



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

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

---

# Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 021**

Le vendredi 26 février 2021

---

Président : M. Ron McKinnon





## Comité permanent de la santé

Le vendredi 26 février 2021

• (1305)

[Traduction]

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

Bienvenue à tous à la 21<sup>e</sup> séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Nous nous réunissons aujourd'hui pour discuter de la situation d'urgence à laquelle font face les Canadiens en raison de la deuxième vague de la pandémie de la COVID-19.

Je tiens à rappeler à chacun que vous avez le droit de participer aux délibérations dans la langue officielle de votre choix. Si vous éprouvez des difficultés à entendre l'interprétation, avertissez-nous aussitôt pour que nous puissions régler le problème.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins.

Nous accueillons, à titre personnel, la Dre Joanne Langley, professeure de pédiatrie et de santé communautaire et d'épidémiologie. Elle est accompagnée de M. Roger Scott-Douglas, secrétaire du Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19, qui ne présentera pas d'exposé, mais qui lui prêtera main-forte pour répondre aux questions. Nous accueillons aussi, à titre personnel, le Dr Andrew Morris, professeur de maladies infectieuses. Nous avons enfin M. Michael Villeneuve, directeur général, et Mme Aden Hamza, responsable de l'élaboration des politiques, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, de même que le Dr Jason Nickerson, conseiller aux affaires humanitaires, de Médecins Sans Frontières.

Avant de passer aux déclarations, je veux vous mentionner que je brandirai un carton jaune pour vous indiquer qu'il vous reste environ une minute, et un carton rouge, pour vous indiquer que votre temps est écoulé. Essayez alors de conclure, s'il vous plaît.

Nous allons commencer par la Dre Langley.

Docteure Langley, vous avez cinq minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

**Dre Joanne Langley (professeure de pédiatrie et de santé communautaire et d'épidémiologie, à titre personnel):** Merci.

Bonjour.

Je me présente, Joanne Langley, et je vous parle aujourd'hui de la Nouvelle-Écosse. J'aimerais commencer par dire que mon lieu de travail ici, à l'Université Dalhousie, et le IWK Health Centre se trouvent sur les terres ancestrales et non cédées des Micmacs.

Je vous remercie de votre invitation à témoigner devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Mesdames et messieurs les députés, je vous remercie également de servir notre pays.

Je suis pédiatre, spécialisée dans les maladies infectieuses. Je suis également chercheuse en vaccins et épidémiologiste clinique. J'ai eu l'honneur de travailler pendant plusieurs décennies avec des collègues de la santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles et les vaccins pour prévenir et limiter la propagation des maladies infectieuses. Parmi les défis sur lesquels nous avons travaillé ensemble, citons l'épidémie de SRAS de 2003, diverses épidémies locales et régionales et la dernière pandémie de grippe en 2009. La pandémie actuelle, qui a affecté le bien-être physique, mental, social et économique de l'humanité dans le monde entier, a été sans précédent.

Nous avons tous été réconfortés par la rapidité avec laquelle la science et des êtres humains dévoués et infatigables ont mis au point des vaccins sûrs et très efficaces contre la COVID-19. Ces progrès dans le développement des vaccins sont également sans précédent, mais le travail n'est pas terminé. D'importantes tâches nous attendent cette année et, à mon avis, probablement pendant quelques années.

Nous ne devons pas nous habituer à cette souffrance, qui a touché tout le monde, y compris les enfants. L'heure est venue de se fixer des objectifs ambitieux et de faire preuve de solidarité. Les mots et les actes comptent. Nous devons soutenir nos professionnels de la santé dans leur prise en charge des malades. Nous devons soutenir nos travailleurs de la santé publique dans la mise en œuvre de ce qui est le plus grand déploiement de vaccins de l'histoire de notre pays. Nous devons poursuivre les mesures de santé publique et les soutenir jusqu'à ce que nous comprenions l'histoire naturelle de ce virus.

Il reste beaucoup de recherches en sciences fondamentales et cliniques à faire, et nous devons continuer à nous efforcer de collaborer au-delà des barrières artificielles qui existent actuellement pour travailler ensemble. Tout en protégeant les personnes à l'intérieur de nos frontières, nous devons continuer à penser à la protection des autres peuples de la terre, des habitants des pays à faibles et moyens revenus, et à la manière dont nous pouvons les servir.

J'aimerais faire quelques observations finales sur le rôle des vaccins dans le maintien d'une société saine. La vaccination a été citée comme l'une des 10 plus grandes réalisations du siècle dernier en matière de santé publique. Lorsqu'il n'y a pas de pandémie, je dirais que les vaccins ne reçoivent pas toujours l'attention qu'ils méritent. À l'heure actuelle, les enfants canadiens sont protégés contre 16 infections différentes. La vaccination peut prévenir la coqueluche, la mort, l'invalidité et des maladies graves. Les adultes aussi disposent d'un calendrier de vaccination qui peut prévenir la grippe, le zona, la pneumonie et d'autres infections aux effets dévastateurs. La vaccination est un système solide et dynamique, mais quelque peu fragile.

**Le président:** Excusez-moi, docteur Langley, votre micro se trouve un peu trop près.

**Dre Joanne Langley:** Merci.

J'utilise le mot « fragile » parce qu'un programme d'immunisation solide nécessite la confiance du public, un taux élevé d'utilisation des vaccins, du financement et une surveillance permettant de mesurer l'incidence des programmes de vaccination, de même que des recherches continues.

J'espère que cette pandémie a aiguisé notre volonté de nous concentrer davantage sur la détection et la prévention des maladies infectieuses, au sens large.

Je vous remercie de votre attention. J'attends avec impatience notre discussion.

**Le président:** Merci, docteur.

Nous passons maintenant au Dr Andrew Morris. Monsieur, allez-y s'il vous plaît. Vous avez six minutes.

**Dr Andrew Morris (professeur de maladies infectieuses, à titre personnel):** Merci, monsieur le président, et honorables membres du Comité. C'est un honneur de pouvoir prendre la parole devant vous.

D'abord et avant tout, je tiens à préciser que je vous parle actuellement depuis ce que je considère être le territoire ancestral non cédé du peuple haudenosaunee où se trouve ma résidence familiale.

Je suis professeur de médecine à l'Université de Toronto et consultant spécialisé en maladies infectieuses pour les réseaux Sinai Health et University Health Network. Avant la pandémie actuelle, la plus grande partie de mon travail universitaire était axé sur la résistance aux antimicrobiens, c'est-à-dire que je m'intéressais aux infections pharmacorésistantes. J'ai d'ailleurs travaillé pour le compte de l'Agence de la santé publique du Canada, en collaboration avec Gerry Wright, pour établir un réseau pancanadien de lutte contre les infections résistant aux antimicrobiens.

C'est ma troisième comparution en quatre ans devant le Comité permanent de la santé pour parler des maladies infectieuses. Je me sens vraiment privilégié d'avoir été invité de nouveau. Je veux vous rappeler — comme je vois de nombreux nouveaux visages, et je ne reconnais que M. Davies — que la plupart des mesures que j'ai exhorté votre comité à prendre par le passé n'ont jamais été mises en œuvre.

Bien que cela était manifeste au début de la pandémie lorsque le virus a pu être isolé une première fois, il vaut la peine de rappeler à tous que la COVID-19 n'est qu'une infection pharmacorésistante parmi bien d'autres. Chaque année, de nombreuses infections semblables affectent les Canadiens. Nous estimons malheureusement à quelque 22 000 le nombre de personnes qui sont mortes de la COVID-19 au cours des 12 derniers mois parmi toutes celles qui ont contracté la maladie. Nous déplorons annuellement environ le quart de ce nombre de décès des suites d'infections pharmacorésistantes à un coût de 1,4 milliard de dollars pour le système de santé canadien en plus d'une diminution d'environ 2 milliards de dollars de notre PIB. Nous prévoyons que ces chiffres atteindront d'ici 2050 environ 7,6 milliards de dollars pour les coûts en santé et 21 milliards pour le PIB.

Environ une année s'est écoulée depuis le début de cette pandémie, et on peut dire que les pertes de vie qui vont continuer de s'accumuler partout dans le monde, y compris au Canada, seront attri-

buables à une combinaison de deux facteurs. Il y a d'abord une vaccination insuffisante, surtout en raison d'un approvisionnement limité, mais il y a aussi l'inefficacité des traitements antimicrobiens utilisés. Je tiens à souligner, comme la Dre Langley l'a fait avant moi, que nous sommes des citoyens du monde et que nous ne devrions pas perdre de vue que ces deux problèmes se font ressentir partout sur la planète.

Nous devons investir dans la prévention, la surveillance, le diagnostic et le traitement des maladies infectieuses. Je vais peut-être modérer mes propos, question de gagner du temps, mais je veux tout de même souligner que nos systèmes de surveillance en particulier demeurent si médiocres qu'il nous a fallu mobiliser un ensemble disparate de ressources de séquençage génomique pour obtenir des données de surveillance que des pays comme le Danemark, qui a le dixième de la population du Canada, et le Royaume-Uni, qui en a à peu près le double, peuvent fournir directement à leurs citoyens. Nous n'avons pas en outre la capacité de concevoir des médicaments antimicrobiens, et nous ne pouvons pas produire de vaccins pour nos propres citoyens.

Nous ne sommes pas parvenus à mettre en place une stratégie coordonnée de lutte contre les maladies infectieuses, et j'aimerais vous parler un moment de pharmacothérapie. Je veux d'abord souligner qu'il existe deux traitements scientifiquement éprouvés pour la COVID-19 qui ont permis sans l'ombre d'un doute de sauver la vie de patients hospitalisés. Il s'agit de la dexaméthasone, un médicament de la série des corticoïdes, et du tocilizumab, un anticorps monoclonal qui bloque une composante du système immunitaire. Ce sont deux agents d'importance vitale ayant des effets comparables et additifs.

À l'heure actuelle, nous disposons partout au pays d'un approvisionnement suffisant en dexaméthasone. C'est un médicament générique qui est peu coûteux. En revanche, nous n'avons pas assez de tocilizumab pour répondre aux besoins des Canadiens. Bien que je sois conscient des efforts déployés par le gouvernement fédéral et les provinces pour nous assurer un approvisionnement suffisant, les autorités provinciales sont hésitantes à utiliser le tocilizumab pour les patients dont l'état de santé l'exigerait en raison de l'incertitude qui plane quant à l'approvisionnement. Il est pourtant incontestable que ce médicament sauve des vies.

Je voudrais en terminant établir une comparaison entre la situation de ces deux médicaments et celle du remdesivir et du bamlanivimab. Comme vous pouvez le constater, dans mon rôle de spécialiste des maladies infectieuses, j'ai appris à bien prononcer les noms de ces organismes et médicaments qui causent bien des difficultés au reste de l'humanité.

● (1310)

Le remdesivir est un médicament antiviral dont l'efficacité demeure incertaine à mes yeux comme aux yeux de bien d'autres, y compris l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le bamlanivimab est un anticorps monoclonal qui cible le virus lui-même. L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé a jugé que ce médicament n'était pas utilisable dans la pratique et qu'il n'avait pas de valeur clinique.

Par l'entremise de Santé Canada, le gouvernement fédéral a acheté du remdesivir à un coût qui n'a pas été rendu public, mais que j'estimerai à 75 millions de dollars. Le gouvernement a aussi acheté du bamlanivimab à un coût que j'évaluerai à 32 millions de dollars. On a ainsi dépensé quelque 100 millions de dollars pour l'acquisition de médicaments qui sont en fait inutiles alors même que l'on doit composer avec une pénurie pour deux traitements déjà existants qui permettent de sauver des vies.

Il convient de former de toute urgence un comité pancanadien d'experts nationaux possédant l'expérience des guides de pratique clinique et une expertise pertinente à la COVID-19, suivant le modèle du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), pour permettre la mise en commun des connaissances et des données et la formulation de recommandations adaptées à la situation.

Je peux comprendre qu'il soit difficile pour notre gouvernement fédéral de convaincre les provinces et les territoires de coordonner leurs efforts pour tendre vers le même objectif. De toute évidence, le gouvernement n'y est pas vraiment parvenu. C'est ce qui nous a incités, plusieurs collègues responsables d'établir les orientations à suivre à l'échelle provinciale et moi-même, à nous mobiliser. Le besoin est trop urgent à combler et l'enjeu est trop important aux yeux des Canadiens pour que nous continuions de laisser ainsi notre sort entre les mains des différents ordres de gouvernement.

Dans ce contexte, il serait bon que le Comité et le gouvernement fédéral puissent déterminer les moyens à mettre en oeuvre pour appuyer le travail de notre groupe d'experts nationaux dans l'immédiat de même qu'à plus long terme avec la création d'un comité semblable pour toutes les maladies infectieuses. Comme je l'indiquais au départ, les infections pharmacorésistantes ne sont pas près de disparaître, et nous devons envisager leur traitement dans une perspective pancanadienne fondée sur des données probantes en misant sur l'expertise de tous les intéressés dans les différentes régions du pays.

Je vous remercie.

• (1315)

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

Nous allons maintenant entendre les représentants de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Je ne sais pas si c'est M. Villeneuve ou M. Hamza qui va prendre la parole. Vous avez six minutes.

**M. Michael Villeneuve (directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada):** Merci, monsieur le président, et je suis désolé d'avoir dû m'absenter temporairement. Nous avons une urgence technique à régler ici, ce qui m'a fait rater l'allocution des deux premiers témoins.

Je tiens à vous remercier, monsieur le président, ainsi que les membres du Comité, d'avoir invité l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) à témoigner devant vous aujourd'hui. Je m'appelle Mike Villeneuve et je suis directeur général de l'AIIC. Je suis heureux d'être accompagné aujourd'hui de ma collègue Aden Hamza, notre responsable de l'élaboration des politiques.

Comme vous le savez tous, l'arrivée des premières doses du vaccin au Canada a marqué un jalon très attendu dans la lutte contre la COVID-19. Le début des programmes d'immunisation partout au pays a donné au personnel infirmier et à la population canadienne l'espoir que cette crise mondiale sans précédent puisse être maîtrisée. Jamais auparavant, les scientifiques de toute la planète ne

s'étaient coalisés de la sorte pour lutter contre une menace pesant sur l'humanité toute entière. Partout dans le monde, des scientifiques ont déployé de nouvelles techniques, partagé ouvertement leurs conclusions et travaillé sans relâche avec les gouvernements et les organismes de réglementation, tout en s'assurant de préserver la sécurité.

Dans deux semaines, nous soulignerons le premier anniversaire de l'annonce de la pandémie de COVID-19 par l'OMS. Depuis lors, ce sont les travailleurs de la santé et les populations vulnérables qui souffrent le plus de cette pandémie. Comme cela est essentiel pour éliminer le virus paralysant notre société, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada recommande fortement à toute la population canadienne de se faire vacciner dès que ce sera possible. Nous estimons de plus que l'efficacité du déploiement d'un programme de vaccination de masse contre la COVID-19 doit passer par la clarté des lignes directrices émises et par l'efficacité du personnel en soins infirmiers et en santé.

Le personnel infirmier joue un rôle essentiel dans l'administration des vaccins contre la COVID-19 partout au Canada. C'est d'ailleurs une infirmière du Royaume-Uni qui a administré à une patiente la première dose de vaccin contre la COVID-19. En tant que membres du personnel infirmier, nous avons toujours été en première ligne des programmes de vaccination. Une grande partie de l'administration des vaccins est assurée par des infirmiers et des infirmières, lesquels ont toujours été d'ardents défenseurs de la science. On a pu le constater au Canada alors que de nombreux infirmiers et infirmières ont été les premiers à relever leurs manches pour se faire vacciner en décembre.

Le personnel infirmier, qui constitue le groupe de professionnels de la santé le plus nombreux au Canada, joue un rôle essentiel non seulement dans l'administration des vaccins, mais aussi dans l'éducation du public et dans le renforcement de la confiance envers les vaccins. Dans l'exercice de ses fonctions, le personnel infirmier est appelé à fournir aux patients des informations fondées sur des données probantes qui sont exactes, à jour et dénuées de tout jugement. L'AIIC est engagée dans ce processus depuis le début et joue un rôle clé dans la promotion de l'acceptation des vaccins et dans le soutien au personnel infirmier au moyen de messages clairs et cohérents et de ressources fiables.

Je terminerai, monsieur le président, en disant que notre association demeure extrêmement préoccupée par les sérieux problèmes que nous avons connus pendant la pandémie. Les établissements de soins de longue durée continuent d'être les plus touchés et, malgré les leçons tirées de la première vague de la pandémie, la deuxième vague a révélé les vulnérabilités persistantes dans ces établissements, ce qui a entraîné de nouvelles éclosions et de nombreux décès de personnes âgées.

Nous sommes aussi extrêmement préoccupés par la santé mentale et l'épuisement professionnel du personnel infirmier et de tous les travailleurs de la santé au Canada. La détérioration de la santé mentale du personnel infirmier pourrait avoir des effets à long terme sur les infirmiers et les infirmières individuellement de même que sur notre système de santé, notamment avec l'amplification des pénuries de personnel infirmier, un problème critique dans certaines régions du Canada. L'an dernier, nous avons sondé nos membres et nous avons constaté que leur santé mentale s'était détériorée considérablement tout au long de l'année, plus de la moitié d'entre eux ayant déclaré que leur santé mentale était passable ou moins que passable.

Les gouvernements doivent agir rapidement pour s'attaquer à ces problèmes. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent demeurer vigilants et continuer d'écouter les avis d'expert des infirmiers et infirmières et des professionnels de la santé au Canada.

Merci, monsieur le président. Mme Hamza et moi-même ferons de notre mieux pour répondre à toutes vos questions.

• (1320)

**Le président:** Merci.

Nous allons maintenant entendre le représentant de Médecins Sans Frontières.

Docteur Nickerson, vous avez six minutes.

**M. Jason Nickerson (conseiller aux affaires humanitaires, Médecins Sans Frontières):** Bonjour à tous et merci au Comité de m'avoir invité de nouveau à comparaître cet après-midi.

Je ne suis pas le premier à vous dire que c'est une pandémie planétaire qui exige que l'on se montre solidaires et que des gestes soient posés à l'échelle de la planète. En plus de protéger les Canadiens, notre gouvernement doit absolument participer aux efforts déployés pour offrir une solution qui pourra vraiment s'appliquer partout dans le monde. Les équipes de Médecins Sans Frontières (MSF) ont été témoins de la gravité de la seconde vague de la pandémie dans bon nombre des endroits où elles travaillent. Dans des pays comme le Mozambique, le Malawi et le Zimbabwe, le régime de santé arrive difficilement à composer avec l'afflux soudain de nouveaux patients. Plusieurs pays africains ont enregistré un plus grand nombre de cas de COVID-19 pendant le mois de janvier 2021 que pendant toute l'année 2020, et les impacts indirects de la pandémie, et plus particulièrement la perturbation de services de santé essentiels, ont entraîné un plus grand nombre de décès que la COVID elle-même.

Voici le message principal que je souhaite vous transmettre aujourd'hui. Notre priorité absolue dans l'immédiat doit être de veiller à ce que les travailleurs de la santé et les personnes les plus à risque dans les pays à revenu faible ou intermédiaire profitent de toute urgence d'un accès équitable aux vaccins pour la COVID-19 les plus efficaces et les mieux adaptés à leur situation. Si nous ne parvenons pas à rendre le vaccin accessible partout dans le monde, nous risquons de nous retrouver avec de nouvelles pandémies dues à des variants de la COVID-19 résistant aux vaccins. Sans une distribution équitable de ces vaccins, c'est la santé publique qui va en souffrir partout sur la planète. C'est aussi simple que cela. Ce serait une véritable catastrophe du point de vue moral, sans compter les risques considérables pour la santé publique de toutes les populations, y compris celles du Canada.

Il y a des milliards de personnes dans le monde qui dépendent presque exclusivement du mécanisme Covax pour avoir accès à des vaccins, et ce n'est pourtant que mercredi de cette semaine que les premières doses en provenance du Covax sont arrivées dans le premier pays à en bénéficier. C'est parce que le Covax lui-même arrive difficilement à obtenir des doses assez rapidement, une situation en grande partie attribuable au fait que les stocks disponibles sont monopolisés jusqu'à maintenant par les pays les mieux nantis.

Je tiens à souligner que la création même du Covax fait suite à la déficience du mode de fonctionnement adopté pour concevoir, fabriquer et livrer de nouveaux médicaments et de nouveaux vaccins dans l'ensemble de la planète. On cherche seulement à maximiser

les profits. L'industrie pharmaceutique n'est pas structurée de manière à pouvoir réagir rapidement à l'émergence de pathogènes pouvant être à l'origine d'une pandémie. Elle n'est pas conçue de façon à pouvoir accélérer la mise au point de nouvelles technologies sanitaires pour répondre à la demande mondiale. De plus, comme nous pouvons le constater aujourd'hui et comme c'est le cas depuis des décennies, elle ne permet pas d'assurer un accès équitable aux nouveaux médicaments et aux nouveaux vaccins, au détriment surtout des populations des pays les plus pauvres.

Nous devons changer la façon dont les médicaments et les vaccins sont mis au point dans le monde afin d'accorder la priorité à la conception des outils nécessaires pour réagir en cas de menace pour la santé publique, tout en nous assurant de les rendre facilement accessibles. Il y a de vastes pans du secteur médical qui ne se prêtent carrément pas à une mise en marché. Ils sont voués à l'échec du point de vue commercial. De toute évidence, c'est le cas de la COVID-19. Il y a un an et demi, il n'y avait aucun intérêt commercial pour des vaccins contre les coronavirus. Il en va de même de l'Ebola et des infections pharmacorésistantes. Alors que le Canada s'apprête à envisager la biofabrication de médicaments et de vaccins, il est essentiel que le débat ne porte pas uniquement sur les moyens à prendre pour inciter des entreprises privées à construire des usines dans notre pays. Les échanges doivent plutôt avoir comme objectif de transformer notre vision de la manière dont les médicaments et les vaccins sont découverts, mis au point, fabriqués et livrés.

Votre comité s'est d'ailleurs penché sur cet enjeu en 2018 dans le cadre de son étude sur la recherche en santé subventionnée par le fédéral. Aucune des recommandations formulées par le Comité dans son rapport n'a été mise en oeuvre, même si elles auraient pu permettre d'éviter certains effets de la crise actuelle en exigeant des prix équitables, une plus grande transparence, une mise en commun des technologies et un accès planétaire aux médicaments et aux vaccins conçus grâce au financement public canadien.

Lorsque le Canada investit dans la conception d'un vaccin ou d'un médicament, il serait logique qu'il veuille à ce que le produit final soit disponible à un prix équitable partout sur la planète, y compris au Canada, mais ce n'est pas ce qui arrive. Nous savons que c'est une situation qui préoccupe les Canadiens, car plus de 90 000 d'entre eux ont signé la pétition de Médecins Sans Frontières demandant au gouvernement fédéral d'assortir son financement de conditions de telle sorte que les médicaments et les vaccins dont nous finançons la conception soient accessibles à un coût abordable à tous ceux qui en ont besoin.

Nous avons trois recommandations à adresser au Comité aujourd'hui. Premièrement, le Canada doit établir un calendrier pour indiquer à quel moment une proportion de ses doses de vaccins pour la COVID-19 sera rendue disponible pour l'immunisation des travailleurs de la santé et des autres personnes à risque dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le Canada a déjà indiqué à quel moment il prévoyait se retrouver avec un surplus de doses, si bien qu'il devrait préciser également quand il compte partager ce surplus. C'est une demande que votre comité devrait faire.

Deuxièmement, il convient d'exercer des pressions pour que l'on donne suite à l'étude de 2018 sur la recherche en santé subventionnée par le fédéral et la science ouverte qui recommandait que le Canada rende conditionnel le financement consenti pour la mise au point de nouveaux médicaments et vaccins en exigeant que ces produits soient rendus accessibles partout dans le monde à un prix abordable.

• (1325)

Troisièmement, nous demandons que le directeur parlementaire du budget examine tout médicament et vaccin découverts et mis au point grâce à des fonds publics canadiens afin de comprendre si un modèle de production différent nous donnerait des options plus abordables et accessibles pour certains produits comme le vaccin contre l'Ebola, le rVSV-ZEBOV. Ce vaccin a été développé avec des fonds publics canadiens et coûte actuellement 98,60 \$ la dose, ce qui en fait sans aucun doute le vaccin le plus cher utilisé en santé mondiale.

Comme toujours, je serai ravi de discuter de tout plus en détail. Merci encore de m'accueillir à nouveau.

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

[Français]

Nous passons maintenant aux questions.

Monsieur Paul-Hus, vous avez la parole pour six minutes.

**M. Pierre Paul-Hus (Charlesbourg—Haute-Saint-Charles, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être avec nous aujourd'hui.

Madame Langley, actuellement, il y a de sérieux retards en ce qui concerne les vaccins. Il y a eu une sorte de catastrophe dans la gestion des contrats. Maintenant, notre comité a besoin de plus d'information. Vous faites partie du Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19, j'aimerais donc savoir ce qui suit:

Êtes-vous d'accord pour que les procès-verbaux des réunions du Groupe de travail soient publiés sur le site du gouvernement et que le Comité puisse en recevoir une copie?

[Traduction]

**Dre Joanne Langley:** Merci, monsieur le président, pour la question concernant le procès-verbal de la réunion du Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19.

Jusqu'à maintenant, l'accès limité aux procès-verbaux du groupe de travail est lié aux informations commerciales confidentielles examinées par le groupe de travail. Nous avons essayé de régler le problème en organisant diverses entrevues avec les médias, en proposant de rencontrer les chefs des partis politiques, en organisant de multiples séminaires et en communiquant dès que possible les informations qui ne contiennent pas de renseignements commerciaux confidentiels. Nous avons tous signé des accords de non-divulgaration avec les entreprises qui ont fait des présentations au groupe de travail.

[Français]

**M. Pierre Paul-Hus:** Merci.

Nous comprenons cela, mais il y a quand même moyen d'avoir des procès-verbaux. Tout le monde essaie de comprendre ce qui s'est passé.

Au début de la crise, en 2020, le gouvernement du Canada a signé une entente avec CanSino Biologics. Vous êtes à l'Université Dalhousie, donc je crois que vous êtes déjà en relation avec CanSino. Nous essayons de comprendre ce qui s'est passé à ce moment-là.

Aviez-vous recommandé au gouvernement du Canada de faire affaire avec CanSino?

[Traduction]

**Dre Joanne Langley:** Il y a deux processus distincts pour ce vaccin précis.

Le premier est un accord de recherche entre l'Université Dalhousie et CanSino, qui découle de la collaboration scientifique entre CanSino et le CNRC. C'était avant la création du groupe de travail.

Deuxièmement, le vaccin de CanSino était considéré comme un candidat-vaccin potentiel, comme tous les autres vaccins internationaux.

Monsieur Scott-Douglas, voulez-vous donner plus de détails à ce sujet?

**M. Roger Scott-Douglas (secrétaire du Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19, à titre personnel):** Non, je pense que c'est très précis, docteur Langley. Vous avez établi une distinction très claire entre le travail réalisé au début du mois de mai par le Canadian Centre for Vaccinology, en collaboration avec CanSino, et le travail subséquent...

[Français]

**M. Pierre Paul-Hus:** Merci, monsieur Scott-Douglas.

Madame Langley, comment se fait-il que des propriétés intellectuelles canadiennes aient été transférées aux Chinois, à CanSino, et que ceux-ci aient annulé l'entente par la suite? Savez-vous pourquoi?

[Traduction]

**Dre Joanne Langley:** Je pense que cette hypothèse n'est pas tout à fait correcte. Je ne crois pas — et M. Scott-Douglas peut l'expliquer — qu'il y ait eu un transfert de propriété intellectuelle.

**M. Roger Scott-Douglas:** C'est exact, docteur Langley. La propriété intellectuelle était détenue par CanSino. Ce n'était pas la propriété intellectuelle du CNRC qui était utilisée pour ce vaccin. CanSino a eu accès à la lignée cellulaire HEK-293, qui est très avancée et utilisée par de nombreux fabricants de vaccins pour le développement du produit. Toutefois, l'ensemble de la propriété intellectuelle liée à ce vaccin précis était celle de CanSino, en fait, et non celle du CNRC, et aucune somme d'argent n'a été versée à CanSino.

• (1330)

[Français]

**M. Pierre Paul-Hus:** D'accord, merci.

Je vais poser ma prochaine question.

Actuellement, on sait qu'environ 3 millions de Canadiens devraient être vaccinés d'ici la fin de mars. Cependant, au même moment, 130 millions d'Américains auront été vaccinés. Selon les communiqués de Pfizer, les Américains vaccinent leur population très rapidement et il va y avoir des surplus chez Pfizer.

Est-ce la raison pour laquelle nous allons recevoir plus de vaccins en avril et en mai, soit parce que les Américains seront passés avant nous et que Pfizer pourra nous fournir des vaccins par l'entremise des États-Unis également?

[Traduction]

**Dre Joanne Langley:** Je pense que vous cherchez à savoir si la relation entre l'entreprise et les États-Unis a une incidence sur le Canada. Je pense que ce sont des contrats distincts. Je ne suis pas certaine que les doses proviennent des mêmes installations.

Monsieur Scott-Douglas, pouvez-vous donner plus de détails à ce sujet?

**M. Roger Scott-Douglas:** Les doses de Pfizer reçues par le Canada, dont il est question ici, proviennent de centres de fabrication européens, et non des États-Unis.

[Français]

**M. Pierre Paul-Hus:** Oui, je sais que les vaccins proviennent de la Belgique.

On sait actuellement que 130 millions d'Américains seront vaccinés et qu'il y aura un surplus de doses, puisque les États-Unis ont planifié d'en produire 2 milliards.

Le Canada recevra-t-il le surplus de doses des États-Unis au lieu d'en recevoir seulement de la Belgique? Cela est-il déjà prévu?

[Traduction]

**M. Roger Scott-Douglas:** Je sais que les ministres déploient tous les efforts possibles pour que les Canadiens reçoivent le plus rapidement possible des vaccins sûrs et efficaces comme le vaccin de Pfizer, le vaccin Moderna et maintenant celui d'AstraZeneca. Ils examinent tous les endroits où il est possible d'en obtenir. Selon le contrat actuel pour le vaccin de Pfizer, toutefois, les doses proviennent de l'usine belge que vous avez mentionnée.

[Français]

**M. Pierre Paul-Hus:** Monsieur le président, je pense que mon temps de parole est écoulé.

**Le président:** Vous avez encore 30 secondes.

**M. Pierre Paul-Hus:** Madame Langley, si c'était à refaire, que feriez-vous de mieux sur le plan de la gestion des contrats de vaccins?

[Traduction]

**Dre Joanne Langley:** Monsieur le président, le Groupe de travail sur les vaccins n'est pas responsable du déploiement.

Personnellement, je pense qu'il s'agit d'une entreprise colossale plutôt inhabituelle. Je pense que nous en tirerons des enseignements sur la planification en cas de pandémie et les façons d'améliorer la mise en œuvre des campagnes de vaccination de masse à l'avenir.

[Français]

**Le président:** Merci, monsieur Paul-Hus.

[Traduction]

Nous passons maintenant à M. Powlowski.

Monsieur Powlowski, allez-y, s'il vous plaît. Vous avez six minutes.

**M. Marcus Powlowski:** Je pense que la grande nouvelle pour tous les Canadiens, aujourd'hui, par rapport aux vaccins, est l'approbation du vaccin d'AstraZeneca. Apparemment, nous avons commandé 20 millions de doses.

À voir les chiffres, je ne sais trop quoi en penser. Je souligne que Santé Canada a indiqué que certains pays n'ont pas autorisé son utilisation chez les personnes de plus de 65 ans. Selon les autorités de réglementation de Santé Canada, les données sont insuffisantes pour estimer l'efficacité chez ce groupe d'âge. Il semble y avoir une mise en garde quant à son utilisation chez les personnes de plus de 65 ans.

Son efficacité semble remise en question. Les premiers essais montraient un taux général de 62 %, je pense, mais lorsqu'on utilisait une demi-dose à la première inoculation, cela montait jusqu'à 90 %. Je constate que Santé Canada fait maintenant état d'un taux de 62 %, tandis que l'OMS évoque un taux de 63 % après 8 à 12 semaines. Toutefois, un certain nombre d'études font état de taux d'efficacité de 76 % à 82 % après 8 à 12 semaines, avec une seule dose. C'est plutôt déroutant.

L'Écosse, où plus d'un million de personnes ont été vaccinées, a le taux le plus élevé et l'étude la plus intéressante, dont on ne parle pas beaucoup. Ce sont les données les plus probantes, à mon avis. Plus de 400 000 personnes ont reçu le vaccin d'AstraZeneca. On rapporte une baisse de 94 % des hospitalisations chez les personnes ayant reçu ce vaccin. Les hospitalisations sont étonnamment inférieures comparativement aux personnes qui ont reçu le vaccin de Pfizer. En outre, ces données sur la prévention des hospitalisations pour le vaccin d'AstraZeneca concernent principalement les personnes âgées de plus de 80 ans.

Je demanderais d'abord à la Dre Langley et au Dr Scott-Douglas, du groupe de travail, de parler du vaccin de Pfizer ou de celui d'AstraZeneca, en particulier de son utilisation chez les personnes âgées. Comment cela s'inscrira-t-il dans notre approche si nous ne l'utilisons pas pour les personnes âgées?

• (1335)

**Dre Joanne Langley:** Je peux commencer, monsieur le président.

Merci beaucoup pour la question et l'excellent résumé des données jusqu'à maintenant.

Je pense que vous avez mis deux ou trois points en évidence, et je vais les aborder brièvement. Premièrement, chaque essai montre un taux d'efficacité légèrement différent. Lorsque vous comparez un essai dont le résultat est un test PCR positif avec un symptôme à un essai comme celui d'AstraZeneca, dont le résultat est une maladie grave ou une sorte de maladie clinique importante, cela revient à comparer des pommes à des oranges. Donc, dans tous ces essais, nous devons être très conscients de ce que nous comparons. En outre, aucun d'entre eux n'a fait l'objet d'un essai comparatif.

Deuxièmement, nous voyons maintenant les données de la quatrième phase de la recherche clinique, soit l'autorisation post-commercialisation. Cette étape très importante de l'apprentissage sur les vaccins nous permet d'en connaître l'efficacité et l'efficience dans le contexte d'une véritable campagne de vaccination. Donc, nous devons continuer à observer la situation. Je pense que nous avons une confiance totale à l'égard de l'examen réalisé par Santé Canada dans ce dossier et qu'il s'agit d'un vaccin sûr et efficace qui est un élément important de notre arsenal thérapeutique pour lutter contre cette pandémie sur le terrain.

**M. Marcus Powlowski:** Docteur Morris, souhaitez-vous faire un commentaire sur le vaccin d'AstraZeneca ou sur son utilisation chez les personnes âgées de plus de 65 ans?

**Dr Andrew Morris:** Il n'y a vraiment pas grand-chose à ajouter aux propos de la Dre Langley. Le véritable défi, c'est que la recherche se fait surtout chez des adultes de moins de 65 ans. Toutefois, l'utilisation sur le terrain démontre de plus en plus son efficacité, mais il faudra du temps pour obtenir des données post-commercialisation et avoir plus de renseignements à ce sujet.



**M. Marcus Powlowski:** Docteur Morris, pendant que nous y sommes, vous semblez penser que le bamlanivimab était totalement inutile. Vous pourriez commenter l'étude de Chen et al. parue dans le *New England Journal of Medicine*. Leurs données démontrent qu'une utilisation précoce fait baisser les taux de visites à l'urgence et d'hospitalisation de 6,3 % à 1,6 %, je pense, et de 14 % à 4,6 % chez les personnes obèses ou les personnes de plus de 65 ans.

Ensuite, il y a l'essai BLAZE-2. Le Dr Silverman, chef de la faculté des maladies infectieuses à l'Université Western, a déclaré, au sujet du bamlanivimab, qu'aucun des essais menés par six groupes de recherche en maladies infectieuses en Ontario ne semble démontrer que le produit ne fonctionne pas, tandis que plusieurs indiquent qu'il est efficace au début de la maladie, donc...

**Dr Andrew Morris:** Je ne sais pas exactement quelle est la question, mais je peux faire un commentaire à ce sujet.

Je dirais que jusqu'à maintenant, les données que nous avons à partir des essais sont nettement limitées. Le nombre de critères d'effet est assez faible.

Le bamlanivimab présente deux véritables défis. L'un d'entre eux consiste à identifier les sujets chez qui il sera bénéfique, ce qui est difficile à faire au début. Pour éviter une seule hospitalisation, il faut administrer le médicament à une centaine de personnes.

Plus important encore, comme ce médicament doit être administré par voie intraveineuse, la durée du traitement est de deux heures, soit une heure pour l'administration et une heure d'observation. Cela devrait être fait au début chez les personnes les plus contagieuses, précisément au moment où la contagion serait la plus forte. En outre, il faut qu'elles aient eu un test positif pour que nous puissions les identifier. Normalement, dans la plupart des centres du pays, une personne passe un test, puis reçoit son résultat deux ou trois jours plus tard. Il faudrait alors faire revenir la personne, alors que les avantages potentiels du début seraient en grande partie perdus. Pour toutes ces raisons, les difficultés d'application et le manque d'information, ce médicament n'est pas très prometteur pour le moment, d'après ce que nous savons.

Je tiens à souligner un autre constat des essais BLAZE: lorsque le bamlanivimab est utilisé en monothérapie, donc utilisé seul, il s'échappe des mutants, c'est-à-dire des variants qui, dans une certaine mesure, résistent au système immunitaire. Nous préconisons, comme l'indiquent les données probantes, une thérapie combinée. Nous n'avons pas de deuxième médicament, et cela accroît évidemment la complexité et les coûts.

• (1340)

[Français]

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

Nous passons maintenant à M. Thériault.

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

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

Je remercie tous les témoins de leurs importants témoignages.

Monsieur Nickerson, je me rappelle un exposé brillant qui a été fait au début de la pandémie. J'avais été impressionné et je m'étais dit qu'il s'agissait d'un son de cloche intéressant et pertinent. Effectivement, la pandémie mondiale a confondu l'ensemble des experts qui, pendant trop longtemps, ont pensé que le virus resterait en

Chine continentale. On sait maintenant que le virus ne reste pas en Chine continentale et qu'on est devant un problème mondial. On a choisi le protectionnisme vaccinal comme solution. Comment expliquez-vous cela?

Comme mon collègue M. Powlowski l'a dit, les vaccins seront livrés. Alors, le Canada ne devrait-il pas laisser tomber son idée d'aller puiser dans la banque COVAX?

[Traduction]

**M. Jason Nickerson:** Je pense que ce que vous voulez dire, c'est qu'il s'agit d'une urgence de santé publique mondiale et que ce qui se passe dans un pays a une incidence sur tous les autres. Si elles sont appliquées de manière inéquitable ou dans un seul pays, les mesures de contrôle de la maladie et les interventions de santé publique ne réussiront tout simplement pas à mettre fin à la pandémie. Nous vivons dans un monde interconnecté; la maladie ne connaît pas de frontières.

Concernant les vaccins et l'accès aux vaccins, je pense qu'il est tout à fait évident, comme nous l'avons constaté ces trois derniers mois après l'approbation des vaccins, c'est que la grande majorité des doses de vaccin — presque la totalité — a été administrée dans des pays à revenu élevé. Comme je l'ai dit, certains pays ont reçu leurs premières doses de vaccin contre la COVID-19 seulement cette semaine, par l'intermédiaire du mécanisme COVAX, principalement parce que les pays à revenu élevé ont, jusqu'à présent, grandement monopolisé l'approvisionnement en vaccins. Le problème auquel nous sommes confrontés, c'est que les besoins sont élevés, la demande est forte et l'offre est extrêmement limitée jusqu'à maintenant.

Concernant l'initiative COVAX en soi, je veux qu'il soit très clair que je pense que la participation du Canada à cette initiative en tant que pays acheteur était appropriée d'entrée de jeu. L'objectif était la mise en place d'un mécanisme d'approvisionnement mondial fondé sur des principes d'accès équitable afin d'accorder la priorité, à l'échelle mondiale, aux travailleurs de la santé à haut risque et aux autres personnes vulnérables. Voilà l'entente. Il s'agit de vacciner d'urgence les personnes les plus à risque dans tous les pays du monde. Je pense qu'il était approprié que les pays acheteurs participent à cette initiative, pour démontrer qu'il ne s'agissait pas seulement d'une fonction caritative, mais aussi de créer un mécanisme permettant de changer les modes d'acquisition et de distribution des vaccins.

Par contre, je pense qu'il n'était pas approprié, par la suite, de signer des accords bilatéraux pour un grand nombre de doses de vaccins, comme l'ont fait le Canada et d'autres pays à revenu élevé, puis de puiser dans le mécanisme COVAX tout en monopolisant en réalité l'approvisionnement mondial. La solution, dans ce cas, c'est que le Canada ne participe pas à ce premier tour, parce que nous avons besoin que ces doses de l'initiative COVAX soient données aux pays qui dépendent entièrement de ce mécanisme pour leur approvisionnement et qui n'ont pas d'accords bilatéraux comme le Canada et d'autres pays.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Docteur Morris, je vais profiter de notre rencontre pour créer une dynamique.

Êtes-vous d'accord avec M. Nickerson?

• (1345)

[Traduction]

**Dr Andrew Morris:** Oui, en fait.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Docteur Morris, je voulais vous questionner sur le remdésivir et sur le bamlanivimab, et mon collègue l'a fait.

Vous préconisez un resserrement des mesures sanitaires. Que faudrait-il faire de plus pour atteindre l'objectif zéro COVID, que vous préconisez?

Sommes-nous sur la bonne voie ou y a-t-il des mesures que nous devrions resserrer davantage? Dans quels milieux de vie cela s'applique-t-il?

[Traduction]

**Dr Andrew Morris:** Il nous faudrait probablement 10 heures pour faire le tour de la question. Je vais essayer d'être le plus succinct possible et me concentrer d'abord sur les mesures de santé publique que vous avez suggérées.

Je pense que le Canada a failli à la tâche quant à l'adoption d'une stratégie nationale ou pancanadienne. Nous avons plutôt un mélange de stratégies. Les provinces de l'Atlantique et les territoires ont adopté une approche de suppression maximale. Cela a incontestablement sauvé des vies, sans pour autant nuire de manière importante à leur économie, semble-t-il, alors que toutes les autres provinces ont adopté une approche purement axée sur l'atténuation. Comment peut-on y arriver? Je ne pense pas qu'il y ait de doute sur la façon de mettre en oeuvre une stratégie de suppression maximale. Les provinces de l'Atlantique et les territoires l'ont parfaitement démontré. Cela inclut le contrôle rigoureux des déplacements et des voyages, le dépistage intensif, la recherche de contacts, l'isolement et le soutien de ceux qui ont besoin d'aide pour tous ces aspects.

Il s'agit d'une approche axée sur les données qui vise le zéro, même s'il pourrait ne pas être atteint. Je pense que tous ces éléments devraient être inclus dans une stratégie nationale, le cas échéant.

Je crois que je n'ai pas le temps de répondre à la partie sur les médicaments.

[Français]

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

[Traduction]

Monsieur Davies, vous disposez de six minutes. Allez-y.

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

Je remercie les témoins de leur présence.

Monsieur Scott-Douglas, la semaine dernière, vous avez témoigné devant le comité de l'industrie, et vous avez dit ce qui suit:

Nous avons examiné tous les autres groupes de travail, y compris Warp Speed. Ce que fait le Canada est dans une vaste mesure équivalent à ce que font tous les autres pays. Il y a beaucoup d'informations commerciales confidentielles. Il faut donc que les réunions soient tenues en toute confidentialité, comme c'est le cas pour presque tous les autres groupes de travail.

Bien sûr, la différence, c'est qu'aux États-Unis, le comité consultatif sur les vaccins et les produits biologiques connexes publie son ordre du jour et ses conclusions. Toutes ses réunions sont diffusées

sur YouTube et tout le monde y a accès. Pourquoi les États-Unis sont-ils transparents, mais le Canada ne l'est pas?

**M. Roger Scott-Douglas:** C'est une excellente question. La transparence, dans la mesure du possible, doit bien sûr représenter l'objectif à atteindre pour tous, mais le travail du groupe de travail sur les vaccins n'est pas le même que celui du groupe américain dont vous avez parlé. L'équivalent serait plutôt l'organisme de réglementation: Santé Canada.

Lorsque Warp Speed traitait des renseignements commerciaux sensibles et confidentiels et qu'il a pris ses premières décisions — qui ont ensuite été approuvées par la FDA, etc. —, il travaillait de façon confidentielle. Tous les grands groupes de travail sur les vaccins ont eu recours à cette pratique. Le travail de l'organisme de réglementation n'est pas tout à fait le même.

**M. Don Davies:** D'accord. Je comprends.

Le groupe de travail fédéral sur les vaccins a un protocole sur la déclaration des intérêts, qui exige de tous les membres une divulgation complète des activités et intérêts qui pourraient les placer en situation de conflit d'intérêts avec le gouvernement fédéral. Pourquoi la divulgation faite par les membres n'a-t-elle pas été rendue publique?

**M. Roger Scott-Douglas:** Il est très important que le processus décisionnel associé aux conseils donnés par le groupe de travail tienne compte des conflits d'intérêts possibles et des intérêts de façon générale. Les ministres d'Innovation, Sciences et Développement économique Canada, de Santé Canada et de Services publics et Approvisionnement Canada sont pleinement informés de tous les intérêts associés aux conseils qui sont donnés dans ce contexte. Dans tous les cas où le gouvernement a suivi ces conseils et a annoncé le financement de certains projets — ou s'en est réjoui —, les intérêts des membres du groupe de travail associés à ces décisions ont également été rendus publics.

• (1350)

**M. Don Davies:** D'accord.

Docteur Langley, suivant les conseils du groupe de travail sur les vaccins, le gouvernement a procédé, en septembre, à la précommande de 72 millions de doses du vaccin candidat qui avait été développé par GlaxoSmithKline et Sanofi. Il s'agit du deuxième plus important accord en la matière.

Je crois que vous êtes titulaire de la chaire de 700 000 \$ de GlaxoSmithKline en vaccinologie pédiatrique de l'Université Dalhousie. Je crois que vous avez fait un travail de recherche avec Sanofi et que vous avez été conseillère par le passé. Selon les mesures habituelles relatives aux conflits d'intérêts, n'auriez-vous pas dû vous récuser des discussions associées au vaccin candidat de GSK-Sanofi?

**Dre Joanne Langley:** Je vous remercie pour cette question.

À titre de précision, la chaire de recherche dont je suis titulaire était un fonds de dotation que l'on a commencé à mettre sur pied entre 2000.... On a finalement publié une demande sur le site Web des Instituts de recherche en santé du Canada. Le fonds de dotation provenait des Instituts de recherche en santé du Canada, du département de pédiatrie, de plusieurs autres petits organismes de bienfaisance et de GlaxoSmithKline.

Dans le cas d'une chaire dotée, l'argent est destiné à son titulaire, soit l'Université Dalhousie. Les fonds qui émanent de la dotation servent à financer la recherche.

**M. Don Davies:** En tout respect, docteur Langley, je n'ai pas besoin de comprendre comment la chaire fonctionne. Je comprends. Je vous demande s'il était approprié pour vous de ne pas vous récurser étant donné le lien financier évident entre GlaxoSmithKline et votre poste.

**Dre Joanne Langley:** Merci.

Je crois qu'il est important de savoir s'il y a conflit d'intérêts. Dans le cas présent, je n'ai rien à retirer financièrement d'un fonds de l'Université Dalhousie.

Je vais céder la parole à M. Scott-Douglas qui vous expliquera le processus de gestion des conflits d'intérêts.

**M. Don Davies:** Ce n'est pas nécessaire. Je vais garder le contrôle des questions, si vous le permettez.

Monsieur Nickerson, l'Afrique du Sud et l'Inde ont présenté une proposition à l'OMC en vue d'exempter les pays membres de l'exécution des brevets, des secrets commerciaux et des monopoles pharmaceutiques en vertu de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, ou l'ADPIC. Bien sûr, l'objectif est de veiller à ce que les vaccins et les autres technologies nécessaires en vue de contrôler la COVID-19 soient offerts de façon universelle partout dans le monde.

Quelle est la position du gouvernement du Canada à ce sujet? Quelle devrait être sa position, selon vous?

**M. Jason Nickerson:** Je vous remercie pour votre question.

Je crois que la position officielle du Canada, c'est qu'il n'a pas de position officielle pour le moment. Ainsi, le Canada semble dire officiellement qu'il ne rejette pas la proposition.

Pour aller droit au but, les pays devraient appuyer cette proposition. Les brevets et les autres droits de propriété intellectuelle ont nu à l'accès aux médicaments par le passé, surtout pour les populations des pays à faible et moyen revenu. La proposition d'exemption de l'ADPIC présentée à l'OMC représente un mécanisme important et nécessaire pour éviter que les droits de propriété intellectuelle ne nuisent à l'accès aux technologies pour la lutte contre la COVID-19. Le Canada devrait l'appuyer.

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

**M. Don Davies:** Merci.

**Le président:** Nous allons faire de la place pour une série de questions d'une minute par parti. Je demanderais aux députés de s'en tenir à 30 secondes ou moins pour leurs questions afin de donner environ 30 secondes aux témoins pour y répondre.

Nous allons entendre M. d'Entremont. Vous disposez d'une minute. Allez-y.

**M. Chris d'Entremont (Nova-Ouest, PCC):** J'aimerais aborder quelques points, rapidement, avec la Dre Langley et peut-être avec M. Scott-Douglas au sujet du procès-verbal des réunions du groupe de travail. Il existe d'autres façons pour les partis politiques d'obtenir des renseignements auprès des divers comités. Il se peut toutefois que l'information soit quelque peu caviardée, ce qui rendra difficile la compréhension de ce qui s'est passé lors des réunions et des décisions qui ont été prises. Sachant cela, je me demande si vous pourriez nous fournir une copie du procès-verbal des réunions du groupe de travail.

**M. Roger Scott-Douglas:** Je vous remercie pour cette question, monsieur le président.

Je crois que nous déployons des efforts actifs en vue de trouver une façon d'être le plus transparent possible tout en protégeant les renseignements commerciaux confidentiels associés à des accords juridiques. C'est ce que nous examinons à l'heure actuelle.

• (1355)

**M. Chris d'Entremont:** Pourriez-vous transmettre ces renseignements au Comité dès qu'ils seront disponibles? Je ne veux pas devoir présenter une motion à ce sujet. Je pourrais présenter une motion pour garantir l'obtention de ces renseignements, mais je vais me fier à votre jugement.

**M. Roger Scott-Douglas:** Monsieur le président, nous allons déployer tous les efforts possibles pour transmettre l'information au Comité rapidement, mais nous reconnaissons que certains renseignements confidentiels devront être caviardés, bien sûr.

**Le président:** Merci, monsieur d'Entremont.

La parole est maintenant à M. Van Bynen. Vous disposez d'une minute.

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

Nous avons beaucoup entendu parler du besoin d'initiatives pancanadiennes en matière de partage des données. Aujourd'hui, le Dr Morris propose d'établir un comité national d'experts sur les maladies infectieuses.

Docteur Morris, de quelle façon proposez-vous qu'il soit mis sur pied? Vous avez parlé tout à l'heure de l'exemple de l'Atlantique. Nous pourrions peut-être tirer des leçons de cet exemple. Comment devrions-nous assurer cette présence pancanadienne?

**Dr Andrew Morris:** Je crois qu'il y a quelques options possibles. Certaines nécessiteraient l'adoption de mesures législatives. L'Agence de la santé publique du Canada est née de la Commission sur le SRAS et de la reconnaissance du besoin d'une intervention fédérale imposante pour lutter contre les maladies infectieuses et les pandémies. Au fil du temps, l'ASPC a vu son budget et sa force globale diminuer en raison des réductions budgétaires et autres. Je crois que c'est la première chose.

En deuxième lieu, je dirais que le Comité consultatif national de l'immunisation s'est révélé être une structure et une organisation efficace en ce qui a trait aux pratiques d'immunisation. Il a su aider les provinces, qui ont contextualisé ses conseils. Je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas structurer une approche similaire — qu'il s'agisse d'un traitement ou de stratégies globales pour lutter contre les maladies infectieuses — de la même façon.

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

[Français]

Nous passons maintenant à M. Thériault.

Vous avez la parole pendant une minute.

**M. Luc Thériault:** Docteur Morris, à propos de l'immunité, le Dr Bernstein nous disait, à la dernière réunion, que le fait de mélanger les vaccins — donner le vaccin de Pfizer ou de BioNTech lors de la première dose et donner le vaccin d'AstraZeneca lors de la deuxième dose — pouvait renforcer l'immunité.

Qu'en pensez-vous?

[Traduction]

**Dr Andrew Morris:** Bien que j'aie une opinion personnelle à ce sujet, je crois que la Dre Langley a l'expertise nécessaire pour répondre à cette question.

**Dre Joanne Langley:** Merci, docteur Morris, et merci, monsieur le président.

Il est très important de répondre à ces questions. Je ne crois pas que nous avons la réponse à l'heure actuelle, mais il faut étudier ces questions. Il faut absolument connaître les effets de la deuxième dose sur la maturation sécuritaire et efficace de la réponse immunitaire. C'est ce qui nous préoccupe au sujet de la pertinence d'une deuxième dose et du moment de la donner.

Ce sont des questions de santé publique importantes et je crois qu'il faudrait s'y attarder.

[Français]

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

[Traduction]

La parole est maintenant à M. Davies.

Vous disposez d'une minute.

**M. Don Davies:** Merci.

Docteure Langley, vous et vos collègues avez obtenu de l'aide et êtes enregistrés à titre de chercheurs principaux pour les essais de phase trois du vaccin contre la COVID-19 développé par CanSino Biologics. Nous savons qu'il s'agit du partenariat avec le Conseil national de recherches Canada qui est tombé à l'eau cet été.

Est-ce que vous vous êtes récusée des délibérations du groupe de travail sur le vaccin de CanSino?

**Dre Joanne Langley:** J'aurais déclaré mes intérêts, et je ne m'en souviens pas.

Monsieur Scott-Douglas.

**M. Roger Scott-Douglas:** Le vaccin de CanSino...

**M. Don Davies:** Je vous demande tout simplement si vous vous êtes récusée. C'est tout.

**M. Roger Scott-Douglas:** La première fois que nous avons abordé le sujet de CanSino, c'était dans le cadre de l'examen d'une liste de candidats internationaux et la Dre Langley a fait valoir qu'elle...

**M. Don Davies:** Excusez-moi, mais je n'ai pas beaucoup de temps. Je vous demande si vous vous êtes récusée. Je suis désolé, monsieur, mais vous ne répondez pas à ma question.

**M. Roger Scott-Douglas:** ... et elle a fait valoir qu'elle se récusait de toutes les discussions à ce sujet.

**M. Don Davies:** La raison pour laquelle je pose la question, c'est que le Dr Kobinger a dit qu'il avait exprimé d'importantes préoccupations à l'égard de ce vaccin, même s'il s'agissait officiellement de la recommandation première du comité. Or, le comité n'avait jamais vraiment discuté des recommandations relatives à CanSino. Nous ne savons pas pourquoi il s'agit de la recommandation première du groupe de travail.

Pouvez-vous nous expliquer pourquoi le CanSino était la recommandation première du groupe de travail?

**M. Roger Scott-Douglas:** Ce n'était pas la recommandation première et le Dr Kobinger n'a assisté qu'à quelques réunions seulement... deux réunions et demie. La plupart des discussions se sont

tenues alors qu'il ne participait plus aux réunions du groupe de travail.

• (1400)

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

**M. Don Davies:** Merci.

**M. Chris d'Entremont:** Monsieur le président, j'invoque le Règlement. J'aimerais poser une question avant que nous passions au prochain groupe de témoins.

**Le président:** M. d'Entremont invoque le Règlement.

**M. Chris d'Entremont:** Merci.

Lors de la réunion de la semaine dernière, l'ASPC avait convenu à de nombreuses reprises de nous transmettre des renseignements. Avez-vous obtenu un suivi de la part de l'ASPC au sujet des questions que nous avons posées?

**Le président:** Nous avons reçu plusieurs documents de diverses personnes. Je ne sais pas exactement si les questions ont été réglées. Nous pouvons poser la question au greffier.

Il fait signe que non; donc pas pour le moment.

**Le greffier du Comité (M. Jean-François Pagé):** Non, je n'ai rien reçu.

**M. Chris d'Entremont:** D'accord.

Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci, monsieur d'Entremont.

Je remercie tous les témoins d'avoir comparu devant nous aujourd'hui. Je vous remercie pour votre temps, votre expertise et vos excellentes réponses.

Nous allons maintenant suspendre la séance et organiser le prochain groupe de témoins.

Merci à tous.

• (1400)

(Pause)

• (1400)

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

Je suis heureux de vous revoir.

Nous reprenons la séance 21 du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Le Comité se réunit aujourd'hui pour étudier la situation d'urgence à laquelle les Canadiens font face avec la deuxième vague de la pandémie de la COVID-19.

J'aimerais présenter les témoins.

Nous recevons premièrement la Dre Cécile Tremblay, qui est professeure titulaire à l'Université de Montréal, et qui comparait devant nous à titre personnel. Nous recevons également le Dr Alan Drummond et le Dr Atul Kapur, tous deux coprésidents du Comité des relations publiques de l'Association canadienne des médecins d'urgence. Nous recevons enfin les représentants de l'Agence de la santé publique du Canada: le président, M. Iain Stewart, et le vice-président, Logistique et Opérations de la Force Opérationnelle sur le déploiement des vaccins, le major-général Dany Fortin.

Nous allons maintenant entendre vos déclarations préliminaires. Je vous rappelle que j'utiliserai le carton jaune lorsqu'il restera environ une minute à votre temps de parole — si je ne l'oublie pas—, et le carton rouge lorsqu'il ne vous restera plus de temps.

Nous allons d'abord entendre la Dre Tremblay.

● (1405)

[Français]

Docteure Tremblay, vous avez la parole pour six minutes.

[Traduction]

**Dre Cécile Tremblay (spécialiste des maladies infectieuses et microbiologiste médicale, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, à titre personnel):** Merci.

Je suis Cécile Tremblay. Je suis spécialiste des maladies infectieuses et microbiologiste médicale au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Je suis titulaire de la chaire Pfizer de recherche translationnelle sur le VIH de l'Université de Montréal.

Je travaille depuis des décennies à l'étude des corrélats de protection qui pourraient être utilisés pour la conception de vaccins contre le VIH. Cet objectif nous a longtemps échappé pour le VIH, et c'est pourquoi nous avons été ravis de voir la conception de vaccins à efficacité virale contre la COVID-19 en si peu de temps.

Plusieurs défis subsistent. Les vaccins n'arrêtent pas les pandémies; c'est la vaccination qui les arrête. Trois facteurs détermineront si l'immunité collective peut être atteinte au Canada par la vaccination.

Le premier est la disponibilité de l'approvisionnement en vaccins. Les chercheurs canadiens travaillent d'arrache-pied à la mise au point de nouveaux vaccins. Ces travaux ont été soutenus par le gouvernement canadien par l'entremise des IRSC et d'autres mécanismes de financement. Toutefois, le calendrier de conception d'un nouveau vaccin susceptible d'être soumis à des essais cliniques au Canada ne permettra probablement pas d'obtenir des produits disponibles en 2021.

Il parle des vaccins conçus au Canada. Ces efforts de recherche doivent cependant continuer à être soutenus, car ils pourraient devenir utiles si la pandémie persiste ou si des variantes rendent nos vaccins actuels obsolètes.

Pour l'instant, nous devons nous appuyer sur les vaccins existants, qui sont en pénurie non seulement au Canada, mais dans le monde entier. En raison de l'insuffisance de notre infrastructure pour fabriquer des vaccins au Canada, nous avons dû recourir à l'importation de vaccins produits ailleurs, avec tous les retards que cela entraîne.

Les leçons tirées des précédentes pandémies avaient mis en évidence la nécessité de produire des vaccins au Canada comme étant une priorité, dans le cadre d'un plan de préparation à la pandémie. Malheureusement, peu de mesures ont été prises, et bien que certaines entreprises fabriquent des vaccins au Canada, comme Sanofi Pasteur à Toronto et GSK à Québec, la capacité de production à grande échelle est limitée.

La récente initiative du gouvernement fédéral visant à construire une usine de fabrication de vaccins dans le district de Royalmount à Montréal est louable. D'autres installations associées à des centres de recherche sont également en train d'être construites, comme celle de Saskatoon.

Toutefois, si nous voulons mettre en place une infrastructure durable pour le développement et la production de vaccins au Canada, nous devons également soutenir la présence de diverses industries pharmaceutiques, des biotechnologies locales comme Medicago à Québec, aux grandes sociétés pharmaceutiques. Cela permettra de maintenir l'expertise scientifique au Canada et d'éviter l'exode des cerveaux de nos jeunes chercheurs vers les États-Unis.

Cela signifie qu'il faut inverser une tendance malheureuse de la dernière décennie. En 2007, AstraZeneca et Bristol Myers Squibb ont cessé leurs activités de fabrication. En 2010, le centre de recherche de Johnson & Johnson et Merck à Montréal ont fermé leurs portes. Plusieurs autres entreprises comme Pfizer, Abbott et d'autres installations de recherches établis au Québec ont déménagé à l'étranger.

Si nous voulons être sûrs de disposer de réserves suffisantes de vaccins pour la prochaine pandémie, nous devons disposer d'une infrastructure qui comprend à la fois une capacité de fabrication administrée par le gouvernement et une forte présence de l'industrie pharmaceutique.

Le deuxième facteur pour obtenir une immunité collective est la capacité de mettre en place des programmes de vaccination de masse accessibles à l'ensemble de la population. D'après ce que nous pouvons observer au Québec, cela semble être assez bien organisé.

Le troisième facteur est l'hésitation à se faire vacciner. Ce facteur n'est pas propre à la COVID-19. La désinformation sur les vaccins circule depuis des décennies et s'est accélérée ces dernières années sur les médias sociaux. La COVID-19 a intensifié les théories de conspiration, qui ont suscité la peur chez une proportion importante de la population.

Pour obtenir une immunité collective, on estime que 75 à 85 % de la population doit être vaccinée. Pour l'instant, un bon pourcentage de la population attend avec impatience son vaccin. Ce sont les cibles faciles. Le défi consistera à atteindre ceux qui hésitent et qui ne sont pas nécessairement contre la vaccination, mais qui ont besoin d'obtenir des réponses à leurs questions.

Pour l'instant, je ne sais pas trop quel est le plan de communication. Les personnes qui hésitent à se faire vacciner sont réparties dans toute la société, dans tous les groupes d'âge et dans toutes les couches socioéconomiques. Des stratégies de communication précises doivent être élaborées pour répondre à leurs diverses préoccupations.

Enfin, les essais cliniques de phase 3 des vaccins excluent généralement certaines populations, telles que les personnes immunodéprimées et séropositives, les patients ayant subi une transplantation, les patients atteints de cancer qui reçoivent des traitements immunosuppresseurs et les femmes enceintes ou allaitantes. Nous savons cependant que ces populations pourraient bénéficier des vaccins, mais nous sommes toujours dans la zone grise, car les données n'ont pas été colligées. Il se pourrait, en raison de leur immunosuppression, que leur réponse immunitaire ne soit pas aussi forte ou efficace. Nous pourrions avoir besoin d'utiliser une stratégie différente, comme l'ajout de doses de rappel.

• (1410)

Les chercheurs lancent habituellement des projets de recherche, comme moi, pour tester des vaccins dans ces populations. Ils font des demandes de subventions et, s'ils ont de la chance, ils obtiennent des fonds. Il y a toujours un problème d'accès au produit que nous voulons tester pour mener ces essais cliniques.

Avec la phase 4, c'est particulièrement vrai lorsque l'offre est limitée, comme c'est le cas actuellement, de sorte que la mise à l'essai de nouveaux vaccins dans ces diverses populations ne doit pas être laissée aux initiatives individuelles. Ces projets devraient être mandatés par le gouvernement, et des ressources ainsi que des vaccins devraient être automatiquement disponibles pour mener ces essais à la phase 4 une fois que les vaccins sont approuvés.

Au milieu de cette pandémie dévastatrice, les vaccins sont la lumière qui brille à l'horizon. Tirons des leçons des pandémies précédentes et construisons une infrastructure durable qui englobe la recherche et le développement ainsi que la fabrication et la distribution afin d'être prêts pour la prochaine fois.

[Français]

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

[Traduction]

Nous allons maintenant entendre l'Association canadienne des médecins d'urgence.

Docteur Drummond ou docteur Kapur, je vous prie.

**Dr Alan Drummond (coprésident, Comité des relations publiques, Association canadienne des médecins d'urgence):** Je crois que c'est le Dr Kapur.

**Le président:** Allez-y, docteur Kapur.

**Dr Atul Kapur (coprésident, Comité des relations publiques, Association canadienne des médecins d'urgence):** Je suis désolé. Je croyais que le Dr Drummond allait commencer.

Merci de nous donner l'occasion de comparaître. Nous prévoyons utiliser le temps dont nous disposons pour nous concentrer sur la question pressante de la vaccination et sur la nécessité de collaborer avec les travailleurs de première ligne et leurs associations. Il y a d'autres points que nous mentionnerons plus tard.

Tout d'abord, nous souhaitons réitérer notre appel à une plus grande transparence en ce qui concerne l'établissement des priorités d'immunisation, l'administration des vaccins contre la COVID-19 et les plans de vaccination à venir. Malheureusement, il subsiste une certaine confusion, un manque de transparence et des messages contradictoires concernant l'établissement des priorités. Il faut que les efforts soient coordonnés de façon centralisée à l'échelon fédéral et que les messages soient clairs, cohérents et transparents.

Pourquoi revendiquons-nous cela? C'est en raison du fait que les personnes travaillant dans les services d'urgence canadiens n'ont pas encore toutes été vaccinées ou complètement vaccinées, ce qui illustre bien l'ampleur de la situation. La situation des personnes qui travaillent dans de petites collectivités rurales ou isolées est particulièrement préoccupante. Nous attirons l'attention sur les travailleurs de la santé, vu l'état précaire du système de santé et sa dépendance envers ses travailleurs surmenés. En clair, si les travailleurs de la santé sont incapables de travailler en raison d'une infection à la COVID-19, le système ne pourra plus prendre soin de la population. Comme je l'ai dit, mais il faut insister là-dessus, le plus troublant est le fait que la vaccination du personnel d'urgence a été retardée

dans les collectivités rurales et isolées. Comme le bassin de professionnels et de personnel de remplacement y est restreint, lorsque la population de travailleurs de la santé est petite, les travailleurs qui tombent malades ne pourront pas être remplacés. Le risque d'effondrement du système dans les communautés rurales est beaucoup plus élevé. La frustration éprouvée par le personnel de la santé s'ajoute aux conditions de travail qui étaient déjà pénibles avant la pandémie, en raison de la surcharge du système.

La société nous a remerciés, les travailleurs de la santé, à maintes reprises. Nous avons été qualifiés de héros. Or, il n'en reste pas moins que nous sommes des travailleurs qui avons besoin, comme tous les autres, d'un environnement de travail sécuritaire. Au lieu de cela, nous avons trop souvent tenu pour acquis que nous allions simplement accepter les risques accrus, sans qu'ils aient été évalués à la lumière de données probantes et sans que des mesures d'atténuation aient été prises. En fait, pas plus tard que la semaine dernière, un des gouvernements provinciaux n'a pas su reconnaître que le personnel infirmier des services d'urgence constituait un groupe à risque élevé et que ce personnel traitait souvent les patients atteints par la COVID-19 avant même qu'ils aient été déclarés positifs.

Nos membres et nos collègues de première ligne ont pris en charge, et continuent de prendre en charge, les patients les plus malades de nos collectivités. En retour, ils devraient à tout le moins avoir droit à de la transparence, à une bonne communication et au respect d'un cadre éthique régissant l'établissement des priorités et l'administration des vaccins. Nous avons vu de nombreuses erreurs jusqu'à présent. Nous nous réjouissons des améliorations, mais nous voulons l'assurance que ces erreurs ne seront pas amplifiées en cours de route.

Nous voulons également parler des conditions qui ont entravé la réponse à la pandémie de COVID-19 et qui doivent être redressées si nous voulons prévenir une troisième vague pire que la seconde, soutenir la capacité d'intervention du système de santé et corriger les faiblesses avant la prochaine crise sanitaire. Pensez à l'idée d'un système qui soit résilient et capable de réagir. Il faut une capacité à gérer les pics, ce qui disparaît lorsqu'il y a une surcharge chronique. Il faut des effectifs suffisants, ce qui nécessite une planification de la part des ressources humaines en santé. Il faut un approvisionnement adéquat, ce qui nécessite des stocks d'EPI et d'autres fournitures, une capacité de production nationale et une stratégie visant à prévenir la pénurie de médicaments et de fournitures. Il faut un environnement de travail adéquat, ce qui nécessite une conception de l'hôpital. Il faut un leadership et une capacité de prise de décisions adéquats, notamment un système de gestion des incidents et de communications claires.

Au début, nous avons insisté sur le fait de maintenir le système résilient, ce qui nécessite du personnel de vaccination pour que la capacité soit en place. Je vais aborder quelques-uns de ces points plus précisément.

• (1415)

Lorsque nous parlons de capacité d'intervention, nous avons vu que les hôpitaux ont complètement fermé lors de la première vague afin de créer la capacité de traiter les patients prévus pour la COVID-19. Les hôpitaux fonctionnent de manière plus adéquate et appropriée à une capacité de 85 %. Même avant la COVID, la plupart des hôpitaux de ce pays fonctionnaient à 100 % de leur capacité ou plus. Ce n'est pas convenable; ce n'est pas approprié. Ce n'était pas le cas à l'époque. Ce n'est pas le cas à l'heure actuelle, et ça ne le sera pas à l'avenir.

Nous ne pouvons pas revenir à l'ancienne normalité. Cela a intensifié la pression sur les travailleurs des services d'urgence. Nous avons vu et continuons de voir le personnel des services d'urgence quitter le service des urgences pour travailler ailleurs ou quitter la profession. Malheureusement, nous avons également au moins un collègue qui s'est suicidé l'année dernière.

Je vois que mon temps de parole tire à sa fin. Nous avons soumis un mémoire écrit avec plus de détails et nous serons heureux de répondre aux questions du Comité.

Merci.

**Le président:** Merci.

Nous allons maintenant entendre M. Iain Stewart, président de l'Agence de la santé publique du Canada.

La parole est à vous pour six minutes, je vous prie.

**M. Iain Stewart (président, Agence de la santé publique du Canada):** Merci, monsieur le président, ainsi qu'aux membres du Comité permanent de la santé, d'avoir invité le major-général Fortin et moi-même à revenir aujourd'hui pour approfondir votre étude sur les vaccins.

Le gouvernement du Canada a adopté une approche pangouvernementale pour la plupart des travaux que nous avons entrepris en réponse à la pandémie. Nous comptons sur la collecte des données scientifiques et des nouvelles preuves, ainsi que sur des conseils d'experts pour éclairer nos décisions, stratégies et recommandations. Nous participons aussi à des communautés de pratique internationales afin de bénéficier des expériences et des nouveautés dans d'autres pays.

Comme vous le savez, nous avons amorcé notre approche progressive de la vaccination des Canadiens. Je suis heureux de dire que nous sommes sur la bonne voie pour terminer la première phase d'ici la fin du mois de mars. Et, comme prévu, nous sommes prêts à passer à la phase deux en avril. Le major général Fortin parlera davantage du « grand déploiement » dont nous avons besoin pour l'influx de doses de vaccin additionnelles.

L'automne dernier, le Groupe de travail sur le déploiement des vaccins a été créé par l'Agence de la santé publique du Canada afin de fournir aux décideurs des conseils en matière de santé publique et de politique stratégique et de superviser la gestion du portefeuille de vaccins. Cela incluait la planification logistique et le suivi des données sur une plateforme sécurisée à mesure que les vaccins sont déployés et distribués dans l'ensemble du Canada, ainsi qu'un leadership et un soutien aux divers forums d'experts en vaccination, y compris le Comité consultatif national de l'immunisation ou le Comité consultatif spécial. Il gère également les programmes de surveillance des vaccins pour des questions telles que la sécurité, l'efficacité et la couverture des vaccins à mesure que nous les administrons.

Afin de remplir son mandat, le groupe de travail travaille en étroite collaboration avec les provinces, les territoires et les dirigeants et les communautés autochtones pour soutenir une approche cohérente de l'immunisation contre la COVID-19 à l'échelle du Canada. Les conseils d'experts et le leadership du groupe de travail seront inestimables, alors que nous avançons vers la deuxième phase.

Tout au long de la pandémie, les pratiques de santé publique et les efforts de tous les Canadiens se sont avérés être le cheval de

taille pour contenir la propagation du virus. Nos efforts nous ont menés jusqu'ici, mais nous devons continuer à porter nos masques, à nous laver les mains et à pratiquer la distanciation physique jusqu'à ce que la campagne d'immunisation soit bien avancée.

Nous devons également compter sur des mesures efficaces à la frontière pour limiter l'introduction et la propagation du virus et de ses variants au Canada. C'est pourquoi, à partir de ce mois-ci, les voyageurs arrivant au Canada devront subir un test moléculaire avant leur arrivée au Canada. Ils sont testés à leur arrivée et au 10<sup>e</sup> jour de leur quarantaine. Ils devront également présenter un plan de quarantaine qui est approprié et des coordonnées pour que nous puissions assurer un suivi.

Des variants du virus de la COVID-19 préoccupants sont apparus dans des pays du monde entier. Il est prouvé que ces variants se transmettent plus facilement. Il y a un risque qu'ils provoquent une maladie plus grave. Ces variants nécessitent notre attention et nous devons les surveiller. Nous devons en savoir plus sur eux et nous devons utiliser la science pour nous guider.

Pour ce faire, le gouvernement du Canada a annoncé un financement de 53 millions de dollars pour une stratégie intégrée sur les variants préoccupants afin de créer une capacité de séquençage, de recherche et de surveillance pour détecter les variants et éclairer les mesures de santé publique. Ce travail essentiel fournira aux décideurs les dernières données scientifiques sur les variants préoccupants et nous permettra de réagir en conséquence et d'explorer des options, telles que les rappels de vaccins pour contrôler la propagation.

Le Canada a réussi à obtenir un portefeuille diversifié de vaccins pour le Canada, en quantité plus que suffisante, pour vacciner tous les Canadiens qui souhaitent se faire vacciner d'ici la fin de septembre. À cette fin, le Canada a négocié des accords d'achat anticipé avec sept sociétés pharmaceutiques, avec une diversité de technologies vaccinales, y compris deux vaccins à ARNm, qui sont Pfizer et Moderna. Depuis ce matin, comme les annonces vous le révéleront, le vaccin d'AstraZeneca a été autorisé par Santé Canada également.

Plusieurs autres vaccins font actuellement l'objet du processus d'examen accéléré que Santé Canada a élaboré. AstraZeneca contribuera à la campagne d'immunisation qui commencera sous peu. Je crois qu'aujourd'hui, une annonce a été faite à propos de doses précoces initiales, ce qui nous aidera à approuver ces nouveaux vaccins à vecteurs viraux dans le cadre de notre campagne d'immunisation.

● (1420)

L'automne dernier, le CCNI — le Comité consultatif national de l'immunisation — a identifié les populations prioritaires qui seraient vaccinées en premier. En prévision d'une augmentation de l'offre, le CCNI va revoir ses directives concernant les populations prioritaires. Nous allons continuer de nous appuyer sur leurs données probantes et sur leurs conseils pour accomplir notre travail.

Merci beaucoup, monsieur le président.

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

Nous allons maintenant écouter le major-général Dany Fortin, vice-président, Logistique et Opérations de la Force opérationnelle sur le déploiement des vaccins.

Nous vous écoutons. Vous disposez de six minutes.

**Mgén Dany Fortin (vice-président, Logistique et Opérations de la Force Opérationnelle sur le déploiement des vaccins, Agence de la santé publique du Canada):** Je vous remercie, monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité permanent. Je suis ravi de présenter au Comité une mise à jour sur les progrès que nous avons réalisés jusqu'à présent et sur nos plans pour fournir des vaccins à tous les Canadiens d'ici cet automne.

À ce jour, le Centre national des opérations, à l'ASPC, a distribué près de 2,5 millions de doses des deux vaccins approuvés — Pfizer-BioNTech et Moderna —, et 3,5 millions de doses supplémentaires vont nous arriver le mois prochain, ce qui correspond à l'engagement des deux fabricants de nous fournir 6 millions de doses.

Depuis décembre dernier, nous travaillons à un plan qui nous permettra de distribuer les vaccins autorisés de manière sûre et efficace, et le plus rapidement possible, aux provinces et aux territoires. Nous avons opté pour une approche par étapes afin d'établir notre capacité de distribuer les vaccins et d'aider les provinces et les territoires à les administrer. Nous avons effectué une série de simulations et avons mené diverses discussions et répétitions avec les provinces et territoires pour nous assurer de combler toutes les lacunes importantes en matière de capacités, d'identifier et d'atténuer les risques, d'assurer la résilience du plan et de mettre en place des mesures d'urgence pour sécuriser la chaîne d'approvisionnement en vaccins. Cela se poursuit aujourd'hui.

En décembre dernier, dans le cadre de notre démarche de lancement progressif, nous avons commencé, le 14 décembre, par des livraisons anticipées de vaccins autorisés à 14 points d'utilisation désignés dans tout le Canada. Au fil du temps, nous avons augmenté le nombre de sites de distribution. La semaine dernière seulement, ce sont 107 sites de vaccination qui ont été utilisés pour Pfizer et 83 pour Moderna.

De plus, j'ai personnellement tenu de nombreuses réunions bilatérales avec mes homologues responsables du déploiement des vaccins dans les provinces et les territoires ainsi qu'avec des intervenants fédéraux de manière à garantir que nous sommes tous sur la même longueur d'onde. Nous continuons de tenir de telles réunions.

• (1425)

[Français]

Au cours des deux derniers mois, le Canada a été fortement touché par les pénuries et les retards de livraison des vaccins contre la COVID-19, alors que Pfizer-BioNTech et Moderna ont réduit leur production dans leurs installations en Europe. Cela a causé un retard temporaire dans les livraisons destinées au Canada, mais les améliorations apportées à la fabrication permettent désormais une plus grande productivité. Nous sommes maintenant en train de sortir de ce creux de la vague.

Depuis le début, nous avons fait preuve d'ouverture envers nos partenaires et les parties prenantes sur l'instabilité de l'approvisionnement et le besoin de mettre en place de solides plans d'urgence.

Je tiens à souligner que nous attendons 444 000 doses hebdomadaires du vaccin de Pfizer-BioNTech pour les cinq semaines de mars et que Moderna enverra la totalité des 2 millions de doses qui manquent. Nous sommes sur une très bonne voie, selon notre perspective.

Dès le mois d'avril, nous prévoyons une forte augmentation de la disponibilité des vaccins autorisés contre la COVID-19. Comme

nous l'avons annoncé ce matin, nous recevrons deux nouveaux vaccins d'AstraZeneca et ces quantités seront ajoutées aux totaux de ces deux productions.

On s'attend donc à ce que plus de 23 millions de doses arrivent entre avril et juin. Cela comprend le devancement de la livraison de 2,8 millions de doses supplémentaires de Pfizer-BioNTech, qui devait avoir lieu cet été, mais qui surviendra maintenant au printemps.

Le centre national des opérations à l'Agence de la santé publique du Canada continue de diriger l'effort de planification pour s'assurer que les provinces et les territoires suivent le rythme de l'augmentation des livraisons des vaccins autorisés. De plus, le centre national des opérations continue d'expédier différents types de congélateurs permettant d'assurer une chaîne frigorifique ultra froide et froide pour les différents produits, renforçant ainsi davantage les capacités des provinces et des territoires.

Nos efforts collectifs des derniers mois et des dernières semaines, les premiers tests de nos systèmes de distribution et de logistique, et le lancement des vaccins de Pfizer-BioNTech et de Moderna ont tous servi à mettre en place les conditions d'une mise à l'échelle rapide en prévision de la disponibilité accrue des vaccins dans les semaines et mois à venir. La même approche sera adoptée au cours des prochaines semaines pour ce qui est des vaccins supplémentaires, en étroite collaboration avec les provinces et les territoires.

La coordination et la collaboration avec nos partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux sont la clé du succès de cette opération. Nous leur communiquons régulièrement les mises à jour ou les modifications liées au plan de distribution et nous nous assurons de leur donner le plus de visibilité possible sur les quantités à venir dès que nous le pouvons.

[Traduction]

En conclusion, monsieur le président, notre travail visant à soutenir nos homologues provinciaux et territoriaux se poursuit de manière proactive et transparente. Il s'agit d'un effort de coopération qui couvre tous les aspects, de la disponibilité des vaccins à l'équipement de base, sans oublier les préoccupations des professionnels de la santé. Nous travaillons en étroite coordination, et nous continuerons à le faire au cours des prochains mois. À chaque étape, pour garantir que les vaccins continuent d'être acheminés efficacement et en toute sécurité dans toutes les régions du Canada, nous collaborons avec toutes les parties prenantes, et nous allons certainement nous efforcer de continuer à le faire.

C'est là-dessus que se termine ma déclaration liminaire, et je suis prêt à répondre à vos questions.

Merci, monsieur le président.

• (1430)

[Français]

**Le président:** Merci, major-général Fortin.

Nous allons maintenant passer aux questions.

Monsieur Paul-Hus, vous avez la parole pour six minutes, s'il vous plaît.

**M. Pierre Paul-Hus:** Merci, monsieur le président.

Bonjour à tous.

Je remercie les témoins d'être ici.



Je m'adresserai d'abord à vous, major-général Fortin. Cela me fait plaisir de vous revoir.

Dans votre allocution, vous avez un peu parlé de la coordination avec les provinces. Tout d'abord, je veux clarifier une chose pour tout le monde: on vous a chargé de l'aspect logistique de la distribution des vaccins au pays, mais ce n'est pas vous qui avez signé les contrats en amont ou qui avez fait les négociations. Vous, vous êtes chargé de distribuer les vaccins qui sont livrés.

Au début, la quantité de doses à distribuer était très faible, mais là, nous allons recevoir beaucoup de vaccins en même temps.

Les provinces ont-elles soulevé une objection en disant qu'elles n'étaient pas capables de gérer cela, ou est-ce que tout va bien?

S'il y a des problèmes, de quelles provinces s'agit-il?

**Mgén Dany Fortin:** Je remercie le député de sa question.

C'est un effort continu qui va se poursuivre au cours des prochaines semaines. Cependant, au cours des dernières semaines, nous nous sommes efforcés de voir, avec les provinces et les territoires, quels étaient leurs besoins et leur capacité d'administration des vaccins.

Je suis content de dire, aujourd'hui, que des provinces sont très avancées dans l'établissement de mégasites de vaccination, de cliniques mobiles et de sites de service au volant. Il y a aussi des plans à tous les niveaux, notamment pour utiliser les systèmes de distribution des pharmacies, ce qui implique également les pharmaciens et les pharmaciennes. On planifie également engager des gens à la retraite ou des gens qui ne sont pas habituellement des vaccinateurs pour contribuer à cet effort.

Puisque les provinces et les territoires sont responsables de leur propre programme d'immunisation, ils apprennent des leçons des uns et des autres.

**M. Pierre Paul-Hus:** Major-général Fortin, je vais vous donner un exemple.

Vous dites qu'on va recevoir 23 millions de doses entre avril et juin. Avec cette information, vous êtes en mesure de faire une planification. Chaque province est capable de savoir combien de doses vont arriver, mais y a-t-il des problèmes de logistique, actuellement?

Par exemple, même si on lui offre 5 millions de doses, le Québec n'a peut-être pas la capacité de les recevoir. Est-ce qu'on tient compte de cela?

Y a-t-il des inquiétudes de la part des provinces?

**Mgén Dany Fortin:** Effectivement, si on ne donne pas aux provinces une bonne idée du volume de doses qu'elles vont recevoir et du calendrier de livraison, cela va devenir difficile à gérer pour elles.

Les provinces nous indiquent toutes qu'elles ont la capacité de distribuer le volume de doses attendu. Pour l'instant, le meilleur moyen de les aider est de leur donner les meilleures prévisions possible quant à la quantité de doses qu'elles vont recevoir, afin qu'elles puissent coordonner toutes leurs ressources. Ce sont les indications que nous recevons pour l'instant, oui.

**M. Pierre Paul-Hus:** Du côté de l'opposition, nous avons fait des petits calculs faciles, qui n'ont rien de scientifique. Nous estimons qu'il faudrait vacciner 300 000 Canadiens tous les jours pour

que tous les Canadiens soient vaccinés d'ici septembre, soit l'échéance annoncée par le premier ministre.

Pensez-vous que cela est faisable et possible?

**Mgén Dany Fortin:** Ce sont aussi des projections que nous utilisons et que nous partageons avec les provinces.

J'ai certainement l'impression que nous allons dans la bonne direction. Ce que nous pouvons faire pour continuer d'aider les provinces, c'est de détecter les risques et les points de friction et de veiller à faire appel au maximum à notre soutien logistique. Nous devons aussi mettre en place les congélateurs aux bons endroits et accorder la priorité à la distribution pour nous assurer d'être capables de procéder à cette nette augmentation.

Ce sont des projections qui ont été partagées avec les provinces. Ces dernières nous indiquent si elles sont en mesure de le faire à terme. Nous allons continuer de travailler avec elles pour nous assurer de ne pas nous retrouver devant d'éventuelles difficultés sur le plan de l'administration.

**M. Pierre Paul-Hus:** Merci, monsieur Fortin. J'aimerais vous poser une dernière question.

En ce qui concerne la planification, les 6 millions de doses prévues ont mis beaucoup de temps à arriver et elles vont toutes arriver en même temps. Nous savions depuis le mois de novembre que c'était l'entente conclue. À partir du 1<sup>er</sup> avril, pour le deuxième trimestre, il y aura 26 millions de doses.

Avez-vous de l'information en ce qui concerne les mois de juin, juillet et août?

Les compagnies ont-elles déjà annoncé des chiffres?

• (1435)

**Mgén Dany Fortin:** Oui, tout à fait.

Nous avons déjà annoncé que nous aurons 23 millions de doses de Pfizer et de Moderna au cours du deuxième trimestre. En ce qui concerne le troisième trimestre, nous recevrons au-delà de 55 millions de doses. Cela nous fera un total de 84 millions de doses pour ces deux manufacturiers seulement.

Aujourd'hui, nous avons ajouté AstraZeneca dans notre portefeuille de vaccins. Les quantités exactes à recevoir au cours du deuxième et du troisième trimestre devront être confirmées. On peut néanmoins facilement voir qu'environ 25 millions de doses viennent s'ajouter à notre portefeuille de vaccins dès le mois de mars, selon l'annonce du Serum Institute.

Cela fait partie des projections que nous avons communiquées aux provinces. Forcément, nous devons rapidement nous tourner vers les provinces pour leur dire quelles sont les quantités que nous recevrons prochainement et pour les informer du processus de distribution, et ce, afin d'éviter que des quantités arrivent à l'improviste sur le seuil de porte d'une clinique.

Nous devons évidemment faire une planification accélérée en ce qui concerne les premières livraisons de doses d'AstraZeneca.

**M. Pierre Paul-Hus:** Vous êtes convaincu que, d'ici à la fin du mois de septembre, tous les Canadiens seront vaccinés?

**Mgén Dany Fortin:** C'est ce que les chiffres nous disent. Les quantités seront suffisantes pour vacciner l'ensemble des Canadiens avant la fin de septembre.

**M. Pierre Paul-Hus:** Merci, monsieur Fortin.

Je n'ai pas d'autre question, monsieur le président.

**Le président:** Merci, monsieur Paul-Hus.

[Traduction]

Madame Sidhu, c'est à vous pour six minutes.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** Merci à tous les témoins de se joindre à nous aujourd'hui, le jour même où nous prenons l'approbation du vaccin AstraZeneca par Santé Canada.

Monsieur le président, je voudrais commencer mon tour en posant quelques questions brèves à nos témoins afin de mettre les choses au clair pour les Canadiens qui nous regardent.

Monsieur Stewart, la majeure partie de la région du Grand Toronto est actuellement sous le coup d'une ordonnance de confinement. Est-il exact de dire que la province de l'Ontario — et non le gouvernement fédéral — a imposé ce confinement après avoir consulté des experts régionaux et provinciaux en matière de santé publique?

**M. Iain Stewart:** En effet, c'est la province de l'Ontario qui déciderait des mesures de santé publique de cette nature.

**Mme Sonia Sidhu:** Je vous remercie.

Général Fortin, est-il exact de dire que le gouvernement fédéral distribue les vaccins aux provinces en fonction du nombre d'habitants et que les provinces sont responsables de la distribution locale des vaccins, notamment au moyen de portails de réservation en ligne?

**Mgén Dany Fortin:** Oui. Alors que nous étions concentrés ces derniers mois, ou jusqu'à présent, sur l'établissement de réseaux de distribution, nous nous attachons vraiment à aider les provinces à administrer les vaccins et à exécuter leurs plans de vaccination. C'est essentiellement leur responsabilité.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Général Fortin, combien de doses de vaccin ont été distribuées à la province de l'Ontario? Combien ont été administrées par la province? Combien se trouvent actuellement dans les réfrigérateurs?

**Mgén Dany Fortin:** Monsieur le président, je prendrais 10 secondes pour trouver mes données.

**Le président:** Je vous en prie.

**Mgén Dany Fortin:** Monsieur le président, je pense que j'aurai besoin de quelques secondes de plus, si vous le permettez.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci, général Fortin.

Est-ce que je peux poser mes autres questions? Il pourra revenir sur cette question.

Général Fortin, le vaccin d'AstraZeneca a été approuvé ce matin. Cette semaine, le Canada a reçu le plus grand nombre de doses des vaccins Moderna et Pfizer à ce jour.

Êtes-vous sûr que les provinces seront en mesure d'augmenter leur capacité de vaccination en fonction de l'approvisionnement à venir? Avez-vous des inquiétudes? Comment vous préparez-vous à l'afflux de vaccins?

**Mgén Dany Fortin:** Monsieur le président, nous nous efforçons d'aider les provinces à cerner les risques et les besoins supplémentaires qu'elles peuvent avoir et ainsi de les soutenir dans l'immunisation à grande échelle. Les vaccins AstraZeneca et d'autres vaccins qui ne sont pas à base d'ARN s'accompagnent d'exigences moins strictes et moins contraignantes quant à la chaîne du froid. Ils

peuvent être stockés dans les réfrigérateurs pharmaceutiques que vous trouvez dans les pharmacies. Cela nous donne plus d'options. Ils sont beaucoup plus faciles à manipuler et à distribuer dans les provinces et territoires. C'est une bonne nouvelle pour les provinces et les territoires.

● (1440)

**Mme Sonia Sidhu:** Pourriez-vous commenter le travail de vaccination dans les collectivités nordiques et autochtones éloignées du Canada?

**Mgén Dany Fortin:** Monsieur le président, nous travaillons en étroite coordination avec Services aux Autochtones Canada et, bien sûr, avec les autorités provinciales et territoriales également. Ce sont les collègues qui distribuent les vaccins. L'apport des différentes autorités est également pris en compte ou discuté à de nombreuses tables. Les possibilités de prendre en compte leurs observations sont nombreuses. Comme je l'ai dit, nous travaillons en étroite collaboration avec Services aux Autochtones Canada pour répondre aux besoins particuliers des communautés autochtones des régions éloignées. Personnellement, j'ai pris part à de nombreuses discussions avec mes collègues de Services aux Autochtones Canada et les dirigeants des organisations autochtones nationales.

Il s'agit d'un réseau de sensibilisation qui ne cesse de se développer, et nous continuons à répondre aux préoccupations et aux besoins particuliers de tous les Canadiens grâce à ces consultations.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse à M. Stewart.

Vous avez dit que le CCNI émettait des recommandations sur la priorité des personnes à vacciner. Comment verrons-nous s'il y a des différences entre les provinces? Comment pouvez-vous expliquer les différences entre les provinces? En fin de compte, c'est la province qui doit décider du groupe démographique à vacciner en premier. Pouvez-vous expliquer cela?

**M. Iain Stewart:** Oui, c'est un excellent point.

Monsieur le président, le Comité consultatif national sur l'immunisation fournit des avis sur les populations prioritaires, comme cela a été mentionné. Ces avis suggèrent les personnes à cibler et à vacciner en priorité. Ils sont communiqués aux provinces et aux territoires dans le contexte d'un dialogue collaboratif constant, mais comme on l'a souligné, en fin de compte, chaque province et territoire doit choisir les personnes à vacciner en premier sur son territoire, car ce sont les provinces et territoires qui fournissent les soins de santé dans cette communauté.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Monsieur le président, je souhaite toujours entendre une réponse de la part du général Fortin à ma question sur les nombres.

Est-ce que j'ai assez de temps pour une autre question?

**Le président:** Non. Merci, madame Sidhu.

Général Fortin, si vous avez les chiffres, vous pouvez nous les donner maintenant. Sinon, je vais vous demander de les transmettre au greffier en temps voulu.

**Mgén Dany Fortin:** Merci, monsieur le président.

Pour la province de l'Ontario, à la fin du mois de mars — mes excuses, je dois faire quelques calculs en public —, à ce jour, cela représente 1,57 million de doses de Pfizer, et pour Moderna, 703 000 doses jusqu'à présent... En outre, un tableau de données récemment approuvé est en circulation. Pardonnez-moi, j'essaie de mettre la main dessus.

Je vais soumettre l'information par écrit au Comité, si vous me le permettez.

[Français]

**Le président:** Je vous remercie.

Nous allons maintenant passer à M. Thériault.

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

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

Ma première question s'adresse à vous, docteur Tremblay.

Je vous souhaite la bienvenue et je vous remercie encore une fois d'être parmi nous.

La venue des variants inquiète les gens. Des modélisations de l'Agence de la santé publique du Canada ont démontré que s'il y avait un relâchement trop rapide des mesures de santé publique, il pourrait y avoir jusqu'à 20 000 nouveaux cas par jour. L'Institut national de santé publique du Québec, ou INSPQ, parlait pour sa part de 2 000 nouveaux cas par jour au Québec seulement.

Croyez-vous qu'il faille relâcher ou resserrer davantage ces mesures? Certaines personnes prétendent qu'il faut les resserrer encore davantage, et ce, jusqu'à ce qu'y ait une masse critique de personnes vaccinées.

**Dre Cécile Tremblay:** Je vous remercie de votre question, monsieur Thériault.

Il est important de s'inquiéter des variants, parce qu'ils pourraient complètement changer la dynamique de l'épidémie. Présentement, le nombre de cas et d'hospitalisations descend, mais la donne pourrait changer si les variants devenaient dominants.

Dans ce contexte, je ne pense pas que ce soit le moment d'assouplir les mesures de précaution prises jusqu'à présent. Au Québec, on a accepté un certain assouplissement durant la semaine de la relâche scolaire, mais nous avons tous un peu peur que cela n'engendre ensuite une nouvelle flambée de cas.

À mon avis, nous ne devrions pas continuer dans cette direction. Nous devrions plutôt continuer à restreindre les rassemblements le plus possible jusqu'à ce que nous ayons une masse critique de gens vaccinés.

• (1445)

**M. Luc Thériault:** De ce que l'on sait de l'efficacité des vaccins contre la première souche du virus de la COVID-19, est-ce que l'immunité collective pourrait être menacée par l'apparition des variants même si nous sommes contents de la disponibilité des vaccins?

**Dre Cécile Tremblay:** Les variants prédominants comprennent celui d'Afrique du Sud et le B117, qui vient d'Angleterre. Pour ces deux variants, la réponse vaccinale semble adéquate, tant dans le cas du vaccin de Pfizer que de celui de Moderna. Dans le cas de la souche sud-africaine, il y a une certaine résistance aux anticorps générés par les vaccins et on sait que le vaccin d'AstraZeneca est moins efficace pour ce variant. Cependant, ce n'est pas suffisant

pour nuire à l'efficacité de la vaccination, et tous ces vaccins sont efficaces lorsqu'il s'agit de protéger les gens contre des infections sévères nécessitant des hospitalisations ou causant des décès.

Pour l'instant, c'est encourageant, mais cela ne veut pas dire que d'autres variants ne vont pas émerger qui pourraient s'avérer complètement résistants aux vaccins actuels. Cela devrait donc nous inciter à être encore plus prudents et à nous doter de la possibilité locale et nationale de commencer rapidement à produire de nouveaux vaccins ou des rappels, dont nous pourrions avoir besoin pendant l'année qui suit.

**M. Luc Thériault:** Certains parlent de combiner les vaccins de sources différentes pour accroître l'immunité. Ainsi la première dose pourrait provenir de Pfizer et la seconde d'AstraZeneca. Avez-vous un point de vue à ce sujet?

**Dre Cécile Tremblay:** Aucune donnée probante ne nous permet d'aller dans ce sens. Aucune étude n'a été menée qui combinait les vaccins. Dans la mesure où les vaccins seront disponibles, ce que tout le monde nous annonce, il n'y a aucune raison de vouloir combiner les vaccins.

**M. Luc Thériault:** Compte tenu de l'apparition des variants et du fait qu'extrêmement peu de vaccins sont administrés actuellement, est-ce qu'on ne devrait pas recourir davantage aux tests rapides pour certains secteurs de la population et, le cas échéant, lesquels? Cela nous permettrait de ne pas nécessairement resserrer partout les règles.

**Dre Cécile Tremblay:** C'est une question importante et intéressante. Jusqu'ici, on a recouru de façon restreinte aux tests rapides à cause de leur sensibilité moins grande — comme dans le cas des tests antigéniques — que celle des tests traditionnels. Cela dit, il existe plusieurs types de tests rapides et il ne faut pas les confondre.

On peut quand même utiliser ces tests rapides, car, s'ils sont administrés régulièrement, ils permettent au moins de dépister les cas qui seraient les plus contagieux. De plus, s'ils sont répétés, on va finir par dépister tous les cas. Je suis donc favorable à une stratégie combinant le recours aux tests rapides et à la vaccination en série ou aléatoire dans les milieux propices à des éclosions.

**M. Luc Thériault:** On commence à parler de passeports de vaccination. Quel est votre point de vue à ce sujet en tenant compte de la gestion de la pandémie, du nombre d'infections et des variants?

**Dre Cécile Tremblay:** Il faut être extrêmement prudent sur la question des passeports de vaccination, une notion que je trouve un peu prématurée. Si l'on délivre un passeport de vaccination, qu'est-ce qu'il représente?

On ne connaît toujours pas la durée de l'immunité qui est conférée par les vaccins. Certaines personnes auront reçu une dose, d'autres, deux. L'immunité durera-t-elle six mois, huit mois? Si l'on veut utiliser un passeport de vaccination pour partir en voyage, mais que cela fait un an qu'on a été vacciné et qu'on n'a plus d'anticorps, qu'est-ce que cela veut dire?

Avant de parler d'un passeport de vaccination, j'aimerais donc avoir des données sur la durée de l'immunité qui est conférée par les vaccins et sur leur pourcentage d'efficacité. Cela me permettrait d'être sûre que ce passeport veut bien dire que la personne est immunisée et qu'elle est protégée, et qu'elle n'ira donc pas répandre le virus dans d'autres pays.

• (1450)

**M. Luc Thériault:** Merci.

Je pense que c'est tout le temps dont je disposais, monsieur le président.

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

**M. Luc Thériault:** Pour une fois, j'ai réussi.

**Le président:** C'est bien.

[Traduction]

C'est maintenant au tour de M. Davies.

Monsieur Davies, vous disposez de six minutes.

**M. Don Davies:** Le premier ministre a déclaré publiquement et à plusieurs reprises que tous les Canadiens qui veulent un vaccin en recevront un d'ici septembre. J'ai remarqué que vous avez dit aujourd'hui que ce serait d'ici la fin septembre. Pourquoi ce changement d'échéance?

**Mgén Dany Fortin:** Monsieur le président, il n'y a pas de changement d'échéance. Si j'ai dit cela, c'est par erreur. C'est d'ici septembre, et avec l'approbation du vaccin d'AstraZeneca, vous verrez encore plus de vaccins arriver plus rapidement. Cette échéance pourrait donc être revue ultérieurement.

**M. Don Davies:** D'accord. Merci.

Aux États-Unis, on administre actuellement 1,45 million de doses par jour en moyenne, et on prévoit d'atteindre une capacité de 3 millions de doses par jour d'ici avril...

**Le président:** Pardonnez-moi, monsieur Davies, mais je pense que vous devez ajuster votre micro.

**M. Don Davies:** Désolé.

Aux États-Unis, on administre actuellement 1,45 million de doses par jour en moyenne, et on prévoit d'atteindre une capacité de 3 millions de doses par jour d'ici avril. En revanche, au Canada, on n'a administré au total qu'environ 1,7 million de doses à ce jour.

Général Fortin, quel est le nombre maximum de doses par jour que le Canada est actuellement capable d'administrer?

**Mgén Dany Fortin:** Monsieur le président, je pense que la meilleure façon de répondre à cette question est d'intégrer les données des différentes provinces. Cependant, ce que les provinces nous disent, c'est qu'elles peuvent augmenter considérablement leur cadence. Les provinces ne voient pas d'obstacles majeurs à l'accélération de la cadence en fonction des projections que nous leur avons communiquées. Je pense qu'avec les efforts des dernières semaines et le point culminant qui est la répétition du 9 mars, ce n'est pas une date butoir, mais c'est un important jalon qui nous permettra de confirmer ensemble que nos plans sont bien orientés et que les risques supplémentaires sont identifiés. Nous serons peut-être mieux à même de répondre à cette question le moment venu.

**M. Don Davies:** Donc...

**Le président:** Monsieur Davies, le greffier m'indique que vous devez débrancher, puis rebrancher votre microphone. Je vais arrêter le chrono.

**M. Don Davies:** Est-ce que cela fonctionne?

**Le président:** Essayez de nouveau.

**M. Don Davies:** Est-ce que c'est mieux, monsieur le président?

**Le président:** Je crois que oui.

Reprenons.

**M. Don Davies:** Désolé, général Fortin.

Pour clarifier les choses, dites-vous qu'à ce jour, nous ne connaissons pas le nombre de vaccins que nous pouvons administrer à l'échelle nationale? Nous ne connaissons pas ce nombre à l'heure actuelle.

**Mgén Dany Fortin:** Monsieur le président, ce que je dis, c'est que cela dépend de la capacité des provinces d'accroître la cadence. Le nombre de 300 000 par jour qui a été mentionné plus tôt est tout à fait logique. Cela fait partie des projections que nous avons communiquées aux provinces, et elles ont l'intention de multiplier les divers types de cliniques de vaccination pour atteindre cet objectif.

**M. Don Davies:** D'accord.

Le président américain, M. Biden, a affecté 10 000 soldats fédéraux et la Garde nationale à la vaccination des citoyens américains. Le gouvernement vous a-t-il demandé ou a-t-il demandé aux Forces armées canadiennes de participer à la vaccination? Vous a-t-on demandé cela?

**Mgén Dany Fortin:** Monsieur le président, des discussions sont en cours avec les Forces armées canadiennes et le ministère de la Défense nationale. En étroite coordination avec Services aux Autochtones Canada, des plans ont été élaborés pour soutenir les provinces qui en ont besoin pour certaines de leurs communautés autochtones et éloignées. En fait, nous constatons que cela se fait maintenant dans le nord du Manitoba et de l'Ontario, et que cela s'est produit à Terre-Neuve-et-Labrador. Cela devrait donc se poursuivre, selon les besoins.

**M. Don Davies:** Merci.

Monsieur Stewart, si je peux me tourner vers vous, vous avez été président du CNRC jusqu'en septembre 2020. La veille de votre départ, le 31 août 2020, le premier ministre a publié un communiqué de presse qui disait que le Canada commencerait à produire 250 000 doses par mois d'ici novembre 2020 aux installations du site Royalmount du CNRC, à Montréal, et jusqu'à 2 millions de doses par mois d'ici la fin de 2020.

Le 31 août 2020, lorsque le premier ministre a dit cela, est-ce que cela correspondait à votre compréhension des choses? Est-ce que le premier ministre avait raison?

• (1455)

**M. Iain Stewart:** Je voudrais juste intervenir et dire que le Canada livre 637 000 doses cette semaine, juste pour répondre à votre question précédente. Il s'agit de notre capacité actuelle pour le nombre de doses que nous sommes en mesure de livrer.

En ce qui concerne votre question sur les projections et les annonces faites à ce moment-là, je crois que c'était lié à une chose qui a été mise de côté par la suite. Cela découlait du travail dont vous aviez parlé précédemment autour du projet CanSino.

**M. Don Davies:** Le 31 août, le premier ministre disait aux Canadiens que le site du CNRC que vous dirigiez allait produire 250 000 doses en novembre. À cette date, disait-il la vérité aux Canadiens, en ce qui vous concerne?

**M. Iain Stewart:** Le site du CNRC dont vous parlez est le site Royalmount à Montréal, qui est en passe de produire 2 millions de doses par mois.

**M. Don Davies:** Mais pas d'ici novembre 2020, monsieur Stewart. C'est la question.

**M. Iain Stewart:** En fait, comme je viens de le dire, c'était lié à un projet qui n'a pas démarré.

**M. Don Davies:** Saviez-vous, le 31 août 2020, que le projet ne se réaliserait pas?

**M. Iain Stewart:** Le 31 août, je ne savais pas que le projet ne se réaliserait pas, mais je pense que vous devriez en discuter avec les personnes qui dirigeaient le CNRC après mon départ.

**M. Don Davies:** C'est là le problème. Vous y étiez jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre. Vous ne connaissez pas la réponse, et quand j'ai posé cette même question au chef du CNRC après septembre, il m'a dit de vous la poser. On dirait donc qu'il y a une faille.

Monsieur Stewart, lorsque vous étiez président du CNRC, au printemps 2020, lorsque le gouvernement fédéral a annoncé un investissement de 44 millions de dollars, c'était précisément pour « faire en sorte que l'installation se conforme aux bonnes pratiques de fabrication (BPF) en matière de développement, d'essai, de mise à l'échelle et de production de candidats vaccins prometteurs ».

Je crois comprendre que la raison qui nous a été donnée pour expliquer que les doses ne seraient pas produites en novembre, comme promis par le premier ministre, était que l'installation n'a jamais réussi à respecter les bonnes pratiques de fabrication. Donc, si on vous a donné 44 millions de dollars au printemps pour que l'installation se conforme aux bonnes pratiques de fabrication, pourquoi cela ne s'est-il pas réalisé?

**Le président:** Veuillez répondre rapidement, s'il vous plaît.

**M. Iain Stewart:** Il y a eu une série d'annonces de financement, et les fonds devaient servir à prendre un établissement clinique et à lui faire adopter de bonnes pratiques de fabrication. Au cours de l'été, le projet a évolué, et il porte maintenant sur la création d'une usine de fabrication à grande échelle, qui est actuellement mise sur pied et qui appliquera de bonnes pratiques de fabrication.

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

Chers collègues, cela met fin à notre série de questions. Je crois, parce que nous avons commencé un peu tard, que nous tenterons de faire un tour éclair, et je propose une minute par parti. Encore une fois, j'encourage les députés à poser des questions courtes pour qu'il soit possible d'y répondre pendant la minute.

Sur ma liste se trouve Mme Michelle Garner, ou ce sera encore au tour de M. d'Entremont.

Allez-y.

**L'hon. Michelle Rempel Garner (Calgary Nose Hill, PCC):** C'est bon. M. d'Entremont sera le quart-arrière aujourd'hui.

**M. Chris d'Entremont:** Bon. Nous nous battons tous pour intervenir en premier. De toute façon, je pensais que c'était au tour de M. Maguire.

La question est pour M. Stewart, pour l'Agence de la santé publique du Canada. La semaine dernière, un certain nombre de vos vice-présidents se sont engagés à nous faire parvenir des renseignements, surtout des données que l'Agence aurait utilisées pour dire au gouvernement comment ou pourquoi elle aurait recours à des hôtels de quarantaine. Avez-vous ces renseignements aujourd'hui, ou pouvez-vous vous engager à ce que nous les ayons d'ici le 5 mars?

**M. Iain Stewart:** Monsieur le président, si je comprends bien, d'après la discussion de la semaine dernière, je pense qu'on a demandé quel était le lien entre les projets pilotes de l'Alberta et la structure dont on se sert actuellement à la frontière pour la quaran-

taine de trois jours à l'hôtel demandé par l'Agence de la santé publique du Canada.

Tout d'abord, je dois souligner que l'Agence participe aux projets pilotes de l'Alberta. Nous avons affecté 23 millions de dollars à leur mise en œuvre, et nous collaborons avec l'Alberta à cette fin.

Grâce au travail accompli ainsi, et nous espérons qu'il mènera à la participation de 52 000 personnes d'ici la fin du projet, nous déterminons le bon séquençage et le bon moment pour faire les tests. Les connaissances que nous acquérons en prenant part à ce projet sont en fait ce que nous utilisons pour concevoir l'approche actuellement appliquée à la frontière. C'est un apprentissage continu grâce à notre participation au projet pilote.

Je suis désolé. Ai-je oublié quelque chose?

• (1500)

**M. Chris d'Entremont:** Il ne me reste plus de temps, donc...

**M. Iain Stewart:** Oh, je vois.

**Le président:** Merci, monsieur d'Entremont.

Nous passons maintenant au Dr Powlowski, pour une minute, s'il vous plaît.

**M. Marcus Powlowski:** Docteur Drummon, le Dr Kapur est un collègue urgentologue de longue date qui est passé à autre chose. Je dois vous demander si vous pouvez répondre à la question pour ce qui est de votre hôpital, en particulier votre urgence. Votre urgence, c'est-à-dire votre hôpital, était-elle prête pendant les premiers mois de la pandémie à commencer à s'occuper de patients atteints de la COVID, à apporter tous les changements nécessaires à cette fin?

Comme vous le savez, les hôpitaux relèvent des provinces. Les soins de santé sont essentiellement une compétence provinciale. Avez-vous reçu une aide des hôpitaux pour coordonner la prise de mesures et savoir où aller?

**Dr Alan Drummond:** En un mot, non. Au cours de la première vague, ce que les médias montraient de la situation dans le Nord de l'Italie et à New York nous orientait. Nous avons heureusement eu quelques semaines pour nous préparer à ce genre d'assaut possible du nouveau coronavirus.

Nous avons vraiment l'impression d'être laissés à nous-mêmes, je pense, compte tenu de l'équipement de protection inadéquat; de messages contradictoires, qui ont semé la confusion parmi le personnel clinique; d'un nombre insuffisant de chambres à pression négative, même si on en avait demandé d'autres après la pandémie de SRAS — je suppose que nous n'avons pas appris —; et de nos préoccupations concernant les respirateurs et la capacité des soins intensifs. À vrai dire, notre association a dû combler les lacunes cliniques créées par le manque de connaissances.

Heureusement, je suppose que les bonnes journées, les médecins et les infirmières d'urgence ainsi que les ambulanciers paramédicaux forment un groupe très innovateur. Je crois qu'ils ont relevé avec brio les défis qui se présentaient.

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

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour une minute.

**M. Luc Thériault:** D'accord.

Docteure Tremblay, gérer une pandémie dans un contexte de santé publique, c'est pratiquer de la médecine de masse. Il faut s'assurer que la population adhère au message et ne décroche pas. Certains préconisent une approche uniforme, centralisée. Présentement, la coordination est décentralisée, distincte, et varie d'un océan à l'autre.

Quel modèle préférez-vous?

**Dre Cécile Tremblay:** En fait, la gestion d'une pandémie requiert une structure où l'on parle d'une même voix. Cela requiert une certaine centralisation, mais n'exclut pas qu'on s'adapte aux réalités locales. En effet, les mots d'ordre ne peuvent pas s'appliquer de la même façon aussi bien dans une province où il n'y a aucun cas de virus que dans une autre qui est en crise.

Je crois par conséquent qu'il nous faut un modèle mixte, mais également une bonne gestion centrale, coordonnée. Il faut que les messages de santé publique soient cohérents. Nous devons dire la même chose, de façon générale, mais adapter ensuite le message aux réalités locales.

**M. Luc Thériault:** Je vous remercie.

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

[Traduction]

Monsieur Davies, allez-y, pour une minute, s'il vous plaît.

**M. Don Davies:** Monsieur Stewart, une étude récente d'une université britannique a conclu que face à l'apparition du variant B.1.1.7, la seule façon pour le Royaume-Uni d'atteindre l'immunité collective serait de vacciner pratiquement tout le monde, y compris les enfants, en administrant le vaccin plus efficace de Pfizer. Selon l'étude, la vaccination de toute la population au moyen du vaccin d'AstraZeneca ne ferait que réduire la valeur R0. En revanche, 82 % de la population devrait recevoir le vaccin de Pfizer pour contrôler la propagation du nouveau variant.

L'Agence de la santé publique du Canada a-t-elle le même genre de modélisation pour le Canada?

**M. Iain Stewart:** Tout d'abord, je ne suis pas au courant de cette étude. Nous nous pencherons là-dessus avec beaucoup d'intérêt. Je vous remercie d'en parler.

Ensuite, nous avons 70 millions de doses du vaccin de Pfizer et de celui de Moderna, ce qui est assez pour répondre aux besoins des Canadiens. La question, ce sera plutôt l'hésitation face aux vaccins, à un moment donné, c'est-à-dire s'il est possible de vacciner le nombre nécessaire de personnes avec ces deux produits.

**M. Don Davies:** Avons-nous besoin de recourir à l'initiative COVAX si nous avons les 70 millions de doses du vaccin de Pfizer et de celui de Moderna?

**M. Iain Stewart:** Il ne me revient pas de décider si nous devons recourir ou non à l'initiative COVAX. Je ne suis peut-être donc pas la bonne personne à qui en parler.

Notre stratégie globale était d'avoir plusieurs vaccins expérimentaux pour tenter de recevoir des vaccins plus tôt dans le but de terminer rapidement le programme d'immunisation. Le recours au vaccin d'AstraZeneca, que ce soit en passant par COVAX ou directement grâce à notre accord d'achat anticipé, est en fait un moyen d'obtenir plus de doses plus rapidement, et je crois que les Canadiens sont très impatients d'en recevoir.

• (1505)

**M. Don Davies:** C'est une étude de l'Université d'East Anglia, monsieur Stewart, si cela peut aider.

**M. Iain Stewart:** Oui. Merci, monsieur.

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

Je remercie tous nos témoins d'avoir pris le temps aujourd'hui de nous faire profiter de leur expertise et de leurs connaissances.

Merci à tous les députés pour cette excellente réunion. Je suis impatient de tous vous revoir la semaine prochaine.

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>