrobiens? La résistance aux antimicrobiens, ou RAM, est une manifestation de la sélection naturelle de Darwin. Les bactéries qui se trouvent dans l'environnement, chez les êtres humains, les animaux, les oiseaux ou les poissons, sont exposées aux antibiotiques, et même si de nombreuses bactéries sensibles aux médicaments meurent, d'autres développent de façon aléatoire une mutation qui leur permet de résister aux antimicrobiens. Deux choses seulement sont nécessaires pour que la résistance aux antimicrobiens se développe: des bactéries et l'utilisation d'antimicrobiens. Lorsque les gènes de résistance aux médicaments des bactéries s'implantent dans une communauté ou une population, la capacité de renverser la résistance de plus en plus grande aux médicaments finit par devenir assez incertaine.

Pourquoi le Comité permanent de la santé et le public canadien devraient-ils se préoccuper de la RAM? Les Canadiens sont fiers de leur système de santé. Ils tiennent pour acquis les grossesses et les accouchements sûrs, y compris grâce aux césariennes, les soins néonataux, le traitement des infections courantes, comme la pneumonie et les infections urinaires, les chirurgies courantes comme l'appendicectomie, la chirurgie cardiaque et l'arthroplastie de remplacement, le traitement du cancer, et même la greffe d'organes et de cellules souches. Toutes ces avancées sont menacées par la résistance aux antimicrobiens.

Pour certains de ces problèmes de santé, il s'agit en fait d'une menace actuelle, plutôt que future. Jusqu'à la moitié des pathogènes qui sont à l'origine des infections dans les cas de cancer et de chirurgie résistent déjà aux antibiotiques de première intention aux États-Unis. J'aimerais citer des données canadiennes, mais je n'en ai pas de fiables. La situation est probablement comparable.

Alors qu'il n'était jamais question d'infections incurables lorsque j'ai commencé à pratiquer la médecine, des médecins comme moi traitent désormais souvent des patients atteints d'infections courantes au moyen de nouvelles thérapies. De nombreux antibiotiques sont devenus tellement désuets en raison de la résistance aux médicaments que les fabricants ont cessé de les produire et que les cliniciens ont cessé d'apprendre à s'en servir.

Lorsque j'ai commencé à pratiquer la médecine, le seul acronyme utilisé couramment pour la RAM dans notre vocabulaire était MRSA, le staphylococcus aureus résistant à la pénicilline. Aujourd'hui, la liste comprend aussi KPC, ESBL, NDM-1, VRE et CDI, pour ne nommer que ceux-là.

Cela représente des milliards de dollars pour le système de soins de santé, qui s'ajoutent à la somme de plus de 1 milliard de dollars que nous dépensons en antibiotiques prescrits au Canada, dont la moitié sont inutiles. Qui plus est, cela constitue une menace pour la sécurité nationale et met davantage en danger les Canadiens que la violence et les accidents combinés.

La RAM ne fait pas les manchettes. Lorsqu'une femme qui avait besoin d'une greffe de poumon récemment a vu disparaître toutes les options antibiotiques efficaces pour la maintenir en vie, les nouvelles qui sont parues dans les médias ont davantage porté sur l'ablation des organes infectés pour la garder en vie, que sur le fait qu'elle avait atteint le point de non-retour d'une infection complètement résistante aux médicaments.

● (1105)

On ne tient pas de marches, de courses, de randonnées à vélo, de tournois de golf ou de galas pour la RAM. Il n'y a pas de prix non plus, et l'industrie pharmaceutique, soit s'est distancée du développement d'antimicrobiens, soit s'est débattue pour accorder la priorité à l'innovation pharmaceutique plutôt qu'à la gérance des antimicrobiens, ou à leur utilisation judicieuse.

Que faut-il pour résoudre le problème de la RAM? Il y a presque un an, les 16 et 17 juin, j'ai coprésidé une table ronde d'action nationale pour la gérance des antimicrobiens, organisée conjointement par SoinsSantéCAN et le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. Cet événement a réuni 50 chefs de file et intervenants éclairés de tous les secteurs, dont certains s'adresseront à vous aujourd'hui. Nous avons dressé une liste de ce qui doit être fait.

Tout d'abord, il faut créer et financer un réseau national pour coordonner la gérance, appelé GAM Canada, nommer des dirigeants, à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale, afin d'assurer la planification stratégique et la mise en oeuvre, élargir l'accréditation

de GAM, appuyer et accentuer les activités de base relatives à la GAM dans les hôpitaux, améliorer la sensibilisation à la RAM et à la GAM parmi les médecins prescripteurs et le grand public, établir un fonds de recherche et développement pour la GAM ou la gérance des antimicrobiens, élaborer et soutenir des ensembles de données de base pour la surveillance de l'utilisation des antimicrobiens ou UAM, fournir des incitatifs aux médecins prescripteurs dans la communauté, grâce à des mécanismes d'audit et de rétroaction, élaborer des lignes directrices nationales pour la prescription d'antimicrobiens, ainsi que des mécanismes pour promouvoir leur adoption et, enfin, établir un réseau de centres d'excellence pour la mobilisation des connaissances relatives à la GAM.

Comme je l'ai mentionné, cela se passait il y a un an, presque jour pour jour, et qu'est-il arrivé? La même chose qu'avec le rapport de 2004 portant sur un plan d'action national en vue de combattre la résistance aux antimicrobiens, ainsi qu'avec le rapport de 2009 suivant la consultation pancanadienne par le Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques, qui n'est plus financé.

En 13 ans, trois rapports nationaux sont parus sur la résistance aux antimicrobiens, et la réponse générale du gouvernement fédéral demeure tacite. En fait, l'Agence de la santé publique a tout simplement éliminé le financement anticipé concernant l'utilisation et la surveillance des antimicrobiens pour l'année qui vient. « Suspendu » est le terme qui a été utilisé. Cela est bien pâle en comparaison de ce qui se fait aux États-Unis, où on dépense plus d'un milliard de dollars par année pour combattre la résistance aux antimicrobiens, en faisant intervenir les départements de la Défense, de la Justice et de la Sécurité intérieure, notamment. Le Royaume-Uni fait aussi preuve de leadership et déploie beaucoup d'efforts, avec la collaboration de son médecin hygiéniste en chef, Dame Sally Davies, qui est peut-être la plus ardente défenseuse de cette cause à l'échelle mondiale.

Au Canada, le financement de la recherche sur la gérance des antimicrobiens et la résistance aux antimicrobiens est inférieur à 10 millions de dollars par année. On a annoncé une augmentation récemment, mais cela n'est rien en comparaison avec le financement de 273 millions de dollars versé par les IRSC pour le cancer ou l'oncologie, en plus des 95 millions de dollars de l'Institut ontarien de recherche sur le cancer, et des 91 millions de dollars du Fonds de recherche du Québec — Santé, ainsi que des nombreuses autres sources.

Je pourrais continuer longtemps, mais je me bornerai à dire qu'au Canada, la résistance aux antimicrobiens ne suscite pas suffisamment d'intérêt. Cela est renforcé par les conclusions de notre propre vérificateur général, il y a deux ans, selon lesquelles l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada « ne s'étaient pas acquittés de certaines de leurs principales responsabilités pour réduire les risques pour la santé que posent l'émergence et la propagation de la résistance antimicrobienne au Canada ».

Le vérificateur général indiquait en outre que l'Agence de la santé publique du Canada:

n'a pas déterminé comment elle corrigerait les faiblesses qu'elle a relevées en ce qui a trait à la collecte, à l'analyse et à la diffusion des données sur la résistance aux antimicrobiens et l'utilisation des antimicrobiens, dans le cadre de ses activités de surveillance. L'Agence de la santé publique du Canada a pris certaines mesures pour promouvoir l'utilisation prudente des antimicrobiens chez l'humain, notamment l'élaboration et la diffusion de lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé, mais elle a déterminé que la création d'autres lignes directrices s'imposait.

Mesdames et messieurs les membres du Comité et monsieur le président, au nom d'AMMI Canada, je viens vous dire que le Canada a eu de la chance d'éviter une catastrophe liée à la résistance aux antimicrobiens. Je ne veux pas crier au loup. Il y a eu des signes avant-coureurs concernant les opiacées pendant des décennies, mais ce n'est que lorsque le nombre de décès a augmenté que l'on a commencé à s'en préoccuper, que les chercheurs ont commencé à parler d'une crise de santé publique et que la société civile a commencé à la remarquer. Depuis, les gouvernements sont en mode rattrapage.

Aujourd'hui, je me fais le porte-parole des experts canadiens des maladies infectieuses et de la résistance aux antimicrobiens qui vous disent que la situation actuelle et la crise à laquelle nous ferons face s'apparentent à celle des opioïdes, en pire. On aura des victimes de tous les âges. Notre système de soins de santé sera paralysé. Le fait de ne pas s'être occupé de la RAM aujourd'hui aura un coût, celui des nombreuses vies perdues. Lorsqu'on fera le bilan, comme dans le cas du rapport Naylor suivant la crise du SRAS, le pays examinera les occasions manquées et les signes avant-coureurs ignorés. Vous avez la possibilité maintenant de prêter l'oreille à ces signaux d'alerte.

Merci de votre attention.

• (1110)

**Le président:** Merci. Vous avez réussi à aborder beaucoup de matière en 10 minutes. C'est très impressionnant.

Nous allons maintenant passer à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Karey.

**Mme Karey Shuhendler (conseillère en politiques, Politiques, représentation et planification stratégique, Association des infirmières et infirmiers du Canada):** Merci, monsieur le président.

Bonjour monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité. Je m'appelle Karey Shuhendler. Je suis une infirmière autorisée et une conseillère en politiques auprès de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, la voix professionnelle nationale représentant plus de 139 000 infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers praticiens au Canada.

Je suis heureuse d'être ici aujourd'hui en compagnie de Yoshiko Nakamachi, qui est avec nous en tant qu'experte en résistance antimicrobienne dans les soins infirmiers auprès de l'AIIIC. Elle pourra répondre aux questions de nature plus technique. Yoshi agit actuellement comme directrice et gestionnaire du programme de gestion des antimicrobiens de l'Hôpital Mount Sinai et du Réseau de santé universitaire à Toronto. Elle a aussi travaillé dans des hôpitaux communautaires, en vue d'établir des programmes de gérance des antimicrobiens, elle participe à une initiative multcentres de gérance des antimicrobiens dans les soins primaires et elle est membre de comités de gérance des antimicrobiens, à l'échelle provinciale, nationale et territoriale.

Pour commencer, j'aimerais remercier le Comité d'étudier cette question importante et de donner à l'AIIIC l'occasion de parler au nom des infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers praticiens. Nous avons la responsabilité professionnelle de promouvoir des mesures fédérales concernant la gérance des antimicrobiens, ou la RAM, comme il a été dit précédemment, étant donné qu'il s'agit d'une menace majeure pour la santé de la population au Canada et que l'on s'attend à ce que la situation se détériore au fil du temps si aucune mesure appropriée n'est prise. Comme vous le savez peut-

être, la résistance aux antimicrobiens se produit lorsqu'un organisme, comme une bactérie ou un virus, empêche un médicament antimicrobien d'agir contre lui. Cela signifie que les traitements courants ne fonctionnent plus et que les infections peuvent persister et se propager. La RAM a pour effet d'accroître la maladie, la souffrance et le décès chez l'humain, d'augmenter les coûts et la durée des traitements, ainsi que d'accentuer les effets secondaires liés à l'utilisation de plusieurs médicaments de plus en plus puissants.

Avant d'énoncer nos deux principales recommandations et de répondre à vos questions, nous souhaitons dresser les grandes lignes des répercussions de la RAM à l'échelle internationale, ainsi que fournir un contexte national.

Le directeur général de l'OMS a parlé de la RAM comme d'une catastrophe à évolution lente, l'une des menaces les plus graves pour la santé et la sécurité humaine. Selon l'OMS, la RAM compromet la réalisation des objectifs du millénaire ainsi que l'atteinte des objectifs de développement durable. La RAM est un enjeu qui exige que des mesures soient prises dans tous les domaines et disciplines de la santé.

Dans sa prise de position de 2017 concernant la RAM, le Conseil International des Infirmières souligne ce qui suit:

Les infirmières, comme les autres agents de santé, jouent un rôle vital pour préserver l'efficacité des médicaments antimicrobiens. Les infirmières jouent un rôle crucial dans les soins aux malades et dans la communication interdisciplinaire. À ce titre, les infirmières sont idéalement placées pour contribuer à réduire la résistance aux antimicrobiens et déterminantes dans le fonctionnement des programmes de gestion des antimicrobiens.

L'énoncé se poursuit en soulignant que les infirmières contribuent à l'évaluation et au diagnostic des infections, administrent et peuvent prescrire des médicaments antimicrobiens, contrôlent les résultats et signalent les effets secondaires, vaccinent les populations, et éduquent les patients, leurs familles et les communautés.

À l'échelle nationale, l'AIIIC reconnaît les efforts de planification du gouvernement fédéral afin de répondre à la menace que présente la RAM, grâce à l'élaboration du document de 2014 intitulé « Résistance et recours aux antimicrobiens au Canada: cadre d'action fédéral », du document de 2015 intitulé « Plan d'action fédéral sur la résistance et le recours aux antimicrobiens au Canada: Prolongement du cadre d'action fédéral », et de l'ébauche de document de 2017 sur un cadre d'action pancanadien pour la lutte contre la résistance aux antimicrobiens et l'utilisation des antimicrobiens.

L'AIIIC a aussi fait sa part pour combattre la RAM en contribuant aux travaux à l'échelle nationale sur la prévention des infections et la gérance. Le programme communautaire de gérance des antimicrobiens de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, *Do Bugs Need Drugs?*, la définit de la façon suivante:

... la pratique qui consiste à réduire l'émergence de la résistance aux antimicrobiens en utilisant des antibiotiques uniquement lorsque cela est nécessaire et, au besoin, en sélectionnant les antibiotiques appropriés, ainsi que le bon dosage, la bonne fréquence et la bonne durée, afin d'optimiser les résultats tout en réduisant les effets nocifs. Les principes de la gestion des antimicrobiens s'appliquent chaque fois que des agents antimicrobiens sont utilisés, y compris dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, en médecine communautaire, en agriculture et en médecine vétérinaire, ainsi qu'à la maison et dans la communauté.

Les efforts de l'AIIIC dans ce domaine comprennent l'adhésion et la participation au comité directeur de GAM Canada, ainsi que la participation à la Table ronde canadienne pour la gérance des antimicrobiens, en vue de mettre au point un plan d'action multidisciplinaire et multisectoriel.

Nous participons aussi activement au groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la gérance de la RAM, en vue d'élaborer un cadre et un plan d'action pancanadien. En outre, grâce à un partenariat avec Choisir avec soin, un programme national visant à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet de la réduction de la surutilisation, l'AIIIC a dressé une liste détaillée de recommandations en soins infirmiers, en vue de réduire l'utilisation des tests, traitements et interventions qui pourraient ne pas comporter d'avantages ou être nocifs. Plusieurs de ces recommandations font progresser le programme de GAM, y compris celles visant à réduire l'utilisation inappropriée ou inutile des antimicrobiens.

L'AIIIC prévoit diffuser une liste spéciale en soins infirmiers dans le cadre de Choisir avec soin, en partenariat avec Prévention et contrôle des infections Canada. Cette liste comprend des recommandations en vue de réduire le recours à des interventions qui peuvent mener à des infections, ainsi que les tests inappropriés en laboratoire, qui peuvent mener à l'utilisation inutile d'antimicrobiens. Elle comprend en outre des recommandations en matière de gérance axées sur la réduction de l'utilisation inappropriée des antimicrobiens.

•(1115)

En dépit du travail accompli par l'AIIIC et d'autres organismes partenaires au pays, des efforts et des investissements additionnels sont requis de la part du gouvernement fédéral pour intensifier les efforts au sujet du recours et de la résistance aux antimicrobiens. Il convient de souligner particulièrement la nécessité de mettre l'accent sur une approche interprofessionnelle en matière de gérance, faisant intervenir les infirmiers et infirmières, en collaboration avec les médecins, les pharmaciens, les patients et les fournisseurs de soins, à titre d'approche préventive efficace concernant la RAM.

Nous avons deux recommandations principales concernant la question de la RAM au Canada, avec un accent sur la gérance. Nous encourageons le Comité à inclure ces recommandations dans son rapport final concernant cette étude importante.

Notre première recommandation vise à inciter le gouvernement fédéral à appuyer les 10 volets de la gérance des antimicrobiens préconisés par SoinsSantéCAN et le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses dans le document intitulé « Rassembler les pièces du casse-tête: un plan d'action national sur la gérance des antimicrobiens ». Les 10 volets sont énumérés dans le mémoire de l'AIIIC, mais sont aussi résumés par le Dr Morris.

Notre deuxième recommandation presse le gouvernement fédéral de s'engager à fournir un financement important, au cours des cinq prochaines années, afin d'appuyer l'intensification des programmes de gérance des antimicrobiens dans l'ensemble des établissements de soins aigus et des établissements communautaires des provinces et des territoires, sous réserve de l'établissement d'une structure de reddition de comptes. Nous demandons aussi que le gouvernement fédéral appuie le rôle que jouent les infirmières relativement à l'utilisation des antimicrobiens, à la résistance aux antimicrobiens et à la gérance des antimicrobiens.

Pourquoi ce financement est-il nécessaire? De tout temps, l'éducation et les réformes concernant l'utilisation et la gérance des antimicrobiens ont été axées sur les médecins et les pharmaciens, mais pas sur les infirmières autorisées, qui constituent le plus grand groupe de professionnels du domaine de la santé au Canada.

Selon le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé intitulé « Le personnel infirmier réglementé, 2016 », qui a été diffusé la semaine dernière, on compte plus de 400 000 infirmières

réglementées au Canada, soit plus de 100 000 infirmières auxiliaires autorisées, environ 6 000 infirmières psychiatriques autorisées et près de 300 000 infirmières autorisées, y compris 5 000 infirmières praticiennes. Les infirmières sont présentes dans tous les milieux de soins de santé. Elles sont bien placées pour contribuer à la gérance des antimicrobiens, à la préservation de la santé et à l'amélioration des résultats en santé de toute la population au Canada.

J'aimerais terminer en rappelant que la résistance aux antimicrobiens est un enjeu national et international qui a des répercussions à l'échelle locale. Toutes les personnes au Canada, y compris celles qui vivent dans les circonscriptions que chacun de vous représente, ne sont pas à l'abri de l'évolution de la menace que présente la RAM. C'est pourquoi une action immédiate est requise de la part du gouvernement fédéral.

L'AIIIC encourage le Comité permanent de la santé à presser le gouvernement fédéral d'adopter les 10 recommandations d'experts comprises dans « Rassembler les pièces du casse-tête: un plan d'action national sur la gérance des antimicrobiens », à titre de composante clé de l'examen du recours et de la résistance aux antimicrobiens au Canada.

Par ailleurs, le gouvernement fédéral peut prendre d'autres mesures concrètes en investissant dans des programmes de GAM établis, qui ont fait leurs preuves quant à la réduction de l'utilisation inappropriée des antimicrobiens, ainsi que dans la formation des infirmières pour qu'elles mettent à profit leur potentiel de chefs de file en matière de gérance des antimicrobiens dans tous les milieux de soins de santé au Canada.

Merci.

•(1120)

**Le président:** Je vous remercie beaucoup.

Nous allons maintenant passer à Mme Dattani, de l'Association des pharmaciens du Canada.

**Mme Shelita Dattani (directrice, Développement de la pratique et application des connaissances, Association des pharmaciens du Canada):** Bonjour tout le monde et merci de me donner l'occasion d'être parmi vous ici aujourd'hui.

Je m'appelle Shelita Dattani et je suis directrice du Développement de la pratique et application des connaissances de l'Association des pharmaciens du Canada, qui est la voix nationale des 42 000 pharmaciens au Canada. Je suis aussi une pharmacienne praticienne en milieu hospitalier et communautaire, et j'ai une grande expérience de la direction d'initiatives de gérance des antimicrobiens et de la participation à de telles initiatives dans le milieu hospitalier.

Depuis la découverte de la pénicilline par Sir Alexander Fleming, en 1945, comme l'a décrit mon collègue, les antibiotiques ont contribué énormément au traitement des maladies infectieuses, et ils ont rendu possible de nombreux autres traitements et interventions, comme les chirurgies et les greffes.

Il vaut la peine que je fasse écho à mes collègues présents aujourd'hui lorsqu'ils disent que la RAM a été décrite comme une catastrophe à évolution lente. Comme d'autres intervenants l'ont mentionné, il s'agit d'une menace très grave pour la santé et la sécurité du public. Si les choses ne changent pas, cela pourrait mener à 10 millions de décès par année, d'ici 2050, et compte tenu du nombre limité de nouveaux antibiotiques qui sont développés, cela est terrifiant. C'est le problème de tous, et tous devraient faire partie de la solution.

J'aimerais vous parler aujourd'hui de la gérance des antimicrobiens et du rôle du pharmacien.

Comme d'autres intervenants l'ont souligné, la gérance est un sport d'équipe, et notre objectif collectif à ce chapitre est de faire en sorte que les patients obtiennent les bons antibiotiques lorsqu'ils en ont besoin, et uniquement lorsqu'ils en ont besoin. En tant qu'experts des médicaments, les pharmaciens jouent un rôle fondamental quant à la gérance des antimicrobiens. Les pharmaciens d'hôpitaux, partout au pays, ont fait preuve de leadership quant aux activités et aux programmes de gérance des antimicrobiens depuis plusieurs années maintenant. Tout comme j'ai consacré beaucoup de temps dans ma pratique à l'hôpital à veiller à ce que les patients reçoivent les bons antibiotiques, et uniquement lorsqu'ils en avaient besoin, je travaille maintenant avec mes collègues des soins primaires pour faire la même chose dans ma pharmacie de quartier. Les pharmaciens peuvent agir comme gérants dans l'ensemble du continuum de soins, comme les autres professionnels. Nous travaillons dans des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée, des équipes de soins primaires, ainsi que dans le domaine de la santé publique et dans celui de la pharmacie communautaire, sur lequel je mettrai l'accent aujourd'hui.

Les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée ont établi ou fait progresser des programmes de gérance, mais plus de 80 % des antibiotiques sont prescrits dans la communauté, où il existe peu de programmes de gérance en bonne et due forme à l'heure actuelle. Une étude importante publiée l'an dernier dans le *Journal of the American Medical Association* a démontré que 30 % de l'utilisation des antibiotiques chez des patients non hospitalisés est inutile.

La prescription d'antibiotiques dans la communauté dépend de la tendance des médecins prescripteurs à le faire et de la demande des consommateurs. Les pharmaciens à l'échelle communautaire ont les connaissances et les compétences pour faire une réelle différence. Les pharmaciens comme moi, dans des collectivités partout au pays, ont établi des rapports avec leurs patients et leurs collègues médecins prescripteurs. Ils peuvent faire un réel changement dans la prescription d'antibiotiques à l'échelle communautaire.

Il existe cinq domaines clés dans lesquels les pharmaciens font preuve de leadership en tant que gérants des antimicrobiens dans la communauté. Il s'agit de l'éducation du public, de l'immunisation, de la prescription de médicaments pour des malaises légers, des conseils aux patients et de l'optimisation des prescriptions des autres fournisseurs de soins de santé.

De nombreux Canadiens ne connaissent pas les répercussions et les risques d'une utilisation inappropriée des antibiotiques comparativement aux bénéfiques. Les pharmacies jouent un rôle central dans les collectivités locales, et les pharmaciens peuvent jouer un rôle important dans la promotion de la santé et dans la transformation des patients en gérants. Comme d'autres intervenants l'ont mentionné, des campagnes de sensibilisation au Canada, comme le programme d'éducation communautaire *Do Bugs Need Drugs?* et la campagne Choisir avec soin, comprennent des renseignements sur les antibiotiques. Les pharmaciens ont participé à l'élaboration de ces campagnes. Ils dressent leurs propres listes et passent le message à leurs patients, chaque jour, dans leurs collectivités.

Depuis plusieurs années, les Canadiens peuvent faire appel aux pharmaciens de leur localité pour se faire vacciner contre la grippe. La saison de vaccination contre la grippe est une des meilleures occasions que j'ai de parler avec mes patients de la prévention des infections, de la gestion symptomatique des infections virales, ou de leur hésitation à se faire vacciner. Je dis à mes patients que les vaccins préviennent non seulement les infections primaires, mais aussi les infections secondaires par des bactéries résistantes aux

antibiotiques, par exemple, les pneumonies qui sont souvent une complication des infections liées à la grippe. Je saisis toutes les occasions qui me sont offertes, pendant la saison de vaccination contre la grippe, pour parler de l'importance de tous les vaccins.

En outre, les pharmaciens procèdent à des interventions plus actives, ciblées et axées sur le patient dont vous n'êtes peut-être pas au courant, y compris l'évaluation, le traitement et le suivi de leurs patients. Étant donné que les pharmaciens voient leurs patients environ 14 fois par année, parfois même à 21 heures un jeudi soir ou à 16 heures un dimanche, ils sont bien placés pour leur fournir des soins directs.

Dans une province de ce pays, les pharmaciens peuvent prescrire de façon large, et dans quelques autres, ils peuvent prescrire des médicaments plus précis pour des problèmes de santé mineurs, comme les infections urinaires sans complications ou les infections de la gorge. Les pharmaciens sont des praticiens axés sur les lignes directrices et ils s'intéressent beaucoup, comme je l'ai mentionné, à des campagnes comme « Trop c'est comme pas assez » de Choisir avec soin. En tant qu'experts des médicaments, de prescripteurs et de gérants des antimicrobiens, nous, pharmaciens, sommes très conscients de la nécessité de prescrire de façon responsable, et surtout, de ne rien prescrire si cela n'est pas nécessaire.

● (1125)

Dans certaines provinces, les pharmaciens peuvent remplacer un antibiotique par un autre. Par exemple, si vous vous rendez à la pharmacie et que vous êtes allergique à l'antibiotique prescrit, ou si l'antibiotique prescrit initialement ne guérit pas votre infection, je peux lui substituer un antibiotique plus approprié. Je vous connais; je peux donc faire cela.

Ces mandats élargis signifient que les pharmaciens ont une occasion très directe d'assurer un rôle de chef de file dans la gérance des antimicrobiens. Des recherches sont actuellement en cours au Nouveau-Brunswick pour constater les résultats obtenus chez les patients évalués et traités par leurs pharmaciens pour des infections urinaires sans complications.

Les pharmaciens peuvent aussi aider leurs collègues médecins qui ont recours à la prescription différée, une pratique contestable. Si un patient obtient une prescription de son médecin et que ce dernier lui dit de commencer à prendre des antibiotiques si les symptômes ne s'améliorent pas, après un délai précis, je peux assurer un suivi de la gestion des symptômes avec mon patient, afin que nous n'ayons pas recours aux antibiotiques trop rapidement. Je peux conseiller mon patient sur le moment d'assurer un suivi avec le médecin prescripteur. Si mon patient a finalement besoin d'antibiotiques, je lui parlerai plus en détail des avantages, mais aussi d'autres choses auxquelles il n'a peut-être pas songé, comme les effets secondaires et d'autres conséquences imprévues qui ont été décrits ici aujourd'hui.

Des tests rapides de dépistage du streptocoque sont maintenant offerts dans certaines pharmacies. Les pharmaciens peuvent administrer les tests et intervenir immédiatement, que ce soit en prescrivant ou en recommandant des antibiotiques ou des médicaments en vente libre pour les infections virales, selon le cas. L'élargissement de ces services enlèverait de la pression sur le système de soins de santé, car il permettrait aux patients d'éviter les services ou les cliniques d'urgence. Une étude pilote au Royaume-Uni a démontré que 49 % des patients auraient dû consulter leur médecin de famille si des tests de dépistage du streptocoque n'avaient pas été accessibles dans les pharmacies locales, qui agissent comme des centres de soins de santé dans les collectivités.

Les pharmaciens, en tant que professionnels de la santé dont la pratique est fondée sur l'expérience, jouent un rôle énorme dans l'éducation des médecins prescripteurs, afin de les appuyer pour qu'ils prescrivent les médicaments optimaux pour leurs patients. Les pharmaciens les éduquent de façon informelle sur une base régulière, et ils jouent un rôle formel au chapitre de la sensibilisation à l'éducation individuellement.

Les pharmaciens ont aussi un rôle établi dans les équipes de soins primaires intégrés, et ils collaborent chaque jour avec leurs collègues pour assurer la prescription optimale d'antibiotiques, par suite d'une rétroaction directe et individuelle à ce sujet. Cette pratique a obtenu beaucoup de succès dans le milieu hospitalier.

L'APhC participe au comité directeur interdisciplinaire de la GAM, ainsi qu'à la Table ronde canadienne pour la GAM. Nous avons fait preuve de leadership lorsqu'est venu le temps d'accroître la sensibilisation et de faire valoir l'importance de la gérance des antimicrobiens auprès de tous les pharmaciens au Canada. Nous participons à la poursuite de l'élaboration du rôle important que les pharmaciens ont à jouer au sein de l'équipe de lutte contre la RAM.

Les pharmaciens font déjà beaucoup, mais nous souhaitons faire davantage et nous le pouvons, afin d'aider les fournisseurs de soins primaires. Nous devons avoir le pouvoir d'agir pour faire une différence encore plus grande. Nos compétences, notre mandat et notre accessibilité nous ont permis d'améliorer les résultats dans le cas des maladies chroniques, et des données probantes s'accumulent maintenant dans d'autres domaines.

Nous avons aussi besoin d'outils pour jouer un rôle encore plus efficace de gérants des antimicrobiens. Il n'est pas logique qu'une femme de 32 ans au Nouveau-Brunswick puisse être traitée par un pharmacien pour une infection urinaire simple, mais qu'une patiente ayant un problème similaire en Ontario n'ait pas accès à ce traitement et doive attendre plus longtemps pour le recevoir.

Nous recommandons des mesures dans quatre domaines particuliers. Tout d'abord, et surtout, nous recommandons que tous les secteurs de compétence, y compris le gouvernement fédéral en tant que fournisseur de soins de santé, favorisent l'harmonisation de l'élargissement de la pratique des pharmaciens, ainsi que de la rémunération connexe de ces services, partout au pays. Cela devrait comprendre la prescription de médicaments dans le cas d'infections mineures, ainsi que la substitution thérapeutique d'antibiotiques.

En deuxième lieu, la mise en œuvre d'un système d'information sur les médicaments et d'un dossier de santé électronique pleinement intégré dans chaque province et territoire ferait en sorte que les pharmaciens aient accès aux renseignements dont ils ont besoin, comme les profils pharmaceutiques des patients, ainsi que les résultats des cultures et des tests de sensibilité, afin de nous aider à prendre soin de nos patients et à collaborer plus efficacement avec nos collègues pour assurer une utilisation sécuritaire et efficace des antibiotiques.

En troisième lieu, l'Association des pharmaciens du Canada, grâce à sa collaboration avec le comité directeur de la GAM, appuie l'élaboration de lignes directrices nationales en matière de prescriptions. Nous nous engageons aussi à diriger l'élaboration d'outils de mobilisation des connaissances et de réseaux de mentorat pour les pharmaciens, afin de veiller à ce qu'ils aient les connaissances et les compétences les plus à jour pour agir comme gérants des antimicrobiens dans l'intérêt de la sécurité du public.

Enfin, nous recommandons que toutes les prescriptions d'antibiotiques comprennent l'indication thérapeutique du médicament, c'est-à-dire la raison pour laquelle il est prescrit au patient. Cela nous

permettra de promouvoir une utilisation optimale et sécuritaire des antibiotiques, de veiller à ce que le patient reçoive le médicament approprié et la bonne dose et qu'il suive la thérapie pendant la durée appropriée pour cette indication thérapeutique particulière.

Chaque interaction que j'ai avec un patient ou un médecin prescripteur constitue une occasion de donner à mon patient le bon antibiotique, si nécessaire, et de jouer mon rôle de gérant des antimicrobiens. Nous devons continuer de collaborer pour résoudre ce problème.

Les pharmaciens se sont engagés à constituer un élément majeur de la solution, dans le cadre de cette responsabilité partagée de la gérance, et nous demandons le soutien du Comité pour faire progresser leur rôle comme gérants des antimicrobiens, selon la description que je vous en ai donnée.

Merci beaucoup.

**Le président:** Je vous remercie beaucoup.

Nous allons maintenant entendre le Dr Michael Routledge, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Vous avez la parole pour 10 minutes.

• (1130)

**Dr Michael Routledge (médecin hygiéniste, Office régional de la santé (Santé Sud), Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada):** Merci, monsieur le président, et merci au Comité de se pencher sur ce sujet très important. Je suis ici au nom du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, en tant que spécialiste de la santé publique et de la médecine préventive. Le Collège royal n'a pas encore de position officielle concernant la résistance aux antimicrobiens, mais appuie pleinement les efforts en cours pour résoudre ce problème et m'a demandé de présenter mon point de vue comme médecin spécialiste en santé publique.

Je ne répéterai pas ce que vous avez déjà entendu auparavant en ce qui a trait à l'importance de ce sujet, tant au Canada que dans le monde. Je vais mettre l'accent sur deux aspects particuliers. Le premier est que, historiquement, la RAM n'a pas fait suffisamment l'objet d'études, compte tenu de ses répercussions possibles. En deuxième lieu, pour l'avenir, il sera important de continuer à soutenir et à raffermir les processus nationaux qui ont été créés pour veiller à ce que la RAM soit prise en compte de façon efficace partout au pays.

Il peut être difficile de faire progresser le dossier de la RAM, parce que même s'il s'agit d'une question de santé publique extrêmement importante et lourde de conséquences pour le public, elle n'évolue pas rapidement et n'a pas tendance à faire les manchettes. Vous avez déjà entendu quelques témoins parler de l'idée qu'il s'agit d'une catastrophe à évolution lente, qu'on qualifie souvent de tsunami au ralenti. Cette question est facilement laissée de côté pour faire place aux problèmes de santé urgents de l'heure.

À l'avenir, si la RAM peut trouver sa place comme enjeu essentiel, ce qu'elle est, et si les structures nationales et régionales qui s'en occupent peuvent continuer d'être appuyées et raffermies, nous pourrions utiliser pleinement toutes les connaissances et les ressources qui existent, de façon à appuyer les travaux qui sont menés partout au Canada.

L'inclusion récente par Agrément Canada de la gérance des antimicrobiens dans les pratiques organisationnelles requises constitue un excellent exemple de la façon dont l'intégration de la RAM dans les structures du système de soins de santé peut faire progresser le dossier. À la régie régionale de la santé où je travaille, nous avons récemment établi un partenariat avec le Centre de collaboration national des maladies infectieuses, en vue d'élaborer un projet pilote portant notamment sur le soutien de la pratique des fournisseurs de soins de santé et sur l'éducation du public. Ces travaux sont effectués en partie afin de respecter les nouvelles pratiques organisationnelles requises, ou POR, d'Agrément Canada, et notre souhait est de poursuivre ces travaux pour tous les aspects de la gérance des antimicrobiens.

Au Canada, nous avons eu par le passé et nous avons encore de nombreux exemples d'établissements locaux qui font un excellent travail au sujet de la résistance aux antimicrobiens, le programme Do Bugs Need Drugs? de la Colombie-Britannique et de l'Alberta en étant un bon exemple. Ce qui manque principalement, c'est une structure robuste permettant de coordonner, de diffuser et d'appuyer ces pratiques de premier plan parmi l'ensemble des organisations et des professionnels des soins de santé au Canada. La création, au cours des dernières années, du cadre fédéral de 2014 ainsi que le processus directeur fédéral-provincial-territorial actuel, combinés aux efforts d'organisations comme SoinsSantéCAN et le CCNMI, ont fait en sorte que le Canada est bien positionné pour prendre les prochaines mesures qui seront nécessaires.

La clé pour l'avenir consistera à veiller à ce que ces processus bénéficient d'un soutien et d'un contrôle, afin de s'assurer que la gérance des antimicrobiens fasse l'objet de l'attention et des efforts qu'elle mérite partout au pays.

Encore une fois, j'aimerais remercier le Comité d'examiner cette question et d'avoir invité le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada à participer à cet examen.

**Le président:** Merci beaucoup. Nous allons maintenant commencer notre première ronde de périodes de questions de sept minutes chacune.

Madame Sidhu.

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

Merci à tous les présentateurs. Vos témoignages sont impressionnants.

Ma première question est pour Mme Dattani. Selon un texte publié en 2015 dans « Le Traducteur », la publication sur les politiques en matière de santé de votre organisation, l'objectif global de la gérance des antibiotiques est de maximiser les résultats pour les patients en réduisant les conséquences non voulues de l'utilisation des antibiotiques. On notait aussi que les pharmaciens peuvent être un partenaire important dans la prévention de la propagation de la RAM.

Pouvez-vous expliquer davantage le rôle du pharmacien dans ce processus? Comment l'efficacité de ce rôle peut-elle être améliorée relativement à la RAM?

**Mme Shelita Dattani:** Merci de votre question.

Comme j'y ai fait allusion dans mes observations, les pharmaciens exercent actuellement plusieurs activités, qu'il s'agisse de conseiller des patients, de faire la promotion de la santé publique et de la santé en général ou de discuter pendant les immunisations. Les pharmaciens peuvent définitivement avoir un plus grand rôle à jouer s'ils peuvent intervenir dans la thérapie d'un patient, adapter les

prescriptions, adapter la durée de la thérapie et prescrire des médicaments pour des types d'infections simples et sans complications.

C'est la situation qui prévaut dans quelques provinces, mais cela n'est pas uniforme partout au pays. Je trouve cela complètement illogique, étant donné que j'ai les mêmes connaissances, compétences et jugement que mes collègues du Nouveau-Brunswick ou de l'Alberta, qui sont en mesure de poser ces gestes et qui agissent comme gérants des antimicrobiens, alors que je ne peux pas le faire. L'examen de cette question, soit l'harmonisation des pratiques dans l'ensemble du pays, afin de permettre aux pharmaciens d'exercer ce rôle élargi, représente une solution clé.

**Mme Sonia Sidhu:** Docteur Morris, de nombreux rapports sur la RAM ont souligné la nécessité d'un soutien accru à la recherche et au développement pour de nouvelles thérapies antimicrobiennes. À votre avis, quel type de recherche doit être financé pour résoudre le problème de la résistance aux antimicrobiens, tant au Canada qu'à l'échelle mondiale?

**Dr Andrew Morris:** Je vous remercie de votre question, qui est touffue.

Si nous nous penchons sur les éléments de base de la recherche, je crois que tout doit commencer par une compréhension de notre situation actuelle. Nous n'avons pas une très bonne compréhension d'où nous nous situons en ce qui a trait à la résistance et au recours aux antimicrobiens. Je crois que les premiers efforts devront être des efforts de base en vue de recueillir de bonnes données.

Il n'est pas facile de modifier la façon dont nous utilisons les antibiotiques. C'est une question de gestion du changement, qui s'apparente à inculquer de saines habitudes de vie dans l'ensemble de la population. Je suis certain que vous pouvez vous imaginer combien cela est difficile. La situation est très similaire dans le cas de l'utilisation judicieuse des antimicrobiens. Elle exige des techniques de changement de comportement, de la psychologie, une infrastructure et des mesures, en vue de faciliter les choses. Tout cela est difficile. Pour le moment, je dirais que, mondialement, nous n'avons pas réellement une très bonne compréhension de la façon de procéder.

En outre, étant donné que vous avez à juste titre souligné les enjeux mondiaux, de même que locaux, il existe une différence marquée dans les besoins entre les pays où le revenu est élevé et ceux où il est faible ou moyen. Les disparités se situent au niveau de l'accès à des médicaments efficaces, de la réglementation s'appliquant aux médicaments et des problèmes de résistance.

Ce que je considère utile pour le Canada ne s'appliquera peut-être pas à d'autres secteurs de compétence, et vice versa. Je suis très en faveur des efforts visant à combler les besoins et résoudre les enjeux à l'échelle mondiale. Je crois qu'ils sont absolument nécessaires. Je ne sais toutefois pas clairement, pour le moment, si cela se transposera dans les processus et les besoins de recherche au Canada.

• (1135)

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

J'aimerais poser une question à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

À votre avis, quel est le niveau de connaissance des Canadiens au sujet de la RAM? Par ailleurs, je vous ai entendu dire que 1 milliard de dollars sont dépensés en antibiotiques au Canada. La semaine dernière, nous avons entendu que 95 % de ces antibiotiques sont utilisés dans la communauté. Croyez-vous qu'une plus grande sensibilisation du public soit nécessaire? Comment peut-on y arriver? Quelles sont les étapes à suivre?

**Mme Karey Shuhendler:** Merci de votre question.

Je ne crois pas que les Canadiens sont aussi informés qu'ils pourraient l'être des problèmes associés à la résistance aux antimicrobiens. Le docteur Morris a fait une comparaison avec la crise actuelle des opioïdes. On ne parle pas beaucoup des décès attribués à des organismes résistant aux antibiotiques et des répercussions que cela entraîne. Il faut absolument que les Canadiens soient mieux informés.

Cela suppose des programmes de gestion de l'utilisation comme Do Bugs Need Drugs? ou Choisir avec soin Canada, qui comportent un volet de sensibilisation du public. Les fournisseurs de soins de santé que nous sommes et le gouvernement ont la responsabilité d'information les gens pour qu'ils ne se présentent pas à un médecin, une infirmière ou un pharmacien pour obtenir des médicaments dont ils n'ont pas besoin. Ils doivent savoir que ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas d'ordonnance qu'ils sont moins bien soignés et que, au contraire, il est bien possible que leur médecin les soigne mieux parce qu'il a pris le temps d'évaluer toute la situation et de les informer.

La population doit être partie prenante. Elle doit être informée. Des campagnes comme Do Bugs Need Drugs? et Choisir avec soin Canada ont réussi à faire comprendre que plus n'est pas toujours égal à mieux, mais il y a encore beaucoup à faire.

**Mme Yoshiko Nakamachi (experte en résistance antimicrobienne dans les soins infirmiers, Association des infirmières et infirmiers du Canada):** Je crois aussi que la campagne de sensibilisation et d'éducation doit commencer à s'adresser aux très jeunes enfants. Je pense qu'il faut parler aux enfants dès la maternelle et sensibiliser les gens tout au long de leur vie. Il faut éduquer et sensibiliser les gens. Il ne suffit pas de s'adresser aux parents ou aux personnes âgées qui doivent guérir d'une infection. Il faut faire passer le message dès maintenant à la génération actuelle et à la prochaine. On parle de campagnes de sensibilisation qui visent tout l'éventail des groupes sociaux et des membres de la collectivité.

**Mme Sonia Sidhu:** Docteur Morris, l'élevage de poulets est un moteur économique important. On nous a parlé cette semaine de la résistance aux antimicrobiens dans l'agriculture. Pourriez-vous nous parler des risques que l'usage médical et non médical d'antibiotiques peut entraîner pour la santé humaine?

**Dr Andrew Morris:** Une partie de la question échappe à mon expertise. Je peux cependant vous dire que beaucoup d'antimicrobiens employés pour les animaux n'ont pas d'importance ou d'intérêt sur le plan médical. Quant à ceux qui en ont, il est presque certain que leur réduction profitera à la population canadienne.

Nous savons avec certitude, et cela ne fait aucun doute, que, lorsqu'une résistance se développe parmi des animaux, notamment des animaux d'élevage et des animaux de compagnie, cette résistance finira par se faire un chemin dans l'écosystème humain. C'est pour cette raison que je crois que tout le monde ici et tous ceux qui travaillent dans le domaine que la meilleure façon de lutter contre la résistance antimicrobienne est l'approche « une seule santé ».

● (1140)

**Le président:** Votre temps de parole est écoulé.

Madame Harder, allez-y. Vous avez sept minutes.

**Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC):** Génial.

Ma première question s'adresse au Dr Morris.

Nous parlons de résistance aux antimicrobiens. Supposons que nous ne fassions rien, en théorie, et que nous laissons les choses évoluer. Quelle serait la situation dans 50 ans d'ici?

**Dr Andrew Morris:** Je ne suis pas sûr d'être apte à prédire ce qui se passera dans 50 ans. Je ne suis pas sûr qu'il soit même nécessaire de se projeter si loin.

Actuellement, plusieurs pays n'ont pas accès à certains antibiotiques en raison de problèmes de production. L'Australie a récemment eu un problème avec la combinaison pipéracilline-tazobactam, qui est un important antibiotique à large spectre.

Le fait de ne pas avoir accès à un médicament à cause de problèmes de production revient, à bien des égards, au fait de ne pas pouvoir l'utiliser à cause de la résistance aux médicaments. On finit par employer d'autres médicaments et par faire du tort et provoquer des effets secondaires. Si on ne peut pas employer d'antibiotiques, ce qui arrivera sûrement si on ne fait rien, la fréquence des complications... Je vous donne un exemple. J'ai une hanche artificielle. Le risque d'infection au moment de l'opération était d'environ 1 %. Heureusement, grâce aux antibiotiques disponibles à ce moment-là, le risque est passé de 5 % à 1 %.

Si on ne peut pas utiliser d'antibiotiques pour une simple opération comme celle-là, une personne sur 20 au lieu d'une sur cent qui se font installer des hanches artificielles subira une infection. C'est la même chose pour les césariennes. Les risques sont encore plus grands. Même chose pour les chirurgies abdominales. Et la liste est longue.

Les antimicrobiens sont au cœur de la médecine de transplantation et de la transplantation d'organes pleins. Cela suppose une très nombreuse équipe, mais l'essentiel, ce sont les antimicrobiens. Les soins de soutien à la chimiothérapie du cancer supposent des antimicrobiens. Si vous avez la leucémie et que vous recevez une chimiothérapie, il est presque certain que vous aurez besoin d'antimicrobiens à large spectre pendant des semaines.

Pas de chimiothérapie du cancer, pas de transplantation, pas de chirurgies à haut risque sans cela, et il n'y a pas besoin d'attendre 50 ans. Ce sera dans 15 ou 20 ans au mieux.

**Mme Rachael Harder:** Merci. Nous avons besoin d'une description vraiment concrète des choses.

En 2015, le Bureau du vérificateur général a publié un document intitulé « Rapport 1—La résistance aux antimicrobiens ». On y explique que six autres lignes directrices sont nécessaires, si j'ai bien compris, pour prévenir les infections spécifiques attribuables à la résistance aux antimicrobiens. Mais je crois que vous avez dit dans votre témoignage qu'on a suspendu ce projet. Ces lignes directrices n'ont pas été élaborées.

Pourriez-vous nous en parler?

**Dr Andrew Morris:** Pas de façon précise. Je ne me rappelle pas les lignes directrices dont il est question dans le rapport du vérificateur général.

Le projet de gestion de l'utilisation des antimicrobiens découle d'un partenariat entre plusieurs personnes ici et l'Agence de la santé publique du Canada. On avait prévu de financer toutes sortes d'organismes et de groupes au Canada, et le montant est en fait vraiment modeste. On parle d'un total de probablement moins de deux ou trois millions de dollars tout au plus. Tout cela a été suspendu, je crois.

L'Agence de la santé publique du Canada dit que la gestion de l'utilisation des antimicrobiens est importante, mais elle n'est pas suffisamment importante puisqu'il va falloir suspendre encore d'autres fonds et que cela va nous empêcher d'avancer.

Si on parle de lignes directrices, je pense que beaucoup de spécialistes — et j'estime en faire partie — estiment que, pour discuter de la validité de l'usage d'antibiotiques, il faut des balises. Dans la plupart des pays qui ont agi, ces balises sont les lignes directrices qu'ils ont élaborées. Nous n'avons pas ici de lignes directrices nationales sur l'utilisation des antibiotiques.

Il faudrait y consacrer des efforts herculéens et beaucoup de temps et d'argent. C'est presque certainement nécessaire, mais je ne crois pas que cela arrive dans les cinq ou six prochaines années.

• (1145)

**Mme Rachael Harder:** Très bien. Je vous remercie.

Nous sommes en train d'élaborer une perspective pancanadienne. Elle devrait être publiée très prochainement, à ce qu'on nous a dit. Je me demandais si vos organismes ont participé à la création de ce cadre de référence.

Peut-être les témoins pourraient-ils répondre chacun à leur tour. Quelle a été votre participation?

**Mme Yoshiko Nakamachi:** J'ai fait partie du groupe de travail sur la gestion de l'utilisation. Il y avait quatre groupes de travail, un pour chacun des quatre thèmes principaux : la prévention et le contrôle des infections, la surveillance, la recherche et l'innovation, et la gestion de l'utilisation. J'ai participé à l'élaboration et à la rédaction d'un rapport sur ce que pourraient être les résultats et sur les activités de gestion de l'utilisation dont on aurait besoin pour faire avancer les choses.

Je rappelle qu'il s'agit d'un cadre de référence, mais on y indique des mesures précises permettant d'obtenir des résultats. Le rapport de notre groupe, sur la gestion de l'utilisation, a été joint aux rapports des trois autres groupes de travail pour former le document sur le cadre de référence pancanadien dont vous parlez.

**Mme Rachael Harder:** Merci.

**Mme Karey Shuhendler:** Yoshi a siégé à ce comité, tout comme un de mes collègues. Josette Roussel représentait l'AIIC. Nous avons également d'autres représentantes de l'AIIC au comité. Nous avons participé à l'élaboration du projet de cadre de référence sur la prévention et le contrôle des infections, qui a été intégré au rapport général.

**Mme Rachael Harder:** Monsieur Routledge, avez-vous participé à ce projet?

**Dr Michael Routledge:** Je ne crois pas que nous ayons participé à quelque égard que ce soit.

**Mme Rachael Harder:** Madame Dattani.

**Mme Shelita Dattani:** Nous n'avons pas participé aux travaux de ce comité. Nous faisons partie du comité directeur national d'AMS.

**Mme Rachael Harder:** Monsieur Morris.

**Dr Andrew Morris:** AMMI Canada y a un peu participé, tout comme moi-même. Je porte plusieurs chapeaux. Je représente évidemment l'AMMI Canada, mais je représente aussi le Sinai Health System et le programme University Health Network. J'ai donc participé à plusieurs titres. AMMI a également participé aux travaux d'autres groupes de travail.

**Le président:** Votre temps de parole est écoulé.

Monsieur Davies.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être venus nous voir.

Docteur Morris, vous nous avez donné, je trouve, une description très incisive de la gravité du problème. Sur une échelle de un à dix, dix signifiant très grave et un signifiant qu'il n'est pas nécessaire de s'en occuper, quel est le degré de gravité du problème de la résistance aux antimicrobiens et aux antibactériens au Canada aujourd'hui?

**Dr Andrew Morris:** Merci de votre question.

Je ne suis pas sûr de pouvoir y mettre un chiffre. Je ne tiens pas à faire peur, mais il reste que c'est très important. Si on parle de la mesure dans laquelle cela touchera les Canadiens d'ici cinq ou dix ans, je dirais que ce touchera les Canadiens de façon substantielle et presque certainement si on ne fait rien. En fait, cela pourrait les toucher même si on fait quelque chose, parce que le monde est petit. Nous devons régler le problème de la résistance aux antimicrobiens non seulement à l'égard des bactéries propres au Canada, mais aussi de celles que nous importons par le biais des voyages, de l'immigration, de l'agriculture, du commerce, etc.

**M. Don Davies:** Diriez-vous que le problème est grave et qu'il exige une attention immédiate?

**Dr Andrew Morris:** Il exige effectivement une attention immédiate.

**M. Don Davies:** Merci.

Je voudrais maintenant qu'on essaie de déterminer des causes.

Est-ce que l'un d'entre vous peut me dire quels sont les éléments qui contribuent à la résistance aux antimicrobiens et les classer par ordre de priorité, s'il vous plaît?

**Dr Andrew Morris:** Je vais commencer.

La première cause est l'utilisation d'antimicrobiens. Les antimicrobiens sont le « A » dans l'abréviation RAM. On pourrait affirmer que la seule cause de la résistance aux antimicrobiens est l'utilisation d'antimicrobiens.

Sans vouloir essayer d'être trop pédagogique, je dirais simplement que, dans un cours que je donnais hier, j'ai dit à mes étudiants que, si nous allions dehors sur la pelouse, nous nous retrouverions au beau milieu d'une guerre entre bactéries et champignons. Les champignons se défendent contre les bactéries grâce aux antibiotiques qu'ils produisent. Les bactéries se défendent contre les champignons en développant des mécanismes de résistance. Cette guerre se déroule à bien des endroits.

Les êtres humains sont peu porteurs de champignons, mais ils transportent beaucoup de bactéries. Quand nous sommes exposés à des champignons ou aux antibiotiques qu'ils produisent, nous nous en servons pour tuer les bactéries qui nous causent des problèmes. Une partie de la résistance provient de l'environnement, mais il n'existe pas vraiment de cause majeure à la résistance aux antimicrobiens hors le fait que les bactéries sont exposées aux antibiotiques.

• (1150)

**M. Don Davies:** J'aimerais vous demander, docteur Morris, de nous parler des causes humaines de la résistance aux antimicrobiens. Pouvez-vous me donner une idée de la contribution relative à la résistance aux antimicrobiens de la prescription excessive de médicaments, par exemple, comparativement à la contribution de l'utilisation d'antimicrobiens en médecine vétérinaire et dans l'agriculture?

**Dr Andrew Morris:** Je ne suis pas sûr que nous le sachions. Il y a eu plusieurs hypothèses au fil du temps concernant certaines souches de bactéries résistantes aux médicaments, mais il y a beaucoup de chevauchement.

Au Canada, si l'on parle de la résistance aux antimicrobiens d'importance médicale pour les êtres humains, il est presque certain que la moitié de cette résistance est liée à l'utilisation humaine. Cela peut être très difficile à évaluer, parce qu'il y a tellement d'interface entre, par exemple, la nourriture que nous ingérons et la résistance que nous pouvons acquérir à partir de ces aliments, de sorte qu'il est très difficile d'isoler les causes. C'est pour cette raison, je le rappelle, que, à mon avis, nous croyons tous que l'approche « une seule santé » est vraiment importante, parce qu'il n'y a pas qu'un seul problème à régler.

**M. Don Davies:** Je vois.

Docteur Routledge, pourriez-vous expliquer comment les pratiques d'ordonnance des médecins et les pratiques d'ordonnance applicables aux antimicrobiens sont réglementées, déclarées ou appliquées?

**Dr Michael Routledge:** Je vais tenter de répondre, et peut-être qu'Andrew pourra ajouter quelque chose.

Les pratiques d'ordonnance ne sont pas réglementées en tant que telles. C'est la pratique globale qui l'est. Certains types d'ordonnances le sont plus. Par exemple, les ordonnances de narcotiques sont assujetties à une réglementation. Ce n'est pas le cas des antibiotiques en général. À mon avis, les pratiques d'ordonnance d'antibiotiques ne sont généralement pas réglementées en tant que telles.

**M. Don Davies:** Pensez-vous qu'on devrait réglementer plus étroitement les pratiques d'ordonnance d'antimicrobiens? J'aimerais savoir dans quelle mesure cet enjeu a de l'importance, disons, dans la formation des médecins. Après tout, ce sont eux qui prescrivent des antimicrobiens. La réglementation devrait-elle être plus stricte? Les médecins sont-ils suffisamment sensibilisés à ce problème?

**Dr Michael Routledge:** Je pense que la réponse est non à la dernière question, et ce n'est pas seulement le cas des médecins. Comme nous en avons discuté, c'est en fait le cas de tous les professionnels de la santé, non seulement parce que les médecins, mais les infirmières et les pharmaciens pourront désormais prescrire des médicaments, mais aussi que nous travaillons en équipes. Tous les professionnels de la santé qui travaillent en équipes ont besoin d'être sensibilisés.

Faudrait-il réglementer plus étroitement? Je dirais que non. Je pense qu'il y a d'autres moyens d'obtenir les mêmes résultats sans

réglementer. C'est évidemment une solution, mais je dirais qu'il y a d'autres façons de s'y prendre, qui seraient probablement plus efficaces.

Si vous permettez que j'ajoute quelque chose, vous avez posé une question sur l'utilisation en agriculture et l'utilisation humaine. Je suis d'accord avec ce qu'a dit Andrew, mais je pense que, en fait, les deux sont importantes. Selon les sources que vous consultez, on vous dira que c'est surtout l'utilisation en agriculture, tandis que d'autres pensent que c'est surtout l'utilisation humaine qui est la principale cause. En fait, les deux sont très importantes, et il est donc indispensable de tenir compte des deux.

**M. Don Davies:** Madame Dattani et madame Nakamachi, est-ce que les infirmières et les pharmaciens sont suffisamment sensibilisés au problème de la résistance aux antimicrobiens?

**Mme Shelita Dattani:** Je vais répondre si vous le permettez. Je pense qu'il y a toujours place pour de la sensibilisation, aussi bien à l'échelle intraprofessionnelle qu'à l'échelle interprofessionnelle. La sensibilisation peut être en soi une stratégie relativement passive. C'est important, mais elle doit être conjuguée à d'autres moyens. Dans le milieu hospitalier, ce qui a vraiment bien fonctionné — et je sais qu'Andrew peut le confirmer —, c'est la vérification directe et la rétroaction, ainsi que la comparaison des pratiques d'ordonnance des médecins avec celles de leurs pairs.

J'ai vécu et travaillé aussi dans ce genre de contexte, et je crois que cela a permis d'obtenir d'assez bons résultats. Je crois que la façon dont nous faisons de la sensibilisation et de la rétroaction active prend un peu plus d'importance que la sensibilisation collective plus passive, mais c'est important.

• (1155)

**Mme Yoshiko Nakamachi:** Merci de votre question. Je pense aussi que la sensibilisation à elle seule ne suffit pas. Il faut l'associer à d'autres types d'intervention ou de transfert de connaissances.

Pour répondre à la question de savoir si les professionnels de la santé sont suffisamment sensibilisés, je pense aussi que c'est un sport collectif, mais, jusqu'ici, on a largement ignoré et sous-utilisé les infirmières, qui n'ont pas reçu le même type de formation. Je pense, bien sûr, qu'il faut absolument donner un supplément de formation aux pharmaciens et aux médecins, mais les infirmières ne reçoivent pratiquement aucune formation à cet égard dans le cadre de leurs études.

Il n'y a pas non plus de programmes de formation pour les infirmières ou à leur intention dans le milieu hospitalier, pas plus que dans le milieu communautaire, parce que les déclencheurs de l'utilisation ou du contrôle des antimicrobiens ne sont pas du tout les mêmes pour les infirmières que pour les pharmaciens et les médecins. Les programmes de formation doivent être adaptés à la profession. C'est un sport d'équipe, et nous jouons tous à des positions différentes.

**Le président:** Votre temps de parole est écoulé.

Monsieur Kang.

**M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Mes questions s'adressent à Shelita Dattani.

L'usage excessif ou le mauvais usage d'antimicrobiens découlent de causes différentes, dont la prescription abusive par les médecins, la négligence des patients qui ne terminent pas un traitement aux antibiotiques et l'utilisation médicale et non médicale des antibiotiques. Selon le mémoire d'Antimicrobial Stewardship Canada, on dénombre environ 23 millions d'ordonnances d'antimicrobiens par an, dont 30 à 50 % ne seraient pas nécessaires. Cela coûte beaucoup d'argent: 70 à 80 millions de dollars. Je trouve cela ahurissant.

Vous avez dit que votre organisme fait quelque chose, de la sensibilisation. Est-ce que vous collaborez avec d'autres organisations comme l'AMC ou le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada? Quelles mesures avez-vous prises pour corriger cet excès de prescription?

**Mme Shelita Dattani:** Merci beaucoup de votre question. Vous avez raison de dire qu'il y a beaucoup d'ordonnances injustifiées, notamment — et je pense toujours à ces 30 % — dans les milieux communautaires, où les praticiens travaillent souvent de façon peu plus isolée et ne font pas partie de programmes officiels de gestion de l'utilisation des antimicrobiens.

L'ACSP a pris de bonnes mesures au cours de la dernière année pour sensibiliser sa propre profession, notamment auprès des fournisseurs de soins primaires, où il n'y a pas beaucoup de sensibilisation, et plus encore auprès des pharmaciens de soins primaires, pour améliorer la situation.

Je suis d'accord avec vous au sujet de la prochaine étape. Pour faire écho à mes collègues, Yoshiko et d'autres, je dirais que c'est effectivement un sport d'équipe et que, sans collaboration, on ne pourra pas régler ce problème. Il est donc très important d'orienter solidement la formation, la pratique, le mode de prescription, la sensibilisation des patients et tous les éléments de la gestion de l'utilisation des antimicrobiens selon un axe interprofessionnel. C'est tout à fait ce qui nous occupera cette année, en commençant par la formation.

**M. Darshan Singh Kang:** Quelles sont les mesures prises par votre organisme pour aider les patients à respecter le mode d'utilisation des antibiotiques tel qu'il est prescrit?

**Mme Shelita Dattani:** Pour ce qui est de notre propre organisme, comme je l'ai dit tout à l'heure, nous relayons les messages de campagnes comme Do Bugs Need Drugs? et Choisir avec soin.

Comme je l'ai dit également, je pense que nous partageons tous le sentiment que les patients ne comprennent pas suffisamment les risques et les conséquences indésirables de l'utilisation d'antibiotiques par opposition à ses avantages et à l'idée que les antibiotiques sont un remède universel. Notre organisme fait circuler certaines recommandations de Choisir avec soin. Nous entérinons également les recommandations d'autres organisations et associations qui portent plus particulièrement sur les antibiotiques et nous relayons ces messages aux patients tous les jours.

Dans le cadre de notre campagne de sensibilisation et de transfert de connaissances actuelle auprès des membres de notre profession, nous les armons d'outils qu'ils peuvent employer pour encourager les gens en général et les patients en particulier à participer eux aussi à la gestion de l'utilisation. Nous sommes tous responsables. Andrew est responsable. La population est responsable. C'est vraiment une question de sécurité publique, et il faut donc armer les gens de l'information dont ils ont besoin. C'est ce que nous faisons.

• (1200)

**Le président:** Docteur Morris, vous vouliez ajouter quelque chose?

**Dr Andrew Morris:** Je veux simplement rappeler qu'on croit souvent à tort que le fait de ne pas terminer un traitement aux antibiotiques est à l'origine de la résistance aux médicaments. On raconte cela depuis des décennies. On dit que les gens risquent de rechuter à cause de cela, mais, comme je l'ai déjà expliqué, la seule chose qui provoque la résistance aux médicaments est l'exposition permanente aux antibiotiques. Je tenais à clarifier ce point.

**M. Darshan Singh Kang:** Ma prochaine question s'adresse à vous.

Le coût initial est peut-être de 30 à 50 % des 70 à 80 millions de dollars d'ordonnances injustifiées. Ces médicaments sont prescrits, et les patients les prennent. Est-ce qu'il y a des effets secondaires? Qu'est-ce qu'il en coûte à la société?

**Dr Andrew Morris:** Désolé, à qui s'adresse cette question?

**M. Darshan Singh Kang:** Vous pouvez y répondre, et puis...

**Mme Shelita Dattani:** Je vais commencer.

Je crois qu'Andrew pourra vous répondre plus précisément que moi du point de vue des coûts, mais je vais vous donner un exemple.

La deuxième raison la plus courante des effets indésirables de médicaments constatés dans les services d'urgence est une réaction aux antibiotiques. Les coûts — ainsi que les coûts connexes pour le système de santé — sont considérables. Les conséquences indésirables, comme les infections au *Clostridium difficile*, qui est une surinfection découlant de l'utilisation excessive d'antibiotiques, entraînent des coûts considérables.

Je ne peux pas vraiment vous donner de chiffres, car je ne les ai pas en tête, mais je suis sûre qu'Andrew pourra vous donner plus de détails. Je voulais simplement vous donner ces deux exemples.

**M. Darshan Singh Kang:** Docteur Morris.

**Dr Andrew Morris:** Comme l'a dit Shelita, un document a été publié cette semaine, où l'on apprend qu'un patient sur cinq traités aux antibiotiques est victime d'effets indésirables directement attribuables à ces antibiotiques. Ces effets indésirables font augmenter la durée d'hospitalisation des patients. Pour un patient qui passe une journée de plus à l'hôpital, il y en aura 10, voire 100, qui ne pourront pas recevoir d'antibiotiques ce jour-là. Si on dit qu'il y en a un sur cinq, vous pouvez imaginer les répercussions que cela peut avoir sur le système de santé.

Dans la collectivité, il est beaucoup plus difficile de quantifier les coûts. On sait, par exemple, qu'environ 20 % des antibiotiques prescrits à des êtres humains dans la collectivité le sont pas des dentistes. La plupart du temps, ce n'est pas nécessaire. Dans beaucoup de cas, cela entraîne des effets indésirables sous la forme de malaises gastro-intestinaux mineurs, mais, si on fait un calcul rapide, on peut déduire qu'il y a probablement une douzaine de décès par an au Canada à cause d'antibiotiques prescrits inutilement dans le cadre de traitements dentaires.

Le prix se paie en vies.

**M. Darshan Singh Kang:** Merci.

Selon la Banque mondiale...

**Le président:** Très rapidement.

**M. Darshan Singh Kang:** Très rapidement? D'accord.

On parle de milliards de dollars si on ne fait rien contre la résistance aux antimicrobiens. Dans quelle mesure est-ce que votre organisme participe à l'élaboration du cadre de référence pancanadien du gouvernement fédéral à ce sujet?

**Dr Andrew Morris:** Je préside le comité d'AMMI Canada sur la résistance aux antimicrobiens et sur la gestion de l'utilisation des antimicrobiens. Au cours de l'année écoulée, nous avons élaboré et fait circuler des instruments visant d'abord et principalement les établissements de soins primaires, pour les sensibiliser aux antibiotiques inutiles...

**M. Darshan Singh Kang:** Quels sont les éléments principaux du cadre de référence?

**Dr Andrew Morris:** Je suis désolé, mais je ne comprends pas la question.

**M. Darshan Singh Kang:** Quels sont les principaux éléments du cadre de référence qui portent sur cela?

**Dr Andrew Morris:** Les coûts et les menaces?

**M. Darshan Singh Kang:** La résistance aux...

**Dr Andrew Morris:** Je pense que les 10 mesures de gestion de l'utilisation des antimicrobiens au Canada sont tous importants. J'y ai largement participé. J'ai présidé ce groupe de travail. Nous avons fait beaucoup de consultation et de recherche à ce sujet, et beaucoup de suivi par la suite. Nous nous réunissons régulièrement. Ce groupe d'experts pancanadien a énoncé très clairement 10 mesures à prendre qui, je dois dire, supposent relativement peu d'investissement en comparaison des coûts à prévoir si on ne fait rien.

• (1205)

**Le président:** Très bien. Votre temps de parole est écoulé.

**M. Darshan Singh Kang:** Merci.

**Le président:** Commençons maintenant la période des questions à cinq minutes.

Monsieur Carrie, vous avez cinq minutes.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vais vous dire: plus je lis d'articles à ce sujet, plus je suis inquiet. L'humanité a, quoi, seulement 70 à 80 ans devant elle pour profiter de ces médicaments? Ils ont changé nos vies.

Je tiens à vous remercier tous, parce que c'est un problème énorme et qu'il n'obtient pas l'attention qu'il faudrait. Et ce n'est pas seulement un problème canadien, mais un problème international. Cela va du bétail aux matières premières. Je vais essayer de vous poser des questions embarrassantes. J'espère que vous ne m'en voudrez pas, mais c'est vous qui êtes les spécialistes, et vous êtes ici.

Doug a soulevé une question très intéressante au cours de nos entretiens avec le dernier groupe de témoins, et c'est que les professionnels de la santé qui travaillent sur le terrain prennent des habitudes en matière d'ordonnances, et des choses comme ça.

Docteur Morris, je crois que vous avez parlé de la crise des opioïdes. Nous avons soulevé la question ici, à l'échelle fédérale, l'année dernière. Nous avons reçu des spécialistes, etc., et que s'est-il passé au Canada? L'année dernière, on en a prescrit plus et non pas moins. Vous êtes ici aujourd'hui. Nous sommes un comité fédéral, et ce que nous voulons savoir, c'est ce que le gouvernement devrait faire d'après vous. Est-ce qu'il devrait intervenir plus vigoureusement? Je crois que c'est David Cameron qui a appelé « les gouvernements des pays les plus riches » du monde à « exiger que, d'ici 2020, toutes les ordonnances d'antibiotiques soient élaborées en

fonction d'une information à jour sur la surveillance et d'un test diagnostique rapide partout où il en existe ».

Vous avez parlé des dentistes, qui ne sont pas ici pour défendre leur pratique, mais il y a ici trois organisations qui sont d'une extrême importance et qui ont un rôle à jouer. Que diriez-vous aux gens qui sont assis à côté de vous sur ce qu'ils devraient faire? Qu'est-ce que le gouvernement devrait faire? Jusqu'où devrait-il jouer de la carotte et du bâton?

**Dr Andrew Morris:** Merci de votre question. Je vais essayer d'être aussi bref que possible.

Au sujet du rapport du SCSRC, le système canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens, je suis désolé de dire cela aux gens qui y ont beaucoup travaillé, mais il s'appuie sur des données de très faible qualité, et je ne lui accorde aucun crédit, exception faite du papier sur lequel il est imprimé. Nous ne savons rien de l'utilisation actuelle d'antimicrobiens au Canada et dans la plupart des provinces. Nous avons le même problème avec les opioïdes. Si l'on ne peut pas circonscrire correctement et valablement le problème, il est difficile d'agir. Il faut pouvoir compter sur des données de bonne qualité.

Yoshi et moi sommes collègues, et nous avons compris au fil du temps que le leadership est d'une importance primordiale à cet égard. J'estime que le leadership national en matière de résistance aux antimicrobiens a été d'un silence assourdissant. Il n'y a pas vraiment de direction nationale en matière de résistance aux antimicrobiens et de gestion de l'utilisation des antimicrobiens. AMMI Canada aime à se considérer comme un partenaire de certaines des organisations qui jouent un rôle de premier plan, mais nous avons besoin d'un rôle plus centralisé. Ce n'est pas venu des organismes fédéraux. Rien non plus du côté de la plupart des organismes provinciaux.

Presque à coup sûr, il faudra conjuguer le leadership et des données de qualité à des fonds permettant de financer une infrastructure de partage d'information à l'échelle du pays et de donner suite à un plan soigneusement élaboré, pour pouvoir ensuite régler à l'échelle globale, puis à l'échelle locale, les problèmes associés à l'utilisation des antimicrobiens et à la résistance aux antimicrobiens. Tout est lié, les deux problèmes ne sont pas séparés. Ils sont intimement liés et ils concernent aussi bien les êtres humains que les animaux et d'autres aspects de notre écosystème sanitaire.

S'il n'y a pas assez d'argent dans les caisses, il n'y a pas de leadership, il n'y a pas de données sûres, et on ne va nulle part sans ces clés.

**M. Colin Carrie:** Je suis sensible à votre réponse. Je comprends que vous essayez d'être bref, mais je pense que nous avons utilisé quatre des cinq minutes dont je dispose. Il y a des problèmes énormes au Canada et dans les provinces.

Vous parlez de leadership. Est-ce que vous avez signalé la question au Conseil de la fédération? Je vais prononcer le nom du Québec. Dans notre association nationale, quand on rassemble les provinces et les territoires, on a parfois l'impression qu'il faut faire attention à qui doit faire quoi. Avez-vous signalé cette question au Conseil de la fédération pour voir s'il serait possible d'obtenir l'accord des provinces et territoires? Il semble que ce soit un obstacle.

• (1210)

**Dr Andrew Morris:** Non, nous ne l'avons pas fait. Je ne connais pas bien ce conseil, excusez-moi.

**M. Colin Carrie:** Très bien. Je crois que d'autres organismes le connaissent, mais je vois que mon temps de parole est écoulé.

Monsieur le président, je sais que nous allons par la suite discuter de l'éventuel projet de loi sur le cannabis, mais j'espère que nous pourrions le faire publiquement et non pas à huis clos.

**Le président:** D'accord.

Docteur Eyolfson, vous avez la parole.

**M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.):** Merci.

Excusez-moi si j'ai du mal à comprendre. J'ai dû m'expliquer mardi: j'ai une laryngite. Et, comme je l'ai expliqué au dernier groupe de témoins, je ne suis pas sur antibiotiques.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Doug Eyolfson:** Merci, madame Dattani. Vous me rendez la tâche difficile aujourd'hui, parce que j'avais un certain nombre de questions à vous poser, mais vous y avez répondu dans votre exposé, avant que j'aie une chance de vous les poser.

Docteur Routledge, comme je vous l'ai dit à la porte, je suis médecin urgentologue. J'ai été formé au Collège royal il y a une vingtaine d'années. Le programme nous a permis de passer par presque toutes les spécialités: la chirurgie générale, les soins intensifs, la médecine interne, et l'orthopédie, où nous avons appris que le cœur est le muscle qui pompe la céfazoline jusqu'aux os. Comme les médecins de toutes les spécialités dans lesquelles j'ai étudié, sauf la psychiatrie, prescrivent des antibiotiques, ne serait-il pas raisonnable de s'assurer que des cours sur la résistance aux antimicrobiens soient inclus dans l'orientation de tous les programmes de résidence?

**Dr Michael Routledge:** La réponse rapide est oui, mais je vais détourner votre question si vous permettez, parce que nous avons beaucoup parlé de formation. Nous avons parlé de toutes sortes de choses en faisant une analogie avec la crise des opioïdes, mais le bouleversement climatique, en fait, est une autre analogie intéressante.

Ce qui manque actuellement, c'est que, même si les fournisseurs de soins le savent depuis longtemps, et je pense que tous les médecins — et les autres professionnels de la santé, en fait — sont au courant du problème de la résistance aux antimicrobiens et savent qu'ils devraient suivre des consignes à cet égard, mais le problème, d'après moi, est que les organismes chargés de la santé dans ce pays n'ont pas emboîté le pas. Du point de vue du leadership national, Agrément Canada a vraiment fait avancer les choses en publiant cette POR, ce qui veut dire que les directeurs des services de santé de tout le pays doivent désormais en tenir compte, alors que ce n'était pas le cas auparavant.

Tant que nous n'aurons pas véritablement créé des structures grâce auxquelles les organisations qui emploient les travailleurs de la santé estimeront que c'est une priorité et y travailleront, il sera difficile de convaincre les fournisseurs de soins de prendre cela au sérieux. Cela n'arrivera pas seulement par la sensibilisation. Andrew a employé le mot « environnement » à un moment donné. Il faut effectivement créer un environnement propice. Il faut que les organisations sanitaires facilitent la tâche des fournisseurs de soins pour que ceux-ci puissent appliquer les consignes qui conviennent. Il faut faire de la sensibilisation, mais, tant que les organisations sanitaires n'auront pas emboîté le pas... et cela doit venir de la base.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

Docteur Morris, ce que vous avez dit sur l'idée reçue qu'un traitement aux antibiotiques non terminé aurait un rôle à jouer m'intéresse, parce que c'est ce qu'on m'a enseigné en résidence: il faut employer des antibiotiques comme l'azithromycine, qui se prend sur une plus courte période, parce que les patients seront plus enclins à terminer le traitement et qu'il y aura moins de résistance. Comment savoir... Comme je l'ai dit, c'est nouveau pour moi que de dire que ce n'est pas vraiment un problème. C'est très intéressant.

Mon problème, c'est que toute ma carrière s'est déroulée dans le service d'urgence. J'ai passé les huit dernières années dans un service d'urgence de centre-ville. Il y avait beaucoup de pauvreté. Beaucoup de mes patients n'avaient pas de médecin de soins primaires. Tous les soins primaires qu'ils recevaient leur étaient donnés à l'urgence, et nous devons donc prescrire des antibiotiques pour certaines infections, mais le suivi était un problème énorme.

Que diriez-vous aux médecins qui travaillent aux urgences? Ils assument une grande partie des soins primaires. Quel conseil leur donneriez-vous en matière de suivi et de gestion de l'utilisation des antimicrobiens?

**Dr Andrew Morris:** Merci de votre question.

Je fais pas mal de travail auprès des urgentologues dans mon RLISS en Ontario, mon réseau local d'intégration des services de santé. C'est vraiment un problème de transfert de connaissances. Les médecins urgentologues sont des médecins de première ligne. Comme vous l'avez dit, ils jouent un rôle de plus en plus important dans la prestation des soins primaires. Il ne s'agit pas tellement de soins préventifs que de soins primaires. Ce n'est pas, selon moi, très différent des autres aspects du système de santé du point de vue de l'utilisation avisée des antimicrobiens. Nous devons mettre des systèmes en place. Nous devons mettre des outils à la disposition de ceux qui prescrivent des médicaments afin qu'ils prennent les décisions qui conviennent et pour qu'il soit facile de prendre les bonnes décisions et difficile de prendre les mauvaises.

● (1215)

**M. Doug Eyolfson:** C'est vrai. On nous enseigne que la médecine d'urgence est l'art de prendre des bonnes décisions à partir de renseignements insuffisants. Donc, c'est bon à savoir.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup.

C'est à vous, monsieur Webber.

**M. Len Webber:** Merci.

Je voudrais d'abord parler du bouleversement climatique. J'ai lu un article il y a certain temps sur le recul des eaux glaciaires, sur la banquise et tout ça. Il semblerait que des organismes anciens vont s'infiltrer dans nos lacs, des organismes que nous ne connaissons pas.

Je ne sais pas à qui poser la question, au docteur Morris ou au docteur Routledge, mais est-ce qu'il y a des études ou des recherches à ce sujet au Collège? Avez-vous entendu parler de recherches sur la préparation au contact avec des organismes anciens qui pourraient, un jour, frapper la population?

**Dr Andrew Morris:** Non, je suis désolé.

**M. Len Webber:** Très bien. J'espérais poser cette question à la dernière séance, mais, évidemment, je n'en ai pas eu le temps. Je voulais au moins la soulever.

Je voudrais vous parler d'une expérience que j'ai faite. La plupart des responsables politiques rencontrent des gens et serrent des mains tous les jours. Il y a environ trois ans, après avoir serré la main d'environ 200 personnes à une certaine occasion, je suis rentré chez moi avec un poignet douloureux. Je me suis réveillé à trois heures du matin avec une main enflée de deux fois sa taille environ. Je suis allé à l'urgence, où ils ont pour ainsi dire découpé la main. Ils ont pris des échantillons de sang, et, bien entendu, j'avais une infection due à une toute petite coupure à l'un de mes doigts, provoquée, semblait-il, par le fait d'avoir serré des mains. J'ai été mis sous antibiotiques à plusieurs niveaux. J'ai passé une semaine à l'hôpital. Ils ont envisagé l'amputation, ce qui m'a fichu une sacrée trouille. J'ai transporté une pompe à antibiotiques pendant deux mois.

Tout cela parce que j'avais serré des mains et m'étais infecté. Je conseille à tout le monde de se laver régulièrement les mains. Je sais que cela fait partie du programme de formation.

Au fait, monsieur le président, je ne sais même pas si nous avons un truc pour se nettoyer les mains ici. Nous en avons besoin. Peut-on s'en occuper?

**Le président:** Absolument.

**Une voix:** C'est dans le hall.

**M. Len Webber:** Très bien.

Je suis devenu très paranoïaque. Je ne touche plus jamais aux poignées de porte. Quand je serre la main de quelqu'un, je ne pense qu'à me précipiter aux toilettes pour... Non, je plaisante.

Madame Sidhu a parlé de faire de la sensibilisation au Canada à ce sujet, et elle également expliqué qu'il est très facile d'être infecté. J'espère qu'on en parle à l'Association des infirmières... Je dois dire que les infirmières ont été merveilleuses à l'hôpital Foothills de Calgary. Je n'ai pas assez de remerciements pour ce qu'elles ont fait durant mon traitement. Je crois qu'il est extrêmement important d'enseigner aux enfants, dès le plus jeune âge, qu'il faut se laver les mains et qu'il ne faut pas mettre ses doigts dans les yeux ou dans la bouche. Je voulais simplement vous parler de cela, et j'espère que cela fera partie de votre mandat à venir.

Avez-vous des commentaires à ce sujet, au sujet du stade où on en est en matière de formation?

Non, il ne semble pas. D'accord.

C'est bien difficile d'essayer d'obtenir...

**Mme Karey Shuhendler:** Merci de nous en avoir fait part. Cela met en évidence quelques-uns des défis auxquels les gens sont directement confrontés dans le cas des infections ou organismes résistants.

Dans notre mémoire, nous avons recommandé, à titre d'exemple, de soutenir le développement des programmes de gestion des antimicrobiens dans les collectivités. Nous avons utilisé l'exemple du programme « Des pilules contre tous les microbes? ». Je ne sais pas si le Comité est au courant de ce programme, mais comme Yoshi l'a mentionné, il cible toutes les étapes de la vie. Il offre des formations dans les écoles sur le lavage des mains, le moment de recevoir ou non des vaccins, ou encore à quel moment vous n'avez pas besoin de médicaments si vous êtes malade. Voilà les programmes disponibles dans lesquels l'AIIC croit fermement.

La plus grande partie du programme Des pilules contre tous les microbes? constitue un effort de collaboration. Une de nos collègues qui a fait un exposé la semaine dernière, Kim Dreher, est une infirmière et elle a dit que dès le départ, ces programmes ont été donnés par des infirmiers et des infirmières dans les collectivités. Ils

sont maintenant donnés aussi par les étudiants et étudiantes en médecine et en pharmacie. Il s'agit d'un effort de très grande collaboration.

En réalité, le passage à l'éducation du public doit commencer par les fournisseurs de soins de santé. Bien entendu, étant donné que je viens de l'Association des infirmières et infirmiers, je soulignerai tout simplement qu'il arrive parfois que les infirmiers et infirmières soient les seuls fournisseurs de soins de santé dans une collectivité ou un milieu de soins de santé. Nous sommes heureux d'avoir la possibilité de réagir à cela, parce que nous sommes parfois le premier point de contact des gens avec le système de soins de santé. Notre rôle ici consiste à nous assurer que les gens sont conscients de la prévention des infections ainsi que de l'utilisation judicieuse d'antibiotiques.

• (1220)

**Le président:** Merci, monsieur Webber, de ces excellentes questions. Votre temps est écoulé.

Monsieur Oliver.

**M. John Oliver (Oakville, Lib.):** Merci.

Merci beaucoup d'être venus aujourd'hui et de vos témoignages.

Je suis devenu un peu confus en vous écoutant. J'avais toujours pensé que la RAM concernait un agent pathogène qui, pour diverses raisons, était devenu résistant, et portait sur la difficulté de traiter les personnes à risque. J'ai cru entendre dans les témoignages, en particulier celui de M. Morris, que la RAM concerne une exposition continue à des antibiotiques. Existe-t-il des cas où des personnes deviennent résistantes? S'agit-il davantage d'un agent pathogène qui est résistant et qui est ensuite transmis, ou de personnes qui deviennent plus résistantes aux antimicrobiens en raison de leur utilisation d'antibiotiques?

**Dr Andrew Morris:** Je vous remercie de la question et permettez-moi d'apporter une clarification. En soi, les gens ne deviennent pas résistants. C'est une sorte de question de métaphysique, parce que dans une certaine mesure nous ne sommes pas seulement ce que nous pensons traditionnellement de nous, mais aussi des organismes qui sont en nous et sur nous. Chacun et chacune d'entre nous a sa propre empreinte bactérienne.

La personne ne devient pas résistante. Ce sont les agents pathogènes, qui pour de nombreuses personnes ne causent pas de problèmes, qui développent une résistance et qui peuvent être transmis d'une personne à une autre, ou d'un animal à une personne, ou l'inverse. Lorsqu'ils s'installent et provoquent des maladies, c'est à ce moment-là que nous avons un problème clinique. En soi, les gens ne développent pas de résistance de façon caractéristique; c'est la bactérie, le pathogène, qui peut être transmis par la suite.

**M. John Oliver:** D'accord. Merci de ces précisions.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a présenté deux recommandations, je pense, et j'ai entendu plusieurs stratégies de la part du groupe des pharmaciens.

Le Comité va publier un rapport. Avez-vous d'autres recommandations? Nous savons qu'un nouveau cadre national pancanadien va être publié. Le plan d'action compte 10 recommandations. Y a-t-il autre chose que vous nous recommandez de signaler à la ministre et au gouvernement pour accélérer ou améliorer notre lutte contre la RAM?

**Dr Andrew Morris:** J'ai essayé d'être le plus clair possible. La plupart de ces choses sont visées par le cadre. Je ne voudrais pas minimiser la question du leadership. Au R.-U., Dame Sally Davies...

**M. John Oliver:** Par souci de précision, comment est-ce que ce leadership se manifesterait? Êtes-vous à la recherche d'une personne-ressource nationale à ce sujet?

**Dr Andrew Morris:** Je pense que c'est probablement ce qu'il vous faut, avoir quelqu'un à Ottawa ou ailleurs. Vous avez besoin d'une personne-ressource responsable, qui est en contrôle, qui a le mandat de s'assurer que la bonne chose est faite, tout en étant aussi le point de liaison.

J'insisterais sur le fait qu'au R.-U., leur médecin hygiéniste en chef, la Dre Davies, a diffusé une lettre destinée à tous les médecins de famille qui étaient des cas particuliers pour ce qui est de leur prescription d'antimicrobiens. En réalité, il s'agissait d'un essai. Seulement la moitié des médecins a reçu la lettre. Il y a eu une diminution sensible de la prescription d'antimicrobiens après l'envoi de la lettre, et c'est parce qu'elle était une personne-ressource reconnaissable. Je pense qu'il serait très difficile pour n'importe qui au Canada d'identifier...

Je sais que votre comité s'est intéressé aux opioïdes. Je suppose que vous auriez de la difficulté à trouver une personne-ressource ou un leader à l'échelle nationale dans le cas des opioïdes. J'en dirais autant pour la résistance aux antimicrobiens qui est, à mon avis, plus complexe, parce qu'elle ne se limite pas aux humains. Il y a tellement de raisons pour lesquelles elle est encore probablement plus complexe, et le problème des opioïdes est déjà très, très complexe.

Vous avez vraiment besoin d'une personne-ressource qui aura la vue d'ensemble et supervisera et dirigera quelque chose du genre.

• (1225)

**M. John Oliver:** Est-ce que quelqu'un d'autre a des idées de recommandations ou sur ce point du leadership?

**Dr Michael Routledge:** Je serais d'accord pour ce qui est du point sur le leadership.

J'ajouterais une autre observation dans le sens de ce qui a été dit auparavant à ce sujet. Je veux tout simplement vous ramener en arrière. En 2004, nous avons eu le SRAS et nous avons élaboré de nombreux plans à cet égard. Ensuite, le SRAS est disparu et nous avons cessé d'y penser. Il y a eu ensuite une pandémie. Les gens ont commencé à reprendre leurs plans sur le SRAS, qu'ils avaient mis sur des tablettes. Personne n'était vraiment prêt, parce que nous avions en quelque sorte oublié ce qui s'était passé. Il est facile d'oublier, parce que toutes sortes d'autres choses surviennent. Nous devons remplacer des hanches et des genoux et nous devons faire des IRM et des choses du genre.

Nous ne devons jamais perdre de vue la situation. J'ai été pendant quatre ans l'administrateur en chef de la santé publique au Manitoba. J'étais présent aux tables FPT. Il est réellement essentiel pour ces tables, et en l'occurrence le comité de direction FPT, d'avoir... Nous avons parlé du Conseil de la fédération. La table des ministres de la Santé et les tables des sous-ministres doivent exiger des mesures de ce groupe et le rencontrer sur une base régulière.

**M. John Oliver:** Merci.

**Le président:** Monsieur Davies, vous avez trois minutes.

**M. Don Davies:** Merci.

Madame Nakamachi, je ne vous ai pas vraiment donné la chance de répondre à la question au sujet de l'urgence. En tant que représentante des travailleurs de la santé de première ligne, des infirmières et infirmiers qui travaillent dans les services des hôpitaux, pouvez-vous donner à notre comité une idée générale de l'importance de la question de la résistance aux antimicrobiens? Est-

ce que vous voyez des patients auxquels vous donnez des antibiotiques à large spectre et, tout d'un coup, plus rien ne fonctionne pour eux?

**Mme Yoshiko Nakamachi:** Oui, tout à fait. Je sais que la question visait à savoir ce à quoi ressemblera notre système de soins de santé dans 50 ans, mais nous voyons déjà des patients aux prises avec plusieurs microorganismes résistants aux médicaments.

Encore une fois, notre population la plus vulnérable est celle des patients atteints de leucémie ou des patients qui ont subi une greffe. Lorsque les gens pensent aux populations vulnérables, ils pensent aux personnes très jeunes et aux personnes très vieilles, mais ce n'est pas nécessairement le cas. Il y a donc très certainement une urgence.

Pour ce qui est des soins infirmiers et du rôle qu'ils peuvent jouer, encore une fois, les interventions dans la gestion des antimicrobiens peuvent survenir n'importe quand tout au long de la vie, depuis la période prénatale jusqu'à la fin de vie. Les infirmières et infirmiers ont un rôle à jouer dans les soins de santé, depuis la période prénatale jusqu'à la fin de vie. Encore une fois, compte tenu de l'urgence, il y a de toute évidence un rôle pour les soins infirmiers.

**M. Don Davies:** Merci.

Docteur Morris, avez-vous une idée du taux de mortalité? Il ne fait aucun doute que des Canadiens meurent en raison de l'incapacité de traiter des infections, à cause de la résistance aux antimicrobiens. Est-ce quelqu'un assure un suivi?

**Dr Andrew Morris:** Non.

**M. Don Davies:** Non? Vous avez parlé de surveillance. Vous avez mentionné trois rapports publiés en 13 ans. Vous avez parlé du gouvernement qui élimine ou suspend des fonds destinés à la surveillance au cours de l'année qui vient. Vous avez cité le vérificateur général...

**Dr Andrew Morris:** Je m'excuse, c'était pour la gestion.

**M. Don Davies:** C'était pour la gestion, désolé.

Vous avez fait référence au rapport du VG, je pense de 2015, qui disait que Santé Canada n'avait pas réussi à assumer ses principales responsabilités.

J'ai deux questions à vous poser. Est-ce que cela a changé au cours de la dernière année, depuis le rapport du VG? Quelles ressources sont nécessaires pour accroître la surveillance et créer les bonnes données dont nous avons besoin pour vraiment maîtriser cette question?

**Dr Andrew Morris:** Je pense que les choses ont en quelque sorte changé pour ce qui est du changement intense. Nous avons ce cadre fédéral et il y a des travaux au niveau de l'élaboration d'une politique et des partenaires FPT qui donnent leur approbation. Je considère qu'il s'agit d'un pas en avant pour ce qui est de s'attaquer à la RAM.

On a augmenté les fonds destinés aux IRSC pour aborder un éventail de priorités en recherche que les IRSC ont vis-à-vis de la RAM. Je pense qu'il y a eu des progrès à cet égard, notamment la participation des IRSC à l'initiative conjointe articulée autour d'un programme sur la RAM, qui constitue un effort international.

Quant à ce qui est nécessaire pour comprendre et pour avoir de meilleures données, un meilleur dépôt central des sources d'information, il faudra presque certainement quelque chose de graduel, puis on devra redoubler d'efforts. Dans mon esprit, vous commencez par comprendre les ensembles de données existants et à les valider pour vous assurer qu'ils disent vraiment ce qu'ils sont censés dire. Beaucoup des données dans ces répertoires sont en réalité des renseignements exclusifs qui n'appartiennent même pas au gouvernement canadien. En plus, vous devez commencer probablement par les systèmes les plus faciles à mettre en place, à savoir comprendre l'utilisation dans les hôpitaux, puis vous devez l'élargir aux soins de longue durée et aux pratiques communautaires dans les provinces. Vous avez besoin de normes.

Shelita a déjà fait allusion à la nécessité d'avoir des normes nationales pour déterminer la façon dont les statistiques sur les antibiotiques et la résistance sont recueillies et déclarées. L'investissement initial à cet égard va probablement s'élever à plusieurs millions de dollars, mais au fil du temps, il faudra des sommes beaucoup plus considérables, parce que de nombreuses provinces n'ont pas à l'heure actuelle cette infrastructure. Certaines l'ont, certaines ont une capacité de suivi de l'utilisation des antimicrobiens de façon beaucoup plus granulaire que la plupart des autres provinces. Nous parlons donc de dizaines de millions de dollars.

• (1230)

**Le président:** Le temps est écoulé et cela conclut la comparution de nos témoins.

Je tiens à vous remercier tous de vos témoignages très impressionnants.

Je dois vous faire un aveu. Lorsque notre comité a été mis sur pied, nous avons décidé des enjeux prioritaires dont nous traiterions et l'un de ces enjeux était l'immunité antimicrobienne. Je ne savais pas de quoi il s'agissait. Cela vous donne une idée de ce que nous devons faire pour sensibiliser le public.

Madame Nakamachi, vous parliez d'une maternelle. Eh bien, vous devez éduquer l'autre extrémité du spectre. Voilà toute la tâche qui nous attend, mais ce processus aidera. Les choses avancent de façon très graduelle ici, mais elles fonctionnent. Le système fonctionne effectivement et vous en faites partie. Je tiens à vous remercier beaucoup de vos contributions, parce qu'elles ont été très efficaces.

C'est tout.

Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie:** Avant de mettre fin à la séance, je constate que nous passerons à huis clos, mais comme tout le monde le sait, le projet de loi sur le cannabis a été renvoyé à notre comité.

Je dirais qu'il s'agit de l'un des projets de loi les plus importants que nous ayons eu l'occasion d'étudier. Il attire beaucoup d'intérêt et je me demandais tout simplement si vous pourriez expliquer pourquoi nous entendrions cette explication et tiendrions cette discussion à huis clos.

**Le président:** Je peux...

Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Je suis tout à fait d'accord. De fait, j'ai consulté les bleus et le harsard de notre réunion du 17 février 2016, date à laquelle nous avons discuté pour la première fois en comité du moment où il conviendrait de passer à huis clos ou non. Les membres se rappellent peut-être que j'avais une motion dans laquelle j'indiquais explicitement que l'étude des affaires du Comité était toujours publique en ce qui concerne notre comité, sauf lorsque nous

examinons les projets de rapport ou lorsque c'est nécessaire pour permettre aux membres de discuter librement et ouvertement de témoignages ou de noms, ou de questions personnelles ou confidentielles. J'ai dit que l'étude des affaires du Comité devait toujours être publique.

À ce moment-là, monsieur le président, vous avez très généreusement tendu la main et vous avez fait part de votre position très claire selon laquelle ce serait l'orientation générale de notre comité. Maintenant, de toute évidence, la description générale des dates et l'objet de l'étude sur le projet de loi sur le cannabis ne respectent aucun de ces paramètres dont nous avions discuté et que nous avions dit qu'il s'agissait d'une utilisation appropriée du recours au huis clos. Je constate que des membres des médias sont présents. La loi sur le cannabis a été une politique importante au cours de la dernière élection fédérale et aucune raison ne saurait justifier que le public ne puisse pas entendre nos différents points de vue sur la façon dont nous comptons mobiliser l'apport du public dans nos travaux.

Bien entendu, dès que nous commençons l'étude et discutons des témoins, il est tout à fait approprié de le faire à huis clos, mais à ce moment-ci, le recours au huis clos n'est pas approprié et je demanderais que ce segment de la réunion soit public.

**Le président:** Avant d'aller plus loin, le problème est que mon ordre du jour pour les travaux de notre comité est d'abord le budget pour la RAM, ensuite l'étude sur le cannabis, puis la lettre sur la maladie de Lyme, si jamais nous nous rendons là. Le budget est toujours étudié à huis clos. Je devais le faire la semaine dernière, mais j'ai donné préséance au Comité et nous n'avons pas étudié le budget. Nous devons le faire cette semaine, sinon les témoins risquent de ne pas obtenir...

**M. Don Davies:** Monsieur le président, il serait approprié de recourir au huis clos pour ce segment, mais je suggère et j'appuie M. Carrie...

**Le président:** Monsieur Oliver.

**M. John Oliver:** Je pense qu'il s'agit d'un projet de loi très important et je pense que beaucoup de Canadiens s'intéressent à la façon dont le Comité gère le projet de loi. Je recommanderais certainement qu'il soit étudié en séance publique. Comme je l'ai dit, il est important et les Canadiens veulent voir comment nous le gérons et comment le Comité discutera du projet de loi. Nous parlons d'un changement majeur dans de nombreux aspects de la pratique et des normes canadiennes et je recommanderais donc que nous restions en séance publique.

**Le président:** Tout le monde souhaite la même chose. C'est parfait.

**M. Don Davies:** Monsieur le président, quelle belle entente discordante.

**Le président:** Madame Harder.

**Mme Rachael Harder:** Cela me réconforte de voir que M. Oliver est d'accord sur ce point. Il est certainement très important que la séance reste publique. Le projet de loi sur le cannabis est très important pour la population canadienne et elle doit comprendre de quelle façon notre comité prévoit d'étudier cette mesure législative.

• (1235)

**Le président:** Je pense que la session sera très intéressante et instructive. J'ai moi-même hâte, mais nous devons trouver le bon plan pour nous assurer de respecter les exigences du Parlement.

Monsieur Carrie, vous êtes sur la liste.

**M. Colin Carrie:** J'allais suggérer que nous traitions d'abord cette partie, si nous le pouvons, puis que nous étudions le budget à huis clos.

**Le président:** Je suggérerais que nous restions en séance publique, même pour le budget. C'est seulement pour la présente réunion du Comité ou ce sujet dont nous parlons. Il n'y a aucun secret ou quoi que ce soit. Nous pourrions probablement faire cela.

Monsieur Webber, vous êtes le prochain sur ma liste.

**M. Len Webber:** Je demanderais une clarification au sujet d'une observation que vous avez faite quant au moment où nous avons recours au huis clos. Vous avez mentionné la lettre concernant la maladie de Lyme et vous avez dit « si jamais nous nous rendons là ». Est-ce que vous voulez dire si nous en rédigeons une?

**Le président:** La lettre est déjà rédigée. Vous devriez en avoir une copie déjà.

**M. Len Webber:** Je n'ai pas vu cette lettre. Parfait. La clarification est claire. Merci.

**Le président:** J'ai besoin d'une motion pour ne pas passer à huis clos, parce qu'il s'agit d'un point à l'ordre du jour. Quelqu'un en fait-il la proposition? Monsieur Eyolfson.

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

**Le président:** Nous allons suspendre nos travaux. Merci beaucoup de votre patience. Nous allons suspendre nos travaux seulement une minute, puis nous étudierons les affaires du Comité.

• (1235) \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

• (1235)

**Le président:** Nous reprenons nos travaux.

Tous les membres ont une copie du budget pour notre étude sur la résistance aux antimicrobiens. Quelqu'un veut en débattre? S'il n'y a aucun débat, quelqu'un veut-il proposer l'adoption du budget?

Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Monsieur le président, je propose d'adopter le budget proposé.

**Le président:** Quelqu'un veut en débattre?

(La motion est adoptée.)

**Le président:** La motion est adoptée. Le budget est adopté. Et voilà!

Maintenant, au sujet du projet de loi C-45, quelle chance nous avons que ce projet de loi soit renvoyé à notre comité. Ce sera intéressant. C'est très important. Il s'agit d'un changement énorme dans la façon de faire les choses. Nous sommes tous conscients de son importance, nous sommes tous conscients de l'échéancier. Qui aimerait commencer?

Monsieur Oliver.

• (1240)

**M. John Oliver:** J'ai fait circuler une motion. Je vais y apporter un ou deux changements, mais je vais vous expliquer rapidement ce qu'il en est.

C'est un projet de loi complexe. Il représente un changement assez important dans la façon dont nous considérons la marijuana et sa consommation au Canada. Je pense que c'est vraiment important. J'ai constaté, en parlant à un certain nombre de membres du Comité, un net désir d'entendre de nombreux témoins et différents points de vue sur divers sujets. Si nous procédons comme nous le ferions

normalement, nous pourrions entendre des témoins pendant des mois.

Il est important que nous examinions le projet de loi de façon approfondie et dans un esprit d'ouverture et que nous entendions des témoins, mais aussi, que nous le renvoyions à la Chambre en temps voulu pour qu'il puisse franchir les autres étapes du processus législatif.

La motion propose une formule qui permettra au Comité de focaliser son attention pour entendre un certain nombre de témoins et se livrer à son examen avec diligence afin qu'un bon nombre de témoins y participent. Cela nous permettra aussi de nous organiser pour les entendre de façon à pouvoir obtenir des opinions divergentes sur certains des aspects les plus controversés. C'est également un moyen pour nous d'examiner le sujet à fond et d'entendre un certain nombre de témoins pour commencer notre étude.

Rien dans cette motion n'empêche de faire comparaître d'autres témoins. Il ne s'agit pas de limiter le nombre de témoins. Nous pourrions quand même continuer après cela, mais la motion propose de consacrer une semaine à ce sujet pour entendre les témoins, de nous réunir pendant quatre jours et d'organiser notre travail de façon à pouvoir entendre au moins 72 témoins au cours de cette semaine sur différents sujets. Je vais passer les sujets en revue dans un instant.

Comme je l'ai dit, une fois que cette semaine sera terminée, si nous estimons nécessaire d'entendre d'autres témoins, ou si cela nous conduit à examiner d'autres sujets, rien ne nous empêche de faire venir d'autres témoins et rien non plus ne limite notre temps étant donné que nous devons faire une étude article par article du projet de loi. Nous aurons besoin de temps pour entendre les témoins, pour faire la synthèse des témoignages et ensuite, pour faire l'étude article par article et réfléchir à tout cela.

Rien dans cette motion ne nous limite. Il s'agit seulement d'établir une période de quatre jours pendant laquelle le comité entendra un certain nombre de témoins sur divers sujets afin de commencer nos travaux sur ce projet de loi très important pour les Canadiens. Comme je l'ai dit, cela ne va pas nous empêcher d'entendre des témoins supplémentaires ou limiter la durée de l'étude article par article.

En outre, je propose que nous revenions une semaine plus tôt et que nous nous réunissions avant la reprise de la Chambre, pendant la semaine du lundi 11 septembre au mardi 14 septembre, soit quatre jours avant le début de la session. Encore une fois, cela nous permettra de focaliser nos efforts. Nous ne serons pas interrompus par des votes à la Chambre et d'autres procédures qui interrompent souvent les témoignages. Nous disposerons de quatre bonnes journées pour entendre les témoins sur certains des sujets importants que nous savons devoir examiner.

Comme la Chambre ne siégera pas, les médias et le public pourraient nous porter une attention supplémentaire étant donné que ce qui se passe normalement au Parlement n'aura pas lieu au cours de cette semaine-là. Je sais qu'il sera difficile aux députés de revenir de leur circonscription et d'interrompre le travail qu'ils font pour leurs électeurs au cours de cette période de quatre jours, mais je crois que cela nous permettra de bien démarrer nos audiences et de comprendre tous les points de vue à l'égard du projet de loi C-45.

Je propose:

Que le Comité se réunisse du lundi 11 septembre au vendredi 15 septembre 2017 inclusivement pour étudier le projet de loi C-45...

Je ne vais pas lire tout le texte. Vous l'avez sous les yeux. Je l'ai modifié pour dire « chaque parti transmette ses listes priorisées ». Selon le greffier, si vous les classez par ordre de priorité, cela facilitera les choses.

... des témoins au greffier du Comité... que le président soit habilité à coordonner le choix des témoins, au nombre maximum de 72, l'affectation des ressources et l'établissement du calendrier de travail afin de mener à bien cette tâche, conformément aux lignes directrices que voici:

● (1245)

Je propose de diviser ces quatre jours en deux blocs de quatre heures par jour et que nous ayons également deux tours de questions comme d'habitude. Il y aurait neuf témoins et deux tours de questions de sept minutes, puis de cinq minutes et ensuite de trois minutes.

Je propose de diviser les blocs en plusieurs sujets. Le premier serait les responsabilités fédérales, provinciales et territoriales, ce qui inclurait la vente au détail. Cela inclurait les questions concernant la fiscalité.

Le deuxième sujet serait la justice et la sécurité publique. Nous pourrions entendre la police, la GRC et d'autres parties prenantes. S'il y a des questions concernant les effets sur le crime organisé, ce serait l'occasion de faire comparaître des témoins à ce sujet.

Ensuite, nous examinerions l'expérience des autres pays. D'autres pays ont suivi cette voie et quelles leçons en a-t-on tirées? S'il y a des répercussions au niveau international, ce sera également le moment d'examiner les questions internationales que cela soulève.

Le sujet suivant est la culture personnelle, une question que l'on pose très souvent à ce qu'on m'a dit. Cela nous fournira également l'occasion d'entendre le point de vue des propriétaires et des locataires si cela soulève des questions du point de vue de la location.

Une autre catégorie est l'âge minimum pour la possession légale et les répercussions sur les jeunes Canadiens. Il y a aussi la prévention, le traitement, la consommation à faible risque par opposition à la consommation à haut risque et les risques pour la santé.

Nous examinerons également la sécurité en milieu de travail. Il y a une autre loi qui correspond à celle-ci et qui porte sur les véhicules à moteur et l'équipement lourd. À part cela, quelles sont les répercussions dans les milieux de travail? Avons-nous des moyens de détection suffisants? Ce serait l'occasion de voir comment nous pouvons déceler la consommation et comprendre si un travailleur est sous l'influence de la substance.

Il y a ensuite les répercussions dans les communautés autochtones. Ce serait notre huitième sujet.

La répartition des témoins correspondrait à la composition de notre comité. Il y en aurait cinq pour les libéraux, trois pour les conservateurs et un pour le NPD. Pour ce genre de sujets, il y a généralement un chevauchement important au niveau des témoins, mais je pense que c'est la méthode dont le greffier se sert habituellement pour répartir les témoins.

Je modifie le troisième paragraphe. La motion porte que les témoins soient invités à préparer un exposé oral de cinq minutes. Je pense que nous pouvons aller jusqu'à 10 minutes. Normalement, nous accordons 10 minutes pour quatre témoins. Comme il nous reste habituellement 20 minutes de libres par bloc de deux heures, si nous avons neuf témoins dans un bloc de quatre heures, ce sera serré. Nous disposerons d'environ 10 minutes pour chaque bloc de quatre heures. Si j'ai prévu cinq minutes, en fait, c'était pour nous, pour que nous puissions faire des pauses. Une séance de quatre heures n'est pas tellement intensive et nous veillons à demander une déclaration

écrite pour compléter les cinq minutes d'exposé, mais comme notre comité a l'habitude d'accorder 10 minutes, nous devrions probablement nous en tenir à cette limite de 10 minutes.

Le deuxième changement que j'apporte ici est que les témoins soient invités à présenter leurs mémoires écrits avant le 18 août, ce qui laissera du temps pour la traduction.

C'est bien cela?

D'accord, désolé. J'ai mal compris. Au paragraphe trois, nous rétablissons une durée de 10 minutes, mais nous n'avons pas besoin de changer le délai pour les exposés écrits.

Le paragraphe quatre ne porte pas vraiment sur la semaine en question. J'essaie d'organiser les choses parce que la Chambre va s'ajourner bientôt et je tiens à être sûr que nous disposerons d'une bonne semaine d'étude pour le projet de loi. En fait, le paragraphe quatre fixe des délais pour d'autres personnes. Normalement, le Comité fixe un délai pour la réception des mémoires. Je pense que nous pourrions régler cette question à notre retour. Je vais laisser cela en suspens pour le moment et nous pourrions en discuter. Le paragraphe quatre prévoit que le président fixera au 18 août le délai pour la réception des mémoires concernant le projet de loi C-45.

Le paragraphe cinq propose d'inviter le ministre de la Santé, le ministre de la Justice et le ministre de la Sécurité publique à comparaître devant le comité, le jeudi 14 septembre. Cela nous donnera, à la fin de la semaine, l'occasion d'entendre ces ministres s'ils sont disponibles. La motion propose également de leur accorder 10 minutes pour leur déclaration.

Comme je l'ai dit, je n'essaie pas de limiter le nombre de témoins ni de nous forcer à passer à l'étude article par article. J'essaie seulement d'organiser une bonne semaine de travail intensif pour que nous puissions entendre un certain nombre de témoins sur certains sujets clés qui ont suscité la controverse au cours de nos débats à la Chambre afin que nous puissions commencer l'examen du projet de loi sur des bonnes bases.

Merci.

● (1250)

**Le président:** Je pense que c'est là un bon programme de travail et une bonne feuille de route.

Madame Harder.

**Mme Rachael Harder:** Monsieur Oliver, cela semble satisfaisant, dans l'ensemble. J'ai seulement quelques réserves.

Premièrement, je voudrais qu'on fixe, au départ, un délai précis pour chaque journée afin que les heures de réunion figurent dans la motion. Par exemple, envisagez-vous une réunion de 8 h 30 à 12 h 30 ou de 6 heures à 10 heures du matin? Quels sont les horaires à prévoir pour chaque journée? J'aimerais que ce soit établi dans la motion. Seriez-vous prêt à faire cette modification?

L'autre chose est le bloc de quatre heures. Il peut être très long d'écouter les mêmes neuf témoins pendant quatre heures. Je me demande si c'est la meilleure chose pour nous. Nous pourrions peut-être songer à diviser le temps en deux blocs de deux heures avec une courte pause de 15 minutes entre les deux. Cela ne prolongerait pas énormément notre journée, mais nous permettrait peut-être de digérer les renseignements un peu plus facilement. Pourrions-nous également apporter un amendement amical à ce niveau-là?

Pour ce qui est des sujets mentionnés, une des questions que je me pose — et vous pourrez sans doute y répondre — est que je ne vois pas de place pour les municipalités. J'ai entendu toutes les municipalités de ma circonscription qui s'inquiètent beaucoup au sujet de cette loi et du délai prévu pour la mise en place de leurs règlements municipaux. Je me demande si nous ne pourrions pas également ajouter un autre amendement amical à la liste.

En dernier lieu, je ne vois pas où nous pourrions inclure des choses comme l'emballage et l'étiquetage. Vous pourriez peut-être clarifier cela aussi.

**Le président:** Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Monsieur le président, je voudrais seulement souligner que cette loi modifie plus d'un siècle de règles juridiques, sociales et culturelles ainsi que la loi dans notre pays. Comme je l'ai déjà dit, c'est une mesure phare qui était l'un des principaux enjeux de la campagne des libéraux aux dernières élections et nous conviendrons tous, je pense, que cela suscite beaucoup d'intérêt pour de nombreux Canadiens et parties prenantes. Je ne pense pas qu'il soit exagéré...

**Le président:** Et pour nous.

**M. Don Davies:** Et pour nous et, bien sûr, pour tout le monde, les parlementaires et les citoyens que nous représentons.

Je ne pense pas qu'il soit exagéré de dire que des milliards de dollars sont en jeu, non seulement en raison de l'usage thérapeutique, mais aussi en donnant aux Canadiens accès légalement à la vente de marijuana à des fins récréatives ou à l'usage des adultes.

Je constate avec plaisir que cette motion est rédigée de façon à nous permettre d'avoir ou non des réunions supplémentaires. Je craignais que si nous limitons les témoignages du public à quatre journées consécutives, au cours de l'été, avant la reprise du Parlement, cela puisse donner au grand public l'impression que notre comité et le Parlement cherchaient à limiter sa participation.

Je dois mentionner que cette partie du processus législatif, l'étape du comité, est la seule où les membres du public et les parties prenantes ont la possibilité de comparaître devant le Parlement pour exprimer leurs opinions au sujet du projet de loi.

Je sais qu'il y a eu des consultations dans le cadre du groupe de travail McLellan et que le gouvernement avait un site Web, mais c'était avant l'établissement d'un cadre législatif comme celui que nous avons devant nous.

Je sais que beaucoup de gens aux points de vue différents voudront donner leur avis au sujet de cette loi. Je pense que nous bénéficierons de ces opinions et c'est pourquoi je m'en réjouis. Je tiens à mentionner que je suis quasi certain que nous apprendrons beaucoup au cours de ces quatre jours, comme c'est toujours le cas lors de chacune de nos études. Nous verrons surgir des problèmes imprévus même si je pense que John a bien réussi à dégager certains des principaux enjeux. Je ne pense pas que nous ayons tous les éléments en main, comme j'en parlerai dans un instant, mais la plupart sont réunis.

Au cours des témoignages, on nous mentionnera certainement d'autres problèmes qui nous inciteront à poser d'autres questions et c'est pourquoi la possibilité de tenir d'autres séances plus tard en septembre est importante. Je peux dire, dès maintenant, que ce sera probablement nécessaire.

J'aurais une ou deux autres choses à dire.

Pour ce qui est de l'organisation de cette étude, je ne pense pas que la liste des sujets soit complète. Je suis d'accord avec Rachael sur ce point-là. En voyant la liste, j'ai mentionné au départ que l'emballage et le marketing n'y figuraient pas alors que l'emballage fait partie du projet de loi. Il y a une scission très importante entre ceux qui souhaitent — je pense que le projet de loi en parle — un régime d'emballage neutre et ceux qui voudraient commercialiser ces produits comme l'alcool avec une publicité misant sur l'image de marque et le style de vie, surtout pour l'aspect récréatif. Cela constituera un élément très important du projet de loi et chacun d'entre nous a eu, je pense, des rencontres avec des gens qui veulent se lancer dans la vente commerciale et qui s'intéressent énormément à la façon dont ils pourront commercialiser ce produit. C'est certainement un sujet qu'il faudrait ajouter.

Un autre sujet très important qui manque est celui des produits comestibles. J'ignore si le projet de loi en fait mention. Je pense qu'il est très important pour la sécurité de voir si ces drogues seront disponibles sous forme d'oursons gommeux, de brownies ou autres. Je pense que le comité...

● (1255)

**Le président:** Cela va être passionnant.

**M. Don Davies:** ... devrait vraiment se pencher sur la question des produits comestibles. Nous devrions voir s'ils devraient être couverts ou non.

En dernier lieu, la marijuana utilisée à des fins médicales n'est pas inscrite dans la liste alors que c'est, je pense, un sujet à considérer.

Je dois dire qu'il y a là un ou deux sujets qui ne sont peut-être pas utiles d'étudier séparément. Par exemple, je ne suis pas certain que la sécurité en milieu de travail doit être un sujet distinct. Je pense qu'on en parlera si l'on ajoute les autres sujets mentionnés. Je ne vois pas bien pourquoi étudier séparément les communautés autochtones à propos du cannabis. Je ne suis pas sûr qu'il y ait des aspects de ce projet de loi qui s'appliquent uniquement aux communautés autochtones.

Pour terminer, j'aborderai deux questions d'ordre pratique.

Je préférerais qu'on ne nous alloue pas un témoin par sujet. Répartissons plutôt les témoins en fonction de notre représentation et laissons chaque parti décider sur quels sujets il désire faire comparaître des témoins. Il peut y avoir un sujet pour lequel je suis entièrement satisfait des témoins du gouvernement et je ne pense pas avoir de témoin susceptible d'ajouter quelque chose d'utile alors que je pourrais souhaiter avoir deux témoins plutôt qu'un seul à propos d'un autre sujet. Je propose un amendement amical à cet égard.

John, vous avez mentionné qu'il y aurait au moins 72 témoins. La motion porte que le président doit prévoir au maximum 72 témoins. Je sais que vous parlez seulement des quatre jours en question, mais je veux qu'il soit précisé que ces 72 témoins seront pour ces quatre jours.

Enfin, le dernier paragraphe propose que les trois ministres, qui font partie des 72 témoins, comparaissent devant le comité. S'ils disposent de 10 minutes chacun, cela va prendre une bonne partie de notre temps. Je proposerais même que nous siégions également le vendredi afin avoir un cinquième jour. Nous pourrions peut-être le réserver à la comparution des ministres, par exemple.

Quand j'ai cru que nous n'aurions que quatre jours d'affilée, j'ai notamment craint que cela ne nous laisserait pas vraiment le temps de digérer les témoignages ou de faire des recherches et de consulter d'autres personnes pour avoir des points de vue différents. C'est une autre raison pour laquelle je vais insister pour que le comité tienne encore une ou plusieurs journées de témoignages par la suite afin qu'au terme de ces quatre ou cinq jours de travail intense nous ayons la possibilité de réfléchir à ce que nous avons entendu et peut-être d'obtenir des témoignages supplémentaires. Nous l'avons fait pour l'étude sur l'assurance-médicaments, monsieur le président. Lorsqu'il y a des témoignages, le cours des choses évolue et peut nous amener à faire comparaître d'autres témoins sur des sujets que nous n'avions peut-être pas prévus au départ.

Enfin, à l'alinéa (i), je ne suis pas sûr que les responsabilités fédérales-provinciales justifient un sujet distinct. Nous sommes un comité fédéral et nous allons examiner les questions fédérales que cela pose, je pense.

Par conséquent, en ce qui concerne les alinéas (i) à (viii), même si je pense que c'est une excellente proposition, je peux déjà voir qu'il faudrait laisser tomber certains sujets et en ajouter d'autres. Nous pouvons le faire maintenant ou nous laisser une certaine marge de manoeuvre. Je ne sais pas comment le comité désire procéder ou ce que mes collègues en pensent. Autrement, je proposerais que nous laissions tomber les alinéas (i), (vii) et (viii) et que nous les remplacions par l'emballage, les produits comestibles et la marijuana à des fins médicales. Je ne veux pas limiter le nombre de sujets. Si les membres du comité estiment qu'il faudrait en aborder d'autres, je pense que nous devrions les ajouter.

Voilà mes remarques préliminaires.

● (1300)

**Le président:** Merci beaucoup.

Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Tout d'abord, l'étude de ce projet de loi m'intéresse beaucoup. Je suis heureux de pouvoir en discuter, parce que je sais que les provinces et les territoires se posent un grand nombre de questions. L'échéance du 1<sup>er</sup> juillet est extrêmement serrée. Je ne suis pas tout à fait d'accord avec ce que Don dit au sujet des provinces et des territoires. Je crois qu'ils ont beaucoup de questions et que ce comité se doit de leur permettre de les poser et d'y donner réponse aussitôt que possible. En effet, l'échéance qui nous est imposée ne leur laissera pas beaucoup de temps pour apporter ce changement important.

J'ai deux ou trois recommandations qui contribueront peut-être à hâter le processus.

Je suis d'accord avec ce qu'a dit Don au sujet d'un maximum de 72 témoins.

Je comprends ce que dit John au sujet de ces thèmes, mais je ne crois pas qu'il soit nécessaire de les mentionner dans la motion. Je pense que nous pourrions régler cette question au cours d'une réunion de planification.

Don a soulevé quelques bonnes observations au sujet des produits comestibles et autres. Je ne pense pas que vous ayez eu l'intention de restreindre ce sujet, mais votre observation semblait un peu restrictive. Dans le cours de nos débats, si un intervenant désire nous parler d'autres choses...

Je tiens aussi à souligner à mes collègues l'excellent résumé législatif — la version préliminaire non éditée — que les analystes ont produit. C'est un excellent document et, bien sûr, ses auteurs n'ont pas de parti pris. Il est ouvert au public, alors il serait bon de le publier pour que les gens y jettent un coup d'oeil.

Les analystes ont très bien traité de l'organisation thématique. Ils mentionnent les interdictions, les obligations, les infractions, les activités criminelles, d'autres interdictions, la promotion ainsi que des sujets dont Don parle, notamment l'emballage et l'étiquetage, l'exposition, la vente et la distribution, les obligations. Ils mentionnent aussi une catégorie de varia concernant, je crois, les infractions pouvant donner lieu à une contravention...? Nous avons entendu les débats tenus à la Chambre. Bien qu'il s'agisse d'un projet de loi fédéral, les provinces et les territoires auront une certaine souplesse d'interprétation des termes comme les licences, les permis, les autorisations générales, les arrêtés ministériels, un système de suivi du cannabis ainsi que des inspections. Ce concept d'inspection en soi est énorme, comme nous commençons à le constater dans le cas de la marijuana médicale. En fait il semble bien que nous ne nous en acquitions pas aussi bien que nous le devrions. Quelles options ce projet de loi offre-t-il au grand public? Les auteurs de ce sommaire parlent aussi d'aliénation des biens confisqués, de sanctions pécuniaires administratives, de dispositions transitoires de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et du Code criminel qui s'y rapportent ainsi que de l'entrée en vigueur. L'entrée en vigueur de cette loi promet d'être monumentale.

Je trouve que les analystes ont fait un excellent travail.

Personnellement, pour aider à faire adopter cette motion, je voudrais l'amender en y ajoutant la notion de listes « prioritaires ». J'en retirerais même l'expression « un maximum de 72 témoins ». Si nous organisons des blocs de deux heures, nous pourrions confier cette décision aux analystes et au greffier quand ils établissent les horaires. Nous pourrions ajouter un peu de souplesse à cela. En outre, j'éliminerai le premier point de votre motion, qui risque d'être considéré comme excessivement prescriptif.

Je suggère aussi que vous modifiez le point 5, dans lequel vous suggérez que nous entendions les ministres de la Santé, de la Justice et de la Sécurité publique le jeudi. Je préférerais que nous les entendions le lundi pour qu'ils soient nos premiers témoins. Ce projet de loi les concerne directement. Je voudrais savoir de quelle façon ils voudraient que nous l'interprétions. Cela nous aiderait à choisir les questions à poser aux autres témoins après cela. En fin de compte, ce projet de loi leur appartient, ils en sont les auteurs. Ils nous présenteront les concepts principaux qui orienteront notre interprétation, ce qui nous donnera une idée des questions à poser.

Je vous demanderais aussi... J'ai été surpris de constater que notre étude se terminera le 14 septembre, comme Don l'a indiqué. Que se passera-t-il le 15 septembre qui nous empêchera de...?

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Colin Carrie:** Nous entendons toutes sortes de rumeurs sur ce qui pourrait survenir ou non. Je suis content de vous entendre dire que cette date n'est pas ferme, parce que comme nous le découvrons en siégeant à ce comité, je pense que nous devons mener une étude très approfondie de ce projet de loi.

Par conséquent, je crois que nous pouvons carrément éliminer le point 4 qui suggère que le président fixe une date butoir pour la présentation des documents écrits. Il peut arriver que des témoins entendent ce que d'autres disent, et si notre étude dure un peu plus longtemps, je ne voudrais pas les empêcher de remettre dans les délais prescrits un document qui pourrait nous être utile.

• (1305)

À mon avis, ces amendements nous permettraient presque d'adopter la motion aujourd'hui.

**Le président:** Monsieur Oliver.

**M. John Oliver:** Nous n'avons là qu'une supposition. Je ne vais pas faire de commentaires sur tout ce que j'ai entendu, mais cette motion confie au président et au greffier la responsabilité d'établir notre horaire. Nous devons étudier un certain nombre d'enjeux très différents. Il serait donc bon de leur donner des directives plus précises... Si nous n'ajoutons pas de lignes directrices à cette motion, nous allons tous proposer un assortiment de témoins. Nous entendrons un ensemble disparate de témoins cette semaine-là, et il nous sera difficile de traiter toute cette information d'une façon ordonnée.

Nous pourrions demander au comité directeur de se réunir, et au lieu de confier ce mandat aux... Tout d'abord, si nous envisageons d'entendre 72 témoins en quatre jours, puis les ministres le cinquième jour — si nous choisissons cette journée pour eux —, je pense bien que nous devons organiser la comparution des témoins de manière à entendre les avantages et les inconvénients de chaque sujet. Je ne suis pas sûr que l'horaire ne s'organise de cette façon si nous ne donnons pas d'instructions claires au greffier. C'est pourquoi je fais cette suggestion. Je ne voulais pas imposer mes idées, mais plutôt orienter le travail de notre comité.

Nous avons créé un comité directeur qui s'est souvent chargé de choisir les témoins et l'horaire de leur comparution et d'organiser les blocs. Nous pourrions faire cela pendant la première semaine d'août. J'ai vérifié, et nous devons nous réunir, donc nous devons revenir. Pendant la première semaine d'août, nous devons donc nous réunir en sous-comité avec le greffier et le président pour établir la liste des témoins de notre comité. Je suis prêt à le faire. Je ne peux pas m'engager pour mon collègue, mais ce sujet est très important, selon moi. Je suis prêt à y consacrer une partie du temps que nous allons passer dans nos circonscriptions.

J'ai suggéré des blocs de quatre heures, parce que cela nous permettra d'entendre neuf témoins. Si nous revenons à nos blocs de deux heures, comme le demandait Mme Harder, nous perdrons des témoins. Nous reprendrions notre horaire habituel de quatre et quatre et quatre, mais nous perdrons huit témoins si nous maintenons des journées de huit heures. C'est pourquoi je suggère que nous adoptions des blocs de quatre heures. Ces heures supplémentaires consacrées aux témoins ajouteront à notre charge de travail, mais nous pourrions entendre un plus grand nombre de témoins.

À mon avis, la sécurité en milieu de travail et les communautés autochtones sont des sujets importants. Je suis sûr que les communautés autochtones auront leurs points de vue à nous présenter, mais ils n'auront peut-être pas besoin de quatre heures. Nous pourrions consacrer un bloc de deux heures sur la sécurité en milieu de travail et un autre bloc de deux heures sur l'étiquetage et l'emballage. Nous consacrerions également un bloc de deux heures aux communautés autochtones et un bloc de deux heures à un autre thème. Nous pourrions traiter des produits comestibles, ou...

**Le président:** J'aurais besoin d'un éclaircissement: pourriez-vous nous dire ce qui pourrait se passer le lundi 11 septembre?

**M. John Oliver:** Le lundi 11 septembre, nous envisageons d'entendre neuf témoins pendant le premier bloc de quatre heures à partir de l'heure que le président fixera...

**Le président:** Vous voulez dire qu'ils seront tous assis ensemble autour de la table?

**M. John Oliver:** ... à 8 heures et demie. Vous pourrez déterminer l'ordre de comparution des témoins pendant ce bloc de quatre heures.

**Le président:** Nous pourrions écouter la moitié du groupe de témoins pendant les deux premières heures, faire une courte pause, puis entendre l'autre moitié du groupe.

**M. John Oliver:** C'est bien, mais il est difficile de diviser neuf personnes en deux.

**Le président:** Oui, vous avez raison.

**M. John Oliver:** Monsieur le président, nous vous confierons le soin d'organiser ce bloc de quatre heures. Nous ferions ensuite une pause d'une heure, puis nous entendrions neuf témoins sur la justice et sur la sécurité publique.

**Le président:** Cet horaire me paraît plus efficace. Je pense aussi que nous devrions désigner un thème pour cette réunion, puisque les sujets sont si différents. Nous devrions désigner un thème pour chacune des réunions, à mon avis.

**M. John Oliver:** Je voudrais proposer un amendement amical à la motion. Nous pourrions poursuivre le vendredi 15 septembre pour entendre les ministres. En consultant le calendrier du Cabinet, je ne crois pas qu'ils soient libres le lundi, le mardi et le mercredi de cette semaine-là. Je ne sais pas si cela se produira, mais je ne voudrais pas que nous entendions un ensemble disparate de témoins pendant toute la semaine. J'aimerais beaucoup que nous organisions la liste d'une façon ou d'une autre. Je crois que pour bien mener cette étude, il nous faudra l'organiser par thèmes.

J'aime l'idée de partager un bloc entre la sécurité et l'emballage et l'étiquetage et un autre bloc entre les communautés autochtones et...

Vous avez suggéré les produits comestibles, Don?

• (1310)

**M. Don Davies:** Je crois que ce serait bien.

**M. John Oliver:** Ce serait un thème? Alors nous aurions quatre et quatre et quatre et quatre. Nous aurions donc des séances de deux heures avec sept minutes de questions chacune. Nous aurions sécurité en milieu de travail, étiquetage et emballage, puis le dernier bloc subdivisé entre communautés autochtones et produits comestibles.

**Le président:** Une seconde, s'il vous plaît.

M. Davies aura la parole après M. Oliver.

**M. John Oliver:** Nous amendons le cinquième point. Nous leur demanderons de venir le 15 septembre s'ils le peuvent. Ce sont tous les amendements proposés, si j'ai bien entendu.

**Le président:** Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Merci, monsieur le président.

Je sais que l'on a suggéré 90 témoins pour le projet de loi C-46. Je crois que l'on a approuvé la comparution de presque tous ces témoins pour le projet de loi C-46, qui est beaucoup plus petit. Il ne traite que des dispositions sur la conduite avec capacités affaiblies. Il est extrêmement important.

En fait, si nous maintenons cette proposition à 72, notre comité entendrait moins de témoins sur ce projet de loi que sur celui qui traite de la conduite avec capacités affaiblies, si le comité de la justice décide de faire les choses ainsi.

J'espère vraiment que nous obtiendrons l'avis de tous les intervenants et du public sur ce projet de loi. Ce nombre de 72 semble élevé, mais il ne l'est pas vraiment quand nous tenons compte de la diversité des sujets à traiter et de l'intérêt intense que le public porte à ce projet de loi. L'aspect commercial concerne aussi des dizaines et des dizaines d'organismes et d'entreprises et de conseillers juridiques qui tiennent à présenter leurs commentaires. Je voulais vraiment souligner cela.

Personnellement, je trouve qu'après avoir attendu cette légalisation pendant une certaine d'années, nos quatre journées d'étude ne rendent vraiment pas justice à ce projet de loi.

**Le président:** Je voudrais faire une brève observation.

Je ne suis pas d'accord avec vous à ce propos. À mon avis, la seule manière d'entendre un plus grand nombre de témoins est de nous organiser comme nous l'avons dit. Si nous étendons cette étude jusqu'à la fin de l'automne, nous n'aurons pas autant de témoins.

**M. Don Davies:** J'allais souligner une chose dont nous nous souvenons tous: le premier ministre a déclaré qu'il voudrait que cette loi entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2018. Personnellement — et la plupart des néo-démocrates aussi —, j'appuie ce projet de loi. Je tiens à en faciliter l'adoption d'autant plus que, comme tous les membres du Comité le savent, il est très désagréable de penser que chaque jour où cette loi n'est pas en vigueur, des Canadiens se font condamner pour possession. Nous tenons donc vraiment à la faire adopter aussitôt que possible.

Mais regardons les choses en face: nous avons plus d'un an jusqu'à la date butoir. Même si nous commençons pendant la première semaine de septembre, ce projet de loi aura toute la session parlementaire pour passer en comité, puis en troisième lecture à la Chambre et enfin au Sénat.

Je sais qu'il souffle soudainement au Sénat un vent d'autonomie qui pose quelques défis intéressants au gouvernement. Toutefois, si nous ajoutons quelques jours d'étude en septembre et que nous terminons notre étude article par article au cours des premières semaines d'octobre, ce projet de loi retournera à la Chambre pour la troisième lecture, disons, vers le 15 octobre. La Chambre aurait alors de quatre à six semaines pour l'étudier et pourrait l'envoyer au Sénat d'ici au 1<sup>er</sup> décembre.

Il n'y a vraiment rien d'urgent. Nous n'avons pas besoin de hâter notre étude de ce projet de loi alors que nous avons jusqu'à la fin de cette année, ou même jusqu'en janvier, pour l'envoyer au Sénat, qui aura cinq mois pour l'adopter.

Je tiens beaucoup à souligner cela. Personnellement — et les néo-démocrates sont du même avis —, il est crucial d'offrir au public et aux intervenants toutes les occasions possibles d'exprimer leurs opinions sur ce projet de loi. Nous continuerons à insister sur ce point tout au long de cette étude. Je ne pense pas qu'il nous suffira d'entendre 72 témoins pendant quatre jours.

● (1315)

**Le président:** L'analyste vient de m'envoyer un message. Elle suggère que nous établissons un plan de travail pour le comité directeur. Mais le comité directeur devra alors présenter son rapport à tout le Comité avant de...

**M. Colin Carrie:** J'allais le dire.

**Le président:** Je crois qu'il serait bien mieux que nous prenions la décision ici.

Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie:** J'allais justement soulever cela. De toute façon, ce groupe devra revenir présenter la liste des témoins et tout le reste au Comité. Si John nous dit que nous devons nous réunir en août, alors qu'il en soit ainsi, mais j'en reviens à ce que je disais au sujet du premier point de la motion. Son libellé qui impose les blocs de quatre heures est très prescriptif.

Je le répète, les analystes ont produit un excellent sommaire législatif. Nous pourrions peut-être, s'ils en ont le temps, leur demander d'élaborer le plan de travail du Comité pour cette période. Ils nous ont entendus citer les thèmes. Il me semble que nous avons mentionné, autour de la table, environ huit sujets que nous pourrions condenser en un moins grand nombre de thèmes, comme l'a suggéré le président. Je trouve que c'est une bonne idée.

Le premier point de la motion nous donne moins de souplesse. C'est tout ce que je voulais dire. Au cours de notre étude, nous voudrions peut-être consacrer un peu plus de temps ici et là et éventuellement aussi traiter d'autres sujets auxquels nous ne pensons pas à l'heure actuelle.

Je voudrais en revenir aux dates. Je remercie beaucoup John de les avoir soulignées. Je ne sais pas pour quelles raisons la date du 14 septembre fait l'objet d'une rumeur au gouvernement, mais l'idée d'inviter les ministres à comparaître le 15 m'inquiète. Nous savons bien que les rumeurs foisonnent au Parlement. Si le gouvernement décide de faire une prorogation, il a aussi suggéré le 15. Les ministres ne seront donc pas ici.

Je préférerais inviter les ministres plus tôt que plus tard, surtout la ministre de la Justice, que nous voulons vraiment entendre. Je ne sais pas quel sera le calendrier du Cabinet. Toutefois, ce projet de loi fait partie des priorités du gouvernement. Je pense qu'il tient à le faire adopter, et il connaît le calendrier du Cabinet bien à l'avance. Je sais aussi que les cabinets disposent d'une certaine souplesse. Il est crucial que nous entendions la ministre de la Justice avant le 14 septembre, parce que personne ici ne sait ce qui va se passer le 15 septembre.

**Le président:** Monsieur Harder.

**Mme Rachael Harder:** Merci beaucoup.

Je suis tout à fait d'accord avec ce que mon collègue Colin Carrie vient de dire.

Monsieur Oliver, je voudrais en revenir aux périodes allouées aux différents thèmes. Apparemment, vous acceptez maintenant de scinder les blocs de quatre heures en deux blocs de deux heures — cela demeurera à la discrétion du président, bien sûr. Je trouve cela très prudent, déjà à cause de l'espace physique qu'il nous faudra. Il sera difficile d'accueillir neuf témoins dans cette salle, alors pensons-y bien.

Je voudrais aussi parler de la liste. On n'y trouve pas le thème des répercussions internationales, qui selon moi est un enjeu que nous devrions examiner. Deviendra-t-il difficile de traverser la frontière vers les États-Unis en voiture? Qu'en est-il des différents accords que nous avons signés avec d'autres pays? Cette loi n'aura-t-elle pas des répercussions sur ces accords? La liste actuelle ne tient aucunement compte de ces questions.

J'en reviens à ce que je disais tout à l'heure au sujet de votre hésitation à inclure les municipalités, monsieur Oliver. Une fois en vigueur, cette loi ne sera pas uniquement sous la responsabilité du gouvernement fédéral. Les provinces et les municipalités seront responsables de la mettre en oeuvre. Elles devront élaborer des politiques et des règlements municipaux et des lois pour l'appliquer. Il est crucial que nous écoutions les commentaires des municipalités sur ce projet de loi.

Ce sont les amendements que je suggère d'apporter à la motion.

**Le président:** Monsieur Kang.

**M. Darshan Singh Kang:** Merci, monsieur le président.

Il me semble que pendant les blocs de deux heures, nous pourrions écouter six témoins au lieu de quatre. Nous aurions ainsi 12 témoins pendant les blocs de quatre heures. Nous pourrions donc écouter 24 témoins chaque jour si vous désirez inviter plus d'intervenants.

Combien de témoins avons-nous entendus aujourd'hui?

• (1320)

**Le président:** Nous avons reçu quatre groupes de deux personnes chacun.

**M. Darshan Singh Kang:** C'est cela.

C'est tout ce que j'avais à dire. Merci.

**Le président:** Monsieur Oliver.

**M. John Oliver:** Je vous remercie d'avoir présenté vos commentaires sur ma motion. Je vous en suis très reconnaissant.

Je tiens à réitérer mon objectif. Je voulais que nous convenions tous de revenir une semaine plus tôt pour consacrer de longues journées à l'étude du projet de loi C-45. J'aimerais beaucoup que nous choissions la semaine du 11 au 15 septembre. Nous aurions ainsi deux blocs de quatre heures de plus. Nous pourrions inviter les ministres à venir la semaine suivante et à comparaître la semaine d'après. À mon avis, il est crucial que nous entendions les ministres pendant ce processus.

Nous aurions ainsi deux blocs de deux heures de plus le vendredi, et nous pourrions ajouter...

Je suis désolé, madame Harder. Je n'ai pas mentionné les municipalités parce qu'elles dépendent des provinces. Elles relèvent des provinces et des territoires. Nous pourrions inviter le représentant d'une municipalité dans ce bloc.

J'aimerais revenir à une question: nous pouvons confier l'organisation de cette étude au président et au greffier et maintenir les thèmes généraux que nous avons ici, plus ceux que nous avons ajoutés, comme l'étiquetage et l'emballage, les produits comestibles...

**M. Don Davies:** médicinaux.

**M. John Oliver:** ... et médicinaux.

**Un député:** Traités internationaux.

**M. John Oliver:** J'avais joint les traités internationaux aux expériences d'autres gouvernements, mais ça va. Alors avec les traités internationaux, nous avons trois sujets de plus.

Nous allons donc essayer d'ordonner la comparution de nos témoins en fonction de ces thèmes. Si vous avez un témoin qui traitera de généralités, indiquez dans quelle catégorie il s'insérera le mieux pour que nous puissions donner... Nous allons tous remettre des listes interminables. Il nous faut donc établir une certaine structure. Nous pouvons procéder de cette façon, ou alors nous pouvons charger le sous-comité d'organiser les réunions. Il se réunirait pendant la première semaine d'août. Cependant, quoi que nous fassions, nous n'allons pas demander au comité de nous présenter un rapport. Que nous en chargions le président et les analystes ou un sous-comité, nous devons leur en donner le mandat aujourd'hui pour qu'ils puissent revenir travailler cette semaine-là sur l'étude de ce projet de loi que nous effectuerons pour les Canadiens.

J'accepterai l'une ou l'autre de ces options dans ma motion. Pouvons-nous prendre cette décision un peu officieusement? Voulez-vous un sous-comité, ou voulez-vous que le président et les analystes organisent ces réunions?

**Le président:** Je vais vous proposer quelque chose. Ce sera toute une expérience, mais si vous êtes d'accord de me laisser — avec le greffier et les analystes — réunir tous les commentaires exprimés aujourd'hui, nous élaborerons une proposition ou un calendrier à partir de la motion de M. Oliver. Nous tiendrons compte de tous les commentaires, parce que je trouve plusieurs d'entre eux excellents. En ce qui concerne les municipalités, je suis d'accord avec Mme Harder, parce que j'ai surtout reçu des questions des municipalités. Si vous nous confiez cela, nous le ferons, et nous présenterons les résultats à tout le Comité.

Je siège ici depuis assez longtemps pour savoir que nous devons faire cela avec soin. Si nous faisons des erreurs, ce côté en souffrira plus que l'autre côté, mais il faut que nous fassions les choses correctement. Je vais faire tout mon possible pour effectuer cette tâche correctement et pour inviter tous les témoins que nous aurons besoin d'entendre. Nous ne fixons pas de limite sur le nombre de témoins. Nous ne nous limiterons pas à six ni à 72 ni à aucun autre chiffre. Si vous nous confiez la production de ce calendrier à partir de tous les commentaires que nous avons entendus aujourd'hui et si vous adoptez la motion de M. Oliver avec souplesse, nous réussirons à nous organiser.

Vous êtes tous d'accord?

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Merci.

Nous y sommes presque, monsieur le président. Je suis d'accord avec presque tout ce que vous avez dit, sauf lorsque vous nous demandez d'adopter la motion de M. Oliver, parce que je ne suis plus sûr du libellé de cette motion après la discussion que nous avons eue. Je serai heureux que vous organisiez le calendrier, avec les analystes et le greffier, à partir de ce que vous avez entendu, si vous pouvez y incorporer la souplesse dont parlait John. Je suggère aussi que nous réécrivions la motion maintenant. Je ne veux pas dire immédiatement, mais je crois que nous pourrions en corriger le libellé pour qu'elle indique dans quelle direction nous allons procéder.

Il va falloir que nous prenions certaines décisions, comme le nombre de témoins que nous allons inviter. Si nous envisageons de tenir cinq réunions de huit heures subdivisées comme vous l'avez décrit, nous sommes partis de 72 témoins. En ajoutant une journée, nous aurions...

**M. John Oliver:** Nous en aurions 18 de plus.

• (1325)

**M. Don Davies:** ... 18 de plus, donc nous en sommes à 90, plus les trois ministres. Si nous organisons les choses ainsi, alors je suggère que nous répartissions les témoins en fonction de la représentation proportionnelle des partis à la Chambre des communes. Nous en aurions donc 13 %, l'opposition en aurait 30 % et les autres, 50 % environ, iraient aux libéraux. C'est ce qui se fait habituellement. Proposons donc les témoins que nous avons. Je suggère que nous les classions par ordre d'importance. Donc le 13 % nous donnerait 11 ou 12 témoins. Je vais vous en proposer 20 pour que les analystes les appellent, parce que nous savons que certains d'entre eux ne pourront pas venir. Ils les appelleront dans l'ordre de la liste que vous leur remettrez.

Je fais cette suggestion pour nous libérer du classement par catégories, qui est très strict. Si je ne peux proposer qu'un témoin par catégorie, il faut que je me concentre sur les catégories. Il semble que nous nous entendions sur les catégories choisies.

**Le président:** C'est fantastique.

**M. Don Davies:** Alors remplissons ces catégories avec les témoins qui nous conviendront le mieux.

**Le président:** Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Si vous voulez que nous adoptions quelque chose aujourd'hui, nous pourrions ajouter une virgule après le mot « tâche » tout en haut de la motion, puis simplement énoncer ce que nous avons dit aujourd'hui au sujet du calendrier — j'ai inséré deux blocs, de 8 h 30 à 10 h 30, de 10 h 45 à 12 h 45, de 14 à 16 heures, de 16 h 30 à 18 h 30 —, ce qui nous donnerait le temps de faire des pauses et de manger à midi ces jours-là.

Quant à la partie prescriptive, je crois que le débat se poursuivra là-dessus. Nous pourrions peut-être la confier à un comité de planification. Nous serons encore ici la semaine prochaine, je crois. Nous pourrions en discuter plus en profondeur, plus en détail la semaine prochaine. Je préférerais que nous adoptions une motion qui nous permette de faire cela, de prescrire des heures pour que nous puissions y inscrire nos dates. Nous aurions ainsi plus de temps pour réfléchir au libellé plus prescriptif.

**Le président:** Docteur Eyolfson.

**Dr Doug Eyolfson:** [*Inaudible*]

**Le président:** Madame Sidhu.

**Mme Sonia Sidhu:** Je trouve ce projet de loi très important. Je suis d'accord pour que nous fassions des pauses, mais il faudra voir combien de témoins nous allons entendre. Nous entendrons neuf témoins dans la mesure du possible. Si nous consacrons la moitié de ce temps pour manger à midi, nous réussirons à entendre neuf témoins. C'est ce que je propose.

**Le président:** Très bien. Alors qu'allons-nous décider? Pouvons-nous conclure quelque chose aujourd'hui?

Monsieur Oliver.

**M. John Oliver:** Ajoutons-y un peu de souplesse. Je veux que nous nous concentrons sur la notion de thèmes. J'ai été souvent déçu d'entendre des allocutions sur des thèmes plus étendus. Au bout de quelque temps, on commence à tourner en rond. Nous entendons un exposé, puis trois semaines plus tard, un autre témoin nous dit exactement le contraire. Je voudrais que nous consolidions les thèmes autant que possible.

Cela étant, si nous indiquons que le président aura pour mandat de coordonner les témoins — nous rajoutons une journée, soit le 15 septembre, et nous ajoutons 18 témoins —, nous pourrions écrire qu'il coordonnera aussi les calendriers « conformément » aux lignes directrices suivantes, au lieu de les coordonner « selon » les lignes directrices suivantes.

« On organisera le calendrier de manière à ce que dans leurs allocutions, les témoins traitent des sujets suivants », et je suggérerai que nous prévoyions des blocs de deux heures ou de quatre heures. Il sera plus facile de diviser un sujet en blocs de deux heures avec quatre témoins. Dans les blocs de quatre heures, nous pouvons entendre neuf témoins.

Notre liste est bien garnie. Nous avons ajouté les municipalités. Nous y avons ajouté l'étiquetage et l'emballage, les produits comestibles et l'usage de la marijuana médicale. Si vous le désirez, nous pouvons ajouter un thème sur les répercussions internationales, parce que nous pouvons traiter ces thèmes en blocs de deux ou de quatre heures.

Je suggérerais que pour chaque thème, le nombre de témoins invités soit proportionnel à celui des membres du Comité. Je sais que vous équilibrez toujours très bien les témoins en fonction des députés qui les ont présentés. Vous pourriez peut-être appliquer ces lignes directrices. Mais comme l'a dit M. Davies, il risque d'avoir deux ou trois témoins pour un thème et aucun témoin pour d'autres sujets. Nous devons donc respecter les intérêts particuliers des membres du Comité. Je crois que c'est à peu près tout.

Au point 5, après « que les ministres de la Santé [...] soient invités à comparaître devant le Comité... », précisons simplement « la semaine suivante » afin que nous puissions les entendre après la semaine intense. La motion est prescriptive, mais elle organise ces séances d'une manière bien structurée.

Je me ferai un plaisir de proposer cette motion telle qu'amendée.

• (1330)

**Le président:** Si nous proposons cette motion, nous pourrions adopter aussi le budget de ces réunions. Cela aidera à faire avancer les choses.

Je suis profondément convaincu que nous désirons tous exécuter ces tâches correctement. Personne n'essaie de dissimuler quoi que ce soit. Je voudrais que nous proposons la motion de M. Oliver avec la souplesse que nous lui avons attribuée. Le président agira avec souplesse. Il veillera à respecter les intérêts de chacun et à ce que cette étude soit bien accomplie.

Oui, monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie:** Je suis d'accord avec vous. C'est pourquoi je soutiens que nous ne devrions pas hâter la détermination des thèmes. Adoptons la motion en général, pour que vous puissiez revenir la semaine prochaine. Je me ferai un plaisir de siéger deux heures de plus la semaine prochaine pour peaufiner tout cela, pour déterminer exactement ce qu'il nous faut. Nous devons produire le meilleur projet de loi possible. Cependant, si la motion est trop prescriptive, nous aurons les mains liées. Une fois que nous l'aurons adoptée, nous ne pourrions plus changer d'avis, ajouter ou déplacer certains éléments. Si nous adoptons la motion générale et si nous en discutons la semaine prochaine...

Je m'inquiète surtout du libellé de la partie du haut. Je voudrais que le greffier nous la relise, si vous le permettez.

**M. John Oliver:** Nous avons une motion à la table.

**M. Colin Carrie:** Oui, mais pourrait-il la relire?

**M. Don Davies:** Ne l'obligez pas à le faire.

**Des députés:** Oh, oh!

**Le président:** Votre nom figure à la liste des intervenants, monsieur Oliver.

**M. John Oliver:** Eh bien, j'ai demandé que nous adoptions la motion telle qu'amendée.

**Le président:** Parfait. Elle contient donc la liste que nous avons ici?

**M. John Oliver:** Oui. J'y ai ajouté l'étiquetage et l'emballage, les répercussions internationales, la marijuana médicale et les municipalités.

**Mme Rachael Harder:** Vous avez ajouté les répercussions...?

**M. John Oliver:** Les répercussions internationales.

**Mme Rachael Harder:** Très bien.

**M. John Oliver:** Nous y avons ajouté six thèmes. Nous pourrions consacrer des blocs de deux ou de quatre heures suivant le nombre de témoins dont nous disposerons. L'affectation des différents témoins à ces thèmes a aussi été assouplie. Elle dépendra des présentations, mais nous suivrons aussi la structure du Comité.

**Le président:** Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson:** Je propose que nous ajournions maintenant ce débat.

**Le président:** Non, non, vous ne pouvez pas proposer cela...

**M. John Oliver:** Vous bloqueriez le vote sur la motion.

**M. Doug Eyolfson:** Je bloquerais le vote sur la motion? Je voulais mettre fin à la discussion. Je pensais que nous parlions de cela.

**Le président:** Non, mais votre intention était bonne.

**M. Doug Eyolfson:** Je retire donc ma proposition.

**Le président:** Très bien.

Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Le nombre de témoins selon la proportion des membres du Comité n'est pas le même que celui qui découle de la proportion de nos sièges à la Chambre des communes. Pour moi, cette différence me donnera soit 10 %, soit 13 % des témoins. Nous n'avons qu'un siège à ce comité parce que 13 % des rondes donne un seul siège. Mais la différence entre ces deux pourcentages me donnera soit 9, soit 11 témoins.

Pourrions-nous changer cela?

**M. John Oliver:** Je vais considérer cela comme un amendement.

**M. Don Davies:** Parfait. Merci.

**M. John Oliver:** Je vais considérer cela comme un amendement amical. Donc le nombre de témoins attribués à chaque thème sera proportionnel au pourcentage des sièges qu'ont nos membres à la Chambre des communes.

**M. Don Davies:** Donc le pourcentage de nos sièges à la Chambre des communes.

**Le président:** Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie:** Pourrais-je ajouter un autre amendement amical? Après la section où l'on indique que le Comité se réunira du lundi 11 septembre 2017 au 15 septembre 2017 pour étudier un projet de loi concernant le cannabis et modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, le Code criminel et d'autres lois, je voudrais que nous précisions que la réunion aura lieu de

8 h 30 à 10 h 30, de 10 h 45 à 12 h 45, de 14 à 16 heures, de 16 h 30 à 18 h 30.

Le reste de ce paragraphe resterait le même jusqu'au mot « tâche », qui serait suivi d'un point final. Le reste de la phrase serait éliminé.

• (1335)

**Le président:** Pensez-vous que nous devrions attribuer des thèmes aux réunions?

**M. Colin Carrie:** Je ne m'oppose pas à l'attribution de thèmes. Toutefois, monsieur le président, je ne crois pas que nous devrions mentionner les thèmes dans la motion, parce que cela nous limiterait trop. Je voudrais en discuter. Nous pourrions vous confier cela pour le week-end, puis la semaine prochaine, vous nous présenterez un document qui produira une bonne discussion. Nous pourrions adopter cette motion en général aujourd'hui pour qu'il nous reste des options et que nous ayons le temps d'y réfléchir.

**Le président:** Gary, bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

**M. Gary Anandasangaree (Scarborough—Rouge Park, Lib.):** Non, je n'ai rien à ajouter.

**Le président:** Monsieur Oliver, acceptez-vous cet amendement amical?

**M. John Oliver:** Non. Je trouve que la motion telle que je l'ai présentée, avec l'amendement amical de M. Davies visant à attribuer le nombre de témoins en fonction de la proportion des sièges à la Chambre...

**Le président:** Oui, et avec la liste des thèmes.

**M. John Oliver:** Oui, avec la liste des thèmes comprenant ceux que nous y avons ajoutés — je crois que nous en avons ajouté six — et la souplesse de les traiter en blocs de deux ou de quatre heures et confiant au greffier le soin d'organiser cela le mieux possible.

**Le président:** Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Je crois moi aussi que nous devrions voter sur cette motion. Tout d'abord, elle prescrit des lignes directrices, et Colin a raison, une fois que nous l'aurons adoptée... mais nous ne pouvons pas l'amender continuellement. Adoptons-la et rédigeons-la. On pourra ensuite l'envoyer aux membres du Comité. Si l'un de nous s'oppose sérieusement à l'adoption de cette motion, il pourra proposer des amendements la semaine prochaine. Nous ne la mettrons pas en oeuvre dans l'immédiat. Je crois que c'est important, parce que nous ne serons peut-être pas ici la semaine prochaine.

**Le président:** Exactement.

**M. Don Davies:** C'est pourquoi je propose que nous votions maintenant.

**Le président:** Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie:** Je propose un autre amendement amical, John, si cette motion est adoptée aujourd'hui.

Dans le préambule de la motion, nous pourrions ajouter, après « les lignes directrices suivantes », l'expression « sans toutefois s'y limiter », afin de ne pas trop limiter cette motion.

**Le président:** En fait, nous pouvons y ajouter n'importe quel thème.

Nous avons maintenant une motion devant nous. Tous ceux qui sont pour cet amendement à la motion?

**M. Don Davies:** Monsieur le président...

**Mme Rachael Harder:** A-t-il accepté ce nouveau libellé?

**Le président:** Il a hoché la tête.

Avez-vous accepté...

**M. John Oliver:** Vous voulez prévoir que si... Que ferait le greffier de l'expression « sans toutefois s'y limiter »? Si nous organisons les réunions en fonction des thèmes, comment le faire avec tant de souplesse?

**M. Colin Carrie:** Pour organiser cela, avec tout le respect que je vous dois, nous en avons beaucoup discuté, mais je n'ai devant moi aucune motion écrite sur laquelle voter. Quant à la suggestion de Don, qui propose que nous votions simplement maintenant et que nous l'amendions plus tard, je comprends son intention, mais nous avons déjà discuté longuement de cette motion.

Je n'aime pas le fait, John, qu'elle soit si prescriptive. Nous pourrions donc y ajouter une ligne... Je voudrais que le greffier me relise exactement tout ce que nous y avons inséré et sur quoi exactement nous votons. Tout ce travail est très important, je ne voudrais pas que nous fassions les choses à la hâte. Je pensais que si nous ajoutions l'expression « sans toutefois s'y limiter » juste après votre phrase, nous aurions la souplesse que nous cherchons.

Je suis convaincu que nous avons tous la même intention, mais nous savons que si nous nous heurtons à un problème plus tard, nous l'écartérons en disant que nous avons adopté cette motion. Cette expression nous donnerait plus de marge de manoeuvre.

**Le président:** Je considère ces sujets comme des thèmes, parce que les conversations ont tendance à virer dans toutes sortes de directions, et nous les orientons comme nous le désirons.

M. Webber...

**M. Colin Carrie:** Mais si nous ouvrons...

**Le président:** ... a amené la discussion jusqu'à parler d'icebergs fondants, pour illustrer l'extrême souplesse du système.

**M. Colin Carrie:** Oui, mais si nous revenons ici la semaine prochaine, pourrions-nous encore en parler une fois que la discussion...

**Le président:** Nous pourrions, mais je voudrais que nous adoptions cette motion.

**M. John Oliver:** Je ne pense pas pouvoir accepter cet amendement. Il rend la motion trop vague. Je ne sais pas quelle influence il aura. J'avais amendé le libellé à « pour accomplir cette

tâche en suivant les lignes directrices suivantes » afin d'ajouter un peu de souplesse.

**Le président:** « de façon générale conformément aux »?

**M. Colin Carrie:** Savez-vous? Nous devons terminer cela d'ici à...

**M. John Oliver:** Nous y avons ajouté six thèmes.

**M. Colin Carrie:** En fin de compte, monsieur le président, je crois qu'elle va être adoptée, mais je voudrais que nous votions par appel nominal. Je me sentrais plus à l'aise si nous suivions ce processus.

**Le président:** D'accord.

Madame Sidhu, vous avez la parole.

**Mme Sonia Sidhu:** Monsieur le président, John a proposé l'expression « les lignes directrices suivantes », et je trouve que cela donne la souplesse que vous désirez, monsieur Carrie, parce que l'expression « les lignes directrices suivantes » est souple en soi.

• (1340)

**Le président:** Très bien.

Monsieur Davies, votre nom figure à ma liste. Vous aviez quelque chose à ajouter?

**M. Don Davies:** Non, tout va bien.

**Le président:** Très bien. Nous avons une motion devant nous. Tous ceux qui sont pour?

**M. Colin Carrie:** C'est un vote par appel nominal, n'est-ce pas?

**Le président:** Oui.

(La motion est adoptée par 6 voix contre 3. [Voir le *Procès-verbal*])

**Le président:** Maintenant, je voudrais que nous adoptions le budget.

Vous en avez tous une copie devant vous. Voulez-vous en discuter, ou est-ce que quelqu'un propose une motion sur le budget?

**M. Doug Eyolfson:** Pouvons-nous accepter le budget?

**Le président:** Nous avons une motion pour accepter le budget.

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

**Le président:** Il n'y aura pas de réunion mardi.

La séance est levée.







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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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.

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 du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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 Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>