



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 031

Le lundi 6 juillet 2020

Président : M. Ron McKinnon



Comité permanent de la santé

Le lundi 6 juillet 2020

• (1100)

[Traduction]

Le président (M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.)): La séance est ouverte.

Je vous souhaite la bienvenue à la 31^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Conformément à l'ordre de renvoi du 26 mai 2020, le Comité poursuit ses séances d'information sur la réponse canadienne à l'éclosion du coronavirus.

J'aimerais vous faire part de quelques consignes pour le bon déroulement de la réunion. Pendant la vidéoconférence, le service d'interprétation sera très semblable à celui offert lors d'une réunion de comité habituelle. En bas de votre écran, vous avez le choix entre le parquet, le canal anglais ou le canal français. Lorsque vous prendrez la parole, si vous avez l'intention de passer d'une langue à l'autre, vous devrez également changer le canal d'interprétation pour qu'il corresponde à la langue dans laquelle vous vous exprimez. Je vous encourage également à faire une petite pause lorsque vous changez de langue.

Avant de prendre la parole, veuillez attendre que je vous nomme, sauf pendant une série de questions. La personne qui pose une question indiquera généralement à qui s'adresse sa question. Lorsque vous êtes prêt à prendre la parole, vous pouvez cliquer sur l'icône du microphone pour activer votre micro. J'aimerais rappeler aux membres du Comité et aux témoins que tout commentaire doit passer par la présidence. Lorsque vous ne parlez pas, votre micro devrait être éteint.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à notre premier groupe de témoins. Du Canadian Center for Vaccinology, nous accueillons le Dr Scott Halperin, directeur de microbiologie et immunologie, et professeur de pédiatrie à Dalhousie University. De l'Association canadienne du médicament générique, nous accueillons M. Jim Keon, président et M. Peter Hardwick, directeur commercial et vice-président administratif d'Apotex. De Médicaments novateurs Canada, nous accueillons Mme Pamela Fralick, présidente et le Dr Dion Neame, directeur des affaires médicales et scientifiques pour Senofi Canada.

Nous entendrons maintenant les exposés des témoins. Chaque groupe dispose de 10 minutes pour faire un exposé.

Nous entendrons d'abord le témoin du Canadian Centre for Vaccinology.

Docteur Halperin, vous avez la parole. Vous avez 10 minutes.

Dr Scott Halperin (directeur de microbiologie et immunologie, professeur de pédiatrie, Dalhousie University, Canadian Center for Vaccinology): Bonjour. Je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant votre comité et à vous faire part de mes réflexions sur la réponse du Canada à la pandémie de COVID-19.

Je vous parle à titre personnel et je ne représente aucun groupe en particulier. Je passerai la majeure partie de mon temps à décrire le groupe de recherche et les réseaux de recherche que je dirige, car mon message est assez court et les détails de mes activités de recherche vous permettront de mieux comprendre le contexte, ce qui vous sera utile dans le cadre de vos questions.

Je suis professeur de pédiatrie, de microbiologie et d'immunologie à Dalhousie University. Je suis également sous-spécialiste des maladies infectieuses pédiatriques au centre de santé Izaak Walton Killam à Halifax, en Nouvelle-Écosse. Je suis à Halifax depuis 35 ans, mais j'ai grandi et j'ai suivi toute ma formation aux États-Unis. Je consacre environ 25 % de mon temps professionnel au travail clinique, 25 % à l'enseignement et à l'administration et les 50 % restants à la recherche sur les vaccins. Je déclare être chercheur et je reçois des fonds de recherche de multiples sources, notamment d'organismes de financement fédéraux et provinciaux, de fondations et de fabricants de vaccins. Je fais également partie d'organismes consultatifs du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux, et de groupes consultatifs spéciaux de l'industrie. L'un de ces comités fédéraux est actuellement le Groupe de travail canadien sur l'immunité.

Dans le cadre de mon engagement qui vise à consacrer 50 % de mon temps à la recherche, je suis directeur du Canadian Center for Vaccinology. Cet organisme est une collaboration de recherche entre des chercheurs de Dalhousie University, du IWK et de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse. Même si le Canadian Center for Vaccinology est principalement basé à Halifax, il compte également des chercheurs de St. Francis Xavier University et d'autres centres universitaires de l'Atlantique. Le Canadian Center for Vaccinology est organisé en trois groupes.

Le groupe de découverte comprend des spécialistes des sciences fondamentales, notamment des virologistes, des bactériologues et des immunologistes. L'objectif est de créer des vaccins nouveaux et améliorés, de nouveaux adjuvants et de nouveaux systèmes d'administration des vaccins, ainsi qu'à comprendre la réponse immunitaire aux agents pathogènes des maladies infectieuses. Le groupe de découverte participe activement au développement d'un vaccin contre la COVID-19. Il élabore le modèle animal de l'infection à la COVID-19 et évalue les biomarqueurs de la maladie.

Le groupe d'évaluation est composé de cliniciens scientifiques, d'épidémiologistes et de statisticiens qui mènent des études épidémiologiques [*Difficultés techniques*]. Notre groupe, qui est l'un des principaux sites d'essais de vaccins au Canada, est occupé à préparer plusieurs études de phase 1 sur la COVID-19.

Le groupe responsable de la politique, des programmes et de la mise en œuvre est notre groupe le plus diversifié, car il est composé de chercheurs en sciences infirmières, de pharmaciens, d'économistes de la santé, de bioéthiciens et d'experts en droit de la santé, en anthropologie, en psychologie, en pédiatrie, en médecine interne et en santé publique. Ce groupe s'efforce de comprendre comment et quand les vaccins sont utilisés, de comprendre les attitudes du public et des fournisseurs et d'évaluer l'efficacité des politiques et des programmes de santé publique. Ce groupe reçoit du financement des Instituts de recherche en santé du Canada et du Conseil de recherches en sciences humaines pour explorer les effets de la politique de santé publique liée à la COVID-19 sur diverses collectivités au Canada, ainsi qu'à l'étranger.

Dans le cadre de mon programme de recherche, je suis chercheur principal désigné ou chercheur principal associé pour deux réseaux nationaux pertinents de la recherche sur les vaccins. L'appellation « chercheur principal désigné » signifie que cette personne est chargée d'administrer le réseau d'une manière responsable sur le plan financier et d'atteindre les objectifs du bailleur de fonds. Elle ne signifie pas que cette personne effectue la majeure partie de la recherche, car ce travail est en fait effectué par les chercheurs associés et les cochercheurs.

IMPACT, le Programme de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins, est un réseau de surveillance financé par l'Agence de la santé publique du Canada et administré par la Société canadienne de pédiatrie dans 12 hôpitaux pédiatriques du pays, ce qui représente 90 % des lits d'hôpitaux pédiatriques de soins tertiaires au Canada. IMPACT existe depuis 30 ans et assure la surveillance de certaines maladies infectieuses pouvant être prévenues — ou qui pourront bientôt être prévenues — par un vaccin, et des effets indésirables consécutifs à l'immunisation qui sont suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation.

Le deuxième réseau est le Réseau canadien de recherche sur l'immunisation, également appelé le RCRI. Ce réseau a été créé en 2009 sous le nom de Réseau de recherche sur l'influenza de l'ASPC et des IRSC, ou le PCIRN, afin de renforcer les capacités de recherche canadiennes en prévision d'une pandémie de grippe prévue, qui s'est justement déclarée dans la semaine suivant l'obtention du financement. Le PCIRN a reçu 3,5 millions de dollars par année sur trois ans, un montant qui a été augmenté à 4,5 millions de dollars par année au déclenchement de la pandémie.

Le PCIRN a notamment réussi à entreprendre des essais cliniques rapides de vaccins expérimentaux contre la grippe pandémique, à exercer une surveillance de la sécurité à grande échelle pendant les premiers déploiements de vaccins et à assurer la sûreté de la vaccination chez les personnes allergiques aux œufs. Le PCIRN a connu un tel succès qu'il a été décidé, au moment de son renouvellement, d'étendre son mandat pour qu'il ne se limite plus à la grippe, mais qu'il vise aussi tous les vaccins présentant un intérêt pour la santé publique, en changeant son nom de Réseau de recherche sur l'influenza à Réseau canadien de recherche sur l'immunisation et en réduisant son budget de moitié, c'est-à-dire de 4,5 millions de dollars par année à 2,2 millions de dollars par année.

- (1105)

Voici mon premier message.

Même si je suis très reconnaissant du soutien substantiel à la recherche offert au PCIRN et du soutien continu à la recherche offert

au RCRI, les pandémies et les maladies infectieuses émergentes ne sont pas éradiquées. Elles sont réduites, mais elles continueront de sévir. Au cours des 11 dernières années, l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré des urgences de santé publique de portée internationale pour la grippe H1N1, l'influenza, la polio, le virus Zika, le virus Ebola — deux fois — et maintenant, le SRAS-CoV-2. La réduction de l'état de préparation de la santé publique entre les crises ralentit la réponse à la prochaine maladie émergente. Si le financement de l'état de préparation peut sembler un gaspillage et une cible facile lorsqu'on réalise des réductions de coûts, il faut en payer le prix par la suite. Une fois que la pandémie de la COVID-19 sera passée — et elle le sera —, nous ne devrions pas baisser la garde en ce qui concerne notre capacité de recherche sur les pandémies.

Que fait actuellement le RCRI dans le cadre de la pandémie actuelle de COVID-19?

Le RCRI est un réseau organisé en huit sous-réseaux. Ces sous-réseaux couvrent tout le pays. Plus de 100 chercheurs dans plus de 30 établissements sont membres du RCRI. Les réseaux du RCRI sont soit activement engagés dans la réponse de recherche contre la COVID-19, soit prêts à participer lorsque des vaccins expérimentaux seront mis au point.

Le Réseau de surveillance des effets graves des hôpitaux de soins actifs pour adultes a déjà reçu un financement supplémentaire pour entreprendre une surveillance de la COVID-19 dans les hôpitaux pour adultes et pour collecter des échantillons qui aideront à comprendre comment les gens développent une immunité, ainsi que des biomarqueurs qui pourraient permettre de prévoir qu'un patient développera une maladie grave.

Le réseau d'essais cliniques du RCRI, qui a réalisé des études de phase 1 et de phase 2 sur le vaccin canadien contre le virus Ebola il y a cinq ans, conçoit actuellement des études de phase 1 et de phase 2 sur des vaccins expérimentaux contre la COVID-19. Plus de 10 groupes ont demandé au RCRI d'entreprendre des études de phase 1 pour eux, et cinq sont en phase de planification active.

CANVAS, le réseau de sécurité en matière de vaccin, est prêt à exercer une vaste surveillance pour détecter tout effet indésirable associé à un vaccin au cours des premières phases de son lancement. Le réseau des sciences sociales et humaines du RCRI examinera la réaction du public aux nouveaux vaccins mis au point pour prévenir la COVID-19.

Les autres réseaux du RCRI, notamment le réseau de laboratoires de référence, le réseau de modélisation, le réseau des cliniques d'immunisation spéciale et le réseau de collaboration provinciale seront également fortement engagés à mesure que les vaccins seront disponibles.

Quels sont les points forts de la réponse du Canada en matière de santé publique et de recherche sur la COVID-19?

Je suis très satisfait de la réponse énergétique du Canada en matière de recherche face à cette pandémie, car les appels de propositions et les fonds pour la recherche ne se sont pas fait attendre. Les concours interconseils ont été bien diffusés et bien gérés, et le montant du financement était substantiel. Pourrait-on en faire plus? Bien entendu, étant donné que pratiquement toutes les recherches, à l'exception de celles liées à la COVID-19, ont été interrompues au Canada en raison des restrictions sanitaires sur les lieux de travail, y compris dans les universités. Cela signifie que tous les talents de recherche du Canada se sont tournés vers la COVID-19.

Malgré l'augmentation des niveaux de financement, le taux de réussite des subventions aux conseils subventionnaires n'a pas augmenté, les notes requises pour réussir n'ont pas diminué et des recherches qui ont reçu une note très élevée à la suite d'un examen par les pairs n'ont toujours pas été financées. Le deuxième message est donc que le Canada a beaucoup de talents, et si tout le monde se concentre sur un seul sujet, il faut beaucoup d'argent — plus encore que le montant impressionnant déjà engagé — pour financer tous les projets prometteurs.

Mon prochain point va un peu au-delà de mon expertise scientifique et relève davantage d'une observation personnelle. L'un des éléments essentiels du succès de la réponse du Canada en matière de santé publique et de recherche face à la pandémie, c'est qu'elle n'a pas été politisée. Jusqu'à présent, le Canada a maintenu son engagement de laisser les meilleures preuves scientifiques guider sa politique de santé publique et ses priorités de recherche. Je pense qu'il s'agit là d'un facteur essentiel du contrôle de la pandémie que nous avons réussi à exercer jusqu'à présent et que c'est la meilleure façon de garder le contrôle en attendant un vaccin.

Pour conclure, même si je pense qu'aucun élément de la réponse du Canada n'a été mal exécuté, je pense tout de même qu'on pourrait faire mieux. Le processus de recherche et de mise au point d'un vaccin qui est en cours aurait peut-être été plus efficace si une seule personne avait été responsable de coordonner toutes les activités nécessaires à l'utilisation généralisée d'un nouveau vaccin.

Même si toutes les activités nécessaires sont en cours, certaines ont été retardées et les renseignements n'ont pas toujours été facilement accessibles en cas de besoin. Il n'y a aucune source unique pour tous les renseignements et aucun répertoire pour orienter une personne dans la bonne direction et lui donner des réponses sur les prochaines étapes à suivre. Par conséquent, des processus sont parfois mis en œuvre une fois que les intervenants sur le terrain ont déjà pris des décisions cruciales, ce qui cause de faux départs et une perte de temps et d'efforts.

Un centre d'échange central établi au début de la pandémie en prévision de la mise au point d'un vaccin aurait pu faciliter le processus et le rendre plus transparent pour toutes les parties concernées. Toutefois, il s'agit d'une critique ou d'une suggestion liée à la logistique d'une réponse par ailleurs très efficace à la crise de la COVID-19.

• (1110)

Le président: Merci, docteur Halperin.

Nous entendrons maintenant les témoins de l'Association canadienne du médicament générique. Je crois que M. Hardwick fera l'exposé.

Vous avez la parole. Vous avez 10 minutes.

M. Peter Hardwick (directeur commercial et vice-président administratif, Apotex, Association canadienne du médicament générique): Bonjour tout le monde. J'espère que vous m'entendez bien. J'aimerais remercier le président et les honorables membres du Comité d'avoir invité l'Association canadienne du médicament générique à comparaître devant vous aujourd'hui.

En plus de mon rôle de président élu de l'Association canadienne du médicament générique, ou l'ACMG, je suis également directeur commercial et vice-président administratif d'Apotex, une multinationale pharmaceutique canadienne et le plus grand fabricant de médicaments au Canada.

Jim Keon, le président de l'ACMG et moi-même sommes heureux d'avoir l'occasion de vous communiquer la réponse de notre industrie à la pandémie de COVID-19 et de souligner certaines des façons dont le Canada peut en faire plus pour assurer un approvisionnement durable et plus résilient en médicaments sur ordonnance pour les Canadiens.

Les fabricants de médicaments génériques sont les principaux fabricants et exportateurs de médicaments au Canada. Les sociétés membres de l'Association canadienne du médicament générique exploitent les plus grandes entreprises des sciences de la vie et les plus grandes installations de fabrication de produits pharmaceutiques en Ontario et au Québec. L'industrie emploie directement plus de 11 000 Canadiens dans des postes de recherche, de développement et de fabrication hautement qualifiés. En plus des médicaments destinés au marché canadien, des médicaments génériques fabriqués au Canada sont exportés dans plus de 100 pays différents.

Notre industrie joue également un rôle important dans le soutien au système de soins de santé canadien. En effet, les médicaments génériques sont utilisés pour remplir 73 % de toutes les ordonnances au Canada, mais ils représentent 19 % de 31 milliards de dollars dépensés annuellement pour les médicaments sur ordonnance. Aujourd'hui, il est possible de remplir jusqu'à 10 ordonnances de médicaments génériques pour le coût d'un médicament d'origine sur ordonnance.

Dès le début de la pandémie, les entreprises membres de l'Association canadienne du médicament générique se sont efforcées d'apporter leur soutien à nos travailleurs de première ligne. Elles ont notamment fait des dons d'équipement de protection individuelle et de désinfectant pour les mains, et elles ont fourni un soutien financier aux hôpitaux.

L'industrie a également offert un soutien aux éventuels traitements contre la COVID-19 qui sont des médicaments génériques. Ce soutien s'est concentré sur deux volets principaux. Premièrement, notre industrie s'est efforcée de garantir un approvisionnement en médicaments génériques pour ces produits, afin de répondre aux besoins actuels des patients et d'assurer la continuité de leurs soins. Deuxièmement, notre industrie a fait don de dizaines de millions de comprimés destinés à des essais cliniques canadiens et internationaux, et s'est déclarée disposée à rééquiper ses installations et à augmenter la production de ces produits s'ils sont des traitements efficaces contre la COVID-19.

Notre industrie a également travaillé avec les gouvernements, les autorités de santé publique, les hôpitaux et des partenaires internationaux pour aider à établir des listes de médicaments essentiels nécessaires aujourd'hui et une liste de ceux qui doivent être mis en réserve en cas de vagues ultérieures de la pandémie. Toutefois, la contribution la plus importante de l'industrie du médicament générique à la réponse du Canada à la COVID-19 a peut-être été de fournir aux Canadiens les médicaments dont ils ont besoin chaque jour et de s'efforcer de répondre aux nouvelles demandes de produits hospitaliers et d'autres produits nécessaires pour traiter les patients atteints de la COVID-19.

La pandémie a créé des défis et une incertitude sans précédent pour les chaînes d'approvisionnement mondiales dans toutes les industries, en raison de la fermeture des frontières et des restrictions à l'exportation imposées par certains pays et des réductions importantes de la capacité de distribution mondiale. L'industrie pharmaceutique n'a pas échappé à ces défis.

Pensez un instant au nombre élevé de médicaments dont nous nous occupons. Les fabricants de médicaments génériques approvisionnent le marché canadien en centaines de médicaments différents, dans des milliers de formes pharmaceutiques différentes. Ces produits sont utilisés pour remplir trois ordonnances sur quatre. Même si un grand nombre de ces médicaments sont fabriqués au Canada, l'industrie est entièrement mondialisée. Des produits finis, des intrants de fabrication et des ingrédients pharmaceutiques actifs proviennent également de l'étranger.

L'Association canadienne du médicament générique est extrêmement fière du dévouement et du travail acharné des employés de l'industrie des médicaments génériques pour maintenir la production de médicaments dans nos usines de fabrication et pour assurer leur cheminement dans la chaîne d'approvisionnement. Ils continuent à fournir un service essentiel aux Canadiens chaque jour, et nous les remercions. Nous tenons également à souligner le travail important de Santé Canada et du Service des délégués commerciaux, qui aident nos membres à relever les défis liés à la connectivité de la chaîne d'approvisionnement, ainsi que le travail de plusieurs provinces, distributeurs et pharmaciens qui nous aident à assurer un accès équitable à l'approvisionnement en médicaments dans cette période de bouleversement de la chaîne d'approvisionnement mondiale.

La circulation de tous les produits à l'échelle internationale, y compris les médicaments, est beaucoup plus lente et difficile qu'auparavant. De plus, elle est beaucoup plus coûteuse. Bien que la situation se soit considérablement stabilisée, notre industrie suit continuellement l'évolution de la situation dans le monde, afin de cerner les risques potentiels liés à la chaîne d'approvisionnement.

Je vais maintenant donner la parole à Jim Keon, qui vous fournira les recommandations de notre industrie qui découlent des leçons apprises de la COVID-19.

• (1115)

Je vous remercie.

M. Jim Keon (président, Association canadienne du médicament générique): Je vous remercie, monsieur Hardwick.

Je sais que la greffière a distribué aux membres du Comité un résumé du plan de l'Association canadienne du médicament générique pour un approvisionnement durable en médicaments sur ordonnance pour les Canadiens. L'Association a élaboré ce plan en se fondant sur certaines des leçons apprises au cours des trois premiers mois de la pandémie. Le plan présente nos recommandations pour rendre la chaîne d'approvisionnement en médicaments sur ordonnance encore plus solide et plus sûre pour les Canadiens.

La pandémie de COVID-19 a servi de signal d'alarme aux gouvernements, aux professionnels de la santé et au grand public sur l'importance d'avoir une industrie pharmaceutique nationale robuste et résiliente. Dans une récente entrevue accordée à l'émission *The House*, à CBC Radio, la vice-première ministre Chrystia Freeland a fait remarquer que l'une des conséquences du coronavirus sur l'économie sera le passage d'une sorte de modèle « juste à temps » qui met l'accent sur les prix très avantageux à un modèle qui met davantage l'accent sur la résilience et des chaînes d'approvisionnement plus près de chez nous.

Mettre davantage l'accent sur la résilience dans la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique signifiera qu'il faudra remettre en question le statu quo et adopter de nouvelles approches politiques.

C'est précisément ce que recommande l'Association canadienne du médicament générique.

L'ACMG cerne des mesures précises pour améliorer la capacité actuelle de fabrication pharmaceutique au Canada et les capacités nationales, créer une chaîne d'approvisionnement pharmaceutique plus résiliente avec une redondance accrue de l'approvisionnement, assurer le rôle du Canada dans une chaîne d'approvisionnement mondiale qui fonctionne bien et encourager l'adoption d'une approche plus coordonnée pour équiper le Canada en prévision de futures urgences en matière de santé publique.

Je vais maintenant aborder notre premier volet, à savoir le renforcement de l'industrie pharmaceutique nationale. Des investissements sont nécessaires pour soutenir l'infrastructure pharmaceutique du Canada. Les entreprises auront besoin d'aide pour préserver, recentrer et développer les infrastructures de fabrication nationales, et pour renforcer la capacité d'autres infrastructures telles que l'entreposage. Les entreprises pourraient également avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour faire face au fardeau financier important lié au maintien de stocks plus élevés d'intrants de fabrication et de médicaments essentiels.

Le deuxième élément du renforcement de l'industrie est représenté par l'accroissement de la convergence réglementaire, tant à l'échelon national qu'à l'échelon international. Il faut se rendre à l'évidence: le Canada est un endroit coûteux et complexe pour les fabricants de médicaments génériques qui veulent y mener leurs activités. L'élimination des obstacles réglementaires inutiles devrait donc être une priorité.

Le troisième élément est celui du niveau des prix. L'approche du prix le moins élevé possible ne permet pas de renforcer la résilience. Un examen du régime de prix actuel du Canada est nécessaire pour garantir qu'il est économiquement réalisable de fabriquer des médicaments au Canada et d'être suffisamment concurrentiel pour acquérir des produits finis et d'autres intrants sur le marché international.

Le quatrième élément du renforcement du marché est lié au renforcement de l'industrie nationale. En effet, si le pourcentage de médicaments génériques utilisés au Canada correspondait au niveau actuel d'utilisation aux États-Unis, le Canada économiserait plus de 11 milliards de dollars par année.

Le cinquième élément consiste à encourager la mise en œuvre d'un marché intérieur durable pour les médicaments biosimilaires. Cela permettrait de maximiser l'utilisation des médicaments biosimilaires par la mise en œuvre à grande échelle de politiques de substitution bien contrôlées par les régimes d'assurance-médicaments publics et privés au Canada, y compris les régimes fédéraux.

Un deuxième volet clé de notre plan consiste à protéger et à renforcer le rôle du Canada dans la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique internationale. Cela pourrait inclure, par exemple, l'élaboration d'un accord international sur la sécurité de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique, une initiative que nous avons recommandée.

Le troisième et dernier volet du plan de l'Association canadienne du médicament générique consiste à cerner les médicaments génériques essentiels qu'il faut produire et entreposer à l'échelle nationale pour les besoins du Canada. Il sera nécessaire d'adopter une approche coordonnée entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux pour établir une liste de médicaments hautement prioritaires. La constitution d'une réserve nationale de ces produits nécessiterait également des ententes de volume et de prix garantis avec les entreprises.

L'Association canadienne du médicament générique et ses entreprises membres se réjouissent de travailler avec les gouvernements canadiens et les autres parties intéressées pour concrétiser l'objectif d'un approvisionnement durable en médicaments sur ordonnance pour les Canadiens.

M. Hardwick et moi-même serons heureux de répondre à vos questions. Merci beaucoup.

• (1120)

Le président: Merci.

Nous allons maintenant entendre les représentants de Médicaments novateurs Canada.

Madame Fralick, vous disposez de 10 minutes.

Mme Pamela Fralick (présidente, Médicaments novateurs Canada): Je vous remercie, monsieur le président, ainsi que les membres du Comité, de nous donner l'occasion de nous adresser à vous aujourd'hui.

J'aimerais d'abord souligner les efforts déployés par l'ensemble du gouvernement fédéral afin de lutter contre la propagation de la COVID-19 et de protéger notre économie. En tant que Canadienne, je suis fière de la façon dont notre gouvernement a relevé le défi. J'ai passé la majorité de ma carrière dans le secteur des soins de santé. Je peux vous dire honnêtement que je n'ai jamais vu une telle collaboration entre les gouvernements, nos systèmes de santé, l'industrie et la société civile, et cela est à l'avantage des Canadiens.

Je comparais aujourd'hui au nom de l'organisme Médicaments novateurs Canada. MNC représente non seulement 40 entreprises qui œuvrent dans les secteurs de la médecine innovatrice et des sciences de la vie, mais aussi les dizaines de milliers de Canadiens qui travaillent dans ces entreprises. Jour après jour, ils se dévouent pour s'assurer que tous les Canadiens aient accès aux médicaments dont ils ont besoin lorsqu'ils en ont besoin.

Je suis accompagnée par l'un d'entre eux aujourd'hui, à savoir le Dr Dion Neame. Le Dr Neame est directeur des affaires médicales à Sanofi Canada et directeur des affaires médicales à Sanofi Pasteur, la branche qui se consacre aux vaccins. Il est également pédiatre dans des cliniques de soins d'urgence. Il ne comparait pas aujourd'hui en tant que représentant d'une entreprise, mais à titre d'expert dans le domaine des vaccins qui pourra répondre à vos questions au sujet des progrès dans la lutte contre la COVID-19 au Canada et ailleurs dans le monde.

J'ai mentionné que nous représentons 40 entreprises. Ensemble, ces entreprises contribuent à l'activité économique à hauteur de 19 milliards de dollars annuellement et elles soutiennent 30 000 emplois de haute qualité dans l'économie canadienne. Elles investissent également 10 % de leurs revenus, soit 1,2 milliard de dollars par année, dans la recherche et le développement au Canada. À l'heure actuelle, plus de 500 nouveaux produits, médica-

ments et vaccins sont en cours d'élaboration au Canada, notamment des traitements visant les maladies les plus dévastatrices, comme le cancer, ainsi que des maladies rares et infectieuses.

Toutefois, en ce moment, la plus grande priorité est de lutter contre la COVID-19.

Nos membres collaborent plus que jamais en vue d'accélérer la découverte et la mise au point de traitements destinés aux personnes infectées et de vaccins pour stopper la propagation du virus. Nos membres offrent également un soutien financier et effectuent des dons en nature à des organismes sur le terrain au Canada et ailleurs dans le monde. Ils appuient également des programmes de soutien aux patients et de soins de compassion mis en œuvre par l'industrie pour éviter que des Canadiens se retrouvent dans les hôpitaux et ainsi alléger nos systèmes de santé. Ils travaillent également avec les gouvernements et d'autres intervenants pour s'assurer que les patients, les médecins et les hôpitaux continuent d'avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin quotidiennement.

Le Dr Neame va maintenant vous décrire les activités entreprises par nos membres en vue de découvrir un vaccin.

Dr Dion Neame (directeur des affaires médicales et scientifiques, Sanofi Canada, Médicaments novateurs Canada): Monsieur le président, depuis plus de 100 ans, grâce à l'innovation, à l'altruisme et à la collaboration, le Canada a su bien réagir face à des épidémies de maladies infectieuses. Depuis le Dr FitzGerald, à l'Université de Toronto, qui a produit l'antitoxine tétanique et diphtérique jusqu'aux chercheurs qui ont mis au point le vaccin lyophilisé contre la variole, l'innovation au Canada a permis de sauver des millions de vies.

Aujourd'hui, durant la pandémie de COVID-19, 15 entreprises membres de MNC ont accepté de partager leurs bibliothèques de composés moléculaires avec la communauté scientifique mondiale pour favoriser la mise au point de vaccins et de traitements contre la COVID-19, soutenue par le programme COVID-19 Therapeutics Accelerator de la Fondation Bill & Melinda Gates.

En l'espace de deux semaines, Roche Canada a reçu plus de 800 demandes provenant du milieu scientifique dans le cadre de son Défi Innover pour contrer la COVID-19, un programme de financement de 900 000 \$ visant à encourager les idées novatrices pour répondre à la pandémie. Dans la région du Canada atlantique, BioVectra produit des matières premières essentielles pour les trousseaux de tests de diagnostic de la COVID-19 et collabore avec un grand nombre de sociétés biopharmaceutiques et de chercheurs au Canada relativement à des produits thérapeutiques pour la COVID-19. L'entreprise québécoise Medicago procède à des essais cliniques afin d'évaluer l'innocuité et l'efficacité d'un candidat-vaccin, dont elle augmentera la production. En Colombie-Britannique, l'entreprise Amgen, forte de ses 20 ans d'expérience dans le domaine des anticorps thérapeutiques, participe activement aux efforts déployés pour découvrir un anticorps thérapeutique permettant de lutter contre la COVID-19.

En bref, nous observons un effort sans précédent en ce qui concerne l'engagement financier et l'accélération des activités de recherche et développement en vue de trouver un traitement curatif et une prophylaxie pour la COVID-19, tout en continuant de produire et de fournir des médicaments aux patients actuels. L'ingéniosité, l'innovation, la créativité, la collaboration et le dévouement dont notre industrie a fait preuve témoignent de nos valeurs et de notre sens des responsabilités à l'égard de notre pays, le Canada.

• (1125)

Mme Pamela Fralick: Je vous remercie, docteur Neame.

J'aimerais passer à un sujet qui, je le sais, occupe l'esprit d'un bon nombre de personnes, c'est-à-dire le risque de pénurie de médicaments en raison de la COVID-19.

Les membres de MNC sont des entreprises pharmaceutiques qui découvrent, mettent au point et offrent de nouveaux médicaments novateurs, c'est-à-dire des médicaments d'ordonnance de marque. Nos membres demeurent vigilants en vue de repérer des problèmes potentiels d'approvisionnement et ils sont résolus à travailler en étroite collaboration avec les gouvernements au Canada pour trouver rapidement des solutions. Nous appuyons les efforts de Santé Canada à cet égard. Advenant des retards prévus dans l'approvisionnement sur le marché canadien d'un médicament approuvé, nos entreprises membres, conformément à la loi, signaleraient cette situation à Santé Canada, et cela serait rendu public sur le site Web.penuriesdemedicamentscanada.ca.

S'il est un domaine dans lequel le gouvernement fédéral pourrait offrir davantage de soutien, c'est celui de l'approvisionnement des hôpitaux en médicaments utilisés pour traiter la COVID. Précisément, le gouvernement fédéral pourrait jouer un plus grand rôle sur le plan de la coordination des demandes des provinces pour un approvisionnement plus important de certains médicaments, afin de s'assurer qu'aucune province et aucun Canadien ne se retrouve sans les médicaments nécessaires.

De façon plus générale, nous savons qu'un accès fiable aux médicaments dépend de nombreux facteurs. Il y a notamment la simplicité de la réglementation, les approbations en temps opportun de nouveaux médicaments et le fonctionnement constant et harmonieux des chaînes d'approvisionnement mondiales. Nous appuyons donc l'engagement qu'a pris Santé Canada de simplifier le régime de réglementation. Cependant, il doit en faire davantage pour accélérer l'approbation des nouveaux médicaments. Nous félicitons le gouvernement fédéral et certains gouvernements provinciaux pour les efforts qu'ils ont déployés en vue de protéger les chaînes d'approvisionnement médicales dont dépend le Canada.

En ce qui a trait à la réglementation, nous sommes encore profondément préoccupés par les répercussions des modifications aux règlements sur les médicaments brevetés sur l'accès pour les Canadiens aux nouveaux médicaments. Les changements apportés récemment aux lignes directrices n'ont pas permis d'apaiser suffisamment les préoccupations de l'industrie. Nos inquiétudes s'appuient sur des études indépendantes et tiennent également au fait que le lancement de certains médicaments a été retardé en raison de la réglementation. Les règlements nuiront également à la capacité du Canada de mener à bien la Table de stratégies économiques pour le secteur des sciences biologiques et de la santé du ministère de l'Innovation et des Sciences et d'attirer des investissements dans notre secteur des sciences de la vie à un moment où des provinces comme l'Ontario et le Québec souhaitent accroître la capacité dans ce secteur.

Je peux vous assurer que les membres de MNC sont conscients de la pression croissante qui s'exerce sur les budgets consacrés à la santé. Toutefois, depuis la décision récente de la Cour fédérale qui a entraîné l'élimination de l'un des éléments clés de l'approche du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés à l'égard de la réglementation des prix, le Conseil doit maintenant repenser en profondeur son approche. Nous tenons à travailler avec le gouverne-

ment fédéral sur des solutions de rechange aux changements proposés aux règlements sur les médicaments brevetés qui feraient en sorte que les Canadiens continuent d'avoir accès à des médicaments abordables et novateurs. Il n'est pas trop tard pour trouver une autre solution en vue d'atteindre cet objectif.

Pour revenir à la réponse de l'industrie à la COVID-19, j'aimerais, en terminant, vous donner trois exemples de la contribution apportée par nos membres.

Premièrement, certaines de nos entreprises membres assurent l'accès continu des patients aux traitements dont ils ont besoin en fournissant gratuitement leurs médicaments si les patients ne sont pas en mesure d'en assumer le coût ou s'ils ne bénéficient plus d'un régime d'assurance-médicaments privé parce qu'ils ont perdu leur emploi en raison de la COVID. Je peux vous dire, d'après ce que nous ont fait savoir certains de nos membres, que très peu de patients ont demandé à recevoir leurs médicaments gratuitement. L'un de nos membres, par exemple, a mentionné qu'il avait observé une augmentation de moins de 2 % des demandes de médicaments gratuits. D'autres membres ont indiqué avoir observé à peu près la même chose. Cela nous indique qu'il y a beaucoup moins de personnes que nous l'avions prévu qui n'ont pas accès aux médicaments dont ils ont besoin.

Deuxièmement, étant donné que certains systèmes de soins de santé provinciaux sont aux prises avec de graves pénuries de main-d'œuvre, les entreprises membres de Médicaments novateurs Canada viennent en aide aux patients et aux collectivités. Un grand nombre de nos membres offrent des congés payés à des professionnels de la santé pour leur permettre de faire du bénévolat dans les établissements de soins de santé où les besoins sont les plus grands.

Enfin, les membres de MNC ont créé un fonds spécial COVID-19. Une initiative importante entreprise grâce à ce fonds est la création d'une chaire de recherche sur la préparation à une pandémie. Il s'agit d'une façon pour l'industrie d'aider le Canada à se préparer pour la prochaine crise sanitaire.

Je vous remercie de nous avoir donné l'occasion de nous adresser à vous au sujet de la façon dont les secteurs des médicaments novateurs et des sciences de la vie au Canada répondent à la COVID-19. À l'instar des autres témoins, nous serons ravis de répondre à vos questions.

• (1130)

Le président: Merci à tous.

Nous allons maintenant passer aux questions. Nous allons procéder à deux tours et nous allons commencer le premier tour avec M. Jeneroux.

Allez-y, monsieur Jeneroux. Vous disposez de six minutes.

M. Matt Jeneroux (Edmonton Riverbend, PCC): Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins de prendre du temps durant la saison estivale pour comparaître devant le Comité.

Docteur Halperin, j'ai un bref commentaire à faire au sujet des propos que vous avez tenus. Nous avons certes entendu parler de façon générale de coordination et de logistique en ce qui a trait aux mesures prises pour lutter contre la pandémie. Il serait utile que vous nous donniez des exemples précis à cet égard, car, bien entendu, nous voulons nous assurer que la réponse du gouvernement à d'autres éventuelles pandémies soit meilleure.

Docteur Neame, j'aimerais d'abord m'adresser à vous. En ce qui concerne ce que vous avez dit à propos du vaccin et de la recherche pour trouver un vaccin, nous entendons dire quotidiennement que de nouveaux fonds sont consacrés à la recherche ici et là, non seulement au Canada, mais aussi ailleurs dans le monde. Quelle est la probabilité que le Canada puisse obtenir le vaccin, étant donné la concurrence provenant d'autres pays comme les États-Unis et la Chine?

Dr Dion Neame: Un grand nombre des entreprises membres de MNC sont en fait des multinationales. Elles travaillent à mettre au point des vaccins, et, lorsque ce sera fait, la distribution sera effectuée en fonction des volumes que nous...

Je pense que l'une des choses les plus importantes, c'est que ce ne sera peut-être pas nécessairement...

Le président: Pardonnez-moi, docteur Neame, pouvez-vous parler plus près de votre micro, s'il vous plaît?

Dr Dion Neame: Oui. Merci.

La question de la distribution des vaccins se posera. Il existe des organismes internationaux, dont fait partie le Canada, qui se pencheront sur la distribution de ces vaccins. Tout dépend également de l'entreprise qui produira le vaccin. Vous pouvez vous adresser au Dr Halperin, qui s'intéresse beaucoup à la recherche sur des vaccins qui feront l'objet d'essais cliniques au Canada. Il pourrait être en mesure de vous répondre.

Je ne peux pas dire...

M. Matt Jeneroux: Pardonnez-moi, docteur Neame, mais mon temps est restreint. Êtes-vous d'avis que le Canada est présent à la table en ce moment pour tenter d'obtenir un vaccin, alors qu'il est en concurrence avec d'autres pays comme les États-Unis et la Chine, qui financent largement la recherche pour trouver un vaccin?

Dr Dion Neame: Je dirais que oui, et je vous proposerais de vous adresser au Dr Halperin.

M. Matt Jeneroux: Oui, j'aimerais bien discuter de cela avec le Dr Halperin, mais j'aimerais aussi m'adresser à Mme Fralick au sujet de ses propos concernant le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. C'est un obstacle majeur à la mise en marché d'un grand nombre de ces médicaments.

J'ai lu récemment quelques articles que vous avez publiés, madame Fralick. Diriez-vous que, depuis le début de la pandémie, la concurrence pour des investissements mondiaux s'est intensifiée considérablement?

Mme Pamela Fralick: Je ne dispose pas de données qui me permettent de parler précisément de cette situation.

Je peux certes vous dire que dans le milieu pharmaceutique et dans le secteur des sciences de la vie, nous avons eu de la difficulté à attirer des investissements mondiaux au Canada au cours des deux ou trois dernières années, et c'est toujours le cas, mais cela tient à l'incertitude et, je dois dire honnêtement, aux conséquences désastreuses des changements visant le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, des changements à la réglementation.

M. Matt Jeneroux: J'aimerais seulement souligner certains de vos propos. Dans le *Globe and Mail*, je crois, vous avez dit ceci:

Les sociétés pharmaceutiques ne soumettront pas leurs médicaments les plus récents, les plus efficaces et les plus novateurs à un essai clinique au Canada si elles ont le sentiment que ces médicaments ne seront pas disponibles au Canada après l'essai clinique... Cela signifie que les patients, vous et moi, nos familles,

nos amis et collègues n'auront pas nécessairement accès aux médicaments dont ils ont besoin.

Vous avez dit cela le 18 juin. À votre avis, est-ce que quelque chose a changé depuis?

Mme Pamela Fralick: Non, à notre avis, rien n'a changé. Nos préoccupations demeurent les mêmes. Ce qui est le plus important pour notre industrie, c'est de s'assurer que les Canadiens, les patients, aient accès aux médicaments dont ils ont besoin. Cela a l'air d'un cliché, mais les sociétés pharmaceutiques ne peuvent pas faire des affaires si tel n'est pas le cas.

Je le répète, l'incertitude et l'absence d'équilibre entre les mesures de limitation des coûts et une quête pour des investissements au pays ont une incidence sur le désir à l'échelle mondiale d'investir au Canada. Les sociétés pharmaceutiques sont très au fait des enjeux de viabilité dans les systèmes de soins de santé, mais elles ont besoin d'un modèle d'affaires viable pour offrir leurs produits sur le marché canadien. Elles sont de plus en plus réticentes à soumettre leurs produits novateurs à des essais cliniques. Depuis que les changements à la réglementation ont été annoncés, nous avons observé une réduction des essais cliniques allant jusqu'à 50 %. Ces sociétés savent que ces médicaments risquent de ne pas être disponibles pour les Canadiens, étant donné que la nouvelle réglementation entrera en vigueur le 1^{er} janvier.

• (1135)

M. Matt Jeneroux: Au bout du compte, ce sont les patients qui souffriront, à votre avis.

Mme Pamela Fralick: Il est uniquement question des patients. Comme vous le savez, il n'y aurait pas d'industrie pharmaceutique sans les patients, et cette industrie ne peut pas exister s'il n'y a pas de bons résultats pour les patients. C'est la réalité.

M. Matt Jeneroux: Nous avons entendu dire récemment que l'entrée en vigueur des changements visant le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a été reportée au mois de janvier. Croyez-vous que cela fera une différence sur le plan...? Je pense que vous avez dit notamment que « heureusement, il n'est pas trop tard pour trouver une solution qui permettra d'éviter l'entrée en vigueur de ces changements. L'industrie est prête à... Nous espérons que le gouvernement sera un partenaire de bonne volonté. »

Avez-vous le sentiment que les choses vont changer?

Mme Pamela Fralick: Je demeure une éternelle optimiste. J'aime bien penser que ce léger report nous offrira la possibilité de changer les choses.

Au cours des deux dernières années, l'industrie s'est montrée très disposée à travailler avec le gouvernement pour trouver les meilleures solutions possibles. Nous avons proposé des idées et déployé des efforts pour trouver des solutions. Nous sommes une industrie mondiale. Nous pouvons donner de nombreux exemples de pays où il existe une relation très solide de collaboration entre l'industrie, les patients et les gouvernements. Nous nous sommes inspirés de ces exemples pour trouver des idées que le gouvernement devrait examiner à notre avis. Au cours de l'été, nous allons entamer d'autres discussions pour présenter ces idées et nous allons insister pour que le gouvernement les prenne en considération. Nous voulons trouver la meilleure solution pour les Canadiens, et pas seulement la solution qui est sans doute commode.

Le président: Monsieur Kelloway, vous disposez de six minutes.

M. Mike Kelloway (Cape Breton—Canso, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je salue le personnel, mes collègues et les témoins.

Mes questions s'adressent aux représentants de Médicaments non-vateurs Canada.

Il y a environ trois ou quatre mois, je me suis entretenu avec un membre de votre équipe, Bobby Sutherland, et j'ai appris qu'un certain nombre de vos clients, qu'il s'agisse d'entreprises en démarrage ou d'importantes sociétés, participent à la recherche liée à la COVID-19, et particulièrement à la recherche pour trouver un vaccin.

Pouvez-vous me donner une idée du nombre de projets de mise au point de vaccins qui sont en cours et me dire s'il existe des candidats-vaccins prometteurs? Pouvez-vous nous dire où nous en sommes compte tenu de ce que vous savez à l'heure actuelle?

Dr Dion Neame: Il y a environ 150 entreprises dans le monde qui ont mis au point des candidats-vaccins contre le SRAS-COV-2. Ils sont de différents types. Il semble que les vaccins à ARN messager et les vaccins sous-unitaires sont les types de vaccins sur lesquels ces entreprises travaillent.

Il est extrêmement compliqué de produire un vaccin parce qu'il s'agit d'un produit biologique. Habituellement, il faut entre 10 et 15 ans, comme vous le savez très bien j'en suis sûr, mais nous tentons maintenant d'en produire un en l'espace d'environ un ou deux ans.

De nombreuses entreprises se sont attelées à la tâche très rapidement, parce qu'elles ont travaillé sur d'autres types de virus, qu'il s'agisse de l'Ebola ou de l'influenza, pour mettre au point des vaccins. Ce sont ces entreprises-là qui ont pris les devants. Il est fort probable que nous ayons un vaccin d'ici un an ou deux. La question est toujours de savoir s'il sera sécuritaire et efficace. C'est pourquoi nous devons continuer de procéder à de nombreux essais de phase un, de phase deux et de phase trois. Si les résultats sont bons, les vaccins pourront être offerts au Canada.

Il faut comprendre qu'il s'agit d'une maladie infectieuse. Même si les maladies infectieuses et les vaccins vont de pair, certaines maladies infectieuses se prêtent beaucoup mieux que d'autres à la production d'un vaccin. Dans le cas du coronavirus, le degré de difficulté est moyen. Ce n'est pas comme le VIH, pour lequel il est très difficile de mettre au point un vaccin, mais ce ne sera tout de même pas facile.

M. Mike Kelloway: En tant que société pharmaceutique, dans quelle mesure avez-vous bénéficié de la somme d'un milliard de dollars investie dans la stratégie nationale de recherche médicale qui a été annoncée plus tôt au cours de la pandémie? Ma question s'adresse à l'un ou l'autre d'entre vous.

Dr Dion Neame: En ce qui concerne le financement pour la recherche, la société pour laquelle je travaille, Sanofi, n'en a pas bénéficié, contrairement à d'autres sociétés pharmaceutiques. Ce n'est pas l'affaire d'une ou deux sociétés. Nous devons tous essayer de...

• (1140)

M. Mike Kelloway: C'est un réseau.

Dr Dion Neame: ... faire de notre mieux.

Je communique beaucoup avec Santé Canada. Ce ministère m'a demandé de trouver des petites sociétés de biotechnologies au Canada que nous pourrions lui présenter pour lui permettre de trouver les meilleures possibilités pour la recherche. Ce n'est pas un jeu de devinettes. C'est un jeu scientifique. Nous devons trouver les

meilleures possibilités et fournir le financement nécessaire. Je crois que le Canada a fait un très bon travail à cet égard.

Je le répète, ce ne sera pas facile. En ce qui concerne les traitements — je m'éloigne du sujet des vaccins un instant — nous avons procédé à des essais cliniques, et nous avons de nombreuses raisons de croire que certains de nos médicaments déjà brevetés pourraient avoir un effet sur la COVID-19. Nous avons donc mené de nombreux essais cliniques, qui ont nécessité des investissements importants.

Malheureusement, malgré tout ce que nous avons fait, nous n'avons pas beaucoup de candidats qui pourraient nous venir en aide, mais cela fait partie de la nature de notre industrie. Nous devons innover, investir, étudier dans le but de trouver des traitements et des vaccins qui pourront nous aider.

Mme Pamela Fralick: J'aimerais intervenir brièvement. C'est pratiquement une bonne nouvelle que je ne sois pas en mesure de vous donner une liste des entreprises bénéficiaires ainsi que la somme qu'elles ont reçue, parce que cela signifie — pour faire suite à ce qu'a dit le Dr Neame — qu'elles travaillent en collaboration.

Je peux donner l'exemple d'une entreprise du Québec, Medicago, que nous avons mentionnée durant notre exposé. Elle a mis au point un candidat-vaccin 20 jours après qu'on ait constaté pour la première fois la présence du virus au Canada. En Colombie-Britannique, l'entreprise Eli Lilly, qui est l'une de nos entreprises membres, travaille avec AbCellera. Elles ont bénéficié d'un financement important pour travailler sur les anticorps.

Nous pourrions vous dresser la liste de nos entreprises membres qui ont bénéficié d'un financement. Notre site Web contient en fait une liste de tous les projets en cours. Cette liste est mise à jour quotidiennement et hebdomadairement. Vous pouvez la consulter. Nous sommes très reconnaissants au gouvernement d'avoir reconnu le rôle important que joue en ce moment le secteur des sciences de la vie et qu'il ait investi dans ce secteur.

M. Mike Kelloway: C'est fantastique de voir cette collaboration, qui est bien entendu importante et nécessaire.

Je me demande si nous pourrions revenir à quelques commentaires qui viennent d'être formulés. Lorsque j'interroge des témoins, je creuse certaines questions. Je m'intéresse à votre point de vue. Je crois que vous en avez parlé un peu, mais pouvez-vous me dire ce qui amène des entreprises à investir dans la recherche au Canada? Quels seraient les trois principaux éléments? Compte tenu de ces éléments, est-ce que votre réseau d'entreprises envisagerait d'investir dans la fabrication ou d'investir davantage dans la recherche au Canada?

Ma première question serait donc la suivante: qu'est-ce qui amène des entreprises à investir dans la recherche au Canada?

Mme Pamela Fralick: Permettez-moi d'abord de dire que le Canada est considéré comme un pays propice à l'investissement, alors, les entreprises souhaitent investir ici. Nous avons un bon système de soins de santé, d'excellents chercheurs, de bonnes institutions et nous avons une population diversifiée pour effectuer des essais cliniques. Le Canada est un endroit attrayant pour les investisseurs.

Les dirigeants de nos entreprises membres passent beaucoup de temps à essayer d'attirer des investissements au pays. Nous pouvons vous montrer des études menées par Ernst and Young qui démontrent que 10 % des revenus sont consacrés à la recherche et au développement au Canada. Cela étant dit, nous pouvons faire bien davantage. Je pense que la COVID-19... Je n'aime pas dire qu'elle offre des occasions, mais elle nous offre la chance de rajuster le tir en ce qui concerne notre façon de faire des affaires. Nous avons besoin d'un régime de réglementation favorable. L'équilibre est rompu en ce moment. Je ne veux pas enfoncer ce clou — je le ferai si j'en ai l'occasion — mais nous devons rétablir l'équilibre.

Nous devons améliorer un système qui a été construit par morceaux et qui est très lent sur le plan de la mise en marché. Au Canada, entre le moment où un produit novateur obtient l'approbation initiale et le moment où les patients peuvent en bénéficier, il s'écoule plus de 900 jours. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, la moyenne est d'environ 500 jours, et je peux vous nommer de nombreux pays où cette durée se situe dans les 300 jours. Nous sommes déphasés. Je dois reconnaître que Santé Canada s'efforce d'améliorer les choses à cet égard, mais nous accusons beaucoup de retard. Nous devons occuper le premier rang de ce classement.

Voilà deux des principaux problèmes. Je pourrais en nommer d'autres, mais puisque le temps est restreint, je dirais que ce sont les deux problèmes les plus importants.

Le président: Merci, monsieur Kelloway.

M. Peter Hardwick: J'aurais un commentaire à faire, si je puis me permettre.

[Français]

Le président: Nous allons maintenant passer à M. Desilets.

Monsieur Desilets, vous avez la parole pour six minutes.

• (1145)

M. Luc Desilets (Rivière-des-Mille-Îles, BQ): Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les invités. Leurs propos sont fort intéressants, et ils nous permettent d'avancer vers la production d'un rapport dans quelques mois.

Monsieur Neame, si j'ai bien compris, vous avez dit qu'il y avait environ 150 candidats-vaccins dans le monde. Dans un premier temps, en restant objectif, puisque nous sommes tous du même pays, pouvez-vous nous dire quels sont les vaccins les plus prometteurs parmi ceux auxquels on travaille dans le monde? Quelle est la différence entre ces vaccins?

[Traduction]

Dr Dion Neame: Je vous remercie beaucoup pour votre question.

« Prometteur » est un mot intéressant. C'est pratiquement comme si vous me demandiez lequel arrivera en tête. Il y a un certain nombre de vaccins qui arriveront en tête. Il y en a un en particulier qui provient d'Oxford, sur lequel a travaillé AstraZeneca. Il s'agit d'un vaccin vecteur avec un ARN messenger sur l'adénovirus. Je le répète, c'est fantastique. Il semble qu'en théorie, selon les données scientifiques, ce candidat-vaccin pourrait fonctionner, mais nous devons faire des essais cliniques. Le fait qu'un candidat-vaccin franchisse en premier la ligne d'arrivée ne signifie pas qu'il sera sécuritaire et qu'il sera efficace.

Nous avons un autre vaccin au Canada mis au point par CanSino, dont le Dr Halperin peut parler. Il s'agit d'un vaccin qui est déjà à l'essai en ce moment. Le Dr Halperin entamera la troisième phase des essais cliniques très bientôt à Halifax.

Il y a également Sanofi qui collabore avec GlaxoSmithKline. Elles ont recours à un système utilisé pour la production de vaccins contre l'influenza qu'on appelle un système d'expression de baculovirus. Étant donné qu'un tel système a permis de concevoir des vaccins contre la grippe dans le passé, nous avons confiance de pouvoir créer des protéines COVID avec un adjuvant de GlaxoSmithKline, et ce, très bientôt. Toutefois, je le répète, nous devons procéder à des essais cliniques pour nous assurer de l'innocuité et de l'efficacité.

Il existe un certain nombre de vaccins différents qu'on appelle des vaccins à ARN messenger ou des vaccins à ARN. Moderna — vous avez peut-être entendu parler de cette entreprise — progresse assez rapidement relativement à ses essais cliniques.

Je n'aime pas me répéter, mais je dois dire encore une fois qu'il faut nous assurer de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins.

[Français]

M. Luc Desilets: C'est très intéressant.

Nous supposons tous qu'une fois la ligne d'arrivée franchie, c'est-à-dire à l'automne, un ou des vaccins auront passé les trois étapes et seront commercialisables.

J'aimerais d'abord savoir quelle différence il y aura entre deux vaccins qui auront passé ces étapes. Vous avez mentionné l'efficacité et j'aimerais que vous nous donniez plus de détails là-dessus. Pourrait-on, par exemple, accepter un vaccin qui serait efficace à 60 % et un autre qui le serait à 80 %?

J'aimerais par ailleurs que vous nous parliez des prix dans le contexte actuel, en tenant compte de toute cette concurrence, du marché chinois, de nos ennemis et de nos amis partout dans le monde.

[Traduction]

Dr Dion Neame: Je ne crois pas qu'un seul vaccin sera la solution. C'est dans une grande mesure une question de capacité de production. Nous aurons, je l'espère, de nombreux vaccins sûrs et efficaces, puis nous verrons la capacité de fabrication et de production que nous aurons.

Nos collègues de Swiftwater, en Pennsylvanie, nous ont fait savoir que nous pourrions produire 600 millions de doses, si notre vaccin expérimental aboutit, mais il est évident que 600 millions de doses par année ne suffiront pas pour huit milliards de personnes.

Il y aura de multiples vaccins en jeu. Ce n'est certainement pas une compagnie pharmaceutique qui va définir la quantité de doses qu'elle peut produire, non plus que la destination des doses. Ce sont les gouvernements qui vont décider de cela en fonction des accords qu'ils auront préalablement conclus avec les compagnies pharmaceutiques. Il y a aussi des organismes qui se penchent sur la distribution éthique des vaccins contre la COVID-19, et ces organismes vont intervenir.

Madame Fralick, auriez-vous quelque chose à ajouter à cela?

Mme Pamela Fralick: Je soulignerais les décisions stratégiques que chaque gouvernement devra prendre pour déterminer ceux qui recevront ces vaccins en premier. On parle beaucoup de cette question particulière dans les médias, en ce moment. Pour commencer, une fois que nous aurons le vaccin — et je suis convaincue que nous aurons un vaccin —, nous devons établir l'offre et la distribution. L'approche va probablement varier d'un pays à l'autre.

• (1150)

[Français]

M. Luc Desilets: Madame Fralick, mis à part les critères d'efficacité, de sûreté et, j'imagine, de prix, qu'est-ce qui peut orienter la décision d'un gouvernement?

[Traduction]

Mme Pamela Fralick: Je crois que mes collègues, le Dr Halperin et le Dr Neame, sont mieux en mesure de répondre à cela.

Comme je l'ai dit, on parle beaucoup de cela en ce moment, dans les médias. Est-ce que vous le donnez en premier aux plus vulnérables, aux aînés, aux populations marginalisées? Devons-nous plutôt déterminer qui sont les plus importants vecteurs de propagation, les jeunes, et ainsi de suite, qui sont peut-être asymptomatiques, mais qui propagent la maladie? Devons-nous le donner aux professionnels de la santé de première ligne? Ce sont de grandes questions pour les décideurs.

Docteur Halperin, docteur Neame, vous voudrez peut-être répondre à cette question.

Dr Dion Neame: L'épidémiologie est très claire à cet égard, quant aux personnes les plus vulnérables. Il y a assurément les personnes les plus fragiles, dans nos collectivités, et les statistiques pour le Canada sont vraiment horribles sur ce plan. Initialement, pour les taux de mortalité en particulier, près de 85 % des victimes étaient dans des établissements de soins de longue durée et dans des résidences pour aînés.

Ces personnes étant les plus vulnérables, elles ont eu malheureusement tendance à mourir très rapidement. Vous verrez que la proportion a diminué et qu'elle se situe maintenant à environ 65 %. Cependant, quand vous vous arrêtez à la raison pour laquelle la proportion est passée de 85 à 65 %, vous constatez que c'est parce que les personnes vivent peut-être ailleurs que dans un établissement de soins de longue durée ou une maison de retraite. Il y a aussi les personnes qui ont de multiples comorbidités et qui ont tendance à être âgées de plus de 65 ans.

Pour moi, l'épidémiologie est très claire. Docteur Halperin, aimez-vous dire quelque chose?

[Français]

M. Luc Desilets: Me reste-t-il quelques minutes, monsieur le président?

[Traduction]

Le président: Non. Votre temps est écoulé.

[Français]

M. Luc Desilets: D'accord. Merci beaucoup à tous.

[Traduction]

Le président: Je vais cependant laisser le témoin répondre rapidement.

Dr Scott Halperin: L'autre chose, c'est qu'il y a un processus en ce moment au Comité national consultatif de l'immunisation, en

vue de recommandations qui porteront sur la façon dont les vaccins devront être utilisés et déployés, quand ils seront disponibles, ainsi que sur les personnes qui devraient avoir la priorité. Ces recommandations seront des recommandations fédérales à l'intention des provinces. Chaque province les interprétera alors en fonction de sa propre population. Le vaccin sera déployé selon les priorités ainsi établies.

C'est très semblable à ce qui a été fait avec la pandémie de H1N1. Il y aura un processus qui va tenir compte de la bioéthique, de l'épidémiologie, de l'efficacité du vaccin sur les diverses populations, et ainsi de suite.

Le président: Merci, monsieur Desilets.

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

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

Merci aux témoins d'être avec nous aujourd'hui.

Monsieur Keon, on vous a récemment cité concernant les dispositions de la Loi sur les mesures d'urgence visant la COVID-19, qui autorise le gouvernement fédéral ou toute personne qu'il désigne à fabriquer, vendre ou utiliser une invention brevetée dans la mesure nécessaire pour répondre à une urgence de santé publique. Voici ce que vous avez dit:

L'approche selon laquelle un pays se donne le pouvoir de délivrer des licences obligatoires concernant des médicaments et d'autres produits urgents afin de répondre à une crise sanitaire n'est pas nouvelle, et elle est enchâssée dans des accords commerciaux internationaux comme l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touche au commerce. C'est une mesure de précaution prudente et raisonnable.

Étant donné que ce pouvoir prévu dans la loi arrivera à échéance le 30 septembre, croyez-vous que le Parlement devrait le prolonger?

M. Jim Keon: Oui. Nous l'avons dit. Le gouvernement a adopté des mesures d'urgence en mars, quand la COVID a frappé. Nous appuyons cette mesure législative, mais bien honnêtement, ce n'est pas là-dessus que nous mettons l'accent. Notre attention se porte sur la part de 75 % de produits pharmaceutiques que nous produisons maintenant et que nous sommes en mesure de continuer de produire et de fournir aux Canadiens. Quand un vaccin aura été développé, nous verrons la situation à ce moment-là, mais en ce moment, comme je l'ai dit, notre objectif est de nous assurer que les trois produits pharmaceutiques sur quatre que nous produisons maintenant — et qui représentent des milliards de dollars en économies pour le système de soins de santé — sont protégés et que l'accès en est amélioré à l'avenir.

• (1155)

M. Don Davies: D'accord. Avant de changer de sujet, j'aimerais entendre vos commentaires sur un aspect particulier. Le Remdesivir, premier médicament approuvé par les autorités attributives de licences aux États-Unis pour traiter la COVID-19, est fabriqué par Gilead, et on a démontré que ce médicament aide les gens à se rétablir plus rapidement de la maladie. Les 140 000 premières doses fournies pour des essais partout dans le monde ont été utilisées, et nous constatons maintenant que l'administration Trump a acheté plus de 500 000 doses, soit la production complète de Gilead pour le mois de juillet, et 90 % de sa production des mois d'août et de septembre.

D'après vous, le Canada devrait-il délivrer des licences obligatoires afin de s'assurer d'un approvisionnement national suffisant de traitement contre la COVID-19 comme le Remdesivir?

M. Jim Keon: Je ne parlerai pas pour Gilead, puisque cette compagnie n'est pas membre de notre groupe, mais en général, les essais du Remdesivir se poursuivent. Il semble avoir un certain effet en ce qu'il réduit la morbidité associée à la COVID-19, ce qui est excellent. D'après moi, quand ce médicament aura reçu toutes les approbations disant qu'il s'agit d'un traitement efficace, nous verrons si Gilead l'offre en vertu d'un contrat de licence. Je crois qu'elle a déjà homologué le produit à l'échelle mondiale, en particulier dans les pays en développement. Nous verrons comment la situation évolue en Europe et au Canada, ainsi qu'aux États-Unis, et nous saurons s'il y a un problème. Cependant, d'après ce que je comprends, le produit est disponible au Canada en ce moment.

M. Don Davies: Merci.

Docteur Halperin, si vous connaissez la réponse, à quelle étape en êtes-vous dans l'étude de l'innocuité et de l'efficacité du vaccin expérimental de CanSino Biologics?

Dr Scott Halperin: Les phases de tests 1 et 2 du vaccin CanSino n'ont pas encore commencé au Canada. C'est imminent. On met la touche finale aux dernières approbations requises pour que le vaccin soit expédié au Canada. Quand ce sera fait, nous allons commencer les essais ici. Comme vous le savez, le vaccin a été soumis aux tests de phases 1 et 2 en Chine. Les études conçues pour le Canada sont un peu différentes et doivent permettre d'amplifier l'information au sujet du vaccin.

M. Don Davies: Docteur Halperin, toujours à ce sujet, dans un communiqué de presse de l'université Dalhousie qui remonte au 19 mai 2020, vous avez indiqué que la Chine va demeurer titulaire des droits de propriété intellectuelle de ce vaccin, mais que l'intervention du Conseil national de recherches va contribuer à garantir un approvisionnement national au Canada.

Quelles sont précisément les conditions en place pour garantir que le Canada va recevoir une quantité suffisante du vaccin s'il se révèle efficace?

Dr Scott Halperin: D'après ce que je comprends de l'accord — et encore là, c'est un accord conclu entre le Conseil national de recherches et CanSino —, le Conseil national de recherches obtient la souche du vaccin et va pouvoir le fabriquer ici, dans des installations canadiennes, non pas pour qu'il soit vendu, mais pour qu'il soit utilisé au Canada, une fois que la capacité de fabrication canadienne sera opérationnelle. C'est de cette façon que l'approvisionnement du Canada sera assuré, parce que nous aurons la capacité de fabrication ici au Canada.

M. Don Davies: Merci.

Je reviens à vous, monsieur Keon. Je comprends que la perspective de l'industrie des médicaments génériques est différente — il est juste de le dire, d'après moi — concernant les études qui sont effectuées par les compagnies pharmaceutiques au Canada et la question de savoir si elles ont en fait respecté leur engagement de 10 % pris dans les années 1980 en échange d'une protection plus étendue de la propriété intellectuelle.

Quel est le point de vue de votre association à ce sujet?

M. Jim Keon: Nous sommes clairs à cet égard. L'engagement lié à la propriété intellectuelle n'est pas respecté depuis de nombreuses années maintenant. Je crois qu'il faut que Médicaments novateurs Canada aborde cette question avec le gouvernement.

Nous avons particulièrement soulevé cette question quand il y a eu des discussions sur des accords commerciaux internationaux, dans les cas où des pays comme les États-Unis ou encore la Commission européenne ont exercé des pressions sur le Canada pour améliorer la protection de la propriété intellectuelle. Nous avons souligné cela dans le passé, quand le Canada a conclu des accords portant sur certains niveaux de recherche et de développement en échange d'une meilleure protection de la propriété intellectuelle. Cela n'a pas fonctionné. Nous continuons de dire que, dans les accords commerciaux, la protection de la propriété intellectuelle au Canada doit être abordée dans une perspective canadienne. Vous devez regarder le degré de recherche et de développement, les emplois et les économies pour le système de santé qui sont possibles.

Pour chaque année de prolongation d'un brevet ou d'un droit de propriété intellectuelle, le produit générique — dont le prix peut, dans certains cas, être inférieur de 90 % — ne sera pas disponible. C'est un prix vraiment très élevé à payer pour le système de soins de santé.

• (1200)

M. Don Davies: Madame Fralick, si vous me le permettez, c'est à vous que je vais poser ma dernière question.

Le gouvernement du Canada estime qu'avec les réformes proposées à la réglementation du Canada sur les prix des médicaments — vous avez parlé des propositions du CEPMB —, les Canadiens vont économiser 13,2 milliards de dollars sur 10 ans sur les prix des médicaments brevetés. Ils disent que les nouvelles règles vont représenter des économies pour les patients, les employeurs et les assureurs, au détriment des profits de l'industrie pharmaceutique.

En réponse à cela, Médicaments novateurs Canada a soutenu que ces modifications à la réglementation se traduiront par une diminution des essais cliniques et des nouveaux médicaments mis en marché. Cependant, Doug Clark, le directeur général du Conseil d'examen du prix des médicaments, a déclaré publiquement qu'il n'y a pratiquement aucune corrélation entre les prix et les médicaments qui arrivent sur le marché, les dépenses en recherche et développement et l'intensité des essais cliniques, et ce, dans tous les pays que le CEPMB a examinés.

Quelle est votre réaction à la position de M. Clark?

Mme Pamela Fralick: Merci beaucoup de me donner l'occasion de répondre à cela. J'aurais quelque chose à ajouter en réponse à la question que vous avez posée précédemment à M. Keon, si j'en ai le temps.

Nous avons examiné les données de Santé Canada — ce ne sont pas nos données, mais celles de Santé Canada — et nous avons comparé les données du quatrième trimestre de 2019. Les dispositions réglementaires ont été adoptées le 21 août 2019. Nous nous sommes penchés sur le quatrième trimestre et sur le nombre de nouveaux médicaments qui sont arrivés au Canada par comparaison avec les trois années précédentes. Selon l'année, il y a une diminution d'environ 50 % des médicaments qui entrent au Canada. J'ai souligné que M. Clark avait dit que nous n'avions peut-être pas toutes les données, mais si nous ne les avons pas toutes, j'espère bien qu'il nous transmettra les données manquantes. De la même façon, avec les données de Santé Canada, nous avons remarqué que les essais cliniques ont connu une diminution se situant entre 38 et 47 % au cours de ce même trimestre. C'est pour nous très révélateur.

Très récemment, une analyse documentaire couvrant environ 49 études examinant le lien entre les prix et les lancements de médicaments a été rendue publique. Elle montre clairement que 44 des 49 études examinées ont conclu à une relation négative importante entre les contrôles des prix des médicaments, ou une relation positive importante entre les niveaux des prix des médicaments. Il y a plus de détails à ce sujet. Je sais que nous n'avons pas le temps, mais je serai ravie de vous transmettre cette information. Le plus important est qu'il n'y a aucun doute dans notre esprit quant aux liens très clairs entre les prix et les lancements de médicaments, ainsi que les investissements et, manifestement, au bout du compte, l'accès aux médicaments.

J'aimerais faire un autre commentaire en réponse à votre question sur l'investissement, car il était davantage question de nos membres et de l'engagement d'investir 10 % de nos revenus pris envers le CEPMB. La définition de l'accord avec le CEPMB visait un programme très particulier, soit la recherche scientifique et le développement expérimental, que vous connaissez probablement, et qui est un programme de crédit d'impôt. À ce moment-là, l'industrie s'est effectivement engagée à consacrer 10 % de ses revenus, et pendant de nombreuses années, elle a augmenté son investissement dans ce programme. Le problème, c'est que l'industrie a changé. Le monde a changé, en 30 ans. Effectivement, la contribution de l'industrie est d'environ 5 % maintenant, au lieu de 10 %, en RS et DE, mais l'industrie consacre au moins 10 % de ses revenus à la recherche et au développement, dans ce pays.

J'ai un exemple... et nous en parlons depuis le début de la matinée. Les essais cliniques sont un élément crucial du processus de recherche. Il y a toujours environ 4 500 essais cliniques en cours au Canada. Ils sont financés par cette industrie. Santé Canada n'estime pas qu'il s'agit de recherche. Plusieurs d'entre vous connaissent peut-être MaRS, à Toronto, et JLABS, un incubateur de nouvelles recherches auquel des millions de dollars sont consacrés chaque année. Ce n'est pas inclus.

Le gouvernement du Canada a reconnu qu'il faut moderniser la définition de ce qu'on entend par la recherche et le développement. ISDE et Statistique Canada ont, avec l'industrie, un projet dans le cadre duquel nous avons redéfini ce que signifie la recherche et le développement, et les données sont calculées en ce moment même. Ernst and Young a réalisé une étude, il y a quelques années, et c'est la raison pour laquelle nous sommes arrivés aux 10 % — ce sont en fait 9,97 % des revenus. L'industrie contribue dans une très grande mesure à la recherche et au développement au Canada et aimerait en faire plus si les circonstances et la situation s'y prêtaient mieux.

Je suis désolée de vous avoir fourni une aussi longue réponse, mais j'estimais que vous méritiez une réponse à ces questions.

• (1205)

Le président: Merci beaucoup.

Nous amorçons le deuxième tour avec Mme Jansen, qui a cinq minutes.

Mme Tamara Jansen (Cloverdale—Langley City, PCC): Docteur Halperin, combien d'argent votre centre de recherche a-t-il reçu du gouvernement fédéral pour le travail que vous faites sur les vaccins avec CanSino Biologics?

Dr Scott Halperin: Pour le moment, nous avons un accord. Nous ne recevons pas de fonds de CanSino. Les fonds viennent du gouvernement du Canada, du Conseil national de recherches.

Mme Tamara Jansen: Et c'est combien?

Dr Scott Halperin: Je ne sais pas exactement. Cela se situe autour de 800 000 \$. Nous n'avons pas encore reçu de fonds, mais l'accord est conclu. Les fonds vont arriver quand l'étude va commencer.

Mme Tamara Jansen: N'est-il pas vrai que le vaccin auquel vous travaillez avec CanSino utilise une plateforme technologique très semblable à un autre vaccin auquel on travaille déjà à l'Université d'Oxford, plus précisément le vecteur adénoviral modifié qui exprime la protéine S du virus?

Dr Scott Halperin: C'est un vaccin différent. Le virus d'Oxford utilise l'adénovirus du chimpanzé. Comme l'a mentionné le Dr Neame, ce virus n'exprime pas la protéine, mais il exprime le matériel génétique qui produit ensuite la protéine. Le vaccin de CanSino est un adénovirus 5, une souche de l'adénovirus humain, et il exprime la protéine de spicule.

Mme Tamara Jansen: Il y a plus de similitudes que de différences, n'est-ce pas?

Dr Scott Halperin: C'est une plateforme semblable. Il existe cinq ou six plateformes différentes. C'est une plateforme qui mise sur un autre organisme, un organisme non pathogène, pour exprimer les protéines du SARS-CoV-2.

Mme Tamara Jansen: Le vaccin de l'Université d'Oxford en est déjà aux dernières phases des essais cliniques — la phase 3 —, et l'une des plus grandes entreprises pharmaceutiques du monde, qui a été mentionnée précédemment, soit AstraZeneca, fabrique déjà des centaines de millions de doses qui seront prêtes d'ici la fin de l'année. Par comparaison, selon ClinicalTrials.gov, pour votre essai à l'Université Dalhousie, on ne recrute même pas encore de patients pour les essais de la phase 2, et l'entreprise avec laquelle vous vous êtes associés, CanSino, n'a pas vendu un seul produit à l'extérieur de la Chine.

Sans vouloir manquer de respect à quiconque, comment Dalhousie et CanSino peuvent-elles s'attendre à devancer Oxford et AstraZeneca dans la production de vaccin?

Dr Scott Halperin: C'est une course aux vaccins les plus efficaces, et non à un seul vaccin. Comme le Dr Neame l'a mentionné, nous avons besoin de vaccins — de multiples vaccins. Il n'est pas question que de la capacité de production, mais c'est manifestement une raison. Nous avons besoin de multiples entreprises possédant de multiples installations pour produire des vaccins qui vont faire l'objet d'une demande mondiale. De plus, des vaccins différents et des plateformes différentes pourraient se révéler plus efficaces pour diverses sous-populations. Par exemple, certains vaccins pourraient mieux fonctionner pour les aînés, d'autres pour les jeunes adultes en santé, et d'autres encore pour les enfants.

Nous avons besoin de divers vaccins, et il faut pour cela appuyer tout vaccin qui est efficace.

Mme Tamara Jansen: Je comprends. Cela nous donne plusieurs options.

La semaine dernière, nous avons appris que CanSino saute les essais de phase 3. Des soldats chinois vont recevoir le vaccin. Non seulement cela ne se produirait jamais au Canada, mais les soldats ne peuvent pas insister sur un consentement éclairé. C'est manifestement contraire à l'éthique médicale.

Avez-vous dit au gouvernement que vous refuserez de travailler avec un partenaire qui viole l'éthique médicale? Sinon, pourquoi pas?

• (1210)

Dr Scott Halperin: CanSino ne va pas sauter les essais de phase 3. De concert avec l'OMS et d'autres pays partenaires, CanSino planifie les études de phase 3, lesquelles vont se tenir dans divers pays du monde. Comme tous les fabricants, ils vont mener les études de phase 3.

Je crois comprendre, d'après ce que j'ai entendu aux nouvelles — et non de CanSino —, que le gouvernement chinois a décidé d'administrer ce vaccin aux soldats chinois en vertu de ce que nous appellerions, au Canada, une autorisation d'urgence. Au Canada, nous pourrions aussi éventuellement recourir à une autorisation d'urgence pour un des vaccins qui sont efficaces. Ce que cela signifie, c'est que nous serions en mesure d'utiliser le vaccin à grande échelle avant d'avoir toute l'information découlant de la phase 3 et avant d'avoir l'autorisation complète de mise en marché.

Mme Tamara Jansen: Est-ce que c'est comme laisser aller l'éthique médicale à cause de l'urgence? Est-ce à cela que nous pensons?

Dr Scott Halperin: Non, pas du tout.

Nous ferions exactement ce qui a été fait avec le vaccin développé par le Canada contre l'Ebola. Les études des phases 1 et 2 ont été effectuées, puis on a fait les études de la phase 3 et on a recouru à une autorisation d'urgence, ce qui a mis un frein à l'épidémie en Afrique de l'Ouest. En fait, c'est seulement il y a un an et demi que ce vaccin, développé par Merck, a fait l'objet d'un permis et d'une autorisation complète de mise en marché, soit quatre ans après qu'il a freiné l'épidémie en Afrique de l'Ouest.

L'autorisation d'urgence est l'un des outils que possède également Santé Canada, et elle peut être utilisée pour un vaccin prometteur, peu importe qui en est le fabricant. C'est parfaitement éthique.

Le président: Merci, madame Jansen.

C'est maintenant au tour de M. Van Bynen, qui dispose de cinq minutes.

M. Tony Van Bynen (Newmarket—Aurora, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci aux témoins qui se rendent disponibles pour cette importante recherche.

Ma première question s'adresse au Dr Halperin. Partout dans le monde, les gens souhaitent un vaccin qui mettra fin à la pandémie de COVID-19, mais nous avons également un mouvement anti-vaccin qui semble prendre de l'ampleur, même en temps de pandémie.

À titre de professionnel, estimez-vous que le mouvement anti-vaccin pourrait miner les efforts déployés pour mettre fin à la pandémie de COVID-19? Pour les personnes qui se demandent si elles doivent prendre le vaccin ou pas, quand il y en aura un, quel défi un mouvement anti-vaccin risque-t-il de poser?

Dr Scott Halperin: Le mouvement anti-vaccin ou le sentiment anti-vaccin représente un défi pour n'importe quel programme de vaccination, qu'il soit question d'un vaccin contre la COVID-19 ou de n'importe quel vaccin courant. On déploie beaucoup d'efforts pour comprendre ce mouvement et pour le contrer.

Le sentiment anti-vaccin est énormément variable et va des personnes qui sont un peu réticentes parce qu'elles trouvent qu'il n'y a pas assez d'information aux personnes qui sont opposées à la vaccination pour des raisons philosophiques. Ce dernier groupe semble représenter la minorité, peut-être 2 %. Cependant, en ce qui concerne la réticence à l'égard des vaccins, les personnes qui ont

des préoccupations peuvent atteindre une proportion de 20 à 30 %. L'important, pour faire face à la réticence à l'égard des vaccins, est d'être aussi ouvert et transparent que possible, de fournir toute l'information possible sur l'innocuité et de répondre aux préoccupations des gens, aussi bien collectivement qu'individuellement.

L'Agence de la santé publique du Canada comprend que la réticence à la vaccination peut être un facteur important dans la réponse, une fois que nous aurons un vaccin contre la COVID-19. L'une des priorités du Réseau canadien de recherche sur l'immunisation, le RCRI, est de faire de la recherche sur ces préoccupations et de s'y attaquer en préparation à la possible réticence qui pourrait exister quand les vaccins seront déployés. C'est un des éléments hautement prioritaires de notre recherche.

M. Tony Van Bynen: Pouvez-vous confirmer l'envergure de la menace que représente le mouvement anti-vaccination au Canada, ce que nous faisons en ce moment pour contrer ce mouvement, et votre degré de satisfaction à cet égard? Sinon, que faut-il faire d'autre?

Dr Scott Halperin: Au Canada, par une majorité écrasante, les Canadiens sont pour la vaccination. La proportion de la population qui est réticente à la vaccination est probablement d'environ 20 %. Quand nous parlons de réticence à la vaccination, cela ne signifie pas que 20 % des personnes ne se feront pas immuniser. Certaines personnes pourraient cependant retarder leur immunisation et envisager de l'obtenir à un autre moment. Il y a tout l'éventail des sentiments, de la légère hésitation au refus complet de l'immunisation. Ceux qui refusent catégoriquement l'immunisation ne forment qu'environ 2 % de la population, d'après notre meilleure compréhension de la situation.

Il est hautement prioritaire pour l'Agence de la santé publique du Canada et pour les récents gouvernements d'améliorer la couverture vaccinale. Le RCRI a reçu des fonds importants pour comprendre et améliorer la couverture vaccinale au cours des cinq dernières années. Nous en savons beaucoup plus sur la réticence à la vaccination et nous travaillons à des interventions pour contrer cette réticence.

• (1215)

M. Tony Van Bynen: Ma prochaine question s'adresse à chacun des groupes représentés. Comment le Canada peut-il soutenir davantage la recherche en biomédecine? Pouvez-vous donner des précisions sur ce que nous faisons bien, ce que nous devrions améliorer et ce que nous devrions faire à cette fin? Commençons par Médicaments novateurs Canada.

Mme Pamela Fralick: Je n'aime pas répéter constamment les mêmes choses, mais le plus important serait probablement d'adopter, au Canada, une approche pangouvernementale équilibrée concernant les deux enjeux que sont la limitation des coûts et les programmes en place qui visent à attirer les investissements.

D'un côté, nous avons le CEPMB. Son rôle est positif pour les Canadiens quand les règles sont bien mises en œuvre, mais les mesures actuelles sont trop extrêmes. Quand les compagnies risquent de perdre de 70 à 80 % de leurs revenus, elles n'ont pratiquement plus rien à investir. De l'autre côté, nous avons des programmes fort stimulants qui viennent d'ISDEC, avec sa TSESSBS, la Table de stratégies économiques pour le secteur des sciences biologiques et de la santé, dont le but est de doubler les investissements au Canada, doubler le niveau d'emploi et ainsi de suite, d'ici 2025. C'est quelque chose qui suscite beaucoup d'enthousiasme parmi les entreprises qui sont membres de mon organisation.

Il y a cependant un déséquilibre en ce moment, sans une approche pangouvernementale, concernant ces deux éléments. Il faut diminuer d'un cran le régime réglementaire, afin que nous puissions profiter de l'investissement et, manifestement, amener tous les meilleurs médicaments aux Canadiens. Il y a cela et, comme je l'ai mentionné également, le temps qu'il faut pour établir une liste, et il faut s'assurer que notre système est aussi souple et ordonné que possible.

M. Tony Van Bynen: D'accord.

L'Association canadienne du médicament générique, maintenant.

M. Peter Hardwick: C'était fascinant. Je vote pour que MNC trouve un vaccin aussi rapidement que possible pour les Canadiens. Continuez votre beau travail.

Je peux parler en particulier d'Apotex. Concernant les médicaments génériques, nous consacrons près de 200 millions de dollars par année à la recherche et au développement au Canada. Une grande partie de ce travail porte sur les produits biosimilaires. Je crois que pour nous, c'est la durabilité et la prévisibilité, en plus d'avoir un modèle et un système d'établissement des prix qui nous donnent une vision à long terme, de sorte que nous puissions planifier nos activités à plus long terme. La prévisibilité des prix sera essentielle. Je suis d'accord avec une grande partie de ce que Mme Fralick a dit à propos du régime réglementaire et ainsi de suite.

Je vais laisser la parole à M. Keon, s'il a quelque chose à ajouter.

M. Jim Keon: Oui. Comme M. Hardwick l'a dit, nous avons la plus importante société de recherche et développement au Canada. Nous avons aussi la plus grande société au Québec. Étant donné que nous nous concentrons sur le vaccin, notre message aujourd'hui est que nous avons pensé à cela. Nous avons établi un plan directeur énonçant la façon dont nous veillons à ce que les trois quarts des médicaments essentiels, qui sont en version générique, continuent d'entrer au Canada de sorte que d'autres pays ne puissent pas en bloquer l'exportation d'une façon ou d'une autre. Nous voulons raffermir et bâtir notre industrie au Canada.

Nous recommandons que le gouvernement accumule des stocks de sécurité. S'il y a une deuxième vague ou une future pandémie ou un autre problème, nous serons mieux préparés que nous l'étions cette fois.

Le président: Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de M. Kitchen, qui a cinq minutes.

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci à tous de votre présence aujourd'hui. Nous vous savons gré de vos exposés qui nous éclairent et qui nous renseignent un peu plus sur tout ce que nous avons entendu.

Pendant nos réunions, nous avons entendu des réponses importantes concernant divers enjeux. Il y a une chose qui me préoccupe en particulier, et la plupart d'entre vous en ont parlé aujourd'hui. Il s'agit de la question des difficultés et des risques liés à la chaîne d'approvisionnement. Je crois que M. Keon a parlé de la mesure dans laquelle les mouvements sont plus lents et plus coûteux. Il a été question d'une éventuelle pénurie de médicaments, et ainsi de suite.

Je pense à différentes réunions au cours desquelles je me suis penché d'un peu plus près qu'aujourd'hui sur certaines choses,

quand il y avait une pénurie d'épinéphrine, de Diovan, de gabapentine, de Carbatol, de cyclosporine, de Novamoxin. Les Canadiens ont absolument besoin d'un bon nombre de ces médicaments aujourd'hui. Nous connaissons des pénuries de ces médicaments.

J'aimerais entendre des commentaires. Docteur Neame, je crois que vous avez mentionné des problèmes éventuels d'approvisionnement. Vous pourriez peut-être commencer. Nous pourrions ensuite entendre la réponse de l'ACMG.

• (1220)

Dr Dion Neame: Je suis spécialiste des vaccins.

Il est extrêmement difficile de faire des produits biologiques. Si vous développez un vaccin destiné aux nourrissons, par exemple Pediacel, et que vous avez un problème de qualité, tout doit être éliminé, ce qui représente un retard de 18 mois. Le réapprovisionnement est nécessaire. C'est très difficile. Nous faisons tout pour maintenir l'intégrité de nos procédés de fabrication, et c'est la raison pour laquelle nos niveaux de qualité sont si élevés. Santé Canada nous inspecte régulièrement.

Nous faisons de notre mieux. Nous essayons de ne pas avoir de ruptures d'approvisionnement, mais cela fait partie du processus de fabrication. Nous travaillons avec Santé Canada. Nous avons des protocoles d'avis de pénurie de médicaments sur le site Web de Santé Canada. Nous émettons toujours un avis si nous commençons à manquer de ressources. S'il y a une pénurie d'un médicament qu'il faut à un patient, nous disons toujours à ce patient d'appeler son professionnel de la santé afin qu'il envisage des solutions de rechange.

M. Robert Kitchen: Madame Fralick, avez-vous des commentaires?

Mme Pamela Fralick: Non. Comme l'a dit le Dr Neame, nous exerçons une surveillance très vigilante en cette période. Nous faisons régulièrement des vérifications auprès de nos membres. Nous faisons tout ce que nous pouvons pour veiller à ce que les médicaments soient en quantité nécessaire. Nos membres nous ont dit qu'il n'y a pas de problème. Nous parlons des médicaments brevetés. La position de l'organisation de M. Keon est un peu différente. En gros, nous suivons la situation.

Nous appuyons la limite de 30 jours qui a été imposée pour le renouvellement des ordonnances pendant la pire période de la pandémie afin de garantir un approvisionnement constant de médicaments. En ce moment, nous sommes très chanceux de ne pas avoir eu de problèmes d'approvisionnement importants concernant les médicaments que nos membres produisent.

M. Robert Kitchen: Merci.

Monsieur Keon, j'aimerais que vous essayiez de répondre à cette première question, à laquelle j'ajouterai quelque chose d'autre. Dans votre sommaire, vous avez parlé de la façon dont la capacité d'entreposage et la capacité des chambres fortes peuvent représenter un défi et un risque pour la chaîne d'approvisionnement. Nous avons particulièrement entendu parler des installations d'entreposage de la Réserve nationale stratégique d'urgence, où les masques, entre autres, deviennent obsolètes à cause des dates d'expiration et ainsi de suite. Je me demande dans quelle mesure cela peut correspondre à certaines de vos observations sur les enjeux pour lesquels vous trouvez que nous devons agir.

M. Jim Keon: La pénurie de médicaments est un problème depuis au moins cinq ans dans le monde entier, pas seulement au Canada. Je pense que cela découle en partie de la surveillance réglementaire accrue à l'échelle mondiale. Les organismes interviennent maintenant dans des endroits où ils n'étaient pas présents auparavant. Je pense que c'est une bonne chose. Les produits sont plus sûrs qu'avant. Toutefois, dans le contexte de prix très bas au Canada et à l'échelle internationale — le modèle du prix le plus bas possible dont j'ai parlé plus tôt —, je pense que cela ne fonctionne pas.

Plus tôt, dans mon exposé, j'ai cité la vice-première ministre. Je pense que nous devons prendre du recul et examiner la question des prix. Nous devons élaborer une politique pour encourager la production nationale, la recherche et le développement, la fabrication et, comme vous l'avez mentionné, l'entreposage et la capacité des chambres fortes. Tout cela nécessite d'importants investissements. Nous voulons avoir cela ici, au Canada. Quant les prix, outre la souplesse démontrée par Santé Canada durant la pandémie par rapport à la réglementation, nous considérons que cela devrait être examiné à l'avenir. Si des produits ont pu être introduits en toute sécurité pendant la pandémie, nous pensons que cela peut se poursuivre.

Je sais que M. Hardwick voudrait aussi faire un commentaire à ce sujet, si le temps le permet.

• (1225)

M. Peter Hardwick: Du point de vue de l'industrie des médicaments génériques — et d'Apotex, encore une fois —, toute pénurie de médicaments pose problème. Je dirais toutefois que la leçon à retenir de cette pandémie est la nécessité de renforcer notre capacité de fabrication nationale. Le Canada représente 2 % à 3 % du marché pharmaceutique mondial. Aujourd'hui, mon principal message est que nous devons tirer les leçons de la COVID-19. Ce qui s'est passé dans le monde entier, c'est qu'il y a eu des restrictions sur les exportations.

Je peux vous dire que si je me lève le matin, et cela vaut aussi pour tous mes collègues, c'est pour aider les patients qui sont aux prises avec l'anxiété, la dépression, les maladies cardiovasculaires ou qui ont un cancer. Nous allons travailler tous les jours pour assurer la continuité des traitements pour les Canadiens. Nous devons nous en assurer. Une bonne partie du secteur de la fabrication a quitté le pays.

Quant à la production d'Apotex, près de 80 % de l'ensemble des médicaments que nous vendons sont fabriqués en Ontario pour les Canadiens. Je peux vous donner deux exemples. Il y a eu une pénurie mondiale de tamoxifène. Sans nos installations au Canada... En fait, nous avons réorganisé notre calendrier de production pour les Canadiens. Personne ne fait...

M. Robert Kitchen: Monsieur Hardwick, pendant que vous êtes encore là...

Le président: Merci, monsieur Kitchen.

M. Robert Kitchen: ... M. Davies a parlé du remdesivir. Avons-nous la capacité de le fabriquer?

Le président: Merci, monsieur Kitchen.

M. Peter Hardwick: Je dirais que c'est dans nos plans. Par rapport à ce produit, nous avons parlé de la modernisation de nos installations, de la collaboration avec Santé Canada, avec le gouverne-

ment canadien, avec l'Ontario. Nous sommes prêts à faire le nécessaire pour aider les Canadiens. Actuellement...

Le président: Merci. Je suis désolé. Je dois vous arrêter ici.

Monsieur Fisher, la parole est à vous pour cinq minutes.

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

Merci à tous nos remarquables témoins qui sont ici aujourd'hui pour nous faire profiter de leur grande expertise.

Ce n'est pas parce qu'il est en Nouvelle-Écosse et qu'il y habite depuis trois décennies, mais j'aimerais rester avec le Dr Halperin, si possible.

Docteur Halperin, le Canadian Centre for Vaccinology dirige les premiers essais cliniques sur les humains au Canada pour un vaccin contre la COVID-19. Pouvez-vous décrire la technologie utilisée et nous dire en quoi elle se distingue des autres vaccins potentiels?

Dr Scott Halperin: Certainement. L'essai que nous faisons avec CanSino, qui pourrait être le premier ou non, selon le moment où le vaccin sera disponible, est un vaccin, comme je l'ai indiqué plus tôt, fait à partir d'un adénovirus de type 5, un agent pathogène respiratoire humain ordinaire qui provoque une infection des voies respiratoires supérieures, qui a été modifié pour exprimer la protéine de spicule afin de fabriquer la protéine de spicule du virus SRAS-CoV-2. Par conséquent, dans le corps de l'hôte, la détection de cette plateforme déclenche la fabrication d'anticorps contre la protéine de spicule, et on espère que cela protégerait la personne qui entre en contact avec la protéine. L'adénovirus de type 5 a été modifié de façon à le rendre non répliquant, ce qui signifie qu'il ne peut se répliquer chez l'hôte.

C'est donc la plateforme. Voilà comment cela fonctionne.

M. Darren Fisher: Où en êtes-vous actuellement sur les plans de l'innocuité et de l'efficacité? Pouvez-vous parler de vos premiers résultats?

Dr Scott Halperin: Nous n'avons pas encore commencé l'essai de ce vaccin ici au Canada. Nous espérons commencer très bientôt.

Ce vaccin a fait l'objet d'études de phase 1 et de phase 2 en Chine. Les études de phase 1 ont donné d'assez bons résultats et ont été publiées dans *The Lancet Infectious Diseases*. Les études de phase 2 sont maintenant terminées. Je crois savoir qu'elles seront publiées d'ici deux semaines dans la même revue. Les études ont aussi démontré l'innocuité et la bonne immunogénicité du vaccin. Pour ce qui est de l'efficacité ou l'efficience de ces vaccins, il faudra attendre les études de phase 3.

M. Darren Fisher: Lorsque les essais cliniques seront entrepris au Canada, auront-ils seulement lieu en Nouvelle-Écosse ou y en aura-t-il dans d'autres provinces? Mènerez-vous ces essais cliniques auprès de populations vulnérables?

Dr Scott Halperin: Nous mettrons à contribution tous les établissements d'essais cliniques du RCRI pendant la mise en œuvre des essais. Medicago utilisera des sites répartis dans tout le pays pour son vaccin. Nous discutons avec au moins quatre autres sociétés, outre CanSino, pour la tenue d'essais dans les prochains mois, nous l'espérons, à mesure qu'elles seront disponibles et prêtes pour les études de phase 1.

Cinq de 10 établissements d'essais cliniques ont une grande expérience des études de phase 1, mais ces essais étaient pour la plupart conçus comme des études de phase 1 et 2. Les portions de la phase 2 auront lieu dans plusieurs autres villes. Donc, ce sera un effort pancanadien.

• (1230)

M. Darren Fisher: Excellent.

On parle d'immunité chez les personnes qui ont eu la COVID-19. J'ignore si les données scientifiques sont déjà disponibles, mais nous avons entendu dire que cette immunité pourrait durer seulement deux ou trois mois. Quelle incidence cela a-t-il sur le résultat d'un vaccin?

Dr Scott Halperin: L'incidence est très importante. Nous n'avons pas de données complètes sur l'immunité naturelle après une infection naturelle par le virus SRAS-CoV-2. Il s'agit d'une très importante priorité pour le Groupe de travail sur l'immunité, qui entreprend des études séroépidémiologiques sur des patients, seulement dans la population générale, pour déterminer combien de personnes ont été infectées, mais sont demeurées asymptomatiques et n'ont pas été diagnostiquées. On vise aussi à suivre les patients qui se sont rétablis du virus SRAS-CoV-2 pour déterminer la durée du maintien des anticorps.

Nous n'avons aucune certitude, là encore. Les recherches visant à déterminer le facteur le plus important du système immunitaire se poursuivent. On parle d'un anticorps, mais il y a aussi l'immunité cellulaire, qui est très importante lorsqu'il s'agit de virus. Nous devons connaître la durée de la protection. C'est ainsi pour tous les vaccins, pas seulement pour celui contre le virus SRAS-CoV-2. Voilà pourquoi, par exemple, une dose du vaccin contre la rougeole administré à l'enfance vous protège pour la vie, tandis que dans le cas du virus de la grippe, la protection dure une saison, peut-être. Nous savons que pour un virus grippal, l'immunité diminue déjà dans la deuxième moitié d'une saison. Quant à savoir ce qu'il en sera pour le SRAS-CoV-2, seul le temps nous le dira. Si l'immunité n'est pas très longue, cela pourrait simplement signifier qu'il faudra un rappel, ce qui ramène encore une fois à la question du nombre de doses nécessaires au fil du temps.

M. Darren Fisher: Merci.

Le président: Merci, monsieur Fisher.

[Français]

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

M. Luc Desilets: Je vous remercie, monsieur le président.

Ma question s'adresse à Mme Fralick ou à M. Neame.

L'experte Kelly Grindrod, professeure à la faculté de pharmacie de l'Université de Waterloo, fait des recherches et s'occupe de vérifier et de valider l'approvisionnement en médicaments au Canada. Elle considère que le pays était déjà aux prises avec l'une des pires pénuries de médicaments de son histoire moderne. Elle prétend que, avant l'arrivée de la COVID-19, il y avait déjà une pénurie de plus de 1 900 des quelque 7 000 médicaments sur ordonnance au Québec, ce qui représente environ 25 %.

Mme Grindrod insiste pour dire que, au Canada, c'est tout le système qui manque de transparence. Elle dit que la planification est déjà difficile en temps normal, que l'information est vague et qu'il est même difficile de savoir où les médicaments sont fabriqués et

où ils aboutissent. Selon elle, il est pratiquement impossible de faire ce type de suivi.

J'aimerais donc que vous nous disiez si vous partagez cet avis et ce que vous en pensez, s'il vous plaît.

[Traduction]

Mme Pamela Fralick: Je commencerai par reconnaître, comme plusieurs l'ont fait, M. Keon en particulier, que l'industrie pharmaceutique est mondiale. Qu'il s'agisse de médicaments génériques ou de médicaments brevetés, c'est une industrie mondiale avec des apports du monde entier. De multiples facteurs ont une incidence sur l'approvisionnement, la chaîne d'approvisionnement et le flux de médicaments. C'est un point de départ.

Les sociétés pharmaceutiques — toutes les sociétés — sont légalement tenues de signaler toute pénurie de médicaments sur un site Web du gouvernement du Canada, à l'adresse penuriesdemedicamentscanada.ca, et elles le font. Nous surveillons ce site Web quotidiennement, juste pour savoir où se trouvent les pénuries. Je ne sais pas trop comment répondre à une accusation de manque de transparence, car il y a un suivi.

Comme je l'ai dit plus tôt, nous avons fait preuve d'une extrême vigilance avec nos entreprises. Nous avons fait le suivi de toute pénurie de médicaments, non seulement à partir du site Web, mais aussi en ayant des discussions régulières, voire quotidiennes, avec nos entreprises. Nous reconnaissons la nécessité de maintenir la vigilance, certes, mais nous n'avons jamais été dans l'incapacité de fournir les médicaments nécessaires.

Cela dit, je pense que la situation est légèrement différente du côté du secteur des médicaments génériques. Vous pouvez également poser la question à M. Keon.

• (1235)

M. Jim Keon: Je suis heureux d'avoir l'occasion de répondre encore une fois. Brièvement, il y a eu une étroite collaboration entre l'industrie des médicaments génériques et les distributeurs et les pharmacies au Canada, ainsi qu'entre nos sociétés membres. Comme nous l'avons indiqué, nos sociétés membres sont tenues de signaler toute pénurie, où qu'elle soit.

À un certain moment, le recours accru aux sédatifs, aux relaxants musculaires et à d'autres médicaments dans les unités de soins intensifs traitant les patients atteints de la COVID-19 a suscité des préoccupations. Nos entreprises ont su s'adapter pour accroître la production et augmenter les quantités de produits importés au Canada. Nous avons travaillé avec Santé Canada. Nous avons travaillé avec les organismes de groupements d'achats dans les provinces. Nous avons veillé à l'approvisionnement de tous les produits tout au long de la pandémie.

Comme nous l'avons dit plus tôt dans notre exposé, nous sommes plutôt fiers de constater que le manque de médicaments, ou la pénurie de médicaments, ne sont jamais devenus un problème majeur au Canada, même au paroxysme de la pandémie.

Le président: Merci, monsieur Desilets.

Nous passons maintenant à M. Davies. Allez-y, s'il vous plaît. Vous avez deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci.

Docteur Halperin, selon un communiqué de presse de l'Université Dalhousie daté du 19 mai, le Conseil national de recherches travaillera avec les fabricants afin que le vaccin — ou plutôt un vaccin, en espérant qu'il y en ait un, s'il donne des résultats — puisse être produit et distribué au pays. Êtes-vous certain que le Canada a, au pays, une capacité de fabrication suffisante pour produire assez de doses de vaccin pour tous les Canadiens, en particulier si d'importantes campagnes de rappels et de revaccinations étaient nécessaires?

Dr Scott Halperin: La capacité de production au Canada est l'une des principales préoccupations. Cela a été souligné très tôt dans la pandémie, et même avant. Une partie du financement annoncé par le gouvernement au début de la pandémie devait être versée au Conseil national de recherches du Canada, le CNRC, pour la modernisation de ses installations à Montréal. Cela lui permettra de mettre en place ce qu'on appelle les BPF, les bonnes pratiques de fabrication, pour la fabrication du vaccin. Partant de là, je pense qu'on sera en mesure de satisfaire à la demande pour le vaccin de CanSino.

Évidemment, ce n'est pas le seul vaccin en développement. Je crois savoir que chaque fabricant qui fait des études et reçoit un soutien doit présenter son plan de fabrication pour obtenir l'aide du gouvernement canadien. Qu'on parle de vaccins proposés par Medicago ou VIDO-InterVac, tous doivent examiner leur capacité de fabrication.

Je pense que la capacité de fabrication posera problème. De toute évidence, les grandes multinationales comme Sanofi Pasteur, que le Dr Neame a mentionnée, ont sans aucun doute la capacité de fabrication nécessaire.

Dr Dion Neame: J'aimerais ajouter quelque chose, si vous le permettez. Je m'excuse d'intervenir pour une question au Dr Halperin, mais il faut savoir que c'est là que la collaboration entre en jeu. Si on veut produire 60 millions de doses de vaccins pour nourrir chaque année au site de Toronto, il convient d'en discuter. À terme, on pourrait moderniser certains aspects des installations de Toronto; cela pourrait nous aider. L'idée est de s'assurer que les Canadiens ont accès à un vaccin.

M. Don Davies: Dans ce cas, en votre qualité de médecins, recommanderiez-vous que le gouvernement fédéral élabore un plan national pour garantir que le pays ait une capacité de fabrication nationale pour tout vaccin qui, espérons-le, sera mis au point pour les Canadiens?

Dr Scott Halperin: Absolument. Comme je l'ai mentionné dans ma déclaration préliminaire, cela en fait partie. Nous connaissons tous les étapes pour rendre les vaccins accessibles à la population. Il est à espérer que tout se fera de manière simultanée. Un groupe de travail sur les vaccins a été chargé de superviser le processus, et la fabrication fait clairement partie de l'équation.

Dr Dion Neame: N'oubliez pas qu'il existe des sociétés comme GlaxoSmithKline, qui a un excellent plan de lutte contre la pandémie. Le problème, c'est qu'il a été conçu en fonction de la grippe. La pandémie de COVID-19 est inattendue. Il convient d'élargir le nombre de maladies infectieuses couvertes dans ces plans de lutte contre les pandémies.

• (1240)

Le président: Merci, monsieur Davies. C'est là-dessus que se termine le deuxième tour.

Je tiens à remercier tous les témoins du temps qu'ils nous ont consacré aujourd'hui et de leur expertise. Cela nous est très utile dans notre étude.

Nous allons suspendre la séance pour accueillir le groupe d'experts suivant.

• (1240)

(Pause)

• (1255)

Le président: Reprenons.

Bienvenue à tous. Nous poursuivons la 31^e séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Conformément à l'ordre de renvoi du 26 mai 2020, le Comité poursuit sa séance d'information sur la réponse canadienne à l'écllosion du coronavirus.

J'ai quelques consignes à transmettre aux nouveaux témoins. Avant de parler, veuillez attendre que je vous nomme, sauf pendant les séries de questions. Je demande alors à la personne qui pose la question d'indiquer à qui elle s'adresse. Lorsque vous êtes prêt à parler, cliquez sur l'icône du microphone pour activer votre micro. Je vous rappelle que toutes les interventions doivent être faites par l'intermédiaire de la présidence.

Pour ce qui est de l'interprétation de la vidéoconférence, le fonctionnement sera très semblable à celui d'une séance normale. Vous avez le choix, au bas de votre écran, entre le parquet, l'anglais ou le français. Pendant que vous parlez, si vous comptez passer d'une langue à l'autre, vous devrez également changer le canal d'interprétation pour qu'il corresponde à la langue que vous utilisez. Je vous invite à faire une courte pause lorsque vous changerez de langue.

Lorsque vous n'avez pas la parole, votre microphone devrait être éteint.

Je souhaite la bienvenue à notre deuxième groupe de témoins. Nous accueillons, à titre personnel, M. Mario Possamai qui, de 2003 à 2007, a été conseiller principal auprès de la Commission chargée d'enquêter sur l'introduction et la propagation du syndrome respiratoire aigu sévère. Nous accueillons aussi M. Paramvir Nagpal, fondateur et président-directeur général de Mapsted, et M. Patrick Hupé, directeur principal aux stratégies du système de santé chez Medtronic Canada.

Je vais inviter les experts à présenter leur exposé. Ils auront jusqu'à 10 minutes chacun.

Nous commençons avec M. Possamai. Allez-y, s'il vous plaît.

M. Mario Possamai (conseiller principal, Commission chargée d'enquêter sur l'introduction et la propagation du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), 2003 à 2007, à titre personnel): Monsieur le président, membres du Comité, bonjour. Je vous remercie de l'occasion de vous parler de la façon dont la pandémie de COVID-19 a révélé les défaillances du système visant à protéger les travailleurs de la santé canadiens pendant une situation d'urgence de santé publique et la nécessité d'apporter des correctifs de toute urgence avant la deuxième vague attendue.

Dès le début de l'épidémie, l'Agence de la santé publique du Canada a déclaré que les précautions contre la transmission par gouttelettes, y compris les masques chirurgicaux, suffisaient à protéger nos travailleurs de la santé, car la COVID-19 ne se propageait pas par voie aérienne, mais seulement par grosses gouttelettes.

À l'époque, les experts canadiens qui appuyaient la position de l'ASPC ont déclaré que si la COVID-19 se propageait par voie aérienne, il y aurait des éclosions là où les mesures de protection contre les gouttelettes étaient appliquées. Un expert a déclaré que si cette maladie se transmettait par voie aérienne, tous ces travailleurs de la santé deviendraient malades.

Voici ce qui s'est passé depuis: à l'échelle nationale, les travailleurs de la santé représentent près d'un cas d'infection à la COVID-19 sur cinq. C'est près de trois fois la moyenne mondiale, selon le Conseil international des infirmières.

C'est aussi environ quatre fois le taux enregistré en Chine, où des précautions contre la transmission par voie aérienne, y compris les N95, ont été exigées dès la fin janvier. En Chine, la plupart des infections chez les travailleurs de la santé sont survenues avant la mise en place des précautions plus strictes. En raison de cette situation troublante, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers m'a demandé de faire enquête, en m'appuyant sur mon expérience à la commission sur le SRAS, pour déterminer la cause du taux d'infections élevé chez les travailleurs de la santé au Canada. Même si l'enquête ne fait que commencer, j'aimerais vous présenter quelques constatations et recommandations préliminaires.

La première constatation porte sur le principe de précaution et la question de la transmission par voie aérienne. Lorsque votre comité s'est réuni le 7 avril, des experts canadiens dévoués ont déclaré, avec les meilleures intentions, que la COVID-19 se propageait uniquement par grosses gouttelettes et par contact avec des surfaces contaminées, et que les masques chirurgicaux constituaient une protection suffisante. Les N95, disaient-ils, étaient seulement nécessaires pour les procédures à haut risque. Les connaissances ont depuis évolué. Les chercheurs de Hong Kong — les premiers à constater la transmissibilité aérienne du SRAS en 2004 — ont récemment publié un article examiné par les pairs selon lequel la transmission par grosses gouttelettes est un mode de transmission négligeable comparativement à la transmission par voie aérienne.

Le CDC des États-Unis considère maintenant que les surfaces infectées pourraient n'avoir qu'un rôle mineur dans la transmission de la COVID-19. Plus important encore, dans une lettre ouverte publiée aujourd'hui, 239 scientifiques de 32 pays, l'OMS et des agences de santé publique indiquent que des études ont démontré hors de tout doute raisonnable que les virus sont libérés sous forme de microgouttelettes assez petites pour rester en suspension dans l'air lorsqu'on expire, lorsqu'on parle et lorsqu'on tousse, de sorte qu'il y a toujours un risque d'exposition au-delà de la distance de un à deux mètres.

Quant à savoir qui a raison ou tort, seul le temps le dira, mais je pense que les preuves tendent de plus en plus vers la transmission par voie aérienne. C'est exactement dans ce genre de situation qu'il convient de s'appuyer sur le principe de précaution et les conclusions de la commission sur le SRAS. En cas d'incertitude face à un nouvel agent pathogène, mieux vaut être prudent et adopter les mesures de protection les plus strictes comme les précautions contre la transmission par voie aérienne — ce qui comprend les N95 ou mieux — afin de protéger les travailleurs de la santé jusqu'à ce qu'on ait plus de certitudes sur le plan scientifique. Voilà ce que la Chine a réussi à faire, et c'est pourquoi l'OMS a conclu que la transmission de la COVID-19 chez les travailleurs de la santé et dans les établissements de soins de santé n'est pas un facteur en Chine.

Gardez à l'esprit que les meilleures preuves de la transmissibilité du SRAS par voie aérienne, dans certaines conditions, ont été publiées seulement un an après l'éclosion du virus. Le juge Archie Campbell, qui a dirigé la commission sur le SRAS, considérait qu'une approche préventive en attendant l'acquisition de connaissances scientifiques était une application pertinente du principe de prudence.

● (1300)

Étant donné les preuves croissantes de transmission par voie aérienne et les nouvelles de la reprise de la production de N95 au pays, je recommande que l'Agence de la santé publique du Canada invoque le principe de précaution et exige des mesures de protection contre la transmission par voie aérienne, y compris le port d'un masque N95 bien ajusté pour l'ensemble du personnel de la santé dans tous les établissements de soins de santé où des cas de COVID-19 sont soupçonnés et confirmés. Je recommande aussi de modifier la loi fédérale pour exiger que l'Agence adopte une approche de précaution pour toutes les directives liées à la sécurité des travailleurs.

La deuxième conclusion préliminaire concerne notre grave pénurie de masques N95. Même si la commission sur le SRAS a recommandé de créer une réserve de cet équipement essentiel, la ministre de la Santé et l'administratrice en chef de la santé publique ont affirmé que c'était de compétence provinciale. En tout respect, je ne suis pas d'accord. Ottawa a détruit deux millions de masques N95 l'année dernière. Il aurait dû les remplacer et en acheter d'autres, comme le premier ministre semble maintenant le concéder. Souvenez-vous que la réserve fédérale ne comptait que 100 000 masques N95 lorsque la pandémie a été déclarée.

Cela dit, je crois que l'administratrice en chef de la santé publique et son prédécesseur immédiat ont manqué à leur responsabilité, en vertu de l'article 12 de la loi sur l'Agence de la santé publique du Canada, d'aviser le Parlement et les Canadiens que nous n'étions pas prêts, que nous n'avions pas assez d'équipements de protection individuelle, notamment des masques N95.

En 2004, lors de la création des postes de la Dre Tam et de son homologue ontarien, le juge Campbell a conseillé aux deux gouvernements de faire des titulaires du poste des tuteurs publics en leur donnant les droits, les devoirs et l'indépendance nécessaires pour signaler les risques pour la santé publique. Les deux ordres de gouvernement ont écouté; le libellé de l'article 12 de la loi fédérale et de l'article 81 correspondant dans la loi ontarienne est pratiquement identique. Au cours des cinq dernières années, la Dre Tam et son prédécesseur immédiat ont publié sept rapports à l'intention du Parlement et du public sur divers enjeux importants de santé publique, notamment sur l'alcoolisme et la toxicomanie. Toutefois, aucun de ces rapports ne portait sur l'état de préparation du pays en cas d'urgence de santé publique représentant une menace existentielle comme cette pandémie ni, malgré la volonté clairement exprimée dans la loi, sur la question de savoir si nous avons des masques N95 en nombre suffisant.

Étant donné cet échec systémique, je recommande que le Parlement envisage de modifier la loi sur l'Agence de la santé publique du Canada de toute urgence afin d'exiger que l'administratrice en chef de la santé publique présente chaque année un rapport détaillé sur l'état de préparation du Canada aux futures urgences de santé publique et de demander au vérificateur général du Canada d'évaluer régulièrement et de manière indépendante la capacité de l'Agence de la santé publique du Canada à contrôler et à évaluer notre état de préparation en cas d'urgence de sanitaire.

Merci.

• (1305)

Le président: Merci.

Nous passons maintenant à Mapsted.

Monsieur Nagpal, la parole est à vous pour 10 minutes.

M. Paramvir Nagpal (fondateur et président-directeur général, Mapsted): Monsieur le président, membres du Comité, merci.

Pour commencer, j'aimerais vous donner quelques renseignements sur notre société, Mapsted. Nous sommes en activité depuis 2014. Mapsted est une entreprise canadienne de technologie primée qui fournit des solutions de localisation très évolutives et précises, à l'intérieur et à l'extérieur de tout bâtiment, sans recours à du matériel externe supplémentaire comme les balises Bluetooth ou la connectivité sans fil. Notre technologie utilise plutôt des algorithmes innovants et adaptatifs, qui fonctionnent par fusion de données et autoapprentissage pour fournir un positionnement précis et évolutif avec n'importe quel téléphone intelligent offert sur le marché. Cela signifie que notre technologie peut fonctionner partout, y compris dans des zones généralement considérées comme des zones mortes, comme les endroits souterrains ou les gratte-ciel.

Nous avons perfectionné notre technologie de base et mis au point une plateforme de services géolocalisés, qui comprend un système de géorepérage extérieur-intérieur intégré, le suivi des actifs, des alertes et des notifications ciblées, des analyses, des renseignements sur la localisation et une fonction sécurisée de traçage des contacts. Nous travaillons avec une multitude d'entreprises et de secteurs, notamment le commerce de détail, les soins de santé et l'enseignement supérieur. Notre technologie a été reconnue comme l'une des technologies de localisation les plus avancées au monde, avec 62 brevets délivrés à ce jour. Nous avons déployé notre technologie partout dans le monde, sur une superficie de 255 millions de pieds carrés.

Ces derniers mois, le secteur de la technologie a réagi de façon sans précédent à la propagation de la COVID-19 dans nos communautés à l'échelle mondiale. La plupart des pays se sont concentrés sur le développement de technologies de traçage des contacts dans le but d'aplatir la courbe et d'éviter une surcharge du système de santé.

Singapour a été l'un des premiers pays à adopter une application de recherche des contacts, à l'initiative de la communauté, et les États membres de l'Union européenne adoptent maintenant un modèle décentralisé utilisant la technologie Bluetooth pour la recherche des contacts. Dans ce modèle, aucune donnée n'est stockée de manière centralisée, ce qui empêche la reconstitution des relations d'une personne ou la découverte de son identité. Les Européens ont prévu une fonction d'itinérance internationale qui pourrait contribuer à la relance du secteur du voyage et du tourisme dans la région. Chaque pays aurait sa propre application, mais les applica-

tions pourraient communiquer entre elles et rendre plus sûrs les voyages dans la région.

D'autres pays, notamment la Chine, sont allés plus loin que le traçage des contacts et utilisent la technologie de localisation à d'autres fins pour aider les gens à avoir accès à des produits et services pendant cette période difficile. Par exemple, les gens peuvent connaître l'état des stocks des masques, des désinfectants et des gants dans les magasins à proximité. De plus, une part importante des consultations de routine en soins de santé se fait maintenant en ligne.

En outre, ils utilisent des codes QR dans le domaine de la santé pour s'assurer que les lieux de travail qui doivent demeurer ouverts sont plus sûrs. Si un employé reçoit un code QR vert, il peut travailler. Un code jaune ou rouge signifie qu'il doit se placer en isolement. Des cartes de densité de population ont aussi été utilisées pour aider à cerner les populations vulnérables, à détecter les rassemblements importants et, grâce à certaines données en temps réel sur la santé et les voyages, pour fournir aux citoyens une représentation visuelle des endroits susceptibles d'être des zones chaudes, ce qui aide les gens à réduire les risques en évitant ces secteurs.

Comme nous l'avons vu récemment, ce type de technologie a soulevé des enjeux et des préoccupations, tout particulièrement la protection de la vie privée. Le Canada envisage d'adopter un modèle de traçage des contacts décentralisé, ce qui permettra de répondre à de nombreuses craintes liées à la protection de la vie privée, mais pour le moment, ces préoccupations ont entraîné un faible taux d'adoption, ce qui rend les applications moins efficaces. À titre d'exemple, l'application de l'Alberta a seulement été téléchargée par 200 000 personnes, sur une population d'environ 4,4 millions. Pour qu'une application de ce genre soit efficace, elle doit être utilisée par environ 60 % de la population.

Alors que le pays s'apprête à relancer ses activités, par étapes, il nous faut un moyen pour assurer la sécurité de la population tout en permettant la reprise de la croissance économique du Canada. Essentiellement, nous devons trouver une façon de fonctionner en toute sécurité dans une société où le virus est présent d'ici à la mise au point d'un vaccin. La technologie de localisation jouera un rôle important dans ce processus.

• (1310)

Premièrement, l'intégration de la technologie numérique de traçage des contacts et des méthodes conventionnelles peut être plus efficace pour cerner les points chauds et suivre la propagation de la maladie. L'intégration de ces deux approches règle les problèmes inhérents à chaque méthode. Par exemple, la recherche des contacts conventionnelle a ses limites sur les plans de l'adaptabilité, les délais de notification et l'identification des contacts dans les espaces publics. De plus, même si la technologie numérique de traçage des contacts n'était pas pleinement adoptée, la méthode conventionnelle pourrait combler de nombreuses lacunes, ce qui garantirait dans l'ensemble une plus grande efficacité.

Une technologie de localisation supplémentaire nous permettrait d'assurer une plus grande sécurité alors que nous recommençons à fréquenter de nombreux lieux qui offrent des services non essentiels. Il ne s'agit plus simplement d'empêcher la surcharge de notre système de soins de santé par l'afflux de cas de COVID-19. Il faut aussi accueillir les patients qui ont besoin d'un diagnostic et de soins pour d'autres maladies et les aider à accéder aux services dont ils ont besoin en toute sécurité. Des patients doivent avoir accès rapidement à des examens de dépistage du cancer. Ceux dont le système immunitaire est affaibli doivent planifier et s'assurer d'un séjour sécuritaire à l'hôpital ou à la clinique pour obtenir des soins. Ils doivent éviter de s'exposer inutilement au virus en ayant des contacts prolongés avec la population générale.

Une technologie de géorepérage extérieur-intérieur intégrée, combinée à des notifications et des analyses fondées sur la localisation, peut aider ces patients à planifier des itinéraires optimisés. Cela va de la recherche de l'entrée de l'hôpital la plus proche du lieu de leur rendez-vous jusqu'à la planification de l'itinéraire le plus court dans le bâtiment lorsqu'ils ont plusieurs rendez-vous dans différentes parties de l'hôpital. La technologie peut aussi les aider en leur envoyant des notifications indiquant le moment propice pour entrer en toute sécurité dans une salle d'attente et en fournissant des instructions sur les mesures de sécurité à prendre. Des cartes des points chauds pourraient servir à indiquer les goulots d'étranglement et les zones achalandées. Ainsi, les patients vulnérables pourraient éviter les situations comportant plus de risques pour leur santé.

En outre, cette approche permettrait d'espacer les rendez-vous, de laisser assez de temps pour le nettoyage des salles entre chaque patient et de réduire considérablement l'anxiété liée à ces visites. On réduirait ainsi le nombre de personnes qui reportent des tests et des traitements potentiellement vitaux par crainte d'être infectées.

Le système infonuagique de gestion des cas qui sera lancé prochainement en Ontario et qui reliera le système des laboratoires à celui de la santé publique est un autre exemple de la complémentarité de service qu'offre la technologie de localisation. Dans ce cas, il s'agit de rendre plus sûrs les déplacements pour se rendre à un rendez-vous pour des tests et des diagnostics. Cette technologie permettrait d'aiguiller les patients vers les laboratoires proches de leur lieu de résidence. Des notifications ciblées informeraient les patients que le médecin ou le technicien est prêt à les recevoir afin qu'ils n'aient pas à attendre dans une salle avec d'autres personnes, ce qui représente un risque d'exposition accru. Pour dissiper toute préoccupation au sujet de la protection des renseignements personnels, toutes les données devraient être stockées localement, sur l'appareil lui-même, pendant une période limitée, en plus d'être anonymisées.

Utiliser la technologie de localisation de cette façon permettrait aux gens de continuer de pratiquer la distanciation sociale et physique de manière efficace tout en leur permettant d'obtenir des services essentiels. Une telle approche fonctionnerait aussi très bien dans les centres commerciaux et les magasins de grande surface. Grâce à cette technologie de géorepérage, les clients seraient non seulement informés du chemin le plus court ou optimisé vers le bon rayon, mais seraient aussi dirigés à l'emplacement exact du produit qu'ils cherchent. Par conséquent, ils n'auraient pas à arpenter inutilement les allées des magasins en essayant de trouver, avec une frustration grandissante, le produit qu'ils cherchent. Cela contribuerait à réduire le temps que les gens passent à l'intérieur à proximité d'autres clients et à réduire leur risque d'exposition.

Les files d'attente posent problème dans de nombreux magasins, y compris les chaînes d'épicerie, en raison des restrictions sur le nombre de clients en magasin. Pendant qu'ils attendent à l'extérieur, les gens sont en contact avec d'autres pendant des périodes prolongées. On le constate particulièrement à l'approche des vacances et des longues fins de semaine. C'est dans ce genre de contexte que ces solutions de géolocalisation se démarquent: elles aident les services essentiels, comme les épiceries, à créer un milieu dans lequel leurs clients pourront faire leurs achats en sécurité en appliquant des mesures d'éloignement et en réduisant les risques de propagation du virus. Les magasins peuvent se servir de cette technologie pour ériger une clôture électronique autour de leur commerce et contrôler la circulation des clients à l'intérieur, sans file d'attente, ce qui permet d'éviter les rassemblements et les goulots d'étranglement.

Cette technologie continuera de jouer un rôle essentiel au fil des étapes, alors que nous passerons des mesures initiales visant à ralentir la propagation du virus à l'assouplissement des restrictions, puis à l'ouverture d'un plus grand nombre d'entreprises, en route vers une nouvelle normalité.

• (1315)

Les utilisations de cette technologie vont bien au-delà des applications liées aux soins de santé et au commerce de détail. Les applications de traçage des contacts peuvent être un compromis entre la protection de la vie privée et l'efficacité, mais si nous intégrons cette technologie aux méthodes traditionnelles, et que nous la complétons par d'autres produits et solutions fondés sur la localisation comme la navigation pour l'intérieur, les notifications ciblées, le géorepérage et le marquage, elle pourrait aider un plus grand nombre de Canadiens à reprendre le travail en toute sécurité, à avoir des rendez-vous médicaux, à prendre part à des activités, y compris des activités parascolaires, et beaucoup plus, d'ici à ce qu'un vaccin ou un traitement efficace contre la COVID-19 soit mis au point.

Merci.

Le président: Merci.

Monsieur Nagpal, on me dit que la qualité sonore de votre microphone s'est dégradée. Avant d'avoir de nouveau l'occasion de parler, vous pourriez peut-être débrancher et rebrancher votre microphone, et également le sélectionner et le resélectionner. Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Medtronic Canada.

Monsieur Hupé, je vous en prie; vous avez 10 minutes.

[Français]

M. Patrick Hupé (directeur principal, Stratégies du système de santé, Medtronic Canada): Merci, monsieur le président.

Je remercie également les députés ainsi que les témoins et les invités.

Je vous remercie de nous donner l'occasion de vous faire part de nos commentaires sur la réaction du gouvernement canadien à la pandémie.

J'aimerais d'abord féliciter le gouvernement d'avoir à ce jour pris les mesures suivantes. Il a reconnu activement l'importance de maintenir des relations internationales qui tiennent compte de l'intégration de la chaîne d'approvisionnement mondiale afin de s'assurer que les patients infectés ont accès à des technologies médicales rapidement. Cela a été primordial. Le Canada a joué un rôle important à cet égard, notamment au sein du G20. Il a aussi créé un plan d'action pour mobiliser l'industrie afin de relever les défis engendrés par la pandémie. Il a centralisé l'approvisionnement en fournitures essentielles et, enfin, a mis sur pied du soutien financier destiné aux personnes ayant perdu leur emploi afin d'alléger le fardeau de la pandémie.

Si vous le permettez, j'aimerais maintenant vous présenter bien humblement Medtronic Canada.

Il s'agit en fait de la plus grande entreprise au monde de technologie des services médicaux et des solutions médicales. Nous avons 90 000 employés dans le monde, dont 1 000 employés au Canada. Nous sommes présents d'un océan à l'autre et nos activités comprennent la commercialisation, la recherche-développement, la production, l'enseignement et la formation. La société se consacre à cinq domaines clés: les maladies cardiovasculaires, le diabète, les thérapies minimalement invasives, les neurosciences et les services d'expertise-conseil, qui aident les systèmes de santé à réduire les temps d'attente et à améliorer l'expérience des patients et des prestataires.

Comme bon nombre d'entreprises du secteur des dispositifs médicaux, nous avons été considérablement touchés par la pandémie. D'une part, la demande touchant nos ventilateurs, les oxymètres de pouls, les appareils d'oxygénation extracorporelle et d'autres dispositifs liés à la prise en charge respiratoire a augmenté. Cela a eu deux conséquences essentielles. Tout d'abord, nous sommes passés en mode humanitaire quant à l'attribution de nos appareils qui étaient fortement demandés là où le besoin était le plus pressant. Nous n'étions plus en mode conventionnel d'affaires, où l'on se base sur la réception de bons de commande et où le premier arrivé est le premier servi. De plus, nous avons permis le libre accès à notre propriété intellectuelle dans le cas d'un ventilateur portable afin que d'autres partenaires spécialisés, y compris Ventilators for Canadians, puissent fabriquer plus de ventilateurs localement.

Enfin, nos techniciens de maintenance et nos formateurs cliniques ont dû travailler sans relâche pour coordonner l'installation, l'entretien et la formation du personnel soignant, particulièrement en ce qui a trait à ces ventilateurs. L'annulation des liaisons aériennes a rendu la tâche particulièrement difficile. Nos équipes cliniques ont continué à soutenir des chirurgies essentielles malgré la crise, et ce, partout au pays.

D'autre part, étant donné que nous fournissons des technologies et des services liés à plus de 70 maladies, l'annulation et le report d'interventions chirurgicales non urgentes nous ont obligés à suspendre nos activités pendant plusieurs mois. Malgré les répercussions financières qui ont suivi, nous n'avons licencié personne en raison de la pandémie. Nous nous préparons plutôt à soutenir la reprise des interventions chirurgicales en mettant au service des systèmes de santé nos experts et nos produits, tout en offrant notre expertise en matière de parcours de soin clinique, d'analyse et de réduction des temps d'attente, et ce, pour redéfinir les protocoles de triage des patients, optimiser les procédures et accélérer le retour à la maison à la suite d'une intervention.

Alors que nous en sommes à réfléchir à la reprise des interventions chirurgicales, nous croyons sincèrement que Medtronic Canada et certains membres de l'industrie, compte tenu de l'expérience internationale et de l'ingéniosité des PME canadiennes dans ce domaine, peuvent faire partie de la solution plutôt que d'être simplement confinés au rôle de fournisseurs réduits à évoluer dans une relation d'affaires purement transactionnelle.

Ainsi, il y a trois domaines sur lesquels j'aimerais axer mes commentaires aujourd'hui. C'est là que nous pouvons offrir des solutions tangibles, probantes et éprouvées afin de reprendre rapidement les procédures et d'assurer la santé ainsi que le bien-être de nos concitoyens. Il s'agit de la transition, effectuée le plus rapidement possible, de l'hôpital vers le domicile, du système d'approvisionnement et de l'optimisation du parcours de soin clinique. La pandémie a certainement mis en lumière l'importance de garder les patients hors de l'hôpital une fois qu'ils ont reçu les soins appropriés. La santé numérique peut certainement jouer un rôle important en ce sens.

● (1320)

Dans un premier temps, cela permet, sur le plan hospitalier, de respecter les mesures d'éloignement physique et de réduire ainsi le risque de contamination. Qui plus est, ce volet des technologies médicales permet de suivre les patients à la maison et ainsi de réduire leurs visites au centre hospitalier.

Il est certain que la santé est essentiellement une compétence provinciale. Cependant, le gouvernement fédéral a l'occasion de tirer parti de la santé numérique pour les anciens combattants et la population autochtone qu'il sert et de devenir ainsi un exemple à suivre quant à l'innovation en matière de soins de santé auprès des provinces canadiennes.

Les technologies qui permettent la surveillance à distance et les visites virtuelles sont disponibles depuis plus de 10 ans, mais en raison de la pandémie, nous avons connu une adoption plus rapide de ces technologies au cours des trois derniers mois que depuis les 10 dernières années. Il s'agit là d'un point de bascule, et nous ne pouvons nous permettre de revenir en arrière. Les entreprises canadiennes sont des pionnières à cet égard. Selon Inforoute Santé du Canada, avant la pandémie de la COVID-19, seulement de 10 à 20 % des visites de soins de santé au Canada étaient effectuées virtuellement. Aujourd'hui, ce chiffre s'approche de 60 %. Le gouvernement fédéral et chacun des gouvernements provinciaux ont la possibilité de poursuivre les visites virtuelles une fois la pandémie résorbée.

Laissez-moi illustrer le tout au moyen d'exemples très concrets. La santé numérique ne permet pas seulement d'établir un éloignement physique, c'est aussi un outil incroyablement pour communiquer avec les patients dans des endroits éloignés. Par exemple, un patient, un ancien combattant ou un membre des Premières Nations porteur d'un stimulateur cardiaque doit faire un bilan de santé quelques fois chaque année, et ce rendez-vous prend environ 10 minutes. Si ce patient vit dans le Grand Nord ou dans une région éloignée de notre pays, il peut mettre des heures, voire des jours pour se rendre à la clinique. L'utilisation d'une forme de technologie numérique qui existe depuis des années et qui consiste à effectuer un examen à distance diminue les risques de contamination, réduit les coûts et augmente l'efficacité des services promulgués. Jusqu'à maintenant, cette option était limitée, parce que les médecins ne pouvaient pas facturer leurs services ou parce que les patients n'avaient pas accès à une connexion Internet stable. Ces deux aspects peuvent certainement être réglés grâce à l'appui du gouvernement fédéral.

Par ailleurs, afin d'accéder aux technologies et aux solutions qui aident les patients à obtenir des soins plus sûrs en temps voulu, le gouvernement doit se concentrer sur l'approvisionnement. En effet, la pandémie a prouvé hors de tout doute que l'approvisionnement n'est pas une vulgaire fonction qui permet simplement l'acquisition de matériel. Elle requiert des hommes et des femmes avec une vision stratégique, une bonne connaissance des technologies à acquérir et une connaissance solide des nouveaux concepts d'approvisionnement qui sont basés sur la valeur et qui ont d'ailleurs été adoptés ailleurs dans le monde, particulièrement en Europe.

Pendant la pandémie, le gouvernement fédéral a pris deux mesures en matière d'approvisionnement. D'abord, il a centralisé l'approvisionnement, notamment pour les ventilateurs et l'équipement de protection individuelle. Libérés d'une partie de ce fardeau, les hôpitaux et les industries ont ainsi pu se concentrer sur ce qu'ils font le mieux, c'est-à-dire prendre soin des patients. Ensuite, le gouvernement a commencé à mettre en œuvre des politiques d'innovation axées sur la demande.

Historiquement, le gouvernement fédéral s'est concentré sur l'offre d'innovation plutôt que sur la demande. Pour plus d'information à ce sujet, vous pouvez lire l'article de Neil Fraser, président de Medtronic Canada, dans *Longwoods*. Pour l'instant, je peux vous dire que les politiques d'innovation axées sur la demande supposent de demander et d'obtenir des solutions, plutôt que de simples produits. C'est exactement ce que le gouvernement fédéral a fait lorsqu'il a lancé le Plan canadien de mobilisation du secteur industriel pour lutter contre la COVID-19.

En mettant en œuvre des politiques d'innovation axées sur la demande, le gouvernement commençait à suivre les recommandations de la Table de stratégies économiques pour le secteur des sciences biologiques et de la santé, qui a été mise en place par le gouvernement en 2017 avec la collaboration du ministère de l'Innovation, des Sciences et du Développement économique et de Santé Canada. Cette crise a démontré à tous l'importance d'avoir un secteur de fabrication plus avancé au Canada. Je dirais que le gouvernement peut y parvenir en réexaminant les recommandations de la Table de stratégies économiques pour le secteur des sciences biologiques et de la santé.

• (1325)

J'aimerais terminer par les solutions de santé intégrées.

En ce qui concerne la quête de solutions pour améliorer notre système de santé, l'un des plus grands défis auxquels sont confrontés les gouvernements fédéral et provinciaux consiste à trouver une solution pour résorber l'incroyable retard des interventions chirurgicales et des procédures de diagnostic qui ont été reportées, et éviter d'autres décès liés à ces retards.

Avant l'émergence du virus au Canada, les hôpitaux fonctionnaient déjà dans un environnement complexe. Le chemin à parcourir sera de plus en plus difficile si nous n'agissons pas rapidement. Les hôpitaux devront également s'adapter aux nouvelles attentes des patients qui ont été exposés aux avantages des soins virtuels par rapport à la crainte de rester trop longtemps dans une salle d'attente.

Malgré tout, il y a de l'espoir et énormément d'optimisme. Je vais vous donner quelques exemples concrets à cet égard. Par exemple, l'Hôpital Fraser Health, en Colombie-Britannique, effectue désormais des évaluations préalables à l'admission des patients de façon virtuelle. En Ontario, les soins virtuels sont utilisés pour plus de 50 % des patients au Peter Munk Cardiac Center. Au Nouveau-Brunswick, le Réseau de santé Vitalité a mis sur pied une clinique spécialisée pour les stimulateurs cardiaques accessibles en voiture afin de réduire le nombre croissant de patients qui attendent de faire vérifier leur appareil cardiaque.

Medtronic Canada dispose de l'expertise et des outils nécessaires pour aider le gouvernement à élaborer ce type de nouveaux protocoles et ainsi créer des parcours d'accès aux soins centrés sur les patients afin d'aider les systèmes de santé à relever ces nouveaux défis et à répondre à ces nouvelles attentes. Nous sommes déterminés à fournir les résultats promis.

Au nom de Medtronic Canada, je tiens à vous remercier encore une fois de m'avoir donné la possibilité de vous faire part de mes commentaires en espérant que cette séance aujourd'hui n'est que le prélude à une initiative concertée qui permettra de mettre à profit le leadership et le courage nécessaires de nos gouvernements, l'expertise du milieu académique, la résilience, l'expérience et l'ingéniosité des entreprises canadiennes et de leurs filiales internationales qui ont choisi d'investir ici, au Canada, au profit de la santé de tous les Canadiens.

• (1330)

[Traduction]

Le président: Merci.

Nous allons maintenant commencer nos questions. Nous allons faire deux tours. M. Kitchen sera le premier intervenant.

Monsieur Kitchen, je vous en prie; vous avez six minutes.

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins de leurs exposés. Je vous en suis très reconnaissant.

Monsieur Possamai, je vous suis très reconnaissant de votre présence parmi nous et du travail que vous avez fait à la commission sur le SRAS, car vous avez ainsi contribué à la création de l'Agence de la santé publique du Canada, l'ASPC, comme vous l'avez mentionné un peu plus tôt aujourd'hui, et à l'établissement des protocoles et des politiques pour faire face aux pandémies. Nous avons vu que c'est qu'ont fait à l'époque non seulement le Canada, mais aussi d'autres régions du monde.

Taiwan a fait exactement la même chose, et le pays a mis en œuvre ces politiques et ces procédures dès le premier jour, dès le début. Mes collègues et moi avons abordé, à quelques reprises, auprès de la ministre et du gouvernement, les questions de la fermeture de la frontière, du port d'un masque, du dépistage et ainsi de suite. Comme je l'ai dit, Taiwan a fermé sa frontière et a eu recours aux masques ainsi qu'à la vérification de la température dès le premier jour, et le pays a fait un travail remarquable pour réduire l'incidence de la COVID-19 et le nombre de décès.

J'ai une question sur la vérification de la température. Le mois dernier, le Comité a questionné les fonctionnaires de Transports Canada sur l'efficacité de la vérification de la température des voyageurs pendant la pandémie de COVID-19, surtout aux aéroports. La Dre Tam a elle-même dit que la vérification de la température s'est avérée inefficace dans le cas du SRAS. Mes collègues et moi avons demandé aux fonctionnaires de Transports Canada de nous fournir de nouvelles preuves scientifiques de l'efficacité de cette mesure. Ils n'ont toutefois qu'exprimé une opinion, sans fournir d'article scientifique. Ils ont dit que le nombre plus élevé de cas de COVID-19 fait en sorte qu'il est plus probable que la vérification de la température soit efficace.

Compte tenu de votre expérience et de votre examen de l'épidémie de SRAS, je me demande si vous connaissez les données scientifiques qui prouvent l'efficacité de la vérification de la température.

M. Mario Possamai: C'est une excellente question. Pendant le SRAS, on a effectué des travaux sur la vérification de la température, mais ils n'ont pas permis de tirer de conclusions, et selon l'information, la mesure semblait inefficace. Elle n'a été prise que pendant une courte période. À l'époque, l'équipement n'était pas aussi efficace qu'aujourd'hui. Je crois donc qu'il est justifié, en procédant très rapidement, de trouver la meilleure technologie qui soit et de déterminer si elle fonctionne.

L'une des choses que j'ai remarquées à l'Agence de la santé publique du Canada, c'est un manque d'empressement à envisager de nouvelles technologies, à examiner la meilleure façon de s'attaquer à la question, et je pense que c'en est peut-être un exemple.

M. Robert Kitchen: Merci.

Vous avez souligné le fait que la vérification de la température peut donner des résultats inexacts pour diverses raisons. L'inexactitude pourrait être attribuable à un mauvais étalonnage de l'appareil, à une erreur de l'utilisateur et à des variations environnementales — de toute évidence, la technologie n'est plus la même — qui pourraient se traduire par de faux positifs et de faux négatifs qui créent des données inexactes pour les scientifiques, ainsi qu'un risque pour la santé publique en général. Êtes-vous préoccupés non seulement par l'efficacité de la vérification de la température de manière générale, mais aussi par l'intégrité des données recueillies?

M. Mario Possamai: Vous savez, je ne suis pas expert dans le domaine, et je ne veux donc pas me prononcer à ce sujet. Je pense que toute la question du contrôle aux frontières doit être examinée en profondeur. Quelle est la meilleure façon de procéder? Quel est le meilleur moyen de surveiller les déplacements? Est-ce la technologie, comme l'a dit le témoin de Mapsted? Je pense que nous avons besoin d'une approche vraiment globale pour examiner la meilleure façon de procéder.

• (1335)

M. Robert Kitchen: Vous avez parlé un peu des masques. Nous sommes au courant des gouttelettes et de la transmission par voie

aérienne ainsi que du fait que certains masques respectent certaines normes. Il y a le masque normal que les gens portent actuellement, qui n'est qu'un bout de tissu qui empêche essentiellement les gouttelettes de sortir, mais qui n'offre pas nécessairement de protection contre ce qui vient de l'extérieur. Nous parlons aussi des masques N95. Bien entendu, ils s'appellent ainsi à cause du pourcentage de protection offert. Nous parlons même de masques N99.9.

Devrions-nous utiliser maintenant les masques que l'on peut se procurer? Est-ce une chose qui se rapporte à la question de... Oui, les masques N95 sont utiles dans certains domaines où le risque est beaucoup plus élevé, mais le seraient-ils au sein de la population?

M. Mario Possamai: C'est une excellente question. Dr Osterholm de l'Université du Minnesota a soulevé la question. Il travaille en fait sur un plan pour pouvoir créer, pour le public, des masques qui offrent une protection équivalente à celle des masques N95. Je pense que cela devrait être notre objectif. Je pense que tout le monde devrait être protégé, si l'équipement est disponible, autant que les travailleurs de la santé.

Cette satanée COVID-19 est extrêmement contagieuse. Je pense que les infections à transmission aérienne posent un risque réel. Je pense que notre objectif devrait être de protéger tout le monde autant que le permettent les masques N95. Je pense que le projet du Dr Osterholm constitue un excellent pas en ce sens.

M. Robert Kitchen: Dans le communiqué de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers, la FCSII, on rapporte vos propos, à savoir que:

La commission sur le SRAS a formulé des recommandations claires sur la santé des travailleurs et le confinement des infections, mais ces leçons ont été négligées pendant la présente pandémie. Nous espérons que cette enquête, demandée par la FCSII, donnera des recommandations sans équivoque et fondées sur des données probantes qui s'imposent d'urgence pour préparer le Canada et les travailleurs de première ligne à la prochaine vague de COVID-19.

Quels sont les obstacles aux transferts des connaissances sur les leçons apprises pendant les pandémies et les épidémies précédentes?

M. Mario Possamai: C'est une excellente question. Je pense que l'un des problèmes est que l'ASPC, les autres agences de santé publique au Canada et l'OMS n'ont pas le genre de connaissances et d'expertise variées dont nous avons besoin. Ils possèdent d'excellentes connaissances en épidémiologie, mais ils ont vraiment besoin de connaissances plus vastes sur la sécurité des travailleurs, et aussi d'une expertise en matière d'aérosols et de transmission aéroportée. Par exemple, deux Canadiens figurent parmi les meilleurs experts au monde en matière de transmission aéroportée: le Dr Raymond Tellier à Montréal et la Dre Lydia Bourouiba au Massachusetts Institute of Technology. Ils devraient participer aux discussions. Ils devraient travailler avec l'ASPC à la mise au point de politiques et de procédures de protection des travailleurs.

Je recommanderais un véritable examen pour faire en sorte d'accroître l'expertise de l'ASPC et de vraiment tenir compte des plus récentes données scientifiques. Une grande partie des données scientifiques sur la transmission des maladies auxquelles se fient l'ASPC et l'OMS remonte aux années 1930 et 1940, une époque où les instruments n'étaient pas assez bons, pas assez sensibles, pour mesurer la transmission par aérosol. La science a depuis fait des progrès incroyables dans l'étude de la transmission par petite particule d'aérosol, mais l'ASPC et l'OMS ne se servent pas de cette expertise. Je leur recommanderais de vraiment élargir leur base de connaissances.

Enfin, nous devrions nous inspirer des Centers for Disease Control and Prevention, les CDC. On y trouve deux entités. Le national Institute for Occupational Safety and Health, le NIOSH, se consacre à la sécurité des travailleurs. Pour étudier la question, l'ASPC devrait avoir le même genre d'entité experte indépendante et très rigoureuse qui ne manque pas de ressources ni de personnel. Nous avons des Canadiens qui peuvent en faire autant, et nous devrions les faire participer.

Le président: Merci, monsieur Kitchen.

Nous passons maintenant à M. Longfield.

Monsieur Longfield, je vous en prie; vous avez six minutes.

M. Lloyd Longfield (Guelph, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins. J'aimerais que nous ayons plus de temps, mais nous n'en avons jamais assez.

Je vais commencer par Medtronic, pour ensuite passer à Mapsted et, si le temps le permet, à M. Possamai.

Monsieur Huppé, il est formidable de vous compter parmi nous. Vous avez parlé de Ventilators for Canadians. Nous avons deux résidents de Guelph qui participent au projet: Jim Estill de Danby et Rick Jamieson d'ABS Friction. Au début de la pandémie, j'ai discuté avec M. Jim Estill de l'effort de guerre déployé pour examiner les problèmes industriels et mettre en commun l'information afin de les régler ensemble.

Cependant, l'un des problèmes que nous avons étudiés au comité de l'industrie est celui de la propriété intellectuelle. Je me demande si vous pensez que les droits de propriété intellectuelle seront bien gérés et partagés dans le secteur de la santé pendant que nous traversons la crise de la COVID.

• (1340)

[Français]

M. Patrick Hupé: Je vous remercie de votre question, monsieur Longfield.

En fait, en ce qui nous concerne, nous n'avons pas vraiment eu de problèmes liés à la propriété intellectuelle.

Il existe différents types de ventilateurs. Il existe des ventilateurs portatifs, qui sont principalement utilisés par les militaires en cas de secours et qui permettent d'évacuer les gens sur le terrain. Si des soins plus poussés sont nécessaires, il existe des appareils beaucoup plus sophistiqués, ayant des milliers de pièces et une technologie très avancée.

Il existe vraiment tout un spectre d'appareils allant du plus simple au plus élaboré. Il faut donc tenir compte de ce genre de chose. Ainsi, il peut être faux de croire qu'on peut convertir des usines très rapidement pour le type d'appareil qui se trouve à l'extrême du spectre sur le plan de la complexité.

Par contre, je n'entrerai pas dans les détails, mais les appareils ayant une technologie qu'on pourrait qualifier d'assez moyenne et qui ont une complexité certaine, sans être trop élaborée ni celle aussi simple que celle qu'on retrouve dans les Forces armées et qui sont utilisées sur le terrain, sont facilement disponibles pour les personnes. Nous avons rendu public ce type d'appareil partout dans le monde, et je pense que ce fut un gain pour le Canada alors qu'on a vu Ventilators for Canadians prendre la balle au bond.

[Traduction]

M. Lloyd Longfield: Merci.

J'ai évolué dans le domaine de la pneumatique. Je sais que lorsque la pression est basse, que le débit est faible — et c'est ce que font les poumons —, on rencontre des difficultés. Il faut aussi un dispositif de sécurité intégrée, afin qu'il y ait des moyens de continuer de donner de l'air au patient si l'unité ne fonctionne pas bien.

Lorsque j'ai travaillé avec des universités, des universitaires, pour mettre au point des systèmes et innover, nous avons eu de la difficulté à transférer notre propriété intellectuelle sans que d'autres pays ne nous l'achètent et nous la revendent ensuite, ce qui signifie que nous devons faire la production en vertu d'une licence. Votre production se fait-elle en vertu d'une licence, ou vous servez-vous d'idées de Canadiens?

[Français]

M. Patrick Hupé: Vous faites référence aux ventilateurs qui sont présentement complètement libres.

Par contre, sur le plan académique, il existe actuellement un courant selon lequel on libère de plus en plus la propriété intellectuelle. Je ne suis pas un expert, mais je pense que l'Institut et hôpital neurologiques de Montréal, relié à l'Université McGill, a pris cette direction. On verra peut-être cela ailleurs au Canada.

[Traduction]

M. Lloyd Longfield: Formidable. C'est également ce que nous avons vu en Allemagne, à Fraunhofer. Ses instituts mettent en commun l'information. Merci beaucoup.

Monsieur Nagpal, les 62 brevets dont vous avez parlé retiennent toujours mon attention. J'aime que des idées soient brevetées au Canada, mais il y a des circonstances où il faut mener ses activités avec transparence.

Nous avons aussi discuté de l'anonymisation et du regroupement des données, monsieur Nagpal. Vous avez aussi parlé des données géoréférencées. Pouvez-vous encore utiliser les données pendant une période limitée? Pourrions-nous utiliser les données, et les protéger, pour permettre au gouvernement du Canada de les regrouper et de les anonymiser, ou disparaissent-elles après une première utilisation?

• (1345)

M. Paramvir Nagpal: Nous sommes une société technologique de pointe, et c'est la raison pour laquelle nous sommes fiers d'avoir obtenu 62 brevets en six ans, depuis la formation de la société.

Pour revenir à votre question, il est possible de recourir à une authentification et à des justificatifs d'identité pour contrôler les données. Les données sont d'abord sauvegardées sur l'appareil de la personne. Si elle souhaite les transmettre aux autorités gouvernementales locales, elle peut le faire en leur donnant un mot de passe qui disparaîtra automatiquement en l'espace de 7 à 14 jours, selon la configuration du système. Au bout du compte, nous voulons donner le contrôle aux Canadiens pour qu'ils puissent faire leurs propres choix.

M. Lloyd Longfield: C'est formidable. Merci.

Le président: Merci, monsieur Longfield.

M. Lloyd Longfield: Dommage. Je savais qu'il allait me manquer de temps. Merci beaucoup.

[Français]

Le président: C'est maintenant votre tour, monsieur Desilets. Vous disposez de six minutes.

M. Luc Desilets: Je vous remercie, monsieur le président.

Ma première question s'adresse à M. Nagpal.

Monsieur Nagpal, quelle proportion de la population serait en mesure d'avoir accès à cette application, incluant évidemment ceux qui n'ont pas de téléphone cellulaire?

[Traduction]

M. Paramvir Nagpal: Tout d'abord, l'ensemble de la population peut en principe avoir accès à cette technologie. L'une des principales raisons, c'est qu'il faut avoir un téléphone intelligent pour s'en servir. En théorie, on peut la déployer grâce à Google Play ou à l'App Store, et tout le monde peut être en mesure de s'en servir.

Cela dit, si une personne n'a pas de téléphone intelligent, elle peut aussi utiliser certaines fonctionnalités de cette technologie en passant par un site Web, où elle peut voir comment le virus se répand dans sa propre région. Si elle observe des symptômes, elle peut facilement se rendre à ce site Web pour retracer des contacts. Il existe différentes façons de donner en toute sécurité cet accès aux Canadiens.

[Français]

M. Luc Desilets: Pourriez-vous répondre de façon plus précise, s'il vous plaît, monsieur Nagpal?

J'ai l'impression que ce n'est pas la totalité de la population qui a un téléphone cellulaire et qui aurait la possibilité et la capacité d'installer cette application.

Honnêtement, je ne sais pas quelle proportion de la population pourrait installer cette application. Parle-t-on de 70 %, de 80 %?

[Traduction]

M. Paramvir Nagpal: Le pourcentage dépendrait de la façon dont nous voulons déployer la technologie. Si 70 % des gens possèdent un téléphone intelligent, ils peuvent facilement installer l'application, et les autres peuvent se rendre sur un site Web et y avoir accès à des fonctionnalités similaires dans un navigateur Web. La compatibilité dépend de la façon dont nous déployons la technologie. Nous pouvons la déployer sur un téléphone intelligent, un site Web ou un navigateur Web.

Bien entendu, il y aura des situations où nous ne pourrions pas réaliser le potentiel, où il n'y aura pas d'accès à Internet, d'ordinateur, qu'il soit portable ou non. Nous ne pourrions pas offrir un accès à ces personnes, mais la majorité des gens seront en mesure d'utiliser la technologie. C'est précisément de cette manière que des pays comme Singapour et des pays européens y sont parvenus avec beaucoup de succès.

Nous avons des clients à Taïwan, et ils nous ont dit qu'ils n'ont pas dû relever ce genre de défi comme ailleurs dans le reste du monde, et c'est parce que ces pays se servent de certaines technologies pour assurer le bien-être de leurs citoyens.

[Français]

M. Luc Desilets: D'accord, tant mieux.

Ce que je crains, c'est que cette application ne soit pas accessible à la partie de la population faisant partie des démunis et qui peut-être, en parallèle, est aussi plus à risque tout simplement.

Je vous remercie de votre réponse, monsieur Nagpal.

J'ai une question à poser à M. Possamai.

Après plus de trois mois de pandémie de la COVID-19, les mesures actuelles mises en place sont-elles, selon vous, adéquates et suffisantes?

• (1350)

[Traduction]

M. Mario Possamai: Je suppose que vous parlez des mesures de protection individuelle prises pour les travailleurs de la santé, n'est-ce pas?

[Français]

M. Luc Desilets: Oui.

[Traduction]

M. Mario Possamai: Elles ne le sont pas, et je crois que les données qui montrent que les travailleurs de la santé représentent un cas de COVID-19 sur cinq au Canada en témoignent. Je pense qu'il est urgent que nous adoptions une approche préventive et que nous protégions au plus haut niveau nos travailleurs de la santé d'un bout à l'autre du pays en prenant des précautions contre la transmission par voie aérienne.

[Français]

M. Luc Desilets: D'accord, je comprends très bien.

Dans l'éventualité d'une potentielle deuxième vague, est-ce qu'on a suffisamment le temps de virer la machine de bord pour en arriver à mieux protéger ces gens et espérer des taux d'infection moindres?

[Traduction]

M. Mario Possamai: Nous aurons assez de temps si nous agissons sans tarder.

L'un des aspects les plus décevants de la réponse du gouvernement fédéral et de l'ASPC jusqu'à maintenant est que nous n'avons pas agi de toute urgence pour faire en sorte d'avoir assez d'équipement de protection personnelle. À titre d'exemple, à la fin décembre, l'Alberta a acheté une énorme quantité de masques N95. L'ASPC et Ottawa se sont quant à eux croisés les bras. Au fédéral, nous n'avons commencé les achats à grande échelle qu'en mars, et à ce moment-là, comme vous l'avez entendu, c'était comme une jungle lorsqu'on tentait d'acheter des masques N95. Nous n'avons pas saisi l'occasion. Nous devons maintenant agir de toute urgence. Nous devons créer une réserve nationale et nous devons aussi nous pencher sur des solutions de rechange, car les masques N95 ne sont pas la seule façon de protéger les travailleurs de la santé. Il faut envisager sans tarder l'acquisition de respirateurs P100 et d'autres types d'équipement afin d'en avoir assez.

Par exemple, nous parlions de la technologie. Des efforts sont déployés pour commencer à créer de nouveaux types d'équipement, et nous devons agir rapidement.

Merci.

[Français]

Le président: Je vous remercie, monsieur Desilets.

M. Luc Desilets: Merci beaucoup.

[Traduction]

Le président: Nous passons maintenant à M. Davies, pour six minutes, s'il vous plaît.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Monsieur Nagpal, vous avez dit que Singapour a été l'un des premiers États à recourir au traçage des contacts et que l'Union européenne met actuellement au point un modèle à cette fin. De nombreux experts ont dit au Comité que le dépistage et le traçage des contacts sont essentiels pour maîtriser la pandémie de COVID-19. Où en est actuellement le Canada dans sa mise en œuvre du traçage des contacts?

M. Paramvir Nagpal: Je crois que le Canada n'a pas mené la charge dans l'adoption du traçage des contacts. Au cours de la dernière semaine, le Cabinet du premier ministre a annoncé que BlackBerry et Shopify allaient collaborer au développement d'une application de traçage des contacts que les Canadiens pourraient télécharger de façon anonyme et volontaire. Nous n'avons pas utilisé la technologie comme nous l'aurions dû.

D'autres pays l'ont adopté très rapidement. Nous n'avons actuellement pas d'application. Nous n'avons pas de données pour voir comment elle peut être utilisée. À défaut de pouvoir analyser des données, nous ne pouvons pas l'améliorer. Disons qu'une personne infectée à la COVID se rend à l'hôpital. Comment peut-on déterminer avec exactitude à quels endroits cette personne s'est rendue au cours de la dernière semaine ou des 14 derniers jours? C'est très difficile. Je crois que nous faisons du bon travail grâce aux annonces que nous lancerons, mais nous ne sommes pas encore passés à l'action.

M. Don Davies: Les experts estiment que les applications volontaires de retraçage des contacts nécessitent généralement une participation d'environ 60 % de la population pour être efficaces. À votre avis, ce niveau de participation volontaire est-il réaliste, ou devrions-nous envisager une utilisation obligatoire du retraçage des contacts? Quel conseil donneriez-vous au Comité à ce sujet?

• (1355)

M. Paramvir Nagpal: Tout d'abord, je pense qu'il est vrai que l'application doit être utilisée à 60 %. Je ne pense pas qu'une application de retraçage des contacts puisse être utilisée par 60 % de la population au Canada. Je ne crois pas que nous devrions la rendre obligatoire. Nous ne sommes pas un pays qui retirerait ce droit à ses citoyens. Je pense que nous devrions y ajouter d'autres technologies de localisation ou une autre méthode traditionnelle. Lorsque vous combinez la nouvelle technologie avec les méthodes traditionnelles et que vous utilisez d'autres types d'applications de localisation, vous êtes en mesure d'obtenir le résultat escompté, et je pense que c'est la combinaison que nous devons rechercher pour maximiser les résultats de cette technologie.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Possamai, le 31 janvier, vous avez rédigé une lettre à la ministre fédérale de la Santé, Mme Patty Hajdu, pour l'exhorter à adopter des mesures de précaution pour les travailleurs de la santé. Dans cette lettre, vous avez écrit ceci: « Je suis profondément déçu que l'Agence de la santé publique du Canada risque la sécurité des travailleurs de la santé en recommandant des protections plus faibles contre le nouveau coronavirus. » Vous avez également déclaré que le fait de ne pas agir en mettant en place des politiques plus sévères « serait une grave injustice à l'égard des victimes du SRAS et à leur famille; la moitié des victimes du SRAS en Ontario étaient des travailleurs de la santé ».

Quelle a été sa réponse à vos préoccupations?

M. Mario Possamai: Elle n'a jamais répondu à ma lettre.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Possamai, pour continuer avec vous, nous savons que le rapport final de la Commission indépendante sur le SRAS en 2006 a recommandé des prescriptions très claires sur la manière de faire face à une future pandémie. L'une d'entre elles, comme vous l'avez souligné à plusieurs reprises, est que dans toute crise future de maladie infectieuse, le principe de précaution devrait guider l'élaboration, la mise en œuvre et la surveillance des procédures, lignes directrices, processus et systèmes.

Nous avons déjà souligné qu'en ce qui concerne les masques, la transmission par gouttelettes par opposition à la transmission par voie aérienne, la transmission asymptomatique, la transmission communautaire, les restrictions de voyage, les fermetures de frontières et les réserves d'urgence, je pense qu'il est juste de dire que dans tous ces domaines, si nous avons fait quelque chose, c'est que nous avons ignoré le principe de précaution et que nous avons plutôt attendu d'avoir des preuves concrètes avant d'agir.

Est-ce que ce serait une description juste de la réponse du Canada de janvier à ce jour?

M. Mario Possamai: Ça l'est.

Nous avons eu des occasions à maintes reprises, surtout au début et à la fin du mois de décembre, lorsque nous avons eu le premier aperçu que quelque chose de très grave se passait à Wuhan. Nous avons eu l'occasion d'agir avec audace et rapidité pour protéger nos travailleurs de la santé et, par extension, pour protéger le pays, car la protection des travailleurs de la santé va de pair avec l'endigement de la pandémie. Les pays qui ont un faible taux d'infection des travailleurs de la santé sont aussi ceux qui ont le meilleur bilan en matière de maîtrise de la pandémie.

M. Don Davies: Pouvez-vous nous aider à comprendre pourquoi c'est le cas? Nous avons beaucoup mis l'accent là-dessus après le SRAS. Comme vous l'avez mentionné, nous avons eu la Commission Archie Campbell, et je pense que nous en avons eu une au niveau fédéral également. Nous avons des prescriptions très claires sur ce qu'il faut faire, et pourtant, au cours des 14 dernières années, de 2006 à 2020, nous avons non seulement failli à la tâche pendant cette période, mais aussi, depuis le début de la crise de la COVID-19, nous n'avons pas réussi à mettre en œuvre les prescriptions mêmes du rapport de la Commission indépendante sur le SRAS.

Pouvez-vous nous donner votre avis sur les raisons de cette situation? Comment cela a-t-il pu se produire?

M. Mario Possamai: Je vous dirai personnellement que je suis dégoûté que ce soit arrivé, que les choses se soient passées ainsi. C'était bien pire que mon pire cauchemar, et l'une des raisons est que l'ASPC ne comprend pas le rôle des syndicats et des travailleurs dans la sécurité des travailleurs. Dans n'importe quel lieu de travail, la responsabilité de la sécurité des travailleurs est partagée entre les travailleurs et leur employeur, ce qui signifie, plus particulièrement dans les secteurs des soins de santé, que le personnel infirmier, les médecins et autres travailleurs de la santé ont un rôle direct à jouer pour assurer la sécurité du lieu de travail.

Dans les interactions dont je suis au courant et dont j'ai entendu parler entre l'ASPC et les syndicats, il n'y a pas eu de dialogue positif, de dialogue axé sur la collaboration, entre les travailleurs, les syndicats et l'ASPC. Au lieu de cela, il y a eu des consultations superficielles avec les travailleurs et les syndicats, où on ne faisait qu'effleurer les sujets. En fait, il devrait y avoir un dialogue permanent, car les travailleurs de première ligne savent d'expérience quels sont les risques et comment les choses évoluent. Ils peuvent formuler des recommandations en temps réel sur la manière de garantir la protection de tout le monde. Par « tout le monde », j'entends les travailleurs, les patients, les visiteurs et le reste d'entre nous, car comme je l'ai dit précédemment, l'endiguement de la pandémie et la sécurité des travailleurs vont de pair.

• (1400)

Le président: Merci, monsieur Davies.

Nous allons maintenant passer à la deuxième série d'interventions. Nous allons la commencer avec Mme Jansen.

Madame Jansen, la parole est à vous pour cinq minutes, je vous prie.

Mme Tamara Jansen: Merci beaucoup. J'aimerais poser mes premières questions à M. Possamai.

J'ai beaucoup aimé votre explication sur le manque d'urgence. Je peux vous dire qu'en tant que membre du Comité depuis le tout début, j'ai ressenti le même manque d'urgence de la part de l'ASPC et du gouvernement sur un certain nombre de ces questions.

Nous avons de très sérieuses inquiétudes concernant le message de la Dre Tam sur le danger que le port du masque représenterait pour les Canadiens et son entêtement à faire fi du principe de précaution. Ce message, évidemment, a été par la suite répété par la ministre Hajdu à de nombreuses séances d'information sur la COVID-19 et, depuis, de nouvelles données scientifiques les ont amenées à modifier leur recommandation. Malheureusement, nous avons perdu une occasion très importante de convaincre les Canadiens de porter le masque et de se sentir à l'aise avec le port du masque.

D'après les diverses déclarations que nous avons entendues à ce comité, il semble que les Canadiens se soient peut-être fait dire de ne pas porter de masque au début parce que l'ASPC savait que notre réserve nationale n'avait pas été maintenue et qu'il n'y avait pas assez de masques au Canada pour protéger même seulement nos travailleurs de la santé.

Diriez-vous que la politisation au plus haut niveau de l'ASPC a eu une incidence sur les décisions prises, au détriment des Canadiens?

M. Mario Possamai: Je pense que l'ASPC a été lente à réagir, et le port du masque en public en est un excellent exemple. Au début, j'ai rédigé une lettre à la Dre Tam pour lui faire part que les inquiétudes concernant l'auto-contamination sont justifiées, mais si c'est le cas, vous devriez mener d'urgence une vaste campagne de santé publique — comme les autorités sanitaires l'ont fait à Singapour, à Hong Kong et à Taïwan — sur la façon de porter un masque. Cette campagne n'a toujours pas été menée. En marchant à Toronto, je vois des Canadiens bien intentionnés qui portent des masques faits maison, mais ils les portent avec le nez exposé. Je vois des Canadiens avec des barbes qui portent des masques, alors que nous savons tous que la barbe empêche de porter un masque en toute sécurité.

Il y a une réelle incapacité d'agir de toute urgence pour protéger les Canadiens et aussi de nous assurer qu'ils obtiennent les meilleurs renseignements possible.

Mme Tamara Jansen: De nombreux électeurs dans ma circonscription voulaient utiliser des masques au début, mais on a laissé entendre que le port d'un masque en public susciterait la peur ou un rejet raciste. Puisque la Dre Tam aurait su dès le début que les masques constituaient un niveau de protection supplémentaire, pourquoi pensez-vous qu'elle n'a pas insisté pour qu'ils soient utilisés? Pensez-vous qu'elle a subi des pressions de la part de l'OMS ou d'autres acteurs politiques?

M. Mario Possamai: C'est une excellente question. C'est une question que je me suis posée. Ce que j'ai constaté, c'est que les conseils de l'ASPC sont conformes à ceux de l'OMS depuis le début. Il n'y a eu aucune réflexion critique, aucune évaluation critique, sur la question de savoir si le conseil est le bon.

Je vais vous donner un autre exemple, si vous le permettez. La mission de l'OMS en Chine, le 28 février de cette année, a fait état que la Chine était capable d'éliminer les infections des travailleurs de la santé, mais n'a pas expliqué comment. Il faut aller au fond des choses et examiner les détails pour voir ce que les Chinois ont fait, car ils ont ordonné à tout le monde de porter des masques N95. C'est une norme qui comporte des zones grises pour l'OMS, et j'espère que le Comité le soulignera si vous recevez le bon témoin de l'OMS. Je suis déçu que l'ASPC n'ait pas eu l'esprit critique nécessaire pour examiner cette question et dire, « Pourquoi la Chine a-t-elle pu protéger ses travailleurs de la santé? »

Mme Tamara Jansen: Je sais que lorsque nous avons reçu des représentants de l'ASPC, nous avons découvert qu'ils ne faisaient même pas de rotation de notre réserve. Comment pouvons-nous exiger des comptes de ces gens à l'ASPC? Devrait-il y avoir une entité indépendante pour mener un examen du rendement, comme vous l'avez mentionné, annuellement ou peu importe?

M. Mario Possamai: Vous savez, quand le juge Campbell a conseillé de mettre sur pied l'ASPC et le bureau de la Dre Tam, il était d'avis, et je suis d'accord avec lui, que tout était sous contrôle, car ce bureau avait la capacité indépendante de se prononcer sur les risques pour la santé. Nous croyions que s'il y avait une pénurie de masques, l'entité dénoncerait rapidement la situation. Elle ne l'a pas fait.

Le Parlement, à mon avis, devrait exiger une certification en profondeur chaque année sur notre état de préparation pour faire face à un risque aussi existentiel.

• (1405)

Mme Tamara Jansen: Merci beaucoup.

J'ai une question rapide pour Medtronic. J'ai lu dans votre rapport d'entreprise de mai que vous avez enregistré une diminution de 26 % de vos revenus au premier trimestre en raison de la COVID-19. Apparemment, le groupe de santé cardiaque et cardiovasculaire a enregistré sa plus forte baisse, à 34 %. Nous savons que de nombreuses procédures sont actuellement reportées afin de ne pas surcharger notre système de soins de santé. La baisse de vos revenus laisse présager un taux très élevé. Quel en sera le coût, selon vous, pour les résultats de santé des Canadiens?

[Français]

M. Patrick Hupé: Il est très difficile de prévoir ce coût. Par contre, on sait que la reprise semble aller bon train partout au pays depuis maintenant quelques semaines. Évidemment, à la suite de cela, certaines chirurgies cardiaques urgentes ont eu lieu. Les autres opérations commencent à reprendre lentement, mais sûrement. À cet égard, il m'est très difficile d'émettre un chiffre.

[Traduction]

Mme Tamara Jansen: Nous avons entendu dire que de nombreux hôpitaux...

Le président: Merci, madame Jansen. Nous allons maintenant passer à Mme Sidhu.

Madame Sidhu, la parole est à vous pour cinq minutes, je vous prie.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président. Merci à tous les témoins d'être ici avec nous.

Monsieur Hupé, je tiens à remercier Medtronic. J'ai eu une excellente conversation avec le président de Medtronic, Neil Fraser. Comme vous le savez, nous sommes confrontés à une situation sans précédent, pour la toute première fois. Je tiens à remercier vivement ceux qui font un travail remarquable, en particulier Medtronic, de Brampton-Sud, qui aide non seulement les Canadiens, mais des gens dans le monde entier.

En mai, Medtronic a annoncé une expansion de son programme d'assurance, en offrant une nouvelle option pour soutenir les clients diabétiques. Comme vous le savez, Brampton présente les taux de diabète les plus élevés. Comment ce changement a-t-il aidé certains des clients les plus vulnérables pendant cette pandémie? Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet?

M. Patrick Hupé: Pouvez-vous répéter la dernière partie de votre question, madame Sidhu, s'il vous plaît?

Merci beaucoup.

Mme Sonia Sidhu: Vous aidiez les patients diabétiques à Brampton. Pouvez-vous nous expliquer comment vous les aidiez?

De plus, le gouvernement fédéral a investi 250 millions de dollars dans des soins virtuels durant la pandémie de COVID-19. Vous avez dit dans votre déclaration que les soins virtuels étaient utilisés par plus de 50 % des patients au Centre Peter Munk. L'hôpital civique de Brampton est débordé et surchargé. Comment l'hôpital civique de Brampton peut-il bénéficier de votre programme de télésanté?

[Français]

M. Patrick Hupé: Je vous remercie de votre question.

D'abord, nous avons une équipe qui s'appelle Integrated Health Solutions, dont les efforts permettent d'optimiser des corridors de soins cliniques. Cela permet d'identifier des cohortes de patients pour les professionnels de la santé. Ensuite, selon des critères objectifs, les programmes mis en place et les indications liées à nos produits, on peut sélectionner les bons patients et voir comment on peut les accompagner. Il y a donc toute une équipe qui peut soutenir des hôpitaux et des équipes cliniques partout au pays pour s'assurer que ces programmes sont bénéfiques pour la population diabétique au Canada.

[Traduction]

Mme Sonia Sidhu: C'est merveilleux.

Souhaitez-vous parler de la création d'une application pour aider les travailleurs médicaux de première ligne durant la pandémie de COVID-19? Comment cette application réussit-elle à aider les travailleurs de première ligne?

[Français]

M. Patrick Hupé: Je ne suis pas certain de comprendre ce dont vous parlez exactement. Par contre, nous avons présentement des projets visant à optimiser l'utilisation des équipements de protection individuelle pour certaines interventions. Avec le personnel qui doit être sur place pour certaines interventions, nous essayons de coordonner l'installation de ces équipements pour nous assurer qu'ils sont utilisés à bon escient. Nous faisons notamment des simulations à l'aide d'algorithmes afin de soutenir des équipes cliniques à cet égard.

• (1410)

[Traduction]

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Quelle est la capacité de production actuelle de Medtronic? Medtronic a-t-elle atteint son objectif de production pour juin 2020?

[Français]

M. Patrick Hupé: Absolument. Vous parlez des ventilateurs, c'est bien cela?

[Traduction]

Mme Sonia Sidhu: Oui.

[Français]

M. Patrick Hupé: Oui. En fait, nous sommes en voie de quintupler la production. Comme je le disais à M. Longfield plus tôt, on parle d'équipements hautement sophistiqués qui requièrent beaucoup de technologies et de pièces, selon la chaîne d'approvisionnement. Malgré tous les défis que cela peut poser, nous sommes en bonne voie d'accomplir ce que nous avons déclaré il y a quelques semaines, c'est-à-dire quintupler notre production de ventilateurs.

[Traduction]

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Monsieur le président, me reste-t-il du temps?

Le président: Il vous reste 30 secondes.

Mme Sonia Sidhu: Dans ce cas, je vais m'abstenir de répondre.

Le président: Merci, madame Sidhu.

J'informe le Comité que nous avons un plafond strict pour les installations de réunion à 25 minutes après l'heure. Si nous sommes intransigeants avec les temps de parole, tout le monde pourra poser des questions.

Nous allons maintenant poursuivre avec Mme Kusie, pour cinq minutes.

[Français]

Mme Stephanie Kusie (Calgary Midnapore, PCC): Je vous remercie beaucoup, monsieur le président.

Normalement, je siège au Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées. Dans ce comité-ci, la façon de procéder est différente.

Ma première question s'adresse à vous, monsieur Hupé. En général, avez-vous remarqué un changement relativement aux chaînes d'approvisionnement mondial?

M. Patrick Hupé: Pour ce qui est des chaînes d'approvisionnement, nous avons peut-être été chanceux, mais, jusqu'à présent, nous n'avons pas été aux prises avec des problèmes majeurs à cet égard.

Mme Stephanie Kusie: D'accord.

Cela inclut-il les équipements médicaux?

M. Patrick Hupé: Absolument.

Mme Stephanie Kusie: D'accord.

Pensez-vous qu'il est important que le Canada demande d'avoir plus d'échanges avec la Chine? Je pense qu'il serait important d'avoir moins d'échanges avec la Chine.

M. Patrick Hupé: Je ne suis pas un expert en politique internationale.

Je pense simplement que, grâce à ce qui a été fait jusqu'à présent et à notre propre expérience en lien avec la chaîne d'approvisionnement, nous avons été capables d'augmenter notre capacité de production. Par ailleurs, pour pallier les besoins le plus rapidement possible, nous avons ouvert nos propriétés intellectuelles à certaines technologies.

De plus, le personnel sur le terrain a permis de remettre en fonction des ventilateurs qui avaient été laissés sur les tablettes, de procéder à leur installation et de former le personnel soignant.

Mme Stephanie Kusie: Selon vous, verra-t-on des changements relatifs aux chaînes d'approvisionnement, puisque la confiance accordée à la Chine en matière de fourniture d'équipement risque de diminuer?

M. Patrick Hupé: J'espère qu'il y aura toujours une bonne planification.

Comme je le disais dans mon introduction, je pense que le système d'approvisionnement doit être vu comme un aspect très stratégique pour aller de l'avant, et il doit être fondé sur des principes basés sur des politiques qui nous permettent d'accéder à des solutions, et non pas à du volume ou à des technologies comme telles.

À mon avis, si on cherche des solutions, les technologies vont suivre. On répondra ainsi à la demande. Pour cela, il faut une expertise sur le plan stratégique en ce qui concerne l'approvisionnement.

• (1415)

Mme Stephanie Kusie: Selon moi, c'est important d'avoir de l'expertise en ce qui concerne les affaires étrangères, mais c'est aussi important de connaître l'opinion de l'industrie, car elle sait exactement ce que nous avons et ce dont nous avons besoin. À mon avis, c'est vraiment important d'avoir la coopération de l'industrie.

Durant la pandémie, qu'avons-nous appris au sujet de la deuxième vague ou d'une pandémie future?

M. Patrick Hupé: Tout d'abord, je dois dire que je suis tout à fait d'accord avec vous: l'industrie a un rôle important à jouer. Je pense aussi que des expériences ont été faites, tant par des PME que par des multinationales comme la nôtre.

Je parle au nom de Medtronic Canada seulement. Puisque lacompanie est présente partout dans le monde, nous avons été en

contact avec différents systèmes de santé. Notre expertise à cet égard nous a permis de voir comment cela a été fait auprès de l'industrie.

Comme je le disais dans mon introduction, si l'industrie veut aller de l'avant, elle doit non seulement être vue comme un fournisseur, mais aussi comme un vrai partenaire qui peut proposer des solutions sans mettre à risque notre système de santé. En effet, ce dernier doit demeurer public. Nous sommes tout à fait fiers du système de santé actuel.

À mon avis, ce serait odieux de se priver d'un autre ayant droit, soit le fournisseur ou l'industrie, pour s'enquérir de certaines solutions liées à l'avenir. On devrait commencer à le faire dès maintenant.

Mme Stephanie Kusie: Pensez-vous que, jusqu'à maintenant, le gouvernement a été un bon partenaire pour déterminer l'inventaire exact que nous avons actuellement, mais aussi pour déterminer ce dont nous aurons besoin à l'avenir?

Nous avons dit qu'au début de la pandémie...

[Traduction]

Le président: Excusez-moi, mais vous devez répondre très brièvement. Le temps est écoulé.

Allez-y, je vous prie.

[Français]

M. Patrick Hupé: Écoutez, je pense que le fait d'avoir une telle commission permettra de trouver des solutions. Il est facile à ce stade de revenir en arrière et de commenter la situation. Il a été difficile de prévoir l'ampleur de cette pandémie, mais je salue l'ouverture et le fait que nous avons ce genre d'échanges pour apprendre rapidement et prendre des mesures avant une potentielle seconde vague.

Mme Stephanie Kusie: Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Monsieur Kelloway, vous avez cinq minutes. Si vous pouvez poser vos questions en trois minutes, ce serait très utile.

M. Mike Kelloway: C'est ce que je ferai, monsieur le président. J'ai seulement quelques questions concernant Medtronic Canada.

Je crois savoir que votre organisation a récemment été désignée comme l'un des meilleurs lieux de travail en Ontario pour son soutien à la santé mentale de ses employés. Pouvez-vous nous parler un peu de votre organisation et de ce qu'elle a fait pour soutenir la santé mentale de ses employés durant cette pandémie? J'examine les pratiques exemplaires, et je pense que parfois, la santé mentale a tendance à ne pas être aussi remarquée que d'autres aspects de la santé.

Je me demande si vous pouviez nous en parler brièvement. J'aurai ensuite une autre question.

[Français]

M. Patrick Hupé: Je vous remercie de la question, monsieur Kelloway, et merci de souligner cette reconnaissance que nous avons reçue.

Nous faisons différentes choses. D'abord, tout part de notre mission. La mission de Medtronic Canada a été écrite il y a 60 ans par son fondateur, M. Earl E. Bakken, et tout tourne autour d'elle. Il s'agit essentiellement de nous assurer que l'on peut apaiser les douleurs, prolonger la vie et restaurer la santé des patients.

Nous sommes évidemment très proches des patients et nous voyons très concrètement l'effet de nos technologies sur leur santé. Cela inspire nos employés et donne un sens à ce que nous faisons concrètement. Souvent, les employés nous disent que, lorsqu'ils vivent des moments un peu plus difficiles ou de découragement, ils se souviennent de cette mission et de l'impact qu'ils ont sur les patients. Il arrive même que des patients qui bénéficient de notre technologie viennent témoigner de ses bienfaits devant nous. Cela prouve évidemment beaucoup d'effet sur nous tous, chez Medtronic Canada.

• (1420)

[Traduction]

M. Mike Kelloway: Merci beaucoup.

J'ai une dernière question, monsieur le président. Je renoncerais ensuite à mon temps de parole.

Docteur Possamai, en tant qu'ancien conseiller principal à la Commission d'enquête sur le SRAS, vous en avez parlé, mais si vous deviez vous pencher sur le présent et l'avenir, ce qui n'est pas si loin si nous considérons la possibilité d'une deuxième vague, je me demande ce que vous recommanderiez maintenant aux travailleurs de la santé aux premières lignes, et ils sont nombreux dans ma famille, en ce qui concerne un certain nombre de moyens d'assurer leur sécurité pendant la pandémie.

M. Mario Possamai: Tout d'abord, je pense que nous devons passer au principe de précaution pour les protéger. Nous devons adopter des précautions en matière de transmission par voie aérienne. Alors que nous allons maintenant de l'avant, comme le gouvernement l'a dit, avec une production nationale de masques N95, nous devrions vraiment l'augmenter pour nous assurer d'en avoir suffisamment.

Nous devons également essayer de trouver des options de rechange de toute urgence, car les masques N95 ne sont pas une panacée. Il existe d'autres options. Malheureusement, l'ASPC n'a pas l'expertise à l'interne en matière de sécurité des travailleurs pour vraiment le faire. Je pense qu'il est important de faire appel à des experts en sécurité sanitaire et à l'industrie pour conseiller l'ASPC dans ce domaine.

M. Mike Kelloway: Merci beaucoup.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Kelloway. Je vous suis reconnaissant de votre aide.

Nous allons maintenant entendre M. Desilets.

Vous avez seulement deux minutes et demie, mais si vous pouvez être plus bref, ce serait très utile.

[Français]

M. Luc Desilets: D'accord. Je vous remercie, monsieur le président.

Ma question s'adresse encore une fois à M. Possamai.

Vous avez souligné tantôt qu'il était important que le gouvernement fédéral produise annuellement un rapport de façon à ce que nous ne nous retrouvions pas dans une situation semblable à celle que nous avons connue et que nous connaissons encore.

Pouvez-vous me dire un peu plus précisément quels éléments vous aimeriez voir dans ce rapport? Est-ce qu'on y traiterait du niveau des stocks, des plans d'intervention? De quoi s'agirait-il précisément?

[Traduction]

M. Mario Possamai: C'est une excellente question.

Nous devons savoir si nous avons suffisamment de fournitures, suffisamment de respirateurs N95, et nous devons savoir où ils se trouvent. Plus important encore, nous devons savoir si nous avons la bonne culture de la sécurité des travailleurs dans l'ensemble du pays dans différents contextes, car le masque N95 n'est qu'un élément de ce qui rend un lieu de travail sécuritaire. Il existe une hiérarchie de contrôle. Nous devons mettre au point ce contrôle.

C'est vraiment une approche holistique qui mène à la sécurité, et elle va au-delà de la sécurité des travailleurs. Il s'agit également de mettre en place un soutien industriel si nous devons augmenter l'approvisionnement dans certains secteurs.

[Français]

M. Luc Desilets: Je vous remercie.

Monsieur Hupé, selon vous, le Québec a-t-il présentement tous les respirateurs qu'il lui faut?

M. Patrick Hupé: C'est une bonne question, mais il est très difficile d'y répondre. Le ministère de la Santé dispose peut-être de cette information, mais de notre côté, en tant que fournisseurs, nous pouvons difficilement la colliger. Nous ne sommes pas les seuls fournisseurs. Il y en a plusieurs autres. Par conséquent, il nous serait difficile d'émettre une opinion bien arrêtée et exhaustive.

M. Luc Desilets: Très bien.

Dans l'éventualité où il y aurait une deuxième vague plus importante que celle que nous venons de connaître, le problème des respirateurs risquerait-il d'être plus important encore? Sinon, aurons-nous le temps, au cours des deux prochains mois, de répondre à des besoins éventuellement plus importants?

• (1425)

M. Patrick Hupé: Des mesures concrètes ont certainement été prises. Je ne suis pas devin, mais pour notre part, nous avons quintuplé la production des ventilateurs auxquels j'ai fait allusion et qui sont assez sophistiqués. Cela va sûrement être utile.

En outre, nous avons rendu notre propriété intellectuelle accessible pour que des groupes comme Ventilators for Canadians, avec Baylis, dont le siège social est à Montréal, comme vous le savez, puissent également produire un autre type de ventilateurs. Il est certain que la quantité disponible sera plus élevée qu'elle ne l'était le 12 ou le 13 mars dernier.

M. Luc Desilets: Je vous remercie beaucoup, messieurs.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Desilets.

Nous allons maintenant entendre M. Davies.

Vous avez également deux minutes et demie. Si vous pouvez prendre moins de temps, ce serait très utile. Merci.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Possamai, certains des sujets dont nous parlons sont de l'eau sous les ponts, mais nous sommes toujours en pleine crise sanitaire et nous devons prendre des décisions maintenant. Je veux vous exposer une situation actuelle et obtenir vos conseils.

Récemment, la Dre Theresa Tam a conseillé aux Canadiens d'éviter trois choses: les espaces fermés et mal ventilés, les endroits bondés où se trouvent un grand nombre de personnes et les contacts étroits où il est impossible de maintenir une distanciation physique optimale avec les autres. Cependant, le 1^{er} juillet, nous avons appris qu'Air Canada et WestJet allaient autoriser des cabines pleines, où il est évidemment impossible de maintenir une distanciation physique. Jusqu'à présent, Transports Canada refuse de faire appliquer les règles d'éloignement physique aux compagnies aériennes, comme c'est le cas pour de nombreuses entreprises.

Quel serait votre conseil au gouvernement à ce sujet? Devrions-nous imposer des règles d'éloignement physique aux compagnies aériennes en tant que principe de précaution?

M. Mario Possamai: Je pense que nous devrions le faire. Je pense qu'il est très risqué de faire autrement. Je pense que l'approche de la distanciation physique que nous adoptons partout devrait également être appliquée dans les avions. Je ne vois pas pourquoi les compagnies aériennes devraient être exemptées.

M. Don Davies: Merci.

Je siège aussi à ce comité depuis un certain nombre d'années et depuis le début de la crise de la COVID-19, et je me rappelle qu'en janvier, en février et en mars, ils se produisaient deux choses. L'une était que nous avions clairement une pénurie d'équipement de protection individuelle au pays. Vous avez parlé des masques expirés, de la destruction de deux millions de masques N95 et de la pénurie manifeste. Par ailleurs, notre administratrice en chef de la santé publique, la Dre Tam, disait aux Canadiens que les masques seraient nocifs, sans parler du fait qu'elle ne les recommandait pas. De plus, il est clair qu'un certain nombre de travailleurs de la santé ne recevaient pas l'EPI dont ils avaient besoin.

Pensez-vous qu'il y avait un lien entre les deux? Pensez-vous que la raison pour laquelle le gouvernement ne recommandait pas les masques à la population canadienne au début de cette pandémie et ne les fournissait pas aux travailleurs de la santé de première ligne était que nous avions une pénurie nationale?

Le président: Répondez en 10 secondes, s'il vous plaît, ou le plus rapidement possible.

M. Mario Possamai: Désolé, mais je ne peux pas répondre à cela rapidement.

Le président: Merci, monsieur Davies.

Mme Tamara Jansen: J'invoque le Règlement.

Ne pouvons-nous pas lui accorder quelques minutes supplémentaires? Je suis certaine que les préposés au nettoyage peuvent attendre.

M. Don Davies: Que pensez-vous de 30 secondes pour fournir une réponse?

Mme Tamara Jansen: Je pense que c'était un feu vert, mais vous...

Le président: Désolé. Utilisez 30 secondes si vous le pouvez.

M. Mario Possamai: Merci.

Je pense que les pénuries faisaient probablement partie du raisonnement, et c'est le mauvais type de raisonnement.

Par exemple, si vous manquez d'un certain antibiotique, vous ne dites pas que la maladie a disparu. Vous pouvez trouver un autre type d'antibiotique afin de continuer de traiter la maladie. La même chose s'est produite ici, en Ontario. L'ONA a intenté une action en justice dans laquelle un expert médical a déclaré que oui, les autorités sanitaires ont abandonné l'approche de précaution en raison des pénuries.

C'est tout simplement inadmissible. Si vous avez une pénurie, vous trouvez un substitut ou un autre moyen, mais vous continuez de protéger les travailleurs. Vous ne mentez pas aux gens sur ce que les données scientifiques révèlent.

• (1430)

Le président: Merci.

Voilà qui met fin à la dernière série de questions. Je remercie tous les témoins et les membres de leur participation et de leur temps, et certainement les témoins de leur temps et de leur expertise.

Je m'excuse auprès de l'équipe qui doit nettoyer cette pièce. Nous avons légèrement dépassé notre temps, mais merci à tous de votre travail assidu.

Sur ce, la séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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