



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

43<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 2<sup>e</sup> SESSION

---

# Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 016**

Le lundi 1<sup>er</sup> février 2021

---

Président : M. Ron McKinnon





## Comité permanent de la santé

Le lundi 1er février 2021

• (1100)

[Traduction]

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

Bienvenue, tout le monde, à la 16<sup>e</sup> séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Aujourd'hui, le Comité étudie la situation d'urgence à laquelle les Canadiens font face avec la deuxième vague de la pandémie de COVID-19.

Notre séance se tient en mode hybride, conformément à l'ordre adopté par la Chambre le 25 janvier 2021. Il y a donc des membres présents dans la salle et d'autres qui utilisent l'application Zoom à distance. Le compte rendu des délibérations sera disponible sur le site Web de la Chambre des communes. La webémission montrera toujours la personne qui parle, plutôt que l'ensemble du Comité.

La séance d'aujourd'hui est aussi présentée sous forme de webinaire. C'est nouveau. Les webinaires sont pour les séances publiques des comités et sont réservés aux députés, à leur personnel et aux témoins. Les membres ont pu remarquer qu'ils ont eu beaucoup plus vite accès à la séance et qu'ils ont tout de suite été comptés comme participants actifs. Les fonctionnalités pour les participants actifs demeurent les mêmes. Les membres du personnel sont des participants non actifs seulement et ne peuvent donc voir que l'ensemble du groupe.

J'en profite pour rappeler à tous les participants qu'il est interdit de tirer des captures d'écran ou de prendre des photos de leur écran.

Compte tenu de la pandémie actuelle et à la lumière des recommandations des autorités sanitaires, pour demeurer en santé et en sécurité, toutes les personnes qui assistent à la réunion en présentiel doivent respecter les deux mètres de distanciation physique, porter un masque non médical lorsqu'elles circulent dans la salle — il est fortement recommandé de porter le masque en tout temps, y compris lorsque vous êtes assis — et maintenir une bonne hygiène des mains en utilisant le désinfectant fourni à l'entrée de la salle.

En tant que président, j'appliquerai ces mesures pendant toute la durée de la séance, et je remercie d'avance les membres de leur collaboration.

Pour ceux qui participent virtuellement, j'aimerais également énoncer quelques règles à suivre.

Les membres et les témoins peuvent s'exprimer dans la langue officielle de leur choix. Il y a des services d'interprétation disponibles pour cette séance. Vous avez le choix, au bas de votre écran, entre « parquet », « anglais » ou « français » et, depuis la dernière version Zoom, vous pouvez parler dans la langue de votre choix sans avoir à sélectionner le canal de langue correspondant. Vous re-

marquez aussi que la fonction « lever la main » de la plateforme est désormais plus facile d'accès dans la barre d'outils principale, si vous souhaitez parler ou alerter la présidence. La barre d'outils principale se trouve au bas du panneau du participant.

Pour les membres qui participent en personne, procédez comme vous le feriez normalement lorsque le comité se réunit en personne dans une salle de comité.

Avant de parler, veuillez attendre que je vous nomme pour vous donner la parole. Si vous êtes en mode vidéoconférence, cliquez alors sur l'icône du microphone pour vous connecter. Pour ceux qui sont dans la salle, votre microphone sera contrôlé comme il l'est normalement par l'agent des procédures et de la vérification.

Je vous rappelle que tous les commentaires des membres et des témoins doivent passer par la présidence. Lorsque vous ne parlez pas, votre micro doit être en sourdine.

Pour ce qui est de la liste des intervenants, le greffier et moi ferons de notre mieux pour maintenir un tour de rôle consolidé pour tous les membres, qu'ils soient là virtuellement ou en personne.

J'aimerais maintenant accueillir nos témoins.

D'abord, à titre personnel, M. Amir Attaran, professeur à la Faculté de droit et à l'École d'épidémiologie et de santé publique de l'Université d'Ottawa. Nous accueillons également le Dr Isaac Bogoch, médecin et scientifique, de l'Hôpital général de Toronto et de l'Université de Toronto; ainsi que M. Marc-André Gagnon, professeur agrégé à l'École d'administration et de politique publique de l'Université Carleton. Et enfin, l'honorable Paul Merriman, ministre de la Santé de la Saskatchewan.

J'invite maintenant les témoins à faire une déclaration de six minutes. Commençons par M. Attaran, s'il vous plaît, pour six minutes.

• (1105)

**M. Amir Attaran (professeur, Faculté de droit et École d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa, à titre personnel):** Bonjour, monsieur le président.

Je m'appelle Amir Attaran. Je suis professeur de droit et de santé publique à l'Université d'Ottawa. Je voudrais vous faire part de mes antécédents pour que vous compreniez pourquoi j'ai choisi d'aborder les sujets dont je vais vous parler.

Je suis scientifique de formation. J'ai un doctorat en biologie cellulaire et en immunologie de l'Université d'Oxford. Je suis avocat à l'Université de la Colombie-Britannique. J'ai enseigné la santé publique à Yale, et le gouvernement à Harvard. Je suis un peu généraliste.

Dans mon travail, j'ai conseillé des organisations comme l'Organisation mondiale de la Santé, la Banque mondiale, le Programme des Nations unies pour le développement, Médecins sans frontières et diverses industries pharmaceutiques. De fait, j'ai travaillé dans l'industrie pharmaceutique, chez Novartis, ce qui est très intéressant, à un projet où nous devons augmenter la production de médicaments de 6 000 % en un an et résoudre le problème de la fabrication et de la distribution.

Cela me rappelle où nous en sommes, à cause de la quantité insuffisante de vaccins au pays. Par habitant, le Canada accuse un retard par rapport à la plupart des autres pays. Nous avons eu moins de vaccins que les États-Unis, le Royaume-Uni ou l'Union européenne. C'est pour des raisons que j'ai expliquées dans la revue *Macleans* en août dernier, et je suis très malheureux de constater qu'une bonne part de mes prédictions se sont avérées.

Je vais signaler trois points où je pense que tous s'entendent pour dénoncer l'inacceptable. Mon but est de vous expliquer comment vous travaillez ensemble sur ces trois enjeux.

Le premier est le manque de transparence. C'en est pathétique. Le gouvernement actuel a fait un travail épouvantable au niveau de la transparence de ses efforts. Par exemple, aucun des procès-verbaux des réunions du groupe de travail sur les vaccins n'est public. Le groupe ne semble pas s'être réuni depuis octobre dernier. Aucune des déclarations de conflit d'intérêts signées par les membres n'est rendue publique.

Nous ne savons pas vraiment ce qui se passe au sein de ce comité, ce qui n'inspire pas confiance. Les décisions scientifiques les plus importantes depuis des générations ne peuvent se prendre en secret. Il faut que cela cesse; autrement, je crains que cela ne contribue à un environnement politique agressif, où l'on se dispute tellement qu'on ne règle pas de problèmes de fond, ce qui ne serait pas souhaitable pour les Canadiens.

Deuxièmement, le plus gros problème, c'est la fabrication. Le Canada doit être plus résilient aux interruptions d'approvisionnement en vaccins. Nous avons vu ce qui arrive lorsque Pfizer et Moderna interrompent nos approvisionnements. Nous avons aussi vu ce qui arriverait si l'Union européenne cessait ses exportations, pendant que le Canada est entièrement tributaire des exportations européennes de vaccins, à l'heure actuelle.

Des pays comme l'Australie, l'Inde, le Japon et le Brésil produisent des vaccins. Pour cela, ils accordent volontairement des licences et des contrats pour la production des vaccins. C'est ainsi, soit dit en passant, que les fabricants eux-mêmes travaillent. Moderna, Novavax et AstraZeneca ne fabriquent pas ce produit, pour l'essentiel, dans leurs propres installations, mais sous-traitent la production à d'autres entreprises dont vous n'avez jamais entendu parler, comme Lonza, Fujifilm et Emergent.

Selon moi, il est important que le Parlement se demande pourquoi ne pas payer ces mêmes sous-traitants pour qu'ils produisent un autre lot pour le Canada, particulièrement dans les installations nord-américaines, où les interruptions d'approvisionnement ne seraient pas les mêmes que dans l'Union européenne...

**Le président:** Excusez-moi, monsieur Attaran. Vous devez parler un peu plus fort, et peut-être un peu plus lentement pour les interprètes.

Merci.

**M. Amir Attaran:** La solution à ce problème passe par des investissements à long terme. Il faut signer des contrats avec des fournisseurs comme Lonza, Fujifilm et Emergent qui ont l'équipement et la technologie et qui, de fait, produisent des vaccins pour les sociétés dont vous avez entendu parler, comme Moderna et AstraZeneca. Il suffit d'accélérer la cadence.

Troisièmement, où est la campagne de vaccination à grande échelle du Canada? C'est tellement éparpillé en ce moment. Il n'y a pas de plan pour une campagne nationale de vaccination une fois que nous aurons suffisamment de vaccins et, à mon avis, c'est un échec lamentable. Pour mettre les choses en contexte, rappelons qu'en 2014, le Bangladesh, l'un des pays les plus pauvres du monde, a vacciné 52 millions d'enfants en seulement trois semaines à peine. C'est plus que la population du Canada.

En 1947 — avec une vieille technologie —, la ville de New York a vacciné cinq millions de personnes contre la variole en deux semaines. Ces grandes campagnes de vaccination peuvent être menées même dans les endroits les plus pauvres de la planète. Elles ne sont pas rares. Ce modèle d'organisation devrait être envisagé pour le Canada, de telle manière que, peut-être à l'été ou à l'automne, s'il y a des vaccins en abondance, il serait possible de les administrer à des millions de personnes en une semaine.

Je pourrais parler pendant une heure de chacun de ces trois sujets — la transparence, la production, la campagne. Je ne le ferai pas. Je m'arrête ici et vous invite à poser vos questions sur ces trois sujets ou sur tout autre domaine de ma compétence qui vous intéresse.

• (1110)

**Le président:** Merci, monsieur. Nous connaissons tous vos contraintes de temps.

Nous passons maintenant au Dr Isaac Bogoch.

[Français]

**M. Luc Thériault (Montcalm, BQ):** Un instant, monsieur le président.

[Traduction]

**Le président:** Allez-y, monsieur Thériault.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Je ne pourrai pas continuer à assister à nos réunions si les interprètes sont dans l'impossibilité de faire leur travail d'interprétation. On prétend que c'est parce que les microphones de certains sont restés ouverts ou parce qu'on n'a pas fait les tests de son nécessaires pour s'assurer que les interprètes entendaient correctement les témoins.

Quoi qu'il en soit, je veux simplement vous dire qu'il y a actuellement un problème. En effet, pendant tout le témoignage de M. Attaran, qui était vraiment très pertinent, lorsque l'interprète cessait de parler, j'entendais très bien les propos de M. Attaran, pour ma part. Par contre, l'interprète ne les entendait pas assez bien pour les interpréter. Elle l'a d'ailleurs mentionné tout au long de son intervention.

Je ne comprends pas que vous ne soyez pas organisé de sorte que le greffier reçoive le message rapidement et que vous portiez attention à ces situations. De mon côté, même si je voulais écouter les propos en anglais, ce serait impossible; j'entends uniquement une interprète qui dit être incapable de fournir l'interprétation de ce qui se dit.

En tant que minorité linguistique du Canada et du continent, nous avons tout autant le droit d'entendre ce que les témoins nous disent.

[Traduction]

**Le président:** Merci, monsieur Thériault.

Je vous conseillerais certainement, si vous ne recevez pas l'interprétation, de me le signaler dès que vous pouvez, par un rappel au Règlement. Nous essaierons alors de régler le problème de la façon la plus proactive possible. Le greffier m'a informé par note pendant le témoignage de M. Attaran que le témoin parlait trop vite et pas assez fort. Je lui ai donc demandé de parler plus fort.

Docteur Bogoch, je vous invite à parler lentement et assez fort. Il y a eu une vérification du son pour tous les témoins.

Docteur Bogoch, avez-vous un casque d'écoute?

**Dr Isaac Bogoch (médecin et scientifique, Hôpital général de Toronto et University of Toronto, à titre personnel):** J'ai vérifié le son, et on m'a dit que c'était parfait. Je n'ai pas de casque d'écoute, mais j'ai un microphone spécial de grande qualité.

**Le président:** Monsieur Thériault, je suis certainement au courant de votre problème, et je fais de mon mieux pour surveiller l'interprétation. N'hésitez pas à invoquer le Règlement si vous ne la recevez pas.

Docteur Bogoch, vous avez la parole pour six minutes.

**Dr Isaac Bogoch:** Merci beaucoup. Bonjour à tous. Je m'appelle Isaac Bogoch. Je suis médecin spécialiste des maladies infectieuses et scientifique à l'Hôpital général de Toronto et à l'Université de Toronto. Je vous remercie de m'avoir invité à prendre la parole devant votre comité au sujet de la deuxième vague de la COVID-19 au Canada.

Je consacrerai mes quelques minutes à une stratégie de sortie de cette vague et de la pandémie en général, en mettant l'accent sur la vaccination, mais en abordant aussi d'autres enjeux, comme les interventions non pharmaceutiques.

L'objectif ultime ici est de stopper la deuxième vague et de bloquer d'autres vagues de la COVID-19. La plupart des régions du Canada ont connu des périodes de pointe en décembre ou au début de janvier et observent une diminution ou une stabilisation du nombre de cas par suite de nos initiatives de contrôle. C'est louable, mais nous avons encore beaucoup de chemin à parcourir. Les vaccins arrivent au compte-gouttes, et nous ne pourrions pas vraiment commencer l'expansion à grande échelle de ces programmes avant le printemps, si bien que les programmes mettent l'accent, comme il se doit, sur les personnes qui sont exposées au plus grand risque de conséquences graves.

Je veux aborder trois grands sujets: ce qui joue en notre faveur; ce qui joue contre nous; et notre façon de naviguer au cours de l'hiver et du printemps, et par après.

Commençons par ce qui joue en notre faveur. D'abord, nous avons des vaccins. Bien sûr, le ralentissement à court terme nous

empêche actuellement d'étendre ces programmes, mais nous en avons encore et nous les utilisons judicieusement.

Rappelons l'évidence: le plus tôt nous intensifierons ces programmes, mieux ce sera. Tous les vaccins approuvés par Santé Canada et ceux qui sont encore à l'étude présentent une excellente efficacité contre le virus, y compris le variant découvert au Royaume-Uni, alors que l'efficacité est plus faible contre d'autres variants préoccupants — comme celui découvert en Afrique du Sud. Cependant, les vaccins semblent toujours réduire l'infection, prévenir les maladies graves, prévenir l'hospitalisation et prévenir la mort — autant de paramètres très importants.

La deuxième chose qui joue en notre faveur est la météo. Croyez-le ou non, la météo canadienne joue en notre faveur. Avec la fin de l'hiver et l'arrivée du printemps et de l'été, le temps chaud signifie moins de contacts à l'intérieur, où la grande majorité des virus se transmettent. La diminution de fréquence des contacts à risque finit par avoir un effet favorable au niveau de la population.

La troisième chose est que nos mesures actuelles de santé publique fonctionnent dans une grande partie du Canada et, en général, les Canadiens y adhèrent.

Qu'est-ce qui joue contre nous? Premièrement, il y a les variants préoccupants. Par exemple, celui découvert au Royaume-Uni — c'est-à-dire le variant B117 — est plus transmissible et est bien implanté au Canada. Nous devons respecter cela. Nous devons le prendre au sérieux. Nous devons intensifier nos efforts de contrôle, jusqu'à ce que le déploiement du vaccin soit plus avancé.

La deuxième chose qui joue en notre défaveur, c'est tout ce qui compromet l'administration du vaccin. C'est bien au-dessus de mon niveau de rémunération, et je vais vous laisser le soin de démêler cela.

La troisième chose, c'est l'hésitation à se faire vacciner. Elle est prononcée dans certains milieux, et elle demeure importante, si bien que nous devons y voir.

La quatrième chose, c'est qu'il faut cibler la désinformation et mettre l'accent sur une meilleure communication, qu'elle soit de source officielle ou non officielle. Cela dépasse la portée de mon intervention, mais cela demeure un énorme problème qui aggrave la pandémie au Canada et ailleurs.

La cinquième chose, c'est la fatigue associée à la COVID. Elle est réelle. Elle touche tous les milieux au Canada. Il ne faut pas baisser la garde, surtout que nous distinguons le fil d'arrivée à l'horizon.

Enfin, comment pouvons-nous nous débrouiller cet hiver, au printemps et après?

Premièrement, nous devons faire très attention et nous donner une stratégie de réouverture prudente et mesurée, surtout que la vaccination débute lentement. Le variant découvert au Royaume-Uni compliquera le problème, mais c'est possible. Il est insensé de lever les mesures de santé publique sans s'attaquer aux déterminants de l'infection communautaire. La vaccination ne se généralisera pas avant le printemps. Rien ne sert de prendre d'autres mesures de confinement. La levée des mesures doit se faire au moment opportun, lentement et prudemment.

Deuxièmement, au sujet du point précédent, il faut créer des milieux intérieurs plus sécuritaires, y compris des écoles et des lieux de travail pour les travailleurs essentiels et ceux qui retournent au travail. Cela suppose l'intégration de tests de diagnostic ou de dépistage rapide, l'amélioration de l'aération dans ces milieux, la réduction de la taille des classes, et l'offre de services complets pour assurer un accès équitable à la sécurité et à la protection, etc.

Troisièmement, il y a la distribution des vaccins. Bon, séparons un instant la politique de la science. C'est peut-être une opinion politique impopulaire, mais il est logique, sur les plans de la médecine, de la science et de la santé publique, de détourner les vaccins des régions à faible charge qui sont en mesure de contrôler le virus vers les régions les plus durement touchées pendant qu'il y a encore une pénurie.

Quatrièmement, il y a l'approvisionnement en vaccins à court terme. Santé Canada doit mener son évaluation de façon indépendante, mais plus vite nous vaccinerons, plus vite nous sortirons de ce pétrin. Johnson & Johnson, Novavax et AstraZeneca sont trois produits dont les données d'essais cliniques de phase trois sont excellentes. Nous avons des contrats avec eux. Nous en avons grandement besoin.

Enfin, il y a une stratégie à long terme. Il est crucial d'aider les scientifiques canadiens et l'industrie canadienne à produire des vaccins chez nous. Il s'agit d'une grande faiblesse et d'un important enjeu de sécurité sanitaire.

• (1115)

Nous avons le talent et la capacité chez nous, et il est grand temps d'améliorer et d'élargir ces programmes.

Il est difficile de résumer en cinq minutes tout ce qu'il faut pour naviguer stratégiquement sur la deuxième vague, mais j'espère que nous pourrions poursuivre cette conversation. Merci de votre temps.

• (1120)

**Le président:** Merci, docteur Bogoch.

Nous passons maintenant à M. Gagnon, professeur agrégé.

Allez-y, monsieur, vous avez six minutes.

[Français]

**M. Marc-André Gagnon (professeur agrégé, École d'administration et de politique publique, Université Carleton, à titre personnel):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Bonjour à tous.

Mon intervention portera sur les modes de recherche-développement ainsi que sur la production manufacturière des vaccins contre la COVID-19.

Je suis professeur agrégé à l'École d'administration et de politique publique de l'Université Carleton. Je me spécialise dans le domaine de l'économie politique du secteur pharmaceutique. J'ai plus de 150 publications à mon actif, que ce soient des articles scientifiques, des chapitres de livres, des cahiers de recherche, des rapports techniques ou des publications professionnelles. Mis à part mon rôle de témoin-expert pour Justice Canada lors d'un procès tenu en 2020 à la Cour supérieure du Québec et portant sur la régulation des prix des médicaments brevetés, je n'ai aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Au début de la pandémie de COVID-19, il a été impressionnant de voir comment les chercheurs du monde entier, en s'appuyant sur les principes de la science ouverte, ont collaboré et partagé systématiquement des données, pour aider notamment à séquencer le génome du virus, à suivre son évolution et ses variations et à produire du matériel de protection ou de détection.

Au Canada, le gouvernement fédéral a fait adopter dès mars 2020 la Loi sur les mesures d'urgence visant la COVID-19, soit le projet de loi C-13. Cela a permis, pour une période de six mois, le recours à des licences obligatoires pour toute technologie liée à la COVID-19, et ce, afin de contrer de potentielles pénuries. Ce dispositif n'a pas été renouvelé en septembre 2020, mais le gouvernement fédéral peut le renouveler à tout moment, au besoin.

En mai 2020, l'OMS mettait sur pied le COVID-19 Technology Access Pool, ou C-TAP, fondé sur les principes de la science ouverte et visant à favoriser l'échange de l'expertise et des savoirs liés aux technologies servant à lutter contre la COVID-19. Le Medicines Patent Pool, ou MPP, financé par Unitaid, a aussi étendu son mandat pour permettre le partage des brevets liés à la COVID-19.

Au départ, on croyait se diriger vers un effort scientifique axé sur la collaboration technologique et l'échange de données, afin que chaque pays puisse maximiser son effort de guerre contre la COVID-19. Malheureusement, les vieux réflexes de la science privée, des brevets et des monopoles technologiques ont vite repris le dessus. Aucune firme n'a encore accepté de partager ses technologies avec le C-TAP ou le MPP. Chaque firme travaille plutôt en vase clos dans le but de maximiser ses revenus futurs.

Même si les gouvernements ont investi plus de 14 milliards de dollars dans l'élaboration des vaccins, on continue de considérer comme normal que les vaccins restent entièrement monopolisés par le secteur privé. Par exemple, le vaccin de la firme Moderna a été subventionné à 100 % par des investissements publics, mais elle en garde le monopole en raison d'un brevet qui lui appartient. Moderna obtient aussi la marge de profit la plus élevée pour son vaccin, ce qui lui a valu le prix Shkreli, remis annuellement aux plus grands profiteurs qui abusent du système de santé.

De son côté, le Canada a mis sur pied, à l'été 2020, le Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19 pour le conseiller sur les stratégies à adopter en matière de vaccins. Le manque de transparence et les conflits d'intérêts des membres de ce groupe de travail ont été signalés par plusieurs experts, incluant le microbiologiste Gary Kobinger, qui a démissionné du Groupe de travail pour dénoncer cette réalité. Les recommandations du Groupe de travail semblent avoir donné la priorité aux droits de propriété des firmes plutôt qu'aux impératifs de la santé publique dans son ensemble.

On se retrouve donc aujourd'hui dans une situation où tous les pays jouent du coude pour se mettre en file devant les portes des firmes afin que celles-ci acceptent de leur vendre des doses à eux plutôt qu'aux pays voisins et qu'elles les leur livrent le plus rapidement possible. Peu importe les priorités de la santé publique mondiale, c'est chacun pour soi; bienvenue dans le nationalisme vaccinal.

Notons que le Canada fait assez bonne figure à ce jeu. Le Canada est le pays qui s'est assuré du plus grand nombre de doses, alors que ce nombre équivaut à 500 % de ses besoins. Selon les ententes en cours, le Canada devrait être parmi les premiers pays à atteindre l'immunité de groupe grâce à la vaccination.

Le Canada brille au jeu du nationalisme vaccinal, toutefois ce jeu est lui-même extrêmement problématique. Les retards de production chez Pfizer-BioNTech et chez AstraZeneca ont créé d'immenses tensions internationales. Plutôt que de participer tous ensemble à l'effort de guerre visant à produire le maximum de vaccins, les pays travaillent les uns contre les autres dans une distribution mondiale de vaccins organisée selon les priorités des firmes.

Le Canada possède des capacités de production vaccinale. Pourquoi ne sont-elles pas utilisées en ce moment pour l'effort de guerre contre la COVID-19?

Plusieurs pays, comme l'Inde ou l'Afrique du Sud, demandent à l'OMC de suspendre les droits de propriété intellectuelle liés à la COVID-19 pour faciliter l'échange technologique et permettre l'accroissement de la production vaccinale d'ici la fin de la pandémie. Toutefois, le Canada, les États-Unis, l'Europe, le Royaume-Uni et la Suisse s'opposent de manière catégorique à une telle suspension. À bien des égards, le Canada semble avoir choisi de faire partie du problème plutôt que de la solution.

Je suis à votre disposition si vous avez des questions.

• (1125)

[Traduction]

**Le président:** Merci, monsieur.

Nous passons maintenant à l'honorable Paul Merriman, ministre de la Santé de la Saskatchewan.

À vous la parole, monsieur le ministre. Vous avez six minutes.

**L'hon. Paul Merriman (ministre de la santé, Gouvernement de la Saskatchewan):** Je vous remercie de me donner l'occasion de prendre la parole.

Si cette séance avait eu lieu la semaine dernière, mon message serait beaucoup plus encourageant. Jusque-là, la Saskatchewan recevait un approvisionnement constant de vaccins du gouvernement fédéral. Bien que notre plan provincial d'administration des vaccins demeure très efficace, nous sommes pour ainsi dire au point mort, car pas un vaccin n'est arrivé en Saskatchewan depuis plus d'une semaine. Nous en attendons des quantités limitées dans les prochaines semaines.

Les vaccins que nous recevons sont administrés le plus vite possible à notre population. La Saskatchewan affiche le plus haut pourcentage provincial de vaccination. De fait, nous avons administré 108 % des vaccins que nous avons reçus. Cela peut sembler une impossibilité mathématique, mais il faut dire que nos travailleurs de la santé ont pu extraire une dose supplémentaire de certaines fioles. J'y reviendrai dans un instant.

Cette efficacité nous a menés à un débat sur le réétiquetage des fioles, une mesure que la Saskatchewan n'approuve certainement pas.

J'aimerais vous tracer un bref historique du déploiement du vaccin en Saskatchewan à ce jour. Lorsque Santé Canada a approuvé formellement le vaccin Pfizer en décembre, nous étions prêts. Le jour même, nous avons annoncé notre plan de vaccination. Comme pour bien des provinces, il était fondé en grande partie sur les lignes directrices du comité consultatif national et l'immunisation. Le médecin hygiéniste en chef de la Saskatchewan a apporté certaines modifications en fonction de la composition démographique et des besoins logistiques de la Saskatchewan.

La première phase de notre plan de vaccination a débuté le 22 décembre. Elle était axée sur l'immunisation des populations prioritaires qui présentaient un plus grand risque d'exposition au virus et un plus grand risque de maladie grave ou de décès. Ces populations comprenaient certains travailleurs de la santé de première ligne, les résidents et le personnel des foyers de soins de longue durée et de soins personnels, les personnes âgées de plus de 70 ans et tous les résidents de plus de 50 ans des collectivités éloignées du Nord. En raison des contraintes logistiques relatives au vaccin Pfizer, nous l'avons d'abord livré dans les centres urbains qui avaient des congélateurs ultra-froids. Le vaccin Moderna a été livré dans les collectivités éloignées du Nord.

Nous publions nos chiffres de vaccination sur le site Web du gouvernement de la Saskatchewan et dans un communiqué quotidien, pour tenir le public au courant de nos progrès.

La deuxième phase du plan de vaccination devrait avoir lieu en avril. Ce sera le début de notre vaccination de masse. Mais ces plans sont désormais compromis. La capacité du gouvernement de la Saskatchewan de vacciner nos résidents passe incontestablement par un approvisionnement fiable et des renseignements fiables sur le nombre de vaccins que nous attendons chaque semaine. En termes clairs, il nous faut plus de vaccins. Nous avons besoin de renseignements fiables sur la date où nous les recevrons.

La réception des renseignements est presque aussi importante que la livraison même des vaccins parce que le transport, l'entreposage et l'administration sont beaucoup plus complexes pour ces vaccins que, disons, pour le vaccin annuel contre la grippe. Nos travailleurs de la santé sont parfaitement à la hauteur de la tâche, mais comme vous le savez, la Saskatchewan est une grande province qui compte de multiples collectivités isolées. Nous avons besoin de renseignements fiables pour planifier les rendez-vous, le transport, la réfrigération et le déploiement de nos travailleurs de la santé.

Après réception des vaccins dans le délai prévu, notre programme fonctionne extrêmement bien. Par contre, ces derniers jours, nous avons eu des changements de dates soudains et inattendus, qui nous ont obligés à annuler des cliniques dans des collectivités où elles avaient déjà été annoncées. Nous devons veiller à ce que tous ceux qui reçoivent leur première injection puissent recevoir le deuxième à temps. Encore une fois, c'est extrêmement difficile à planifier et à exécuter sans approvisionnement fiable et sans renseignements fiables.

L'annonce selon laquelle Pfizer et Moderna retardent les livraisons prévues en Saskatchewan a forcé notre gouvernement à revoir ce plan. La livraison du 8 février sera d'un tiers de ce qui était promis au départ. Avant les récentes annonces de Pfizer et de Moderna, nous prévoyions recevoir suffisamment de vaccins au premier trimestre pour immuniser complètement la moitié environ de notre population prioritaire. Aujourd'hui, il est plus problématique d'administrer les deux doses à notre population prioritaire. En termes simples, la Saskatchewan ne pourra pas vacciner autant de personnes que prévu au départ.

La Saskatchewan demande au gouvernement fédéral de faire tout en son pouvoir pour que les vaccins soient disponibles le plus vite possible et pour que la province reçoive des renseignements fiables sur les livraisons. Les changements de dernière minute créent d'autres problèmes.

• (1130)

La Saskatchewan est également très préoccupée par l'intention de Pfizer de réétiqueter ses fioles de vaccins pour indiquer qu'elles contiennent six doses au lieu de cinq, ce qui entraînera effectivement une réduction du nombre de vaccins que les provinces reçoivent, et ce que Santé Canada ne devrait pas permettre.

J'ai dit plus tôt que nos travailleurs de la santé ont pu extraire une dose supplémentaire du vaccin Pfizer. Toutefois, cela devrait être considéré comme un avantage supplémentaire, et non pas comme la norme pour établir le nombre de doses. En moyenne, nous avons pu extraire une sixième dose d'environ la moitié des fioles de Pfizer. Pour diverses raisons, nous ne pouvons pas toujours compter sur six doses par fiole. C'est pourquoi il ne faut pas permettre à Pfizer de réduire ses livraisons au Canada en se contentant de réétiqueter les fioles et comptant six doses plutôt que cinq.

Le message que j'ai à vous livrer aujourd'hui, c'est que la Saskatchewan injecte les vaccins dans le bras des gens aussi rapidement qu'elle les reçoit, mais qu'il lui faut tout simplement plus de vaccins. Nous devons avoir des renseignements plus fiables sur le calendrier de livraison de ces vaccins. Le simple réétiquetage des fioles ne donne pas plus de vaccins.

Nous voulons tous que cette pandémie disparaisse et que tout revienne à la normale. Cela arrivera lorsqu'une partie importante de notre population aura été vaccinée. Notre province et nos travailleurs de la santé sont prêts à faire leur part; alors, s'il vous plaît, donnez-leur des vaccins.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

Nous allons maintenant passer aux questions. Nous aurons le temps pour un tour.

Je crois que les premières questions vous reviennent, madame Rempel Garner, pour six minutes.

**L'hon. Michelle Rempel Garner (Calgary Nose Hill, PCC):** Merci, monsieur le président.

Mes questions s'adresseront au ministre Merriman.

Monsieur le ministre, vous venez de dire que vous pourrez vacciner seulement la moitié de votre population prioritaire d'ici la fin de mars à cause des problèmes d'approvisionnement.

Est-ce exact?

**L'hon. Paul Merriman:** C'est exact.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** D'après les projections du gouvernement fédéral sur l'approvisionnement, quand chaque résident de la Saskatchewan aura-t-il accès à un vaccin?

**L'hon. Paul Merriman:** Dans l'état actuel des choses, tout le monde n'aura probablement pas accès au vaccin avant l'automne prochain. Notre population prioritaire est d'environ 190 000 personnes, ce qui comprend les travailleurs de la santé et les aînés. Nos projections n'annoncent que 110 000 de ces vaccins pour la fin de mars.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Les hypothèses qu'on vous a dit d'utiliser pour ces vaccins reposent-elles sur l'approbation d'AstraZeneca et de Johnson & Johnson?

**L'hon. Paul Merriman:** Non. Il s'agit uniquement des vaccins Pfizer et Moderna. Nous n'avons aucune information pour ce qui est d'AstraZeneca.

Lors d'une conversation avec la ministre de la Santé Patty Hajdu, la semaine dernière, on disait qu'AstraZeneca pourrait ne pas tarder, mais rien n'a été confirmé.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** La ministre de la Santé vous a-t-elle donné une idée du nombre de doses d'AstraZeneca que recevrait la Saskatchewan dans un temps donné?

**L'hon. Paul Merriman:** Non. Nous n'avons rien d'officiel de sa part, si ce n'est que cela s'en vient, mais nous avons déjà entendu la même chose au sujet de beaucoup de nos autres livraisons de vaccins.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Les méthodes ou les exigences de livraison d'AstraZeneca sont bien différentes de celles de Pfizer et de Moderna.

Combien de temps vous faudrait-il pour changer votre programme de vaccination?

**L'hon. Paul Merriman:** D'après ce qu'on m'a dit, le vaccin d'AstraZeneca est beaucoup plus facile à administrer, et nous pourrions l'envoyer beaucoup plus rapidement à certains de nos pharmaciens et dans nos cliniques au volant dès que nous pourrions les ouvrir. Ce serait plus facile.

Plus nous aurons d'information, mieux ce sera pour notre planification. Nous avons beaucoup de logistique à prévoir en Saskatchewan pour veiller...

• (1135)

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Merci.

Le gouvernement vous a-t-il donné quelque assurance formelle qu'il n'y aurait pas d'interdiction d'exportation ou de restrictions à l'exportation qui pourraient empêcher les livraisons de l'Union européenne?

**L'hon. Paul Merriman:** Non.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** À votre avis, dans quelle mesure cela risque-t-il d'avoir une incidence sur l'approvisionnement si cela arrivait?

**L'hon. Paul Merriman:** Je pense que cela aurait un impact énorme sur l'offre, et que nous n'aurions presque plus rien.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Les détails des contrats avec Pfizer, Moderna, AstraZeneca ou Johnson & Johnson vous ont-ils été communiqués publiquement, en particulier en ce qui concerne les calendriers de livraison projetés?

**L'hon. Paul Merriman:** Non. Nous n'avons rien reçu.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Ces détails vous seraient-ils utiles?

**L'hon. Paul Merriman:** Absolument. Il nous serait très utile de savoir ce qui s'en vient, et de connaître les quantités.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Vous a-t-on donné des raisons pour ne pas les envoyer?

**L'hon. Paul Merriman:** Nous ne les avons simplement pas eus. Nous les avons demandés officieusement, mais n'avons rien su, si ce n'est que c'est confidentiel.



**L'hon. Michelle Rempel Garner:** La ministre vous a-t-elle dit que le nombre de doses que Pfizer est tenue par contrat de vous fournir dépendra désormais de cette sixième dose? Avez-vous eu quelque indication que c'est la voie que le gouvernement fédéral risque de privilégier?

**L'hon. Paul Merriman:** Oui, avec le réétiquetage, cinq doses deviendront six doses.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Nous ne parlons plus du nombre de fioles. Nous parlons du nombre de doses, de six doses par fiole. C'est ce qu'on vous a dit, n'est-ce pas?

**Le président:** Désolé, monsieur le ministre Merriman, nous avons encore des difficultés avec l'interprétation. Vous devriez peut-être couper votre vidéo encore une fois. Votre audio était plein de parasites.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Désolée, je suis déconcentrée.

Pour ce qui est de la sixième dose, je crois comprendre qu'il faut une seringue spéciale pour l'extraire. Le gouvernement vous l'a-t-il fournie, en supposant qu'il y aura une exigence de « sixième dose »?

**L'hon. Paul Merriman:** On nous a dit que cela allait venir, mais nous n'en avons pas encore reçu en Saskatchewan.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Savez-vous à peu près quand ces vaccins arriveront, en quantité suffisante pour les distribuer?

**L'hon. Paul Merriman:** Nous espérons que ce sera cette semaine, mais nous attendrons qu'ils soient là.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Combien de temps le gouvernement fédéral vous laisse-t-il pour comprendre exactement combien de doses vous recevrez par semaine?

**L'hon. Paul Merriman:** Nous avons un bon préavis de ce que sont les projections, mais les changements sont très rapides et les projections diminuent toujours.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Une dernière question. La semaine dernière, à la Chambre des communes, la ministre de la Santé a lancé un commentaire sur la question de l'approvisionnement. Elle a dit, en citant l'exemple de l'Ontario, qu'il y a des doses qui restent au congélateur.

Lorsqu'il y a des perturbations de l'approvisionnement avec la situation des deux doses, je suppose que cela vous met dans l'embaras pour calculer quelle proportion des doses vous destinerez à de nouvelles personnes et combien iront aux deuxième doses. Pouvez-vous nous donner une idée de l'incidence de la perturbation de l'approvisionnement sur la deuxième dose pour les populations à haut risque?

**L'hon. Paul Merriman:** Les populations à haut risque sont durablement touchées. Nous avons dû apporter des changements presque chaque jour. Nous réagissons constamment à très bref préavis pour savoir quand nous les aurons. Si nous n'avons pas tout de suite tout ce qu'on nous a promis, il sera difficile d'administrer la deuxième dose dans le temps recommandé.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Merci.

**Le président:** Merci, madame Rempel Garner.

Nous passons maintenant à M. Powlowski.

Vous avez six minutes.

**M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.):** Merci.

Je crois comprendre que la déclaration du premier ministre selon laquelle tous les Canadiens qui veulent le vaccin l'auront d'ici septembre est fondée uniquement sur les prévisions de Moderna et de Pfizer. De toute évidence, il existe d'autres vaccins. Nous avons les résultats des grands essais contrôlés randomisés de la phase trois pour AstraZeneca et Johnson & Johnson, ainsi que les résultats préliminaires de l'étude Novavax. Tous les chiffres semblent très bons. La première dose dont AstraZeneca a donné la moitié par erreur avait 90 % d'efficacité. Le vaccin de Johnson & Johnson — c'était en Grande-Bretagne, sauf erreur — avait environ 72 % d'efficacité, ce qui est moins qu'en Afrique du Sud, mais je crois savoir qu'il a une efficacité de 100 % pour prévenir l'hospitalisation et la mort. Voilà qui est certainement très important.

Maintenant, tous les vaccins doivent avoir l'approbation de Santé Canada. Il est sûr que les vaccins d'AstraZeneca et de Johnson & Johnson sont plus traditionnels — les plus nouveaux sont Moderna et Pfizer, qui ont déjà été approuvés — de sorte que je dirais qu'ils seront probablement eux aussi approuvés.

On craint qu'AstraZeneca et Johnson & Johnson n'arrivent pas au 95 % d'efficacité de Moderna et de Pfizer, mais il ne s'agissait pas d'essais comparatifs. Les populations étaient différentes. Il y avait le nouveau variant britannique. Aussi, me dit-on, pour ce qui est...

• (1140)

**Le président:** Excusez-moi, monsieur, vous devez ralentir un peu le débit pour l'interprète.

**M. Marcus Powlowski:** De même, pour ce qui est de l'efficacité du vaccin de Johnson & Johnson, le Dr Fauci a déjà déclaré qu'un rappel pourrait bien porter le pourcentage à 90 %. Je crois savoir que, avec AstraZeneca — avec tous les vaccins — vous pourriez ajouter un autre rappel pour plus d'efficacité.

J'aimerais d'abord parler de leur efficacité relative. Mais surtout, je sais que Santé Canada doit faire son exercice de diligence raisonnable et approuver ces vaccins. Quelles sont donc les chances qu'il les approuve et qu'est-ce que cela signifie pour les échéanciers de distribution? Je sais que le Dr Bogoch fait partie du groupe de travail sur les vaccins en Ontario. Selon vous, combien de temps faudra-t-il pour distribuer les vaccins, lorsque ces autres vaccins auront été approuvés?

Je commencerai par le Dr Bogoch, puis peut-être que M. Attaran pourrait ajouter sa réponse.

**Dr Isaac Bogoch:** Ce sont d'excellents points et d'excellentes questions.

Je suis parfaitement d'accord sur ce que vous avez dit au sujet de l'efficacité relative de ces vaccins, parce qu'il ne s'agit pas d'essais comparatifs directs. Certes, les vaccins Pfizer et Moderna ont été étudiés à un moment qui n'était pas celui du variant préoccupant.

Je reconnais également que les mesures numériques qui devraient nous intéresser n'ont pas nécessairement à protéger les personnes contre l'infection, mais plutôt à atténuer la gravité de la maladie et à limiter les nombres d'hospitalisations et de décès. Ces mesures seraient très utiles, et elles nous aideraient certainement à nous sortir du pétrin dans lequel nous sommes.

Les nouvelles technologies sont aussi très utiles, parce qu'elles sont, bien franchement, prêtes à l'emploi. Vous pouvez mettre à jour votre vaccin pour tenir compte des variants qui circulent, et les produire en masse plus rapidement qu'avec la vieille technologie vaccinale, qui prend beaucoup plus de temps et qui soulève d'autres enjeux que nous n'avons pas besoin d'aborder ici.

Comme vous l'avez dit, je siége au groupe de travail sur la distribution des vaccins de l'Ontario, et il y a des documents publics pour l'Ontario, comme divers médias grand public l'ont mentionné plusieurs fois, sur le programme de vaccination. Oui, il y a eu des embûches en cours de route, mais en général, lorsque nous aurons accès à plus de vaccins et la distribution sera beaucoup plus large.

Il n'est pas juste de comparer cela à la distribution du vaccin contre la grippe ou la rougeole. Il y a de véritables limites, qui sont fondées sur les vaccins que nous avons et les problèmes de la chaîne du froid. Cela dit, tous ces plans prévoient: premièrement, la distribution dans le cadre des soins primaires; deuxièmement, la distribution dans les pharmacies; troisièmement, la distribution par les centres de vaccination de masse; quatrièmement, la distribution par l'entremise des cliniques de santé publique; cinquièmement, la distribution dans les centres communautaires, là où certaines collectivités qui ne sont peut-être pas aussi à l'aise avec le gouvernement ou les soins de santé au Canada préféreront aller; et sixièmement, des camions mobiles et des unités mobiles pour venir en aide aux populations mal logées.

Cela fait partie du plan. L'opérationnalisation, c'est autre chose, mais tel est le plan.

**M. Marcus Powlowski:** Monsieur Attaran.

**M. Amir Attaran:** Tous les vaccins sont bons. Il est inutile de commencer à se demander lequel est le meilleur. Ils sont tous assez bons pour être utilisés.

Notre problème, c'est d'en avoir davantage, et vite, surtout que c'est devenu un enjeu géopolitique.

En 1976, il y a eu une épidémie de grippe porcine, et les États-Unis ont bloqué leurs exportations de vaccins au Canada. J'espère que la prochaine question permettra d'en venir au problème de la fabrication, et de voir comment nous pouvons nous protéger contre cela.

**M. Marcus Powlowski:** Je suppose, à cet égard, que je peux m'adresser à M. Attaran. Vous avez parlé de la capacité nationale, et M. Gagnon a parlé des licences obligatoires.

Quelles installations de production avons-nous au Canada pour accroître la production plus vite que les entreprises qui les produisent aujourd'hui?

• (1145)

**M. Amir Attaran:** Il y a des entreprises au Canada, comme NeuVax ou Therapure, qui disposent d'installations de production de molécules biologiques.

Pour les vaccins sur culture cellulaire, que sont ceux de Johnson & Johnson et d'AstraZeneca, il s'agit simplement d'avoir une capacité de culture cellulaire.

Si nous ne pouvons pas le faire au Canada, il faut savoir que la norme dans l'industrie consiste à recourir à des fournisseurs. Nous pourrions simplement passer des contrats, comme avec Emergent, Lonza ou Fujifilm, et demander au fournisseur de produire un autre lot. Ce serait une négociation très simple.

L'avocat en moi se dit qu'on pourrait demander à l'entreprise détentrice du brevet d'élargir son contrat de fabrication en retenant les services d'un fournisseur établi. Comme nous payons le transport et assumons le risque de la production, pourquoi pas?

**Le président:** Merci.

Passons maintenant à M. Thériault.

[Français]

Vous avez la parole pour six minutes.

**M. Luc Thériault:** Merci, monsieur le président.

Je remercie l'ensemble des témoins de leur contribution.

Professeur Gagnon, merci d'avoir accepté notre invitation.

Tout à l'heure, vous avez mentionné quelque chose dont nous avons également été témoins, au Comité permanent de la santé. Au début de la pandémie, tous les experts et les chercheurs nous disaient à quel point ils trouvaient extraordinaire la collaboration en vue de trouver et mettre au point des vaccins. Je pense qu'il y avait effectivement une telle collaboration.

Depuis le mois d'août, nous assistons à une course aux vaccins. Maintenant qu'il s'agit d'approvisionnement en vaccins, la belle collaboration et l'échange à l'échelle planétaire n'existent pas et n'existeront pas. Nous vivons pourtant une pandémie mondiale où les frontières posent problème. Tant que l'ensemble de la planète ne sera pas immunisé, ces problèmes de variants vont perdurer.

Vous l'aviez souligné dans certains articles et vous l'avez de nouveau mentionné devant nous tantôt: cette façon de fonctionner est catastrophique. Le Canada a choisi son camp, avez-vous dit.

Comment faire autrement pour arriver à des résultats plus solides et plus efficaces sur le plan de la santé publique?

**M. Marc-André Gagnon:** Merci beaucoup de votre question.

Prenons l'exemple du vaccin d'AstraZeneca, qui a été mis au point par l'Université d'Oxford. Au départ, cette université avait promis que la licence pour ce vaccin serait non exclusive et libre de droits. Finalement, elle est revenue sur sa décision et a opté pour une licence exclusive avec AstraZeneca.

Cette semaine, je lisais que, d'après le PDG d'AstraZeneca, Pascal Soriot, le problème est qu'il faut vacciner le plus de gens possible et le plus rapidement possible, parce que, dans les régions du monde où les gens n'ont pas accès à des vaccins, le virus se propage et est aussi en train de muter. La protection vaccinale qu'on est en train d'acquiescer risque de devenir moins bonne, peut-être même obsolète, vis-à-vis des nouveaux variants qui pourraient surgir. Pourtant, lorsqu'on demande à AstraZeneca de rendre le brevet libre de droits afin qu'on puisse avoir accès à cette technologie, comme promis au départ, et que plus de fabricants utilisent leur capacité manufacturière pour participer à l'effort de guerre, sa réponse est non. Elle préfère fonctionner avec des contrats de licence.

En fait, il faut bien comprendre une chose. La Pharmaceutical Accountability Foundation a publié récemment une sorte de tableau de pointage montrant qu'AstraZeneca est la compagnie la plus éthique en ce moment et qu'elle cherche le plus possible à faire ce type de licences, mais c'est encore extrêmement limité. En ce moment, des fabricants attendent, bien que leurs chaînes de production soient prêtes à commencer le travail. C'est qu'ils ont besoin non seulement qu'on leur donne une licence obligatoire ainsi que la recette, mais également qu'on leur transmette le savoir-faire et l'expertise nécessaires. Ce n'est que de cette façon qu'ils pourront apporter leur contribution. Or, dans le système actuel, il semble y avoir beaucoup de réticence à transmettre ce savoir-faire.

Que peut-on faire, alors? La chose à faire dès le départ aurait été de maintenir une capacité de production vaccinale au Canada. On a fait de gros investissements publics dans Medicago pour augmenter la capacité manufacturière vaccinale au Québec. VIDO-InterVac, à l'Université de la Saskatchewan, a reçu d'énormes subventions pour augmenter sa capacité de production. Ce sont des choses intéressantes, mais le Canada doit aussi prendre position sur le plan international et dire qu'il veut rendre les brevets libres de droits. Nous sommes en guerre contre un virus et tout le monde doit participer à l'effort de guerre, et non pas s'opposer aux initiatives qui ont été mises sur pied, pour augmenter la capacité de production.

• (1150)

**M. Luc Thériault:** N'est-ce pas la seule façon de remédier à la pénurie? Cet automne, des compagnies pharmaceutiques ont annoncé qu'elles avaient un vaccin efficace, puis d'autres annonces semblables ont été faites les unes après les autres. Peut-on penser que des compagnies ont rempli leurs carnets de commandes alors qu'elles étaient incapables de les honorer? Maintenant, on est pris dans cette situation. La seule solution ne serait-elle pas de démocratiser la production de vaccins au moyen de brevets sous licence, pour qu'à moyen terme, nous puissions en produire nous-mêmes?

Il faut développer notre capacité de production dans l'éventualité où il faudrait, à un moment donné, modifier ces vaccins à cause des variants. Les compagnies pharmaceutiques n'arriveront jamais à produire des vaccins pour toute la planète.

**M. Marc-André Gagnon:** Je suis tout à fait d'accord.

Au départ, les activités visant à trouver de nouveaux vaccins étaient impressionnantes. Beaucoup de vaccins ont été mis au point. Maintenant, des ententes confidentielles sont signées entre les entreprises pharmaceutiques et les différents pays pour la livraison de vaccins. On a vite constaté que Pfizer-BioNTech avait des difficultés de production, d'où le ralentissement de cette semaine.

Du côté d'AstraZeneca, en Europe, la situation est beaucoup plus grave: il y a une espèce de guerre commerciale entre l'Europe et le Royaume-Uni. Si les pays d'Europe veulent empêcher l'exportation de vaccins au Royaume-Uni, en vertu des règles de l'OMC, ils sont obligés d'empêcher leur exportation au Canada aussi. On se retrouve donc dans une guerre commerciale où les entreprises ne sont plus en mesure de respecter leurs carnets de commandes.

La stratégie des différents pays a été de se mettre en file devant les portes des différentes firmes et d'attendre leurs doses, mais là les doses n'arrivent pas. Que fait-on, alors? Il commence à être trop tard pour envisager de nouvelles solutions.

Le Canada a tout de même une bonne capacité vaccinale. Si les brevets devenaient libres de droits, on pourrait mettre cela à disposition.

**Le président:** Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Monsieur Davies, vous avez six minutes.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Je remercie tous les témoins d'être parmi nous aujourd'hui.

Monsieur Attaran, je vais commencer par vous. Vous avez dit en août dernier que le Conseil national de recherches du Canada savait comment fabriquer des vaccins. Ses brillants scientifiques ont été les premiers au monde à déployer un vaccin à vecteur d'adénovirus contre la rage, avant n'importe quel laboratoire pharmaceutique. Vous avez souligné que le vaccin AstraZeneca est un vaccin à vecteur d'adénovirus. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi le Canada n'a pas négocié le droit de produire le vaccin AstraZeneca ici au Canada? À votre avis, quelle est la gravité de cette omission?

**M. Amir Attaran:** Je pense que c'est une omission monumentale. Comme vous le savez, il existe de nombreuses technologies de vaccin. Vous avez parlé des vaccins à vecteur d'adénovirus. Il y en a deux — celui d'AstraZeneca et celui de Johnson & Johnson — et ils sont parmi les plus simples à fabriquer. Nous pourrions les fabriquer au Canada. Il suffit d'avoir une grande cuve dans laquelle cultiver les cellules qui produisent le vaccin. Ensuite, on purifie les protéines du vaccin, puis on les formule, on les met en flacons et ainsi de suite. Nous pourrions faire cela au Canada. Contrairement à l'argument voulant que la propriété intellectuelle fait ici problème, AstraZeneca a accordé des licences au Brésil, à l'Australie, à l'Inde et à plusieurs autres pays pour la fabrication de son vaccin, et cela a été fait. Ces pays fabriquent le vaccin AstraZeneca. Les problèmes de propriété intellectuelle n'ont pas été si difficiles que cela à résoudre. À l'heure actuelle, l'Inde approvisionne sa population. Le Brésil va sortir les premières doses cette semaine. L'Australie, parce que l'incidence de la COVID y est faible, progresse plus lentement.

C'est quelque chose que le Canada pourrait faire. L'incapacité du gouvernement à négocier la production du vaccin AstraZeneca au cours de l'été, comme l'ont fait le Brésil, l'Inde, l'Australie, le Japon, le Mexique et l'Argentine, est un échec lamentable dans la gestion de cette pandémie. Si nous avions négocié cette production, nous aurions quelque chose de plus maintenant.

• (1155)

**M. Don Davies:** Merci.

Monsieur Gagnon, je me tourne vers vous.

Savez-vous à peu près quel pourcentage des fonds de recherche consacrés au développement de ces vaccins au Canada le gouvernement fédéral a-t-il fourni?

**M. Marc-André Gagnon:** Le principal projet que nous avons eu au Canada en termes de mise au point d'un vaccin était le partenariat avec l'entreprise chinoise. Cela n'a pas fonctionné. Pour ce qui est de la contribution des différents gouvernements dans le monde, on constate que plus la moitié des contributions sont d'abord et avant tout des investissements publics. Au Canada, c'est maintenant Medicago qui est le nouveau concurrent en matière de vaccin. On en est encore aux essais cliniques, mais disons simplement que ce serait une surprise intéressante si le projet aboutissait parce que nous aurions ainsi une capacité de production très importante chez nous.

**M. Don Davies:** Merci.

Je vais reprendre les questions de mon collègue M. Thériault. Vous avez dit que nous assistons à une sorte de catastrophe. Vous avez dit: « Vous vous retrouvez avec une poignée d'entreprises qui mettent au point leurs propres vaccins en vase clos, chacune travaillant de son côté. » Vous avez ajouté: « Puis, on se retrouve avec un produit assorti d'un brevet, donc face à des droits de monopole sur le produit. Apparaît alors un nationalisme autour des vaccins, dans tous les pays qui négocient dans des conditions de libre marché pour tenter de passer devant les autres afin d'obtenir un accès rapide aux vaccins. »

Vous avez aussi dit: « En ce qui concerne les priorités en matière de santé publique mondiale, c'est tout à fait insensé. »

Je me demande si nous nous sommes trompés de modèle. Nous sommes aux prises avec une pandémie mondiale. Nous parlons de véritable guerre et je me demande si nous ne sommes pas armés d'un simple bâton face à des mitrailleuses. Est-ce que le recours au modèle du secteur privé, où les entreprises privées monopolisent brevet et propriété intellectuelle, est la meilleure façon de distribuer des vaccins partout dans le monde? Quel autre modèle proposeriez-vous?

**M. Marc-André Gagnon:** C'est une excellente question. Premièrement, il existe bien d'autres solutions, mais il est très important de savoir une chose. Il nous faut comprendre que, de plus en plus, le type de recherche et de développement qui se fait dans le secteur pharmaceutique nous oblige à aller au-delà du modèle des brevets. Au fond, les brevets fonctionnent très bien pour certains créneaux de recherche. Pour d'autres, cela ne fonctionne pas bien, et dans les cas de pandémies comme celle-ci, la chose devient très problématique à cause du pouvoir que nous concédons aux sociétés pharmaceutiques et qui nous oblige ensuite à négocier avec elles. Maintenant, nous ne négocions peut-être pas avec un pistolet sur la tempe, mais nous dirons avec une aiguille dans le bras. C'est dans ces conditions que nous devons décider de ce que nous allons faire ensuite. On ne veut pas faire peur aux laboratoires en leur imposant certains diktats.

Disons simplement que, si l'on avait insisté dès le départ sur le principe de la science ouverte, les résultats auraient été beaucoup plus intéressants.

J'aimerais ajouter une chose. Je suis d'accord avec M. Attaran en ce qui concerne AstraZeneca, mais AstraZeneca est un peu différent des autres entreprises. C'est celui qui a été le plus avancé dans l'établissement de ces partenariats avec d'autres entreprises dans le monde. Si vous regardez les différents tableaux de bord des différentes entreprises, vous verrez que c'est le seul laboratoire qui a été aussi proactif dans ce domaine. Pour d'autres, il a essentiellement été question de préserver le capital d'expertise et de connaissances.

**M. Don Davies:** Merci, monsieur Gagnon.

Inde et Afrique du Sud...

**Le président:** Merci, monsieur Davies.

Je tiens à remercier nos témoins. Voilà qui a mis fin à nos séries de questions. Je vous remercie tous du temps que vous nous avez consacré aujourd'hui à nous faire profiter de votre expertise et à nous faire part de vos préoccupations.

Sur ce, nous allons suspendre la séance pour accueillir le prochain groupe de témoins.

• (1155)

(Pause)

• (1200)

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

Bienvenue à tous. Nous reprenons la 16<sup>e</sup> séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Nous nous réunissons aujourd'hui pour étudier la situation d'urgence à laquelle sont confrontés les Canadiens à la suite de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19.

Pendant que s'installe notre nouveau groupe de témoins, je précise aux témoins qu'ils peuvent s'exprimer dans la langue officielle de leur choix. Des services d'interprétation sont disponibles pour la réunion. Au bas de votre écran, vous avez le choix entre « parqué », « anglais » et « français ».

Sur ce, je vais lire la liste des témoins. Nous accueillons le Dr Joel Lexchin, médecin, qui comparait à titre personnel; de l'Association canadienne de santé publique, nous entendrons M. Ian Culbert, directeur général; du Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19, nous avons M. Timothy Evans, directeur exécutif. De Medicago Incorporated, nous accueillons Mme Nathalie Landry, vice-présidente exécutive, Affaires scientifiques et médicales, et M. Nicolas Petit, vice-président, Opérations commerciales.

Nous allons commencer par le Dr Lexchin à qui je souhaite la bienvenue. Allez-y, docteur, vous avez six minutes.

• (1205)

**Dr Joel Lexchin (docteur en médecine, à titre personnel):** Merci beaucoup pour cette occasion de m'adresser au Comité.

Je suis urgentologue depuis 1982. J'ai enseigné la politique de la santé à l'Université York de 2001 à 2016, et je fais des recherches en politiques pharmaceutiques depuis une quarantaine d'années.

Je vais vous parler de quatre sujets différents.

Tout d'abord, il y a la situation du Canada relativement à la production de vaccins au début de la pandémie. En 1989, la société Connaught Laboratories a été vendue à une entreprise française. Puis, en 2005, ID Biomedical Corporation a été vendue à GlaxoSmithKline. Ainsi, quand la pandémie a frappé, plus personne n'était en mesure d'assurer une production indépendante au Canada. Nous avions pourtant été prévenus que nous aurions peut-être besoin de retrouver notre capacité de production lors de l'épidémie de SRAS en 2003, puis de H1N1 en 2009. Le rapport Naylor après la crise du SRAS a recommandé que nous nous dotions d'une stratégie indépendante de vaccination, mais nous ne l'avons pas fait.

Lorsque la pandémie a frappé, nous étions vulnérables sur le plan des vaccins. Afin d'être en mesure d'obtenir les vaccins nécessaires, en juin 2020, le Conseil national de recherches a mis sur pied un groupe de travail sur le vaccin contre la COVID-19, composé de 18 membres chargés de formuler des recommandations au gouvernement fédéral au sujet de l'acquisition de vaccins. Au départ, les conflits d'intérêts de ces membres du comité ont été gardés secrets jusqu'à ce qu'il y ait une levée de boucliers.

La composition de ce groupe de travail était très sélective, puisqu'il ne comptait aucun représentant des Autochtones ni de la communauté noire, des personnes âgées, des femmes ou des personnes handicapées. Le président et le coprésident étaient tous deux en conflit d'intérêts. On ne sait pas si ces conflits d'intérêts ont eu une incidence sur les recommandations qu'ils ont adressées au gouvernement, car la nature exacte des recommandations n'est pas publique.

D'autres pays ont géré la situation de façon très différente. Dans les notes que je vous ai soumises, vous verrez que l'Australie a fait les choses très différemment.

Nous sommes maintenant confrontés à des retards dans la livraison du vaccin Pfizer et peut-être d'autres vaccins. Les délais varient d'un pays à l'autre, peut-être à cause des modalités des contrats négociés, mais on ne le sait pas, parce qu'ils sont gardés secrets. De plus, nous ne savons rien du prix que le Canada paie par rapport à d'autres pays. Quelles sont les garanties concernant l'administration du vaccin, et les entreprises qui ne peuvent pas respecter les calendriers de livraison devront-elles verser des pénalités?

Enfin, je veux vous parler de la position du Canada relativement à la disponibilité et à l'abordabilité des vaccins dans des pays à revenu faible à moyen. Le Canada est l'un des plus grands donateurs au COVAX. En juillet 2021, le premier ministre Trudeau a signé une lettre, de concert avec d'autres dirigeants mondiaux, affirmant en substance que la communauté mondiale ne pouvait permettre que l'accès aux vaccins serve à creuser les inégalités au sein des pays ou entre eux, que leur population soit à revenu faible, moyen ou élevé.

En même temps, le Canada n'a toujours pas appuyé le concept de bassin d'accès aux technologies de lutte contre la COVID-19 de l'OMS. Il n'a pas appuyé non plus l'appel lancé par l'Inde et par l'Afrique du Sud à l'Organisation mondiale du commerce en faveur d'une suspension temporaire des brevets et d'autres droits de propriété intellectuelle. Il n'a pas demandé publiquement aux entreprises qui fabriquent des vaccins de s'assurer que ceux-ci seront rendus disponibles à leur prix de revient, et il n'a pas dit quand il allait donner ses vaccins excédentaires aux pays à revenu faible ou moyen.

J'ai quatre recommandations à faire au Comité.

Premièrement, le Canada doit élaborer une stratégie nationale sur les vaccins qui comportera un engagement financier ferme et durable à l'égard de la recherche sur les vaccins, financée et gérée par le secteur public.

Deuxièmement, nous avons besoin d'une installation nationale de fabrication de vaccins appartenant à l'État afin d'éviter que des entreprises canadiennes privées soient vendues à des intérêts étrangers.

Troisièmement, le Canada doit rendre publiques les conditions dans lesquelles il a accordé des fonds pour la recherche sur le vaccin COVID et les modalités des contrats qu'il a signés avec des entreprises pour obtenir des vaccins.

Enfin, le Canada doit publier une stratégie détaillée sur la façon dont il contribuera à éviter que le nationalisme pèse sur les vaccins, cela pour que les pays à faible ou à moyen revenu puissent avoir accès aux vaccins en temps opportun, conformément à leurs besoins.

• (1210)

Merci beaucoup.

**Le président:** Merci.

Nous passons maintenant à M. Ian Culbert, directeur général de l'Association canadienne de santé publique.

Allez-y, monsieur Culbert. Vous avez six minutes.

**M. Ian Culbert (directeur général, Association canadienne de santé publique):** Merci, monsieur le président.

Bonjour aux membres du Comité. Je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant vous aujourd'hui.

Au nom de l'Association canadienne de santé publique, je tiens d'abord à exprimer notre gratitude envers les responsables de la santé publique et des travailleurs de la santé de tout le pays qui ont participé à la réaction face à la COVID-19. Nous les soutenons tous. Partout au pays, ils font tout en leur pouvoir en cette période sans précédent pour aider les Canadiens à demeurer en sécurité et pour leur donner l'espoir que la lumière est au bout du tunnel.

J'ai le plaisir d'annoncer que, plus tard cette semaine, l'ACSP publiera son examen de la réponse initiale du Canada à la pandémie de COVID-19. Ce rapport fournira une perspective non gouvernementale et un aperçu des mesures de santé publique prises à ce jour. Il ne se veut toutefois pas une analyse détaillée de toutes les mesures prises. Je me ferai un plaisir de fournir au greffier du Comité l'examen dès qu'il sera disponible afin qu'il puisse être communiqué aux membres du Comité.

L'examen donnera lieu à un certain nombre de recommandations sur des sujets qui intéressent le Comité et qui concernent la deuxième vague de la pandémie. On y parlera notamment de collecte de données, de tests, de recherche des contacts et de nécessité d'appliquer une approche nationale de la gestion des éclosions. La collecte de données ayant pris fin à la mi-septembre, l'examen ne portera pas sur les questions de vaccination qui intéressent le Comité aujourd'hui. Je vais maintenant vous parler de certains de ces défis.

De toute évidence, la pandémie de COVID-19 est la plus grande crise de santé publique qu'ait connue le Canada depuis plus d'un siècle. Nous constatons des faiblesses dans nos systèmes, tandis que nous tentons d'assurer la livraison et la diffusion des vaccins dans des délais raisonnables. Le Canada doit mettre au point les systèmes nationaux de recherche et de production qui soient souples et efficaces pour réduire sa dépendance à l'égard des fabricants internationaux de vaccins et pour répondre aux besoins de sa population tout en se positionnant comme un bon partenaire économique international. À cette fin, l'ACSP recommande de renforcer les capacités de recherche fondamentale et appliquée afin d'appuyer la recherche sur les maladies infectieuses ainsi que les exigences en matière de développement et de production de vaccins. Nous devons également rebâtir nos chaînes d'approvisionnement nationales et retrouver notre capacité de fabrication de vaccins. Enfin, le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres intervenants, doit élaborer, mettre à l'essai et mettre en œuvre des normes et des stratégies nationales de distribution de vaccins dans le cadre de nos plans d'intervention d'urgence.

Cette pandémie a également fait ressortir les limites de nos systèmes de soins de santé et de santé publique. Comme vous le savez, la prestation des services de santé relève de la responsabilité des provinces et des territoires, le partenaire fédéral étant, entre autres, responsable du leadership, de la collaboration et des relations internationales. Le problème, réside dans le fait que les responsabilités fédérales en matière de santé publique ne sont pas bien définies dans un cadre stratégique, législatif ou réglementaire. Cette situation doit changer si nous voulons que notre pays réagisse efficacement aux défis de demain en santé publique. L'ACSP recommande d'élaborer une structure plus unifiée proposant une approche nationale en santé publique, dans le respect des responsabilités provinciales et territoriales. Cet objectif pourrait être atteint grâce à une loi fédérale, une loi canadienne sur la santé publique qui définirait clairement les rôles et les responsabilités de tous les gouvernements et intervenants. Une telle loi exigerait un accord de financement national incorporant des mesures de rendement pour la prestation de services de santé publique selon des normes nationales.

La pandémie a démontré les forces, la résilience et les faiblesses associées à la capacité collective des gouvernements de répondre aux besoins de vaccination de notre pays. Des leçons peuvent et doivent être tirées du passé afin de mettre fin à la pandémie actuelle et de nous doter des outils et des capacités nécessaires pour mieux répondre aux urgences futures. Les actuels arriérés de livraison des vaccins ne sont pas surprenants. Nous avons affaire à un nouveau virus, à de nouveaux vaccins, à de nouvelles technologies et à de nouveaux procédés de production. Les fabricants ont besoin de temps pour agrandir leurs installations de production afin de répondre à la demande mondiale de vaccins. Il faut considérer cette situation comme étant un exemple de retard à court terme pour des avantages à long terme, et c'est ce qu'il faut communiquer à la population.

Lorsque je me suis adressé à votre comité en avril dernier, j'ai déclaré que la façon dont chacun de nous réagira à titre personnel sera peut-être le facteur le plus important dans la réussite de notre pays. Même si les vaccins sont porteurs d'espoir, nous allons devoir continuer de composer avec des mois de retard dans l'exécution des commandes en santé publique avant que la pandémie ne soit terminée.

• (1215)

Pour le meilleur ou pour le pire, les choses se déroulent comme nous l'avions annoncé.

C'est un virus mortel qui s'attaque aux plus vulnérables de la société. Il est maintenant temps que les Canadiens continuent de faire des sacrifices personnels pour le bien commun, et les élus de tous les niveaux doivent donner l'exemple. C'est une situation sans précédent. Notre réponse est donc imparfaite.

Je ne crois pas que les Canadiens s'attendent à la perfection, mais ils veulent savoir que leurs dirigeants élus collaborent avec les responsables de la santé publique pour résoudre les problèmes qui se posent.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Culbert.

Nous allons passer au Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19.

Allez-y, monsieur Evans.

**Dr Timothy Evans (directeur exécutif, Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19):** Merci beaucoup de me donner l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui. Je vais vous parler un peu du Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19.

Il a été formé à la fin d'avril 2020 par le gouvernement du Canada avec un mandat de deux ans. Le groupe de travail, qui est coprésidé par les docteurs Catherine Hankins et David Naylor, est un groupe représentatif d'experts bénévoles de partout au pays qui s'efforcent de comprendre la nature de l'immunité découlant du nouveau coronavirus qui cause la COVID-19, ainsi que la prévalence de l'infection dans la population générale, dans des communautés spécifiques et dans certaines populations prioritaires.

Le groupe de travail et son secrétariat travaillent en étroite collaboration avec un large éventail de partenaires, y compris les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral, les organismes de santé publique, les établissements d'enseignement, les organismes de santé, les équipes de recherche, d'autres groupes de travail, les collectivités et les intervenants.

Plus récemment, le groupe de travail a été chargé de jouer un rôle de premier plan dans le soutien de la surveillance de l'efficacité et de l'innocuité des vaccins, en parallèle avec le début de la vaccination.

Notre principal objectif est de générer des données et des idées, en vue d'éclairer les interventions visant à ralentir et, en dernier ressort, à stopper la propagation du SRAS-CoV-2 dans la population. Nous nous concentrons sur quatre domaines, que je vais décrire brièvement. Ces domaines d'intérêt sont appuyés par 55 études qui font actuellement partie du portefeuille du groupe de travail.

Il y a d'abord les études sur la séroprévalence, qui permettent de détecter la présence d'anticorps indiquant une infection antérieure au virus SRAS-CoV-2 et qui sont en cours alors que nous traversons la deuxième vague. Elles ont fait ressortir le niveau d'immunité de la population en général, ainsi que celui de populations prioritaires comme les résidents des établissements de soins de longue durée, les travailleurs de la santé et les communautés racialisées.

Les premières études sur les banques de sang au Canada, par exemple, ont révélé qu'à la fin de la première vague de la pandémie, en mai et juin 2020, le niveau d'immunité de la population au Canada était extrêmement faible, soit de moins de 1 %. Malgré les efforts importants déployés par le public pour limiter la propagation de l'infection, ces faibles niveaux d'immunité ont clairement démontré que, partout au pays, nous demeurions extrêmement vulnérables à une deuxième vague. Les résultats mis à jour en novembre 2020, au beau milieu de la deuxième vague, donnent à penser que même si les niveaux d'immunité ont augmenté — particulièrement dans les provinces des Prairies, où ils se situent autour de 8 à 9 % de la population —, nous sommes loin de l'immunité collective. Par conséquent, il est urgent d'accélérer la vaccination pour amener les Canadiens vers une telle immunité.

Deuxièmement, il faut vraiment comprendre à quoi ressemble l'immunité contre le SRAS-CoV-2 et combien de temps elle dure. Ces connaissances découlent des études sur la séroprévalence. Les résultats d'une étude soutenue par le Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 viennent de paraître et montrent que l'immunité après une infection reste forte et assure une protection pendant au moins huit mois. Grâce à un suivi de la cohorte des personnes infectées, nous aurons une meilleure idée de la durée de l'immunité contre l'infection.

Un troisième domaine d'intérêt concerne les tests immunitaires, qui comprennent, par exemple, la recherche visant à valider les tests ponctuels de dépistage sur gouttes de sang séché au moyen de tests d'anticorps faits au Canada, qui permettent de faire une distinction entre l'immunité induite par le vaccin et l'immunité suivant une infection. Ce dépistage au moyen de gouttes de sang séché peut être utilisé à la maison et est maintenant déployé dans le cadre d'études menées partout au pays, afin de recueillir de l'information sur la façon dont l'immunité de la population évolue à mesure que la vaccination se poursuit.

Le dernier domaine d'intérêt et le plus récent est axé sur la surveillance de la vaccination. Le groupe de travail appuie des partenaires de recherche partout au Canada, dans le cadre d'une nouvelle collaboration qui permettra de surveiller l'efficacité et l'innocuité des vaccins dans la population en général et dans les groupes hautement prioritaires.

Merci beaucoup.

• (1220)

**Le président:** Merci, docteur Evans.

Nous passons maintenant à Mme Nathalie Landry et à M. Nicolas Petit, de Medicago Inc.

Madame Landry ou monsieur Petit, vous avez six minutes.

**Mme Nathalie Landry (vice-présidente exécutive, Affaires scientifiques et médicales, Medicago Inc.):** Merci.

Bonjour, monsieur le président McKinnon, madame et monsieur les vice-présidents Rempel Garner et Thériault, et madame et messieurs les membres du Comité.

[Français]

Au nom de Medicago, nous tenons à remercier le Comité de l'invitation à participer à cette réunion.

[Traduction]

Medicago est une entreprise biopharmaceutique canadienne qui a pour mission d'améliorer les résultats en matière de santé en utilisant ses technologies végétales novatrices pour répondre rapidement aux défis émergents en santé à l'échelle mondiale.

Les maladies ne connaissent pas de frontières. Medicago travaille sans relâche à mettre au point des vaccins pour aider à les prévenir, ainsi que des thérapies pour aider à les traiter.

Bien entendu, aucune maladie n'est plus répandue à l'heure actuelle que la COVID-19. Nous sommes fiers de contribuer à la lutte contre la COVID-19 en mettant au point un vaccin fabriqué au Canada, qui en est actuellement à la phase deux des essais cliniques. La phase trois sera lancée au cours des prochaines semaines.

[Français]

Nous sommes une fière compagnie canadienne localisée à Québec et nous apportons une contribution importante...

**M. Luc Thériault:** Je m'excuse, monsieur le président, mais il y a un problème du côté de l'interprétation depuis un petit moment déjà. L'interprète se plaint du fait que des microphones ouverts l'empêchent de bien entendre Mme Landry. Il faudrait y remédier.

Je vous le répète, je ne comprends pas qu'on n'ait pas les outils de communication permettant de signaler rapidement ce problème

sans que j'aie à interrompre les témoins chaque fois. C'est très gênant pour moi de devoir le faire. Je m'en excuse d'ailleurs auprès de Mme Landry.

• (1225)

[Traduction]

**Le président:** Je comprends, monsieur Thériault.

Si vous avez fait un rappel au Règlement, je ne l'ai pas entendu. Je ne suis pas vraiment en mesure de savoir quand il y a des problèmes avec la traduction française, alors je vous invite à intervenir lorsque cela se produit.

Le fait est que, comme Mme Landry passe de l'anglais au français, il y a un petit délai à chaque fois.

Madame Landry, si vous pouviez choisir l'une ou l'autre langue, ce serait probablement préférable, si cela vous convient.

**Mme Nathalie Landry:** Oui.

**Le président:** Nous allons poursuivre.

J'espère, monsieur Thériault, que la traduction fonctionnera mieux de cette façon.

Allez-y, madame Landry.

[Français]

**Mme Nathalie Landry:** Je m'en excuse à l'avance, mais la majorité de nos notes sont en anglais, alors je continuerai en anglais.

[Traduction]

Medicago utilise une technologie végétale brevetée pour mettre au point un vaccin et des produits thérapeutiques. Nos vaccins sont des particules qui imitent la forme et l'apparence du virus sans être infectieuses ou capables de causer une maladie. Parce que ces particules ressemblent au virus, le corps humain les reconnaît et cela suscite une réponse immunitaire.

Notre technologie brevetée est extrêmement polyvalente et convient bien pour réagir rapidement aux pandémies. Elle a été conçue pour appuyer la lutte contre les pandémies et d'autres maladies émergentes.

Dès que la séquence génétique d'un virus devient disponible, Medicago peut mettre au point du matériel de qualité clinique pour un candidat vaccin en quelques semaines seulement, ce qui constitue une caractéristique importante dans le cas de cette pandémie, en raison des nouveaux variants qui apparaissent. Pendant la pandémie actuelle, Medicago a réaffecté presque toutes ses ressources à la mise au point d'un vaccin contre la COVID-19 et a accéléré sa démarche vers l'augmentation de la capacité nationale de fabrication de vaccins du Canada.

En plus de son programme de lutte contre la COVID-19, Medicago met de l'avant un certain nombre de programmes de santé publique, y compris un vaccin en cas de pandémie et un vaccin contre la grippe saisonnière actuellement à l'étude par Santé Canada.

En ce qui concerne notre programme de vaccination contre la COVID-19, je suis heureuse de vous faire part de quelques points saillants de notre essai de la phase 1 qui est terminé. Les données ont démontré que 100 % des participants qui ont reçu une formulation avec adjuvant du vaccin ont développé des niveaux élevés d'anticorps neutralisants et d'immunité cellulaire après la deuxième dose.

Notre essai de la phase 2 tire à sa fin et, compte tenu des résultats obtenus et de l'approbation réglementaire, la phase 3 sera lancée au cours des prochaines semaines.

Cette phase portera sur 30 000 sujets dans plus de 10 pays, afin d'assurer plus de diversité, et les résultats sont attendus ce printemps. Nous espérons recevoir une approbation réglementaire du vaccin cet été, et nous commencerons alors à livrer des doses au gouvernement canadien.

L'appui du gouvernement du Canada a été déterminant pour notre programme de développement de vaccins contre la COVID-19 et la construction de notre installation de fabrication à grande échelle. Cela garantira la disponibilité de vaccins fabriqués au Canada et fournira une capacité de fabrication nationale de vaccins, d'anticorps et d'autres immunothérapies dont la population a grand besoin.

De plus, l'achat anticipé de notre vaccin a permis à Medicago de réserver des doses pour le Canada et de profiter des garanties nécessaires pour rediriger les ressources d'autres programmes et se concentrer sur le développement et la production du vaccin contre la COVID-19.

Je profite de l'occasion pour remercier les dirigeants gouvernementaux et les partenaires qui ont rendu cet investissement possible, soit l'Agence de la santé publique du Canada, Innovation, Sciences et Développement économique Canada, Services publics et Approvisionnement Canada et le gouvernement du Québec. Nous vous sommes très reconnaissants de votre appui et nous nous réjouissons à l'idée de continuer à travailler avec nos partenaires gouvernementaux pour protéger les Canadiens contre la pandémie actuelle de COVID-19 et les urgences futures en santé publique.

Au moment de l'examen des facteurs essentiels à la préparation aux pandémies, il pourrait être utile de structurer notre intervention en fonction de trois grands axes, soit le temps, l'économie et les compétences. Les interventions en cas de pandémie exigent une planification à long terme, compte tenu des nombreuses années nécessaires pour mettre au point une plateforme de vaccination et bâtir une infrastructure nationale. Le partenariat public-privé offre de solides synergies. Bien que le Canada doive faire en sorte de disposer d'une technologie et d'une capacité de production nationales, l'industrie a besoin de conditions pour assurer la durabilité et encourager l'investissement privé. Certaines compétences sont essentielles pour mettre en place une chaîne de réponse nationale, depuis les premières recherches jusqu'au développement clinique, à la production et à la distribution.

Le gouvernement...

• (1230)

**Le président:** Madame Landry, je dois vous demander de conclure le plus rapidement possible, s'il vous plaît.

**Mme Nathalie Landry:** Oui.

En conclusion, nous tenons à réitérer notre reconnaissance au gouvernement du Canada pour son appui. Nous sommes fermement résolus à fournir des vaccins à notre population et à servir les Canadiens pour améliorer notre santé publique à l'échelle nationale, et nous serons heureux de répondre à vos questions.

Merci beaucoup.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer aux questions. Nous aurons le temps de faire un tour de six minutes par intervention. Nous allons commencer par M. Barlow.

Monsieur Barlow, vous avez la parole pour six minutes.

**M. John Barlow (Foothills, PCC):** Merci, monsieur le président.

Monsieur Evans, nous avons récemment appris que le Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 n'était pas en mesure d'effectuer de tests d'anticorps pour déterminer la prévalence de la COVID-19 au Canada. Il semble que cela soit en grande partie attribuable à votre incapacité d'avoir accès à des tests sérologiques en raison des retards d'approbation par Santé Canada.

Croyez-vous qu'il y a eu de graves obstacles bureaucratiques qui ont empêché notre pays d'avoir la meilleure réponse possible à la COVID-19?

**Dr Timothy Evans:** Vous vous en souvenez peut-être, mais lorsque le groupe de travail a été mis sur pied, en avril 2020, aucun test immunologique n'avait encore été approuvé. Les premières approbations ont été données en mai. Il s'agissait d'approbations pour des tests qui nécessitaient un prélèvement sanguin. Nous les avons intégrés aux études le plus rapidement possible.

Il est important d'examiner comment accélérer l'approbation et l'évaluation de l'efficacité des tests immunologiques, et cela n'est pas propre au Canada. Dans presque tous les pays, les normes à ce sujet, c'est-à-dire le regroupement des panels de diverses sources de prélèvements sanguins, ceux-ci provenant non seulement de personnes infectées, mais aussi de personnes atteintes d'autres maladies, et la période pendant laquelle nous examinons ces prélèvements, c'est-à-dire non seulement au moment de l'infection, mais 7, 14, 21, 28 jours plus tard, tout ce processus, à mon avis et d'après notre expérience, pourrait profiter énormément d'une plus grande normalisation, discipline et coordination et deviendrait beaucoup plus efficace.

Nous n'avions aucun test qui avait été approuvé dans les points de services par Santé Canada. Ce sont des tests qui peuvent être effectués au moyen d'une goutte de sang recueillie au bout du doigt. Ils peuvent être utilisés à la maison, ce qui permet de tester les populations beaucoup plus facilement qu'en faisant venir des gens et en prélevant du sang au moyen d'une seringue. Nous avons travaillé très fort pour qu'un laboratoire national de microbiologie évalue la validité des tests à partir de gouttes de sang séché. Nous y sommes parvenus en septembre. Mais, encore une fois, c'est un domaine où, à mon avis, si nous examinons le processus d'obtention de l'accréditation ou de l'autorisation selon laquelle il s'agit d'un test valide et utile... Je suis certain qu'on peut faire mieux.

En un mot, oui, je pense qu'on peut faire mieux pour ce qui est d'évaluer plus rapidement l'exactitude de nos tests.

• (1235)

**M. John Barlow:** Monsieur Evans, connaissez-vous notre capacité nationale de test pour les variants?



**Dr Timothy Evans:** Je ne connais pas la capacité exacte. J'ai participé à des discussions visant à mobiliser la capacité de surveillance des variants. Cela comporte de multiples facettes liées à la capacité de séquençage et au suivi des répercussions du variant sur la transmission, ainsi que sur le profil de la maladie chez les personnes qui développent ces variants. Je ne suis pas en mesure de faire de commentaires sur l'ampleur de cette capacité à ce stade-ci, sauf pour dire que j'ai participé à des conversations concernant les plans en cours pour l'accroître.

**M. John Barlow:** Est-elle suffisante, à votre avis, ou non? Pouvez-vous me répondre rapidement?

**Dr Timothy Evans:** Le Canada a une capacité de séquençage très impressionnante, grâce à un ensemble d'institutions. Une fois les efforts de celles-ci réunis, nous devrions certainement avoir cette capacité partout au pays.

**M. John Barlow:** C'est ma dernière question, monsieur le président. Elle s'adresse encore à M. Evans.

Comment pouvons-nous comprendre l'immunité si nous ne pouvons pas tester ces variants? Comment allons-nous établir cette base de référence si nous ne pouvons pas tester les variants émergents?

**Dr Timothy Evans:** C'est une très bonne question. Nous cherchons à comprendre les répercussions immunitaires des variants. Il s'agit à la fois d'observer les modèles des variants dans la population en ce qui a trait à leur impact sur la transmission et sur le schéma pathologique, mais aussi d'exécuter un plus grand nombre d'études fondées sur des tests en laboratoire qui nous aident à comprendre comment ces variants pourraient agir différemment des autres formes du virus que nous avons examinées jusqu'à présent.

Tous les pays du monde sont dans la même situation sur ce front. Il est possible, non seulement au Canada, mais dans le monde entier, de tirer parti de cette entreprise scientifique pour comprendre le plus rapidement possible les conséquences de ces variants sur la protection immunitaire.

**Le président:** Merci, monsieur Barlow.

Nous passons maintenant à Mme Sidhu. Allez-y, vous avez six minutes.

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

Le gouvernement fédéral s'attend toujours à recevoir six millions de doses d'ici la fin de mars pour les deux vaccins actuellement autorisés. Nous nous attendons à ce que 13 millions de Canadiens soient vaccinés avant l'été, et nous sommes en voie d'atteindre notre cible de 17 millions de doses d'ici la fin de septembre. Bien sûr, cela ira plus vite à mesure que d'autres vaccins seront autorisés. C'est pourquoi nous espérons qu'ils le seront.

Ma question s'adresse à M. Culbert. Les vaccins sont administrés par les hôpitaux et les organismes de santé publique. Au fur et à mesure que l'offre augmentera au cours des prochaines semaines, pensez-vous que les organismes seront en mesure de répondre à la demande, ou pensez-vous qu'il faudra utiliser d'autres lieux pour la vaccination, comme les pharmacies et les cabinets de médecins?

**M. Ian Culbert:** Premièrement, cela dépend des vaccins dont il est question. Il sera essentiel de consigner dans un registre électronique les personnes qui ont été vaccinées, de prévoir leur deuxième dose et de pouvoir faire le suivi de tout effet indésirable. Ce qui me préoccupe au sujet de l'augmentation du nombre de sites potentiels

de vaccination, c'est la quantité de systèmes qui devront être intégrés pour suivre l'information.

Je suis pour des investissements plus importants dans les cliniques de vaccination de masse installées à plusieurs endroits, mais organisées par la santé publique et faisant intervenir le plus grand nombre possible de vaccinateurs. Si les pharmaciens veulent participer au mouvement de vaccination, ils devraient le faire, mais dans le cadre de cliniques de vaccination de masse gérées par la santé publique.

• (1240)

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Dans le dernier groupe de témoins, le Dr Bogoch a parlé de l'hésitation à se faire vacciner. Malheureusement, certains groupes de minorités visibles hésitent à se faire vacciner. La désinformation se répand facilement dans les médias sociaux, et l'information officielle émanant des autorités de santé publique n'est pas toujours disponible dans les langues où elle devrait l'être.

Pouvez-vous nous dire comment nos organismes de santé publique luttent contre la désinformation et la réticence à se faire vacciner, surtout dans les communautés multiculturelles?

**M. Ian Culbert:** Les organismes de santé publique de première ligne ont établi des liens avec ces communautés. Ils travaillent régulièrement avec elles et ils nous serviront d'alliés dans les centres communautaires ou ailleurs.

Il est difficile de communiquer avec de grands groupes, ce qui fait que la communication individuelle est privilégiée. Cependant, la capacité de communiquer directement avec ces populations est absolument cruciale, et elle continuera de l'être. Ces populations ont besoin d'entendre le message d'une personne qui leur ressemble et qui représente leurs intérêts, mais qui a aussi suffisamment d'expérience pour répondre à leurs questions.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Docteur Evans, notre gouvernement a fourni plus de 17 millions de tests rapides aux provinces et aux territoires. L'Ontario a reçu plus de six millions de ces tests, mais selon les chiffres à jour fournis lundi par le ministère de la Santé de la province, seulement un million de ces tests environ avaient été déployés. Ma collectivité, Brampton, a été l'une des plus durement touchées et compte de nombreux points chauds dans les secteurs industriel et manufacturier. Pensez-vous qu'une utilisation accrue des tests rapides aiderait à contrôler les éclosions? Pouvez-vous nous expliquer pourquoi la province hésite tant à les utiliser?

**Dr Timothy Evans:** J'aimerais préciser, en réponse à votre question, que le Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 ne se concentre pas sur les tests, que ce soit les tests d'antigènes ou ceux par PCR ou RT-PCR, en temps réel. Cependant, je dirais que les données provenant de tous les pays montrent que ceux où les niveaux de dépistage sont plus élevés, mais aussi où la détermination des résultats et le suivi des contacts sont beaucoup plus rapides, sont mieux placés pour contrôler l'épidémie.

Je crois, encore une fois que le Canada a beaucoup à apprendre sur la façon de gérer les systèmes d'analyse, afin d'atteindre les populations où le problème est le plus grave, ainsi que d'obtenir des résultats en temps opportun et de pouvoir mobiliser des traceurs de contact de manière à atténuer la propagation de l'infection. Cela dit, nous devons nous tourner vers nos provinces de l'Atlantique, où il y a selon moi des preuves importantes de très bonnes pratiques à cet égard jusqu'à maintenant, et aussi tirer parti de la façon dont les systèmes de tests ont été déployés dans d'autres pays.

**Mme Sonia Sidhu:** Je dis cela parce que trois installations d'Amazon, à Peel, ont récemment annoncé qu'elles effectueraient leurs propres tests rapides, ce qui est utile, car l'obtention d'un test peut souvent être difficile et source de confusion. Évidemment, les entreprises n'ont pas toutes autant de ressources financières qu'Amazon. Le gouvernement provincial devrait-il distribuer ses tests dans les lieux de travail essentiels pour les aider à contrôler les éclosions?

**Dr Timothy Evans:** À mon avis, la seule façon d'atteindre les niveaux de dépistage qui permettraient vraiment de ralentir la propagation de l'infection est de distribuer plus largement les tests selon des normes de santé publique très claires.

**Le président:** Merci, monsieur.

Merci, madame Sidhu.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

• (1245)

**M. Luc Thériault:** Merci, monsieur le président.

Je remercie l'ensemble des témoins de leurs témoignages.

Gérer une crise sanitaire de l'ampleur de celle que nous connaissons implique de préserver l'adhésion de la population aux consignes sanitaires mises en place. Cela implique aussi de préserver le lien de confiance. Depuis l'annonce, à la fin de l'été, de candidats vaccins prometteurs et de vaccins maintenant autorisés, on a senti par moments qu'il devenait difficile de maintenir ou de resserrer les règles sanitaires. Il y a eu un certain relâchement, probablement en raison d'une fatigue chez les gens et d'un changement de leurs pratiques durant l'été.

D'un côté, on prétend, selon les chiffres qu'on a actuellement, qu'en septembre 2021 on aura vacciné tout le monde qui veut être vacciné. En même temps, l'échéancier de livraison des vaccins et les conditions qui s'y rattachent sont maintenus dans une opacité totale. Cela est-il normal, docteur Lexchin, si l'on veut maintenir le lien de confiance entre les autorités et la population?

Au fond, tout ce que nous savons des ententes conclues, c'est le volume de vaccins. Nous ne connaissons pas les prix, les conditions ou les dates de livraison. Pourtant, on nous demande de croire que tout le monde va être vacciné d'ici septembre 2021.

Que pensez-vous de cela?

[Traduction]

**Dr Joel Lexchin:** Je pense que nous sommes confrontés à un manque de capacité de production de vaccins à l'échelle nationale, et cela nous rend vulnérables face à ce qui se passe dans d'autres pays.

L'Union européenne menace maintenant de limiter l'exportation de vaccins en provenance de ces pays.

Nous n'avons aucun contrôle sur ces enjeux et nous n'avons pas vraiment l'information qui nous permettrait de savoir ce qu'il adviendra de la livraison parce que nous ne savons rien des prix. D'après des fuites en provenance d'autres pays, nous savons que des prix différents ont été négociés.

Il semblerait, par exemple, que le Royaume-Uni et Israël aient négocié des prix plus élevés que ceux de l'Union européenne, ce qui pourrait déterminer la rapidité des livraisons à l'Union européenne. Nous ne savons pas combien le Canada a payé.

À défaut d'information, il est très difficile de se faire une idée de notre capacité de vaccination au cours des prochains mois.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Monsieur Evans, avez-vous fait des simulations qui donneraient une idée des étapes vers l'atteinte de l'immunité collective, en fonction des prévisions annoncées pour la vaccination? La vaccination a commencé, et tout le monde aura peut-être été vacciné d'ici septembre 2021, mais cela ne veut pas dire pour autant que nous aurons atteint l'immunité collective. Votre groupe de travail a-t-il fait des simulations à propos de l'immunité collective? À quel moment allons-nous atteindre cette immunité collective, selon vous?

Étant donné que peu de personnes ont été vaccinées jusqu'à maintenant, n'est-il pas essentiel de maintenir les mesures sanitaires pendant une longue période ou même de les renforcer?

**Dr Timothy Evans:** Je vous remercie de cette question, qui est d'une grande importance en ce moment.

Nous n'avons pas de modèles nous permettant de savoir à quel moment le taux de reproduction du virus sera inférieur à 1 et que nous aurons donc atteint l'immunité communautaire.

Nous travaillons à la création de ces modèles. Pour ce faire, nous travaillons avec les gens qui formulent présentement des prévisions quant à certains aspects. Par exemple, nous essayons de connaître l'horaire de distribution des vaccins. Vous savez que, dans les conditions actuelles, cet élément est encore difficile à connaître ou à prévoir.

En ce qui a trait à votre deuxième question, il est très important que la population suive le plus possible toutes les mesures de protection de la santé publique au cours des six prochains mois.

• (1250)

**M. Luc Thériault:** Il serait donc hasardeux, tant et aussi longtemps que l'on n'aura pas pu faire ce genre de modélisation, de penser à alléger les mesures sanitaires.

**Dr Timothy Evans:** Je crois qu'il faut faire très attention. Il y a toujours des choses qu'il est impossible de prévoir.

Si le nombre d'infections diminue pendant quatre, cinq ou six semaines consécutives, nous pourrions alors voir un changement dans les politiques et les prévisions. Cependant, pour le moment, je crois qu'il est prudent, voire nécessaire, de maintenir toutes les mesures de santé publique.

**M. Luc Thériault:** Il faut donc accroître le dépistage.

**Le président:** Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Monsieur Davies, vous avez six minutes.

**M. Don Davies:** Merci.

Docteur Lexchin, je vais commencer par quelques questions sur la reddition des comptes, puis, si vous le permettez, j'aborderai quelques questions de fond.

On sait bien que le gouvernement fédéral refuse de révéler la moindre chose sur le moindre contrat signé avec les sept fabricants de vaccins sollicités. Selon vous, le gouvernement a-t-il une raison légitime de refuser de divulguer des renseignements sur ces contrats publics?

**Dr Joel Lexchin:** À mon avis, le problème est que les vaccins sont traités comme des produits commerciaux assujettis à des contrats commerciaux. Les vaccins ne sont pas un bien commercial au sens habituel du terme, comme le sont, par exemple, les ordinateurs. Ils sont essentiels à la santé, et, parce qu'ils sont essentiels à la santé, nous devons comprendre les modalités des contrats afin que tout le monde soit informé du calendrier de livraison, du nombre de doses et de la vitesse à laquelle ces doses arriveront.

Je pense que le Canada ne fait que suivre ce que d'autres pays font ou ont fait en traitant les vaccins comme des produits commerciaux et je crois que c'est un échec fondamental pour la collectivité internationale, pas seulement pour le Canada.

**M. Don Davies:** Je vais y revenir dans un instant, parce que c'est une question très importante, mais nous étudions ce sujet depuis près d'un an et nous avons eu très peu de questions au sujet du groupe de travail sur les vaccins. Vous avez soulevé la question des conflits d'intérêts. J'aimerais vous lire un texte écrit à ce sujet il y a à peine quelques semaines:

Dans le milieu médical, l'omniprésence des conflits d'intérêts et l'idée que c'est presque normal sont un enjeu important...

La transparence publique ne suffit pas... L'indépendance des protagonistes est une nécessité pour que les Canadiens puissent avoir confiance dans les décisions relatives aux vaccins. Il est [donc] ahurissant que, par exemple, le groupe de travail ait décidé que le coprésident Mark Lievonon, PDG de Sanofi Canada pendant 17 ans (jusqu'en 2016), n'était pas directement en conflit d'intérêts dans l'évaluation du vaccin Sanofi, alors qu'il possède toujours des actions Sanofi, qu'il consulte des sociétés pharmaceutiques et qu'il reste administrateur de deux autres sociétés pharmaceutiques.

À votre avis, docteur Lexchin, le groupe de travail fédéral sur les vaccins a-t-il fait preuve d'une indépendance et d'une transparence suffisantes? Que pouvez-vous nous dire sur les raisons pour lesquelles ses membres ont décidé de mener leurs activités essentiellement en secret?

**Dr Joel Lexchin:** Ce manque de transparence est assurément un problème grave. L'un des enjeux de toute la période de la pandémie a été la nécessité de compter sur la confiance de la population dans les mesures prises par le milieu de la santé et le gouvernement pour essayer de nous protéger de la COVID-19, mais, faute de transparence dans le fonctionnement du groupe de travail, cette confiance s'effrite.

Les choses pourraient se passer très différemment. Prenons l'exemple de l'Australie: en avril dernier, le gouvernement a financé un groupe de travail national sur les données cliniques de la COVID-19 pour obtenir rapidement des conseils fondés sur des données probantes et continuellement mis à jour à l'appui des mesures

prises face à la pandémie. Il a créé un comité indépendant de quatre personnes chargées de recommander les personnes susceptibles d'être membres de ce groupe de travail, lesquels devraient divulguer leurs conflits d'intérêts au comité indépendant. Celui-ci a donc, selon le cas, déclaré au gouvernement australien: « Non, cette personne ne devrait pas faire partie du groupe de travail » ou « Oui, cette personne est acceptable ». Le gouvernement australien a suivi ces conseils et s'est assuré que l'information fournie par le groupe de travail ne soit pas entachée de conflits d'intérêts.

• (1255)

**M. Don Davies:** Merci.

J'aimerais vous soumettre deux scénarios, docteur Lexchin. Du point de vue épidémiologique, des maladies infectieuses et de la santé publique, à choisir entre vacciner les sept milliards d'êtres humains au cours de la prochaine année et, disons, immuniser seulement un quart du monde et faire le reste au cours des dix prochaines années, risquerait-on d'augmenter la capacité du virus à muter et serait-il préférable, du point de vue de la santé publique, de faire l'un plutôt que l'autre?

**Dr Joel Lexchin:** À mon avis, il faut une stratégie mondiale pour vacciner les personnes les plus vulnérables, dans tous les pays, afin de réduire le taux de propagation. Nous savons que plus le virus se propage rapidement et plus il infecte de gens, plus la probabilité de mutation est élevée.

C'est pour cela, entre autres, que des mutations nous arrivent de pays comme le Brésil, l'Afrique du Sud, le Royaume-Uni et, peut-être, les États-Unis. Ce sont des endroits où le virus s'est répandu très rapidement.

Si, comme il semble, nous vaccinons surtout dans les pays riches, pour ensuite le faire dans les pays à revenu faible et intermédiaire, nous facilitons les mutations. Certains de ces variants peuvent être résistants aux vaccins.

Le Canada devrait faire preuve de leadership. Il ne peut pas agir seul, mais il peut certainement montrer à d'autres pays la voie à suivre. Il faudrait que le Canada soutienne le partage des technologies de lutte contre la COVID-19, qu'il appuie davantage COVAX et qu'il annonce quand nous allons donner nos vaccins excédentaires à d'autres pays.

**M. Don Davies:** N'avez-vous pas dit que l'Afrique du Sud et l'Inde demandent à l'OMC...

**Le président:** Je suis désolé, monsieur Davies. Votre temps de parole est écoulé.

J'aimerais remercier tous les témoins de nous avoir offert leur temps et leur expertise aujourd'hui. Vos commentaires sont extrêmement appréciés et seront très utiles à notre étude. Sur ce, j'invite les témoins à se retirer, après quoi nous terminerons quelques travaux restants de vendredi.

Vendredi, nous avons examiné une motion de M. Van Bynen. À la levée de la séance, nous étions dangereusement près de nous entendre. La motion de M. Van Bynen avait pour objet de demander aux analystes de préparer un rapport sur l'étude sur la santé mentale. Il s'agissait simplement de demander un rapport. Et non pas de prévoir que le Comité examinerait le rapport.

M. Maguire a présenté une motion visant à modifier cela pour exiger que l'examen du rapport ne se fasse que pendant une semaine de relâche.

Je vois des mains levées. M. Van Bynen, vous êtes le premier sur ma liste. Allez-y.

• (1300)

**M. Tony Van Bynen (Newmarket—Aurora, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Je tiens, tout d'abord, à remercier mes collègues d'avoir proposé de poursuivre ce débat aujourd'hui, après avoir entendu des témoins sur notre deuxième sujet d'étude en cours. J'espère que tout le monde a eu le temps de réfléchir à ce que j'ai proposé la semaine dernière. J'espère que nous pourrions en arriver à une entente et continuer d'être productifs.

Concernant les comités permanents, *La procédure et les usages de la Chambre des communes*, troisième édition, 2017, chapitre 20, page 979, prévoit ceci:

Ils sont autorisés individuellement à faire étude et enquête sur toutes les questions qui leur sont renvoyées par la Chambre, à faire rapport à ce sujet à l'occasion et à joindre en appendice à leurs rapports, à la suite de la signature de leur président, un énoncé des opinions ou recommandations dissidentes ou complémentaires présentées, le cas échéant, par certains de leurs membres.

Le vendredi 29 janvier, je vous ai proposé, chers collègues, de demander aux analystes de préparer un rapport provisoire sur les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale des Canadiens, compte tenu des quatre réunions que nous avons eues à ce sujet dans le cadre de l'étude en cours.

La Chambre nous a demandé d'examiner la situation à laquelle sont progressivement confrontés les Canadiens dans cette deuxième vague de COVID-19, d'entendre ce que les Canadiens de toutes les régions ont à nous dire des répercussions de cette situation sur leurs vies, et d'étudier les mesures prises par le gouvernement pour lutter contre la pandémie de coronavirus. Notre comité s'est donc doté d'un plan. Chaque parti soumettrait quatre sujets d'étude, par ordre de priorité. Chaque sujet serait examiné, par priorité, dans l'ordre suivant: Parti libéral, Parti conservateur, Bloc et NPD. Nous avons déterminé par une majorité le nombre de réunions par sujet, d'une au minimum à quatre au maximum selon le cas. Chaque parti aurait droit à un nombre égal de témoins.

C'est une version abrégée, mais je suis certain que le greffier, les analystes ou la personne compétente seraient très heureux d'envoyer un courriel à tous les membres pour leur rappeler ce qui a été convenu dans ce plan.

Si je me souviens bien, c'est M. Davies qui a suggéré que le Comité procède ainsi et qui a présenté la motion décrivant notre plan actuel. Il pourrait peut-être nous en donner un meilleur résumé que moi.

Mais je sais que, à ce moment-là, j'ai dit que c'était une méthode valable, et je suis toujours de cet avis. Cependant, je me suis rendu compte depuis que les rapports provisoires nous aideront, contrairement à ce qu'on a laissé entendre vendredi, à travailler efficacement dans le contexte de la pandémie.

Je vais citer encore une fois notre livre préféré, à la page 991 de la version anglaise:

Pour jouer efficacement leur rôle, les comités doivent pouvoir faire part de leurs constatations à la Chambre. *Le Règlement* habilite les comités permanents du pouvoir de faire rapport à l'occasion à la Chambre, ce qui est généralement compris comme aussi souvent qu'ils le désirent.

En pleine pandémie, j'estime que le Comité de la santé a le devoir, envers la Chambre, envers nos collègues et envers les Cana-

diens, de produire des rapports provisoires sur chaque sujet de l'étude en cours.

Je veux être très clair parce que je ne l'ai peut-être pas été vendredi. Je propose que les analystes produisent un rapport provisoire sur le sujet dont nous venons de terminer l'examen. Je ne propose pas que nous retardions la comparaison des témoins sur la livraison des vaccins ou de la ministre devant le Comité la semaine prochaine. Je ne propose pas d'interrompre, d'entraver ou de retarder les réunions sur les vaccins ou les sujets à venir. Je tiens à vous rappeler que tous les partis ont fait de la vaccination une priorité.

Je ne demande pas aux analystes de prendre sur leur temps de travail consacré aux réunions sur les vaccins, ni à tout autre sujet à venir, pour rédiger un rapport provisoire. Vendredi, je leur ai demandé ce qu'ils en pensaient. La réponse est claire, et je cite:

Il serait très utile de rédiger un rapport provisoire. Cela aiderait le Comité à se concentrer sur ce qu'il a entendu durant les quatre premières réunions, et l'étude serait facilitée par une démarche progressive. Nous sommes d'accord pour commencer à rédiger un rapport provisoire. Si le Comité le souhaite, chacun des membres pourrait présenter ce qu'il voudrait voir dans le rapport par l'entremise du greffier.

• (1305)

*La Procédure et les usages de la Chambre des communes* est claire au sujet des rapports: ils « peuvent être de courts documents de moins d'une page ou des ouvrages beaucoup plus volumineux [...] imprimés et reliés séparément ». C'est à la page 990 de la version anglaise pour ceux qui veulent vérifier.

Je ne vois aucun problème à présenter nos demandes et nos recommandations par écrit par l'entremise du greffier. Je ne nous demande pas non plus de gaspiller des réunions à discuter, par exemple, de la ponctuation dans un rapport qui n'a pas d'importance dans notre recherche de moyens de mettre fin à cette pandémie. J'ai confiance dans l'aptitude de nos analystes à ponctuer correctement et à mettre les points sur les i et les barres sur les t. Il est offensant de remettre en question l'aptitude de nos analystes à ponctuer correctement un rapport, tout comme d'insinuer que la documentation de notre travail n'est pas importante dans la recherche des moyens de mettre fin à cette pandémie, alors que c'est manifestement le contraire.

Il est inacceptable qu'un an, 36 réunions, 198 témoins et 63 mémoires après notre première réunion sur la COVID-19 n'aient pas encore donné lieu à un rapport sur nos conclusions et recommandations à l'intention de la Chambre.

Monsieur le président, chers collègues, je demande que nous convenions de la manière dont nos analystes pourront produire un rapport provisoire. Nous venons de terminer les réunions sur un sujet. Faisons un rapport provisoire. Lorsque nous aurons terminé le sujet suivant, faisons un autre rapport provisoire, et ainsi de suite.

C'est une vaste étude. Elle porte sur divers sujets importants pour moi, pour mes électeurs, pour vous et pour vos électeurs. Assurons-nous que les témoins que nous faisons venir, leurs témoignages, leurs demandes et les questions que nous posons fassent l'objet d'un compte rendu en temps opportun sans compromettre, interrompre ou retarder les sujets suivants. Nous sommes tous des professionnels, et j'espère que nous pourrions travailler ensemble pour trouver une solution.

Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci, monsieur Van Bynen.

Monsieur Kelloway.

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

Bonjour à mes collègues.

Comme le député Van Bynen, j'ai réfléchi à la réunion de vendredi durant la fin de semaine. Je pense que c'est très clair, du moins de mon point de vue. Je vais préciser un peu, mais je promets de ne prendre que quelques minutes. Je crois que nous pensons tous qu'un rapport provisoire serait formidable, mais il me semble que nous sommes sur la corde raide ou, en tout cas, que nous ne pouvons pas décider du sujet.

Comme je l'ai dit la semaine dernière, aucun des membres du Comité n'a la moindre intention de retarder l'étude des vaccins. Nous proposons simplement de rédiger un rapport provisoire sur un sujet qui préoccupe des millions de Canadiens: la santé mentale.

Maintenant, personne ne dit que, lorsque nous aurons terminé les quatre réunions — ou les cinq si on compte la comparution de la ministre, nous ne pourrions pas faire un autre rapport provisoire sur les vaccins et ainsi de suite. Tous les membres du Comité savent à quel point l'étude sur la santé mentale est importante pour M. Van Bynen et pour nous tous. C'est important pour les Canadiens, et ce serait formidable d'y travailler ensemble.

La semaine dernière, je crois — et j'espère la citer correctement — Mme Norris a dit — nous pouvons vérifier les bleus à ce sujet — qu'un « rapport provisoire serait [...] utile » et permettrait vraiment de présenter les résultats de l'étude en éléments faciles à absorber. C'est un commentaire auquel M. Van Bynen a fait allusion. C'est à mon avis une méthode concrète, pratique et efficace.

Monsieur le président, je me demande... Les analystes sont ici. Les chercheurs sont ici également. Pourrions-nous les inclure dans cette conversation? Après tout, ils font partie de l'équipe HESA.

Merci.

**Le président:** Si le Comité est d'accord, je peux demander aux analystes d'intervenir et de donner une réponse. Y a-t-il des objections?

**M. Don Davies:** Oui, monsieur le président. Je pense que nous devrions entendre d'autres témoins que ceux des libéraux avant d'entendre les analystes. Il y a différents points de vue à ce sujet.

**Le président:** D'accord, eh bien, continuons.

C'est au tour de M. Fisher.

• (1310)

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

Ce que je voulais dire a déjà été dit, et je pense que M. Davies a raison. Nous allons entendre les députés de l'opposition. Je suis heureux que M. Davies... Je pense que c'est à son tour de parler. J'aime toujours l'entendre et j'apprécie la façon dont il trouve une solution hybride à ce que nous disons tous; je vais donc baisser la main.

Merci.

**Le président:** Merci, monsieur Fisher.

Monsieur Davies, vous avez la parole.

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

Je pense avoir une suggestion utile à faire, mais il serait peut-être préférable d'y aller d'abord de quelques remarques préliminaires.

Je ne pense pas que les rapports provisoires soient une mauvaise idée, surtout dans un cas comme celui-ci. Je dois dire que je ne me souviens pas que nous en ayons produit un seul au cours des 12 dernières années. Je n'ai jamais eu à m'occuper d'un rapport provisoire même lorsqu'il s'agissait de très longues études. Par exemple, nous avons étudié l'assurance-médicaments, comme M. McKinnon et Mme Sidhu s'en souviendront, pendant deux années complètes, mais sans publier un rapport provisoire sur le sujet.

Cela dit, je ne m'oppose pas à l'idée d'un rapport provisoire. La question est de savoir sur quoi il devrait porter.

Il est inutile de rappeler que nous avons débuté cette étude en février de l'année dernière et que nous avons entendu un grand nombre de témoignages de février jusqu'à la mi-juillet, je crois, moment où le Comité a interrompu son étude de nombreuses questions, dont certaines de très grande importance.

Aujourd'hui, il a été question des vaccins. Nous avons entendu parler de problèmes concernant la production nationale, de stratégies pour réduire la propagation et de l'impact sur les communautés racialisées. À vrai dire, les témoignages entendus aujourd'hui font ressortir, à mon avis, une question d'importance extrême, à savoir si le modèle de distribution des vaccins à la population est le bon. En effet, plutôt qu'adopter une approche globale, nous appliquons un modèle commercial, d'entreprise privée, qui est clairement incapable de faire parvenir suffisamment de vaccins aux gens.

Au fond, il s'agit de décider si, saisis de toutes ces questions, nous devrions publier un rapport provisoire sur la santé mentale à la lumière des quatre réunions que nous avons tenues.

Je pense que la santé mentale est importante, autant que beaucoup d'autres questions que je viens de mentionner, mais je ne suis pas sûr qu'elle le soit plus que d'autres dont nous avons entendu parler.

L'autre point à retenir, bien entendu, c'est que la motion de M. Van Bynen demande en fait au Comité de préparer un rapport provisoire sur la santé mentale à la suite des quatre réunions sur le sujet, ce qui se trouve être la priorité du Parti libéral, et de publier ce rapport. Même si nous sommes tous intéressés par la santé mentale, ce sont les libéraux qui ont retenu ce sujet comme principale priorité, et nous n'avons pas encore entendu quelle est la grande priorité des trois autres partis.

Si j'ai bien compris M. Thériault — il pourra me corriger si je me trompe, et j'assume la responsabilité de peut-être mal l'interpréter —, je dois dire que je préfère son approche. Si nous devons publier un rapport provisoire, j'aimerais que les analystes résumant d'abord tous les témoignages entendus jusqu'à présent, puis qu'ils attendent que nous ayons au moins pris connaissance de la priorité que chacun des quatre partis met au premier rang, ce qui prendra une trentaine de jours de plus. Ensuite, nous publierions un rapport provisoire résumant de façon globale et exhaustive les témoignages entendus. Ce serait une façon équitable de procéder puisque nous saurions alors quels sont les choix prioritaires de tous les partis, pas seulement celui du Parti libéral.

Je signale également, même si je ne pense pas que ce soit un gros problème, que nos travaux ont été quelque peu entravés par la pandémie. Je ne pense pas que cela ait eu une énorme importance, mais le Comité a néanmoins perdu trois ou quatre réunions, le temps de se réorganiser afin de pouvoir reprendre ses activités en septembre. Je pense que cela nous a fait un peu perdre de vue les témoignages extrêmement valables que nous avons entendus depuis février sur de grandes questions qui importent aux Canadiens.

Je dirai aussi que je fais grande confiance à nos analystes, mais que le Comité devra consacrer du temps à l'examen d'un rapport. Nous ne pouvons l'éviter. Nous ne pouvons pas simplement dire aux analystes de rédiger un rapport et de le publier. Le rapport devra revenir au Comité, et nous serons tenus de l'examiner ligne par ligne, d'en débattre et d'y apporter des modifications, ce qui imposera une dépense de temps au Comité.

Je n'y suis pas nécessairement opposé, sauf que je ne veux pas le faire maintenant, avant même que nous ayons eu l'occasion d'entendre le Bloc ou le NPД au sujet de leurs priorités.

Voilà pourquoi je ne suis pas, pour le moment, en faveur de cette motion. Je propose que nous réfléchissions à la suggestion que j'ai faite, c'est-à-dire attendre et prendre connaissance de la priorité de chacun des quatre partis au premier tour. Peut-être pouvons-nous même demander aux analystes de commencer le processus très laborieux de résumer les témoignages entendus jusqu'à présent, chose qui, de toute façon, devra se faire à un moment donné. Nous pourrions ensuite revenir sur cette question et discuter de la publication éventuelle d'un rapport provisoire après avoir pris connaissance de la position des quatre partis.

• (1315)

J'ai une dernière observation à formuler. J'ai beaucoup de respect pour ce Comité et je pense que lorsque nous parlons, notre voix se fait bien entendre au Parlement. Nous avons la bonne fortune de voir siéger parmi nous M. Fisher, secrétaire parlementaire de la ministre de la Santé. Rien n'empêche les membres libéraux du Comité, ou M. Fisher, de s'adresser à la ministre de la Santé à n'importe quel moment. Comme ils se réunissent chaque semaine au caucus du Parti libéral, le parti au pouvoir, ils pourraient présenter cette information au gouvernement de façon à influencer sur les politiques. Le gouvernement n'a pas à attendre cette information.

Cependant, d'après mon expérience, il n'écoute guère, de toute façon, ce que le Comité de la santé lui propose. Rappelez-vous que le Comité a publié un rapport majoritaire exhortant le gouvernement à mettre en place rapidement un régime public d'assurance-médicaments. C'était il y a trois ans. Nous ne pouvons même pas amener le premier ministre ou la ministre de la Santé à prendre quelque engagement à cet égard.

Pour toutes ces raisons, je vais voter contre cette motion. Je suis en faveur d'un rapport provisoire portant sur un plus vaste éventail de questions, plutôt que sur une seule question. Malgré son importance indéniable, la santé mentale n'est pas le seul grand problème auquel sont confrontés les Canadiens.

En terminant, je dirai que, s'il y a un sujet sur lequel que nous devrions publier un rapport provisoire sans tarder, c'est bien celui des vaccins. La raison en est que c'est la vaccination qui apportera, comme nous l'ont dit les témoins aujourd'hui, la solution à la crise de santé à laquelle nous sommes confrontés. Les problèmes de santé mentale en sont un dérivé. Il s'agit d'un effet secondaire résultant du fait que les gens sont aux prises avec une pandémie incontrôlée.

S'il était nécessaire de présenter un rapport provisoire et des conseils au gouvernement sur quoi que ce soit à l'heure actuelle, ce serait, à mon avis, sur la façon dont il pourrait accélérer la distribution des vaccins aux Canadiens. Si nous réussissons à le faire, je pense que nous commencerons à constater une certaine amélioration quant aux effets de la pandémie sur la santé mentale.

Voilà ce que j'avais à dire sur la motion.

**Le président:** Merci, monsieur Davies.

J'aimerais préciser, cependant, que la motion de M. Van Bynen ne vise pas à obtenir la publication d'un rapport, mais seulement à demander aux analystes d'en préparer un.

La parole est maintenant à M. Kelloway.

**M. Mike Kelloway:** Merci, monsieur le président.

Merci, monsieur Davies. Je suis en train de jouer avec un texte sur mon écran. J'aimerais vous le lire, mais je ne vous demande pas de l'avaliser en ce moment. Je veux simplement m'assurer d'avoir bien compris ce que vous avez dit.

Qu'arriverait-il si nous amendions la motion pour demander aux analystes de préparer un rapport provisoire sur chacun des sujets d'étude après les réunions s'y rapportant, ce rapport devant être examiné à la fin de la première série de réunions sur ces sujets? Est-ce là où vous voulez en venir? Je voudrais simplement m'en assurer.

**Le président:** Monsieur Davies, voulez-vous répondre à cette question?

**M. Don Davies:** Oui.

Je vous remercie, monsieur Kelloway, de cette question. C'est un dérivé possible. En fait, je n'avais pas encore formulé ma pensée de façon aussi définitive, mais je pense qu'il serait plus juste de rédiger un rapport provisoire seulement sur les quatre grandes priorités. Ce que je disais, c'est qu'il faudrait résumer tous les témoignages entendus jusqu'à présent, mais je pense que votre suggestion mérite d'être examinée également.

**M. Mike Kelloway:** Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci.

Je ne vois pas d'autres mains levées.

Je rappelle à tous que le vote en ce moment porte sur l'amendement de M. Maguire, qui exigerait que tout examen du rapport mentionné dans la motion principale n'ait lieu que pendant une semaine de relâche parlementaire.

Comme personne ne lève la main, je vais demander au greffier de procéder au vote sur l'amendement de M. Maguire...

[Français]

**M. Luc Thériault:** Monsieur le président, pourriez-vous nous rappeler clairement en quoi consiste l'amendement de M. Maguire?

• (1320)

[Traduction]

**Le président:** Certainement.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, la motion de M. Van Bynen demande aux analystes de préparer un rapport provisoire. L'amendement de M. Maguire vise à limiter l'examen d'un tel rapport aux semaines de relâche parlementaire.

Avez-vous bien compris ce que nous faisons, monsieur?

[Français]

**M. Luc Thériault:** Selon ce que je comprends, l'amendement porte uniquement sur l'horaire de travail. Il précise simplement que, s'il y avait un tel rapport, il devrait être traité à l'extérieur du calendrier parlementaire. Cela n'a rien à voir avec la discussion que nous venons de tenir, n'est-ce pas?

[Traduction]

**Le président:** Eh bien, c'est le cas, puisque si nous adoptons l'amendement de M. Maguire, puis la motion de M. Van Bynen, nous aurons demandé que les analystes préparent un rapport et l'examen de ce rapport, si nous décidons de l'examiner, devra être fait pendant une semaine de relâche. Ce serait le résultat de la motion et de son amendement.

Madame Rempel, je vois que vous avez levé la main.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Merci, monsieur le président.

Je pense que M. Davies a soulevé des points valables. En ce qui concerne l'étude sur la santé mentale, je pense que les témoignages que nous avons entendus étaient tout simplement accablants. Ils ont vraiment montré l'impact des confinements prolongés et continus, de même que l'impact de l'insuffisance de vaccins et de tests de dépistage rapide. Je pense que cela prépare vraiment le terrain pour certaines des recommandations qui devraient être formulées dans le volet de l'étude portant sur les vaccins, peut-être sur les tests de dépistage rapide.

Pour faire suite à l'observation de M. Thériault, je ne me sens pas embarrassée de voter contre la motion de M. Maguire, puis contre la motion principale également.

**Le président:** Merci, madame Rempel Garner.

(L'amendement est rejeté. [Voir le Procès-verbal])

**Le président:** Merci, monsieur le greffier.

L'amendement de M. Maguire n'est pas adopté. Nous revenons donc au débat sur la motion principale.

Monsieur Kelloway, vous avez la parole.

**M. Mike Kelloway:** Merci, monsieur le président.

J'aimerais proposer d'amender la motion initiale de façon à demander aux analystes de préparer un rapport provisoire sur chacun des sujets d'étude après les réunions s'y rapportant, ce rapport devant être examiné à la fin de la première série de réunions sur ces sujets.

**Le président:** Nous sommes maintenant saisis d'un nouvel amendement.

Madame Rempel Garner, voulez-vous intervenir à ce sujet?

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Oui.

Tout au long de mes 10 années au Parlement, les analystes ont préparé des résumés de témoignages et travaillé sur un rapport pendant que des témoins comparaissaient. Je ne suis pas certaine du résultat qu'aurait cet amendement.

J'aimerais également souligner que la situation à laquelle nous sommes confrontés change presque quotidiennement; elle empire. Ce qui me préoccupe, c'est que si nous nous produisons dès maintenant des rapports provisoires, et ce serait l'effet de cet amendement, les nouveaux renseignements qui pourraient nous arriver au

sujet du manque de vaccins ou de la santé mentale chez les travailleurs de la santé rendraient nos rapports incomplets. Il pourrait y avoir d'autres témoins qui voudraient présenter des mémoires.

Je me demande, monsieur le président, si nous pourrions peut-être, après notre quatrième série de réunions sur les sujets prioritaires, tenir une réunion de travail pour décider de la suite de nos travaux et nous pencher sur les témoignages. Je pense que c'est la procédure normale.

À ce stade-ci, j'aimerais aborder, dès que nous aurons tranché cette motion, quelques questions sur la procédure. Nous entendons des témoins exceptionnels aux réunions du Comité, mais nous sommes à peine capables de gratter la surface des témoignages parce que nous prenons six minutes au début de la séance pour parler de questions administratives.

Je préfère laisser les analystes faire leur travail. S'il vient un moment où nous devons publier un rapport provisoire, le Comité pourra le faire. À ce stade-ci, je préférerais que le processus reste ouvert et que les Canadiens puissent continuer de présenter des mémoires, qui serviront à enrichir le travail des analystes et les délibérations du Comité, et que nous arrêtions notre choix sur un sujet prioritaire. Pour cette raison, je vais voter contre cet amendement, dans l'espoir que plus de Canadiens pourront participer au processus.

Merci.

• (1325)

**Le président:** Merci, madame Rempel Garner.

Je dois souligner encore une fois qu'il n'est pas question de publier un rapport qui aurait un tel effet. La motion n'exclurait pas la présentation de mémoires. En fait, elle suppose que les mémoires déjà reçus seront pris en considération.

Monsieur Davies, vous avez la parole.

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

J'ai quelque chose à dire, mais je suis aussi un peu perplexe. C'est la deuxième fois que vous mentionnez la non-publication d'un rapport. Je ne suis pas certain de comprendre ce que vous voulez dire par là. Je pensais que le but de la motion était de demander aux analystes de préparer un rapport. Il va sans dire qu'il faudrait que nous l'examinions. C'est la nature même d'un rapport provisoire.

Peut-être pourriez-vous me revenir, monsieur le président, au sujet de mes commentaires sur le point principal, mais je vous demanderais de préciser ce que vous entendez quand vous dites qu'il n'est pas question de publier un rapport provisoire?

**Le président:** Oui. Si j'ai bien compris la motion de M. Van Bynen, nous demandons aux analystes de préparer un rapport. Ce rapport serait mis à la disposition du Comité, mais la motion ne prévoit pas que nous devons le présenter au Parlement à un moment précis. C'est à nous, collectivement en comité, de décider de publier ou non le rapport ou de l'intégrer à d'autres que nous produirons au fil du temps.

Si nous souhaitons à un moment donné présenter le rapport au Parlement, nous devons certainement prendre le temps de l'examiner et de nous assurer que ses recommandations sont conformes à nos points de vue respectifs, et ainsi de suite. Mais la motion de M. Van Bynen vise simplement à demander aux analystes de préparer un tel rapport.

C'est ainsi que je comprends la situation. J'espère que cela clarifie les choses.

Allez-y, monsieur Davies, si vous souhaitez reprendre.

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

Je suis peut-être seul à ne pas saisir, mais ce n'est pas du tout ce que j'ai compris. Mais à en juger par les commentaires de M. Van Bynen et d'autres membres du Comité, je pense que la plupart d'entre eux comprennent que le but de tout cela est de faire préparer un rapport pour nous. Nous le passerions en revue et, naturellement, nous le publierions. Il ne serait d'aucune utilité pour quelqu'un de produire un rapport sur la santé mentale pour nous-mêmes. Je pense qu'un tel rapport — une fois que nous nous entendrions sur son contenu — n'aurait d'intérêt que s'il était porté à la connaissance à la fois du public et du gouvernement.

Vous avez peut-être raison de dire que cela n'est tout simplement pas mentionné dans la motion de M. Van Bynen. À mon avis, le but d'un rapport provisoire serait de produire quelque chose d'utile que le Comité pourrait ensuite publier.

J'aime la suggestion de M. Kelloway. Je pense qu'elle est raisonnable. Je veux m'assurer de bien la comprendre. Il m'a semblé que sa motion demanderait aux analystes de préparer un rapport provisoire sur chacun des quatre sujets prioritaires, mais sans publication avant la fin des réunions s'y rapportant. Par la suite, le Comité pourrait discuter en même temps de tous ces sujets prioritaires, après quoi je pense que nous publierions un rapport provisoire sur les quatre sujets prioritaires.

Je vois les pouces levés.

Encore une fois, je pense que ce n'est pas exactement ce dont je parlais tout à l'heure, mais je trouve que c'est une bonne idée. Mais nous ne devons pas perdre de vue l'immense accumulation de témoignages de la part des nombreuses personnes qui ont pris le temps de comparaître devant le Comité, depuis février jusqu'à la fin de 2020. Je continue de croire que nous devons faire un résumé de ces témoignages. Il s'agit peut-être d'un projet plus vaste à réaliser après coup.

Je pense que la suggestion de M. Kelloway est bonne. Elle est juste pour tous les partis. Le rapport sera publié en même temps. Je pense aussi que cela respecte l'idée de M. Van Bynen sur la santé mentale, mais aussi les priorités des autres partis.

• (1330)

**Le président:** Merci, monsieur Davies.

Monsieur Van Bynen, vous avez la parole.

**M. Tony Van Bynen:** Merci.

Je suis d'accord avec M. Davies. Le but recherché est de faire de chacun de ces segments, tels que nous les avons identifiés, un chapitre de l'étude globale. Je pense que la recommandation et l'amendement que M. Kelloway propose sont bons parce qu'ils nous permettent de mieux examiner chacun des chapitres et de mieux anticiper l'effet de l'étude globale.

Je suis en faveur de cet amendement.

**Le président:** Merci, monsieur Van Bynen.

Madame Rempel Garner, vous avez la parole.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Je ne suis pas certaine que tout le monde comprenne bien ce qui est proposé ici.

Voici comment j'aimerais que l'on procède. Les analystes font leur travail, admirablement comme d'habitude. Ils examinent les documents qui arrivent. Ils sont en train de préparer un projet de rapport. Étant donné que cet amendement ne prévoit pas vraiment de date pour l'examen, il se trouve que nous procédons à peu près normalement de toute façon.

Je ne suis pas à l'aise avec le libellé d'un amendement qui pourrait servir à esquiver l'une des réunions parrainées par les conservateurs sur les vaccins. L'amendement a maintenant été modifié tellement de fois que je pense que les libéraux auraient mieux fait de réunir leurs gens et la rédiger en bonne et due forme. Ils auraient peut-être dû simplement prendre le téléphone et m'appeler, moi ou l'un de nos collègues, à l'avance.

J'aimerais proposer l'ajournement du débat.

**Le président:** Merci, madame Rempel Garner.

Comme il s'agit d'une motion d'ajournement, elle sera mise aux voix sans débat.

(La motion est rejetée par 7 voix contre 4.)

**Le président:** Nous passons maintenant à M. Thériault.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Merci, monsieur le président.

Je voudrais souligner le fait que, par définition, un rapport provisoire reste provisoire. Le problème de la vaccination durera probablement jusqu'à ce que nous remettions le rapport final. En tout cas, le problème durera tant qu'il n'y aura pas d'immunité collective.

Notre comité n'a pas décidé qu'il n'y aurait que quatre rencontres consacrées à ce thème. En fonction de la situation, il est possible que nous en ajoutions. Le Comité est libre de décider de son horaire de travail, en toute solidarité et en toute souveraineté.

Ce qui est certain présentement, c'est que nous ne travaillerons pas sur ce rapport tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas étudié le sujet prioritaire décidé par chacun des partis. L'argument de ma collègue ne tient donc pas, à ce stade-ci. Si jamais la situation impliquait la tenue de plusieurs rencontres, rien ne nous empêcherait d'en ajouter.

Quoi qu'il en soit, sur le plan méthodologique, il m'apparaît essentiel que nous puissions avoir un document nous permettant de voir où nous en sommes. C'est la raison pour laquelle je suis favorable à la proposition.

• (1335)

[Traduction]

**Le président:** Merci, monsieur Thériault.

Je dois rappeler au Comité que le débat se fait en fonction de la motion présentée par M. Davies le 13 novembre, environ, selon laquelle si nous souhaitons tenir plus de quatre réunions sur un sujet donné, il doit y avoir consentement unanime pour le faire.

Monsieur Fisher, vous avez la parole.

**M. Darren Fisher:** J'écoute M. Thériault et son propos me paraît logique, de même ceux de M. Davies et de M. Kelloway. Je pense que nous approchons du point où, je l'espère, l'ensemble du Comité veut arriver. Personne ne cherche à esquiver quoi que ce soit. Tous veulent que le travail à faire se fasse.



Je suis incertain quant à la suite. Je suppose que la prochaine étape serait de clore le débat et de mettre l'amendement aux voix, mais j'ai l'impression que ce que M. Kelloway propose et ce que MM. Davies et Thériault disent vont dans le même sens. J'espère sincèrement que c'est le cas parce que cela me semble être une façon raisonnable de procéder.

**Le président:** Merci, monsieur Fisher.

Monsieur Davies, c'est à vous.

**M. Don Davies:** Il importe vraiment que nous comprenions tous clairement ce qui est dit. Les observations de Mme Rempel Garner m'ont laissé quelque peu perplexe.

Je veux m'assurer d'avoir bien compris. Ce dont il est question, c'est de tenir toutes les réunions sur la principale priorité. Nous en avons déjà tenu quatre sur la santé mentale, nous allons en tenir quatre sur la vaccination. Nous passerons ensuite à la priorité du Bloc, pour laquelle nous n'avons pas déterminé le nombre de réunions, mais pouvant aller jusqu'à quatre, puis viendra celle que nous aurons retenue du NPD, jusqu'à quatre réunions également.

La motion demande aux analystes de préparer un rapport provisoire sur chacun de ces sujets à mesure que le processus se déroule. Au terme de toutes ces réunions, nous aurons à planifier quelques autres réunions pour examiner tous les rapports d'un coup, après quoi nous produirons, espérons-le, un rapport provisoire sur les quatre sujets prioritaires.

Si je tiens à apporter cette précision, c'est que Mme Rempel Garner semblait craindre que nous n'empiétions sur le temps de réunion consacré à nos priorités. Ce n'est pas ainsi que je comprends les choses, étant donné l'ordre prévu des travaux. J'en vois plusieurs qui hochent la tête, ce qui me laisse penser que ce que je viens de dire correspond à ce que nous envisageons.

Si c'est bien le cas, je pense qu'il serait logique de consacrer une ou deux réunions à la fin de la première série de réunions sur les priorités pour évaluer le rapport provisoire et le publier avant d'entreprendre la deuxième série de réunions sur les sujets prioritaires des partis. Il faut ordinairement quelques réunions pour examiner un rapport, et je ne pense pas que nous ayons besoin de plus de deux réunions dans ce cas-ci.

Pour peu que j'aie bien compris la situation, je procéderaï comme je viens de le dire, si MM. Kelloway et Van Bynen sont d'accord.

**Le président:** C'est aussi ce que je crois comprendre.

Nous allons maintenant passer à Mme Rempel Garner, s'il vous plaît.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Merci, monsieur le président.

Comme il m'est difficile de faire confiance au gouvernement, puisqu'il lui arrive parfois de dire certaines choses et d'agir autrement, je demanderais à M. Kelloway de lire la motion, dans sa version modifiée, simplement pour m'assurer que ce qu'on en dit concorde réellement avec ce qui est prescrit dans la motion.

**Le président:** Sur ce point, je me permets d'apporter une précision. Il ne vous est pas demandé de faire confiance au gouvernement. Il vous est demandé de montrer du respect à l'endroit des membres du Comité qui vous ont précédée et qui...

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** J'invoque le Règlement, monsieur le président. En fait, M. Fisher a été nommé par le gouvernement, a participé à nos débats et siège au Comité. Je suppose qu'en

tant que quart-arrière du Parti libéral, il parle au nom du gouvernement.

• (1340)

**Le président:** Quoi qu'il en soit...

C'est maintenant au tour de M. Powlowski.

J'inviterai ensuite M. Kelloway, s'il le veut bien, à relire son amendement.

Monsieur Powlowski, vous avez la parole.

**M. Marcus Powlowski:** Pour répondre au point soulevé par M. Davies, je pense que, si nous tenions une ou deux réunions après avoir terminé la série de réunions sur les sujets prioritaires de chacun, ce serait une bonne idée de résumer les témoignages, mais ce serait aussi l'occasion de décider s'il y a lieu de réexaminer certaines questions. Cela se ferait dans quelques mois. Peut-être que la situation quant aux vaccins aura alors évolué, auquel cas nous voudrions sans doute y revenir pour en discuter plus amplement, mais je pense que ce serait une bonne occasion de faire le point et de décider de l'orientation à prendre.

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Powlowski.

**M. Don Davies:** Permettez-moi d'invoquer le Règlement, monsieur le président, même s'il s'agit plutôt d'une précision.

Je ne voulais pas suggérer de tenir une réunion après l'étude de chaque sujet prioritaire, mais que la réunion où nous discuterons du rapport aurait lieu après les quatre réunions sur les sujets prioritaires. Je vois que M. Powlowski est d'accord... Merci.

**Le président:** J'invite maintenant M. Kelloway à relire son amendement. Je demande aussi à tous de faire un effort pour conclure rapidement, car nous devons très bientôt libérer la salle pour le prochain groupe.

Monsieur Kelloway, vous avez la parole.

**M. Mike Kelloway:** Il s'agit de « demander aux analystes de préparer un rapport provisoire sur chacun des sujets d'étude après les réunions s'y rapportant, ce rapport devant être examiné à la fin de la première série de réunions sur ces sujets ».

**Le président:** Est-ce clair pour tout le monde maintenant? Sommes-nous prêts à voter sur l'amendement de M. Kelloway?

(L'amendement est adopté par 7 voix contre 4. [Voir le Procès-verbal])

(L'amendement est adopté par 7 voix contre 4. [Voir le Procès-verbal])

**Le président:** Je vous remercie, monsieur le greffier.

Madame Rempel Garner, je crois comprendre que vous vouliez aborder certaines questions de procédure. Nous manquons vraiment de temps. Je sais que vous vous préoccupez du temps que nous consacrons aux préliminaires de chaque réunion. Je dois vous informer que le greffier m'a indiqué qu'il allait adapter quelque peu le texte que je lis, selon que des députés sont présents ou non à la Chambre.

Est-ce une question que vous devez absolument soulever maintenant ou est-ce que...

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Oui, parce que, monsieur le président, j'estime que le temps que vous prenez habituellement pour lire, au début de chaque réunion, les consignes d'ordre administratif, répétitives d'ailleurs, empêche les membres de poser toutes les questions qu'ils voudraient. Je suis d'avis qu'il faut probablement, par souci d'efficacité, apporter des changements. Il me semble que l'essentiel de ce que vous lisez ne fait que rappeler une marche à suivre bien connue, qui pourrait être envoyée par courriel aux membres et communiquée également aux témoins avant le début des réunions du Comité.

J'ajouterai — je l'ai dit à maintes reprises déjà — que la connexion audio des témoins devrait être vérifiée avant le début de la réunion. Lorsqu'une réunion est déjà en cours, surtout si nous avons deux groupes nombreux de témoins...

Je propose, dans le but de tirer le maximum des témoignages et du temps d'interrogation des membres, que le greffier et le Comité communiquent à tous les témoins et aux membres tous les renseignements relatifs au protocole, à la procédure et aux aspects techniques avant la réunion afin d'éviter d'avoir à les répéter au cours de la réunion.

• (1345)

**Le président:** Merci, madame Rempel Garner.

Monsieur Davies, vous avez la parole.

**M. Don Davies:** J'approuve l'intervention de Mme Rempel Garner et je veux également soulever le problème auquel M. Thériault est souvent confronté.

Je pense qu'il faut informer les témoins qu'ils doivent se munir d'un casque d'écoute. Il me semble que c'est là la source du problème. S'ils ne portent pas un casque d'écoute, les interprètes ne peuvent pas les entendre. Je pense que M. Thériault fait preuve de retenue, que les problèmes d'interprétation sont plus nombreux qu'on le pense et qu'il évite gracieusement d'interrompre sans cesse les réunions. Mais il est tout à fait injuste qu'il doive à l'occasion interrompre.

Je ne pense pas qu'un témoin devrait pouvoir témoigner à moins de porter un casque d'écoute approprié ou d'avoir quelque arrangement acceptable ou, comme le Dr Bogoch, qui avait, je pense... on dirait qu'il avait un joli microphone de Skookum.

Le matériel servant à l'interprétation doit être réglé avant le début de la séance. Je comprends qu'un pépin puisse survenir ici et là, mais il ne devrait pas s'agir d'un problème de matériel parce que celui-ci peut être mis au point à l'avance.

Il y a un autre point que je veux signaler à mes collègues, pour qu'ils y réfléchissent. Je vais probablement d'ailleurs présenter une motion à ce sujet. Nous accueillons d'excellents témoins. Nous venons tout juste d'entendre deux groupes de témoins exceptionnels, peut-être parmi les plus compétents qui soient, et nous avons à peine pu effleurer la surface de leur savoir. Il ne suffit pas de leur accorder cinq ou six minutes pour parler, puis six minutes pour répondre à nos questions.

Je sais que nous sommes contraints par la motion de la Chambre à certains égards, mais j'aimerais que nous réfléchissions tous à la façon de peut-être changer cela. Ce serait bien d'avoir peut-être quatre témoins pendant deux heures et de pouvoir ainsi leur accorder 10 minutes complètes pour leur exposé et tenir une deuxième série de questions.

De plus, je sais que certains membres à qui je parle n'arrivent pas à poser leurs questions parce que nous n'avons qu'une seule série de questions.

Encore une fois, je sais que nous devons composer avec la motion de la Chambre, mais il se pourrait que le Comité puisse modifier la situation ou que nous puissions nous tourner vers nos whips en vue de modifier la motion d'une façon ou d'une autre, parce que l'audition de huit témoins, durant une si courte période et dans ces conditions, ne leur rend pas justice, pas plus qu'à nous-mêmes.

Je voulais simplement lancer l'idée. J'aimerais savoir ce que mes collègues en pensent à une prochaine réunion.

**Le président:** Merci.

Je dois signaler que le greffier fait des efforts extraordinaires pour faire parvenir des casques d'écoute et d'autre matériel aux gens et pour vérifier les détails techniques. C'est pourquoi il a besoin d'un préavis de plusieurs jours.

Dans le cas du ministre de la Santé de la Saskatchewan, par exemple, tout ce que nous savions c'est qu'il ne pouvait se présenter que 10 minutes avant le début de la réunion. Il n'était donc pas possible de s'assurer qu'un casque d'écoute serait disponible et qu'il l'obtiendrait en temps voulu.

J'encouragerais certainement tout le monde à réunir leurs témoins très bientôt pour que le greffier ait amplement le temps de communiquer avec eux et de s'assurer qu'ils disposent de casques d'écoute et de tout le reste du matériel nécessaire.

La Chambre des communes est capable de faire parvenir des casques d'écoute à tout le monde et est tout disposée à le faire, mais pour cela elle a besoin de temps, simplement.

Je pense que nous allons manquer de temps.

Monsieur Van Bynen, vous avez levé la main.

**M. Tony Van Bynen:** Merci, monsieur le président.

Votre point est justement celui que je voulais soulever moi-même. Nous devons nous assurer que tout le monde a en main tout le matériel voulu. C'est pourquoi nous avons donc besoin d'un préavis suffisant.

Je pense qu'il faudra peut-être en discuter plus longuement, y réfléchir davantage, et je propose donc d'ajourner le débat à la prochaine réunion.

**Le président:** Nous avons de nouveau une motion d'ajournement jusqu'à une certaine date. Le débat serait ajourné jusqu'après la rencontre de vendredi avec les ministres.

Cette motion ne donne pas lieu à débat. Je vais demander au greffier de procéder au vote.

(La motion est adoptée par 7 voix contre 4.)

**Le président:** Merci, monsieur le greffier.

Le débat reprendra après la comparution des ministres vendredi.

Voilà qui met fin à nos travaux. Notre réunion a été fructueuse et les échanges intéressants.

Nous nous reverrons vendredi.

Merci à tous. 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>