



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 020

Le lundi 22 février 2021

Président : M. Ron McKinnon



Comité permanent de la santé

Le lundi 22 février 2021

• (1100)

[Traduction]

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

Bienvenue à tous à la 20^e séance 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 en raison de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19.

Avant de commencer, je tiens à rappeler que chacun a le droit de participer pleinement à ces délibérations dans la langue officielle de son choix. En cas d'interruption des services d'interprétation ou de tout autre problème, j'exhorte les députés touchés d'en informer immédiatement le président ou le greffier. Nous ferons notre possible pour corriger la situation.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins.

Nous accueillons, à titre personnel, M. Gary Kobinger, professeur à l'Université Laval. Du Conseil national de recherches du Canada, nous accueillons M. Mitch Davies, président, et de l'Université de l'Alberta et d'Entos Pharmaceuticals, nous accueillons M. John Lewis.

J'invite maintenant les témoins à faire une déclaration de six minutes.

Monsieur Kobinger, c'est à vous, vous avez six minutes.

Dr Gary Kobinger (professeur, Université Laval, à titre personnel): Bonjour à tous.

Je ne m'attendais pas à faire une allocution de six minutes d'entrée de jeu, je vais donc commencer par préciser que je suis professeur à l'Université Laval. Auparavant, j'ai travaillé à Winnipeg à titre de chef du programme des pathogènes spéciaux au Laboratoire national de microbiologie, le LNM, que j'ai dirigé pendant huit ans. Mon domaine d'expertise est la mise au point de vaccins.

Au LNM, j'ai dirigé le groupe qui a mis au point le vaccin VSV, l'année qui a suivi le départ d'Heinz Feldmann. Le vaccin est maintenant homologué par la FDA et l'European Medicine Agency.

Je crois avoir été invité ici pour vous parler de la fabrication de vaccins, mais je n'en suis pas certain, je suis désolé. J'ai accepté cette invitation sans avoir beaucoup d'information, mais je suis heureux d'être ici. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Comme il me reste probablement beaucoup de temps, je vous dirai que nous avons fait face à de nombreux défis à l'échelle internationale, comme je l'ai personnellement constaté. Pour tout vous dire, je suis également membre du groupe consultatif stratégique et technique sur les risques infectieux, appelé STAG-IH. C'est le prin-

cipal groupe consultatif qui conseille les hauts dirigeants de l'OMS dans les opérations d'urgence. Dans ce rôle, j'ai constaté les défis que doivent relever de nombreuses régions du monde, à commencer par l'Asie du Sud-Est, lorsque le virus a été signalé pour la première fois, le 31 décembre, sans parler de tous les différents problèmes qui se sont posés et se posent toujours à l'échelle planétaire.

Au Canada, j'étais membre du groupe de travail sur les vaccins que j'ai quitté volontairement en raison du manque de transparence. En fin de compte, je pense qu'il s'agissait d'une décision publique. Plus récemment, à la suite d'une discussion avec des journalistes, j'ai déclaré publiquement à quelques reprises que je croyais fermement en la capacité canadienne, autant à notre capacité intellectuelle qu'à notre capacité manufacturière. Je ne dis pas que tout est disponible, mais tout peut se créer. Nous avons les connaissances ici au Canada pour mettre au point ces vaccins et les mener jusqu'à la phase trois et à l'homologation et, avec le temps, nous pourrions accroître notre capacité de fabrication au Canada.

Une partie de mon expertise porte également sur le développement de thérapies, principalement à base d'anticorps, ce qui ressemble un peu à la technologie d'AbCellera, dont vous avez peut-être entendu parler, étant donné que cette entreprise a obtenu un important financement du gouvernement canadien.

Je pense que ce sera tout. Je reviendrai volontiers sur l'un ou l'autre de ces sujets dans un contexte régional, national ou international.

Je vous remercie.

Le président: Merci, monsieur Kobinger.

Nous allons maintenant entendre le président du Conseil national de recherches du Canada, M. Mitch Davies.

Monsieur Davies, vous avez six minutes.

M. Mitch Davies (président, Conseil national de recherches du Canada): Monsieur le président, je vous remercie de m'avoir invité à vous parler aujourd'hui du rôle du Conseil national de recherches du Canada dans la réponse du gouvernement du Canada à la pandémie de COVID-19.

J'aimerais commencer par souligner que les installations du CNRC se trouvent sur les territoires traditionnels non cédés de nombreux membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Leur présence ancestrale et leurs droits vont au-delà des frontières qui existent aujourd'hui. Nous honorons respectueusement les droits et l'histoire de ces peuples ainsi que les relations qu'ils entretiennent avec cette terre.

En ce qui concerne le sujet de l'étude entreprise par le Comité, j'aimerais aborder le rôle du CNRC dans les efforts du gouvernement pour mettre au point des vaccins et des produits thérapeutiques pour les Canadiens, et pour accroître la capacité de biofabrication de notre pays à court terme et à moyen terme.

Le CNRC travaille avec des partenaires de l'ensemble du gouvernement pour faire progresser la recherche et le développement de vaccins et de produits thérapeutiques destinés à prévenir la propagation de la COVID-19 et à traiter les personnes atteintes, conformément aux meilleurs conseils fournis par les groupes de travail spécialisés du gouvernement du Canada. Cela inclut la collaboration du CNRC avec VBI Vaccines, annoncée pour la première fois en mars 2020, pour mettre au point un vaccin contre la COVID-19 et d'autres virus des voies respiratoires apparentés.

Le CNRC soutient également VIDO-InterVac, à l'Université de Saskatchewan, dans le développement et la production de son candidat-vaccin contre la COVID-19. Le soutien du Canada à VIDO-InterVac a été l'une des premières décisions prises pour soutenir les projets de fabrication de vaccins canadiens.

Dans le cadre du Programme d'aide à la recherche industrielle du Conseil national de recherches du Canada, nous travaillons en étroite collaboration avec les développeurs de vaccins et de thérapies de fabrication canadienne. De plus, nous fournissons plus de 32 millions de dollars pour financer six des candidats-vaccins les plus prometteurs et quatre candidats thérapeutiques visant à prévenir et à traiter la COVID-19.

Pour soutenir les efforts du gouvernement en vue d'accroître la capacité canadienne de biofabrication, le CNRC se prépare à fabriquer les vaccins anti-COVID-19 par la construction d'un nouveau Centre de production de produits biologiques conforme aux bonnes pratiques de fabrication, sur notre site de Royalmount, à Montréal. Une fois terminé, le nouveau centre pourra produire de bout en bout de grandes quantités de vaccins, soit environ deux millions de doses par mois, en fonction du candidat-vaccin.

Je suis heureux de vous annoncer que la construction de cette nouvelle installation devrait être terminée comme prévu à la fin de juillet 2021. Le transfert de technologies pour un vaccin particulier, et les approbations de Santé Canada pour le vaccin et l'installation suivront afin que la production puisse démarrer. À cette fin, le 2 février dernier, le premier ministre a annoncé la signature d'un protocole d'entente avec Novavax afin de lancer la production de son vaccin contre la COVID-19 au Centre de production de produits biologiques du CNRC. C'est une étape importante de ce projet que de travailler avec un fabricant de vaccins dont le produit est bien avancé dans le processus de développement.

Enfin, pour soutenir la capacité de recherche du Canada en matière de fabrication de produits biologiques, le CNRC construit également une installation permanente de matériel pour essais cliniques sur son site de Royalmount, à Montréal. Une fois terminée, cette installation pourra produire 500 litres de matériel d'essai clinique par mois pour soutenir la recherche et le développement de futurs vaccins au Canada.

Outre les travaux menés pour contribuer à mettre des vaccins et des produits thérapeutiques à la disposition des Canadiens, j'aimerais informer le Comité des contributions plus générales du CNRC à la mise en œuvre de nombreuses autres mesures dans le cadre de la réponse de la science, de l'innovation et de l'industrie à la pandémie

de COVID-19, grâce à une aide financière de près de 800 millions de dollars en nouveaux fonds.

Parmi ces mesures, il convient de souligner le doublement du financement mis à la disposition des entreprises les plus innovantes du Canada par l'entremise du Programme d'aide à la recherche industrielle du CNRC. Cette augmentation du financement a permis de soutenir les emplois et de préserver la valeur des entreprises en dépit des difficultés commerciales et opérationnelles causées par le ralentissement économique dû à la pandémie. De plus, le CNRC a tiré parti de sa vaste expertise pour se doter d'un système de fabrication canadienne pour tester des lots d'EPI essentiels mis sur le marché, ce qui représente plus de 120 millions de produits répondant aux besoins de nos travailleurs de la santé de première ligne. Nous avons fourni 3 000 services consultatifs liés à la COVID-19 à des sociétés novatrices, effectué près de 900 placements en emploi pour des jeunes et des diplômés et soutenu plus de 2 200 entreprises et plus de 26 000 emplois dans le cadre du programme d'aide à l'innovation du CNRC.

En terminant, je tiens à assurer les Canadiens que le CNRC a suivi de nombreuses pistes pour trouver des solutions aux nombreux défis posés par la COVID-19. Nous avons mis à profit nos relations de longue date, des laboratoires et des usines. Je tiens à saluer le travail de l'ensemble des employés du CNRC qui ont travaillé sans relâche à la réalisation de tant d'initiatives essentielles pour soutenir la population canadienne en cette période difficile.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui et je serai heureux de répondre à vos questions.

• (1105)

Le président: Je vous remercie.

Nous allons maintenant entendre M. John Lewis, professeur à l'Université de l'Alberta, et d'Entos Pharmaceuticals.

Monsieur Lewis, vous avez six minutes.

Dr John Lewis (professeur et directeur général, University of Alberta, Entos Pharmaceuticals): Je vous remercie, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité. Je suis heureux d'avoir l'occasion de vous faire part de notre point de vue aujourd'hui.

Je m'appelle John Lewis. Je suis fondateur et président-directeur général d'une entreprise canadienne appelée Entos Pharmaceuticals, implantée à Edmonton, en Alberta. Je suis également professeur à la faculté de médecine et de dentisterie de l'Université de l'Alberta.

Je travaille depuis de nombreuses années à la fois comme scientifique universitaire et comme entrepreneur dans le développement de diagnostics novateurs pour le traitement de cancers, de maladies liées à l'âge et, maintenant, de la COVID-19.

Entos Pharmaceuticals est une entreprise de biotechnologie novatrice, implantée en Alberta, qui a fait ses preuves dans le développement de traitements de pointe pour un vaste éventail de maladies, au moyen de notre plateforme Fusogenix. Il s'agit d'une plateforme d'administration de médicaments génétiques. Dans le contexte de la pandémie, Entos a mis au point un vaccin contre tous les coronavirus, à dose unique et pouvant être conservé au réfrigérateur, et nous sommes sur le point de commencer les essais cliniques sur des humains.

La plateforme Fusogenix qui sous-tend nos candidats-vaccins contre la COVID a été l'aboutissement de nombreuses années de recherche universitaire canadienne, et notre vaccin contre la COVID-19 est fabriqué au Canada au bénéfice des Canadiens et, nous l'espérons, du monde entier.

Il y aura bientôt un an depuis que l'écllosion du coronavirus a été déclarée pandémie. Ce virus a causé de terribles ravages, tant ici que dans le reste du monde, en nombre de morts, sans parler des répercussions économiques. L'accès à un vaccin sûr et efficace demeure notre meilleur espoir d'un retour à la normale, et je suis heureux de dire que l'industrie biopharmaceutique a su relever le défi avec brio. Des entreprises du monde entier ont travaillé à une vitesse que nous n'aurions jamais crue possible au développement, à l'évaluation, à la fabrication et au déploiement de vaccins contre la COVID-19. Aujourd'hui, deux vaccins hautement efficaces sont déployés dans le monde entier, et même au Canada, en vertu d'une autorisation d'utilisation d'urgence, et plusieurs autres vaccins sont à l'étude, ce qui est remarquable. Je vais me répéter. Il y a deux raisons pour expliquer cette stupéfiante rapidité d'action.

Premièrement, des innovations clés ont récemment vu le jour en matière de médicaments génétiques. Ce n'est pas un hasard que les deux premiers vaccins à être approuvés font appel à la génétique; ces vaccins utilisent l'ARN et l'ADN pour apprendre de façon sécuritaire à notre système immunitaire à reconnaître le nouveau coronavirus qui cause la COVID-19 et à s'en défendre efficacement.

Ces vaccins de nouvelle génération peuvent être mis au point, testés et fabriqués beaucoup plus rapidement que les vaccins traditionnels. Ils sont aussi plus efficaces. Nous avons également appris que le développement et la fabrication de vaccins traditionnels ont progressé à un rythme beaucoup plus lent. Les vaccins mis au point à l'aide de technologies conventionnelles n'ont pas donné d'aussi bons résultats contre la COVID-19 que les vaccins issus de la génétique, même s'il reste encore évidemment énormément de recherches et d'essais cliniques à faire.

Il est important de souligner, et j'y reviendrai, que les vaccins issus de la génétique s'adaptent plus rapidement à l'évolution du virus et à ses nouveaux variants, plus dangereux.

La deuxième raison expliquant le développement rapide de vaccins efficaces, en l'espace de moins d'un an, est l'investissement initial déterminant et important fait par des pays comme les États-Unis et le Royaume-Uni. Cette approche consistant à investir substantiellement dans de multiples plateformes et projets de développement de vaccins tient compte des risques posés par le développement de produits pharmaceutiques et du fait que seules quelques initiatives porteront leurs fruits. Cette approche est très différente de la réponse nationale du Canada en matière de vaccins. Je vais y revenir parce que cela a eu un impact direct sur Entos.

J'en arrive à la question que beaucoup se posent. Pourquoi le Canada a-t-il pris du retard par rapport à d'autres pays, comme les États-Unis, et que faut-il faire pour rejoindre le peloton?

De mon point de vue de directeur d'une petite entreprise biopharmaceutique qui planche littéralement 24 heures sur 24, sept jours sur sept, depuis mars dernier sur le développement d'un vaccin contre la COVID-19, la réponse est assez évidente. Le Canada a tardé à prendre les décisions initiales pour favoriser le développement et la fabrication de vaccins ici au pays. Malgré l'expertise mondialement reconnue des entreprises novatrices canadiennes dans le développement et la fabrication de vaccins — nous comp-

tons plusieurs prix Nobel dans le domaine des maladies infectieuses et nous avons une capacité de fabrication de vaccins —, nous avons adopté une approche décisionnelle prudente, réfractaire au risque et fondée sur l'avis de comités. À cause de cela, le financement d'entreprises capables de développer un vaccin a été relativement modeste et dispersé. Ces entreprises ont donc assumé le risque financier lié au développement de vaccins et à la sécurité nationale de notre pays, ce qui a été une erreur, à mon avis.

Dès le début de la pandémie, Entos a compris que sa technologie Fusogenix DNA, basée sur l'ADN, pouvait être une solution aux limites des vaccins génétiques à ARN, notamment en matière de stockage, de stabilité et de fabrication à grande échelle. Nous avons complètement réorienté nos activités de recherche et de développement, passant du développement de thérapies génétiques pour les cancers et les maladies infantiles rares au développement de vaccins contre la COVID-19.

• (1110)

Nous avons puisé dans nos propres fonds et pris un risque financier considérable pour mettre au point quelques candidats-vaccins prometteurs contre la COVID-19 qui, sur le plan scientifique, induisaient, chez les modèles animaux, une réponse neutralisante robuste et durable, une réponse basée sur les cellules T, contre le virus de la COVID-19. Au cours de la dernière année, nous avons investi massivement dans la fabrication clinique de produits de qualité, nous avons établi un pipeline de production clinique, et effectué toutes les évaluations cliniques réglementaires et toxicologiques dont nous avons besoin.

Malheureusement, cette pandémie n'est pas près de se terminer. Le rythme de fabrication et de déploiement de vaccins est plus lent que prévu, et pas seulement au Canada. Je pense que le Canada a raté l'occasion de surfer sur la première vague, mais il est encore temps d'attraper la deuxième. Avec un leadership audacieux et un rapide engagement à l'égard de l'industrie vaccinale afin qu'elle puisse se conformer aux normes mondiales immédiatement, nous pouvons encore améliorer le sort des Canadiens aux prises avec cette pandémie et être prêts pour la prochaine. C'est maintenant qu'il faut agir. Il n'est pas trop tard pour que le Canada investisse dans le développement et la fabrication de technologies de vaccins génétiques canadiennes.

J'aimerais faire trois recommandations au Comité.

Premièrement, hausser considérablement le financement destiné aux entreprises de biotechnologie privées canadiennes pour les délester du risque financier et leur permettre de mettre au point et de fabriquer des vaccins canadiens contre la COVID-19. Deuxièmement, soutenir financièrement l'expansion de la capacité de fabrication de vaccins génétiques partout au Canada. Troisièmement, favoriser la conclusion d'une entente novatrice en matière d'approvisionnement avec des compagnies pharmaceutiques canadiennes qui permettront de mettre ces innovations au service des Canadiens.

J'espère que ces recommandations permettront à l'industrie canadienne de produits biopharmaceutiques de réunir plus de capitaux et d'amener leurs excellents produits canadiens à l'étape des essais cliniques, ce qui positionnera le Canada parmi les chefs de file mondiaux dans le domaine des médicaments biologiques et à base de matériel générique.

Je vous remercie pour votre attention et je répondrai volontiers à vos questions durant la prochaine heure.

• (1115)

Le président: Monsieur Lewis, je vous remercie.

Nous allons maintenant amorcer notre tour de questions. Nous allons commencer par M. Maguire.

Monsieur Maguire, vous avez six minutes.

M. Larry Maguire (Brandon—Souris, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie également nos témoins.

Monsieur Kobinger, vous avez quitté le groupe de travail sur les vaccins en raison du manque de transparence. Avez-vous fait part de vos préoccupations à un membre du cabinet de M. Bains ou du gouvernement? Si vous l'avez fait, que vous a-t-on répondu?

Dr Gary Kobinger: J'ai eu de nombreuses discussions avec Roger, le coordonnateur de ce groupe, qui jouait le rôle de secrétaire. Nous avons surtout conversé par téléphone. Je lui ai également exprimé mes préoccupations dans plusieurs courriels.

Je vais revenir à ce qui me préoccupait. Le groupe de travail a été créé en juin 2020, mais sa création a été annoncée publiquement des semaines plus tard. Les membres du groupe ne souhaitaient pas que cela soit rendu public. Par la suite, dans une conversation privée, ils ont refusé que leurs conflits d'intérêts soient dévoilés publiquement. Cela était contraire aux règles de tous les groupes consultatifs sectoriels dont j'avais fait partie, et j'ai fait part de mes préoccupations à Roger. Voilà, c'est tout.

M. Larry Maguire: Merci.

Des milliards de dollars partent en fumée au Canada et il continue d'y avoir beaucoup de décès. Nous accusons un grand retard par rapport à presque tous les autres pays comparables et nous continuons de perdre de l'argent tous les jours, mais surtout, des vies humaines.

Les libéraux ne cessent de vanter leur solide portefeuille de vaccins, mais à ce jour, peu de gens ont été vaccinés. Aujourd'hui, nous en recevons entre 400 000 et 500 000, ce qui fait au total entre 1,6 et 2 millions de vaccins au cours du mois prochain. Les Américains administrent 1,6 million de vaccins par jour.

Je me demande ce que vous pensez de ce portefeuille diversifié, alors qu'aucun vaccin n'est mis au point et que les gens ne sont pas vaccinés.

Dr Gary Kobinger: C'est vrai, et j'ajoute que je suis d'accord avec tout ce que M. Lewis a dit. Il a tout à fait raison.

Ce que vous pouvez déjà constater, au bout de quelques minutes de cette discussion, c'est qu'il y a un décalage entre ce qu'a dit le CNRC, à savoir que tout est prêt et que les six meilleurs vaccins progressent, et la réalité qui est que les vaccins ne sont pas rendus accessibles aux Canadiens.

Je tiens aussi à faire remarquer que nous sommes la première et la seule équipe à avoir piloté le vaccin du laboratoire jusqu'à l'homologation. Bien entendu, nous avons eu l'aide de Merck qui a géré beaucoup de projets, mais ce vaccin a vu le jour ici au Canada. Nous avons l'expertise dans ce domaine. Nous nous sommes préparés pour cela. Nous avons produit un vaccin contre le Zika en six mois à la clinique, au moyen d'une plateforme à ADN. Nos travaux ont été publiés. C'était public.

Auparavant, nous avons développé d'autres vaccins. Quand la COVID est apparue, nous avons un vaccin contre la COVID; il s'agit de la même plateforme qui, comme nous le savions, avait donné de bons résultats contre le SRAS. Au début de 2001, je travaillais au LNM. Le vaccin a été prêt à la mi-février 2020, mais nous n'avons pas pu trouver de financement.

J'en suis un peu responsable parce que j'étais membre du groupe de travail, ce qui m'a fermé le seul véritable canal de financement qui nous aurait permis de pousser ce vaccin jusqu'à la clinique. J'ignorais que cela nuirait à mon équipe et que ce serait la fin de cette expérience, mais j'espérais vraiment, par-dessus tout, que ces gens trouveraient une solution qui...

M. Larry Maguire: Par conséquent, Santé Canada ne l'a jamais mis au point.

Dr Gary Kobinger: Nous n'avons jamais obtenu de financement. Nous avons reçu 1 million de dollars pour effectuer l'étude préclinique. La seule voie de financement que nous avons à l'époque était les Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC. Nous avons présenté une première demande de financement, mais nous n'avions pas suffisamment de données préliminaires. Nous en avons présenté une nouvelle, avec toutes les données préliminaires.

En passant, notre vaccin a la même efficacité que l'un des vaccins commerciaux à l'ARNm, que je ne veux pas nommer, dans les données précliniques chez des modèles animaux.

Nous avons fait une nouvelle demande aux IRSC et on nous a dit deux choses. Premièrement, que nous arrivions trop tard parce que les vaccins à ARNm fonctionnaient bien et qu'un nouveau vaccin n'était pas nécessaire. Deuxièmement, que nous n'avions pas d'expérience dans la phase trois des essais cliniques; soit dit en passant, personne au Canada n'en a, à part Medicago. Si cette expérience était une condition préalable, personne ne recevrait de financement actuellement.

Voilà où nous en sommes.

• (1120)

M. Larry Maguire: Merci de vous avoir accordé du temps.

Monsieur Lewis, avez-vous déjà eu la chance de communiquer avec le cabinet du ministre ou du premier ministre pour convaincre ces gens de l'importance de financer les compagnies pharmaceutiques canadiennes?

Dr John Lewis: Nous avons évidemment été occupés à mettre au point un vaccin et à accélérer notre production, mais oui, nous avons utilisé presque tous nos canaux de communication dans l'espoir de joindre des représentants du gouvernement. Nous avons même écrit directement au Cabinet du premier ministre.

M. Larry Maguire: Si ce financement avait été mis à la disposition des compagnies pharmaceutiques canadiennes au tout début de la pandémie, serions-nous plus avancés dans l'obtention des autorisations de Santé Canada?

Dr John Lewis: J'aimerais mettre cela en perspective. Selon les estimations, il coûte entre 350 et 600 millions de dollars pour faire passer un vaccin de l'étape de la découverte à la phase trois et à l'homologation. Les compagnies canadiennes ont obtenu une infime partie de ces fonds — par le biais du CNRC —, par exemple, un montant maximal de 5 millions de dollars pour amener le vaccin à la fin de la phase un. Ce sont donc les compagnies qui portent la grande partie du fardeau du coût du développement.

Pour terminer ma réponse à votre question, oui, si nous avions obtenu un financement initial dès le départ — et M. Kobinger semble avoir trouvé une solution fantastique également —, la troisième phase serait bien avancée et nous serions sur le point d'obtenir notre homologation.

M. Larry Maguire: Merci.

Vendredi dernier, le Comité a adopté une motion portant examen des divers contrats signés par les libéraux pour la fabrication de vaccins. Jusqu'à maintenant, il y avait un énorme manque de transparence entourant ces contrats et c'est pourquoi nous sommes heureux que le Comité ait adopté cette motion.

En tant que Canadien qui met au point un vaccin, pensez-vous que nous, dans notre rôle de parlementaires, devrions examiner ces contrats afin de déterminer si la stratégie vaccinale du gouvernement est un succès ou un échec?

Dr John Lewis: Je ne peux pas répondre, puisque je ne suis pas un spécialiste de l'approvisionnement en vaccins, mais je dirais que c'est plutôt une question de logistique. Il était un peu malavisé d'attendre que d'autres pays développent et fabriquent des vaccins et de ne pas accorder la priorité à notre propre population par rapport à celle des autres pays.

Le président: Je vous remercie, monsieur Maguire.

Nous passons maintenant à M. Kelloway.

Monsieur Kelloway, vous avez six minutes.

M. Mike Kelloway (Cape Breton—Canso, Lib.): Je vous remercie, monsieur le président. Merci également à nos témoins de leur présence aujourd'hui.

Messieurs les témoins, l'accès aux vaccins est une priorité pour tous les Canadiens. Je crois en notre stratégie de développement national de vaccins et de thérapies et en notre processus décisionnel et aux mesures de soutien que nous avons mises en place pour aider les compagnies canadiennes qui cherchent à trouver des solutions à la COVID-19.

Dès le début de la pandémie, le gouvernement s'est fixé trois objectifs: avoir accès aux meilleurs candidats-vaccins dans le monde; investir dans les vaccins et les thérapies les plus prometteurs au Canada; et faire des investissements stratégiques pour rebâtir la capacité de biofabrication du Canada.

Monsieur Davies, mes questions s'adressent à vous.

Notre gouvernement a investi plus de 23 millions de dollars dans le cadre du Programme d'aide à la recherche industrielle du CNRC pour aider les entreprises canadiennes à trouver des solutions à la COVID-19. Le CNRC a indiqué que ce financement visait à fournir des services consultatifs et des fonds de recherche et développement à six entreprises pour leurs candidats-vaccins contre la COVID-19.

J'ai trois questions et n'hésitez pas à approfondir vos réponses. Premièrement, pouvez-vous nous dire où en est le développement de ces candidats-vaccins? Deuxièmement, pouvez-vous nous décrire le paysage passé et actuel du secteur pharmaceutique et de la bioproduction au Canada? Troisièmement, de quoi a besoin le Canada pour rebâtir ou renforcer son secteur pharmaceutique et sa capacité de bioproduction afin d'être en mesure de gérer les futurs variants et pathogènes?

M. Mitch Davies: Je vais commencer par vous parler de la capacité de biofabrication à long terme au Canada. C'est une question très importante. Dans son énoncé économique de l'automne, le gouvernement a reconnu la nécessité de prendre un engagement auprès des Canadiens et de se doter d'un plan exhaustif, actuellement en cours d'élaboration sous la direction d'Innovation, Sciences et Développement économique visant à renforcer cette capacité de production. En fait, il est nécessaire de le faire parce que nous avons tout le leadership nécessaire, sur le plan intellectuel et scientifique, de même que la capacité de recherche et d'innovation, comme le démontrent les candidats-vaccins sur lesquels nous travaillons dans le cadre du Programme d'aide à la recherche industrielle du CNRC et d'autres projets de vaccins en cours au Canada, et nous pouvons offrir une solution de bout en bout aux Canadiens.

S'il y a quelque chose que la pandémie de COVID-19 nous a appris, c'est que nous avons du rattrapage à faire et que nous devons investir massivement. Le gouvernement a bien sûr dit qu'il était prêt à donner suite et il le fait. Par exemple, le centre de biofabrication que le CNRC est en train de construire sera une installation durable qui pourra servir en cas de pandémie et offrira une réserve pour le pays.

En ce qui concerne les candidats-vaccins sur lesquels nous travaillons dans le cadre du Programme d'aide à la recherche industrielle du CNRC, nous maintenons un contact étroit avec les équipes de recherche et suivons de très près leurs progrès cliniques et la poursuite de leur étude. Là encore, nous sommes prêts à faire le suivi et à travailler avec ces équipes de façon continue afin de répondre à leurs besoins à mesure que leurs programmes de développement donnent de bons résultats. De toute évidence, cela permettra de constituer un groupe solide de candidats-vaccins canadiens, avec une PI canadienne et la possibilité de poursuivre ces projets au bénéfice des Canadiens.

• (1125)

M. Mike Kelloway: Merci beaucoup.

Monsieur le président, je peux céder mon temps de parole. J'avais trois questions et je suis satisfait des réponses obtenues.

Le président: Merci, monsieur Kelloway.

C'est donc au tour de M. Thériault.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

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

Je remercie les témoins de venir nous éclairer, aujourd'hui.

L'important, dans la crise que nous vivons, c'est de ne pas refaire les mêmes erreurs. Il ne s'agit pas de pointer les erreurs avec complaisance, mais plutôt de les pointer pour nous améliorer et faire en sorte que nous puissions traverser cette crise et ne plus jamais nous retrouver dans une telle situation, que j'anticipe, d'ailleurs.

Docteurs Kobinger et Lewis, en lien avec ce que vous avez dit, j'ai déduit que cette situation aurait pu être très différente sur le plan de la recherche et des sciences de la vie. Il était question d'un investissement de 23 millions de dollars. Est-ce suffisant pour affronter une pandémie comme celle que nous vivons? À mon avis, poser la question, c'est y répondre.

Docteur Lewis, vous parlez d'investissements substantiels. Afin d'avoir vraiment une force de frappe pour affronter une telle pandémie et de travailler avec les forces vives du milieu, à quelle hauteur ces investissements devraient-ils se situer?

[Traduction]

Dr John Lewis: Effectivement, avec le recul, on ne se trompe jamais, mais il est évident, compte tenu des résultats obtenus dans le monde, que le financement immédiat et décisif de toutes les étapes de plusieurs vaccins éventuels a été la clé de leur succès et de leur rapidité.

On a beaucoup parlé de la possibilité d'accélérer le développement clinique. Auparavant, le délai moyen entre la découverte d'un vaccin et son approbation était de plus de 10 ans, mais, sans compromettre le degré d'innocuité, nous avons réussi à réduire considérablement ce délai en investissant de l'argent dit « à risque » à plusieurs étapes en même temps. C'était à mon avis absolument nécessaire pour atteindre l'objectif beaucoup plus vite, et je pense qu'à l'avenir, non seulement nous pourrions...

Il nous manque une capacité de fabrication commerciale au Canada. Nous l'avons en germe, et il est évident que des investissements ont été faits pour améliorer la situation, mais je pense que nous pouvons en faire beaucoup plus. Cela imposera un fardeau sur le plan de la découverte et du développement clinique, et cela exigera, à mon avis, d'investir dans différentes directions pour s'assurer que l'une d'elles donne des résultats.

[Français]

M. Luc Thériault: Docteur Kobinger, le 16 février dernier, le gouvernement du Québec a déclaré avoir l'intention de financer, à hauteur de 2 millions de dollars, la production du vaccin développé par votre équipe.

C'est quand même étonnant que vous ayez d'abord reçu 1 million de dollars et que vous soyez arrivés à des résultats quand même intéressants, et que vous ayez reçu une fin de non-recevoir de la part du gouvernement fédéral pour la suite de votre recherche clinique. À votre avis, que traduit cette attitude du gouvernement fédéral?

Dr Gary Kobinger: Vous soulignez les occasions où l'on aurait pu faire mieux, et ce sera utile à l'avenir.

Je crois que cela indique qu'il manque, depuis le début, une connexion entre les projets subventionnés en cours de développement. Je veux parler ici des modèles de la Grande-Bretagne et des États-Unis. Il ne faut pas se cacher que, dans le cas des projets ayant reçu une modeste subvention de 1 million de dollars, par exemple, personne n'a imaginé qu'il serait possible d'atteindre la phase 3 de l'étude.

À l'heure actuelle, aucune structure ne permet, sur le plan scientifique, d'accorder plus de soutien aux projets subventionnés particulièrement prometteurs au cours de développement et, si c'est nécessaire, de mettre en attente les projets qui connaissent plus de difficultés. Nous savons que le financement est toujours limité, en fin de compte. C'est pourquoi la Grande-Bretagne a décidé de cibler les trois projets les plus prometteurs et d'accorder à chacun un financement conséquent, supérieur à 300 millions de dollars si nécessaire. Dans l'un de ces projets, on a produit un vaccin qui est maintenant homologué dans plus de 50 pays.

Au Canada, l'approche a été différente. L'argent a été en quelque sorte saupoudré et il n'y a pas eu de suivi. Je précise que, dans notre cas, nous essayons de développer un vaccin au sein d'un organisme

à but non lucratif et que 90 % des coûts sont coupés. Ce vaccin se veut la propriété des Canadiens, mais il a été impossible de faire un suivi. Nous n'avions pas non plus les mêmes possibilités en matière de concurrence, parce que je faisais partie du comité de sélection lors du plus important concours au fédéral.

• (1130)

M. Luc Thériault: Il me reste quelques secondes à peine. Je pourrai m'adresser à vous au deuxième tour puisque mes questions sont un peu plus élaborées.

D'après ce que je comprends, il n'y a pas eu de stratégie globale, proactive, pour rassembler les forces et augmenter la force de frappe en matière de bioproduction afin que le Canada devienne indépendant quant à la production de vaccins. Dès le départ, on a traîné les pieds, comme dans plusieurs autres domaines. J'y reviendrai.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

C'est au tour de M. Davies.

Monsieur Davies, vous avez six minutes.

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

Monsieur Davies, jeudi dernier, le coprésident du groupe de travail fédéral sur les vaccins, Mark Lievonen, a dit au Comité de l'industrie qu'il ne serait jamais possible de produire et de fournir un vaccin contre la COVID-19 au Canada avant la fin de 2021. Pourtant, de mars à août 2020, le premier ministre Trudeau et le ministre Navdeep Bains ont laissé espérer plusieurs fois que le Canada produirait 250 000 doses par mois avant novembre 2020 au Centre Royalmount du CNRC, et jusqu'à deux millions de doses avant la fin de 2020. En fait, le premier ministre s'y est engagé dans un communiqué de presse en date du 31 août.

Ma question est simple: en 2020, le CNRC avait-il, oui ou non, la capacité de produire des vaccins au Canada?

M. Mitch Davies: Il existe depuis très longtemps une usine pilote au Centre de recherche en thérapeutique en santé humaine de Royalmount. Nous pouvons produire un vaccin, mais cela suppose l'approbation des pratiques de fabrication et l'approbation de Santé Canada. À supposer qu'on ait eu un vaccin potentiel spécifique, il aurait fallu une autorisation d'urgence pour la production à usage humain.

Concernant les engagements et les déclarations — et le niveau de production pilote, c'est-à-dire 200 000 doses —, il est certain que l'objectif du CNRC était d'instaurer les procédures, les processus et les changements nécessaires dans notre établissement pour y arriver. Et nous avons évidemment en vue un vaccin étranger. Ce n'est pas un mystère. Le produit n'a pas trouvé son chemin vers notre établissement. Et, sans produit, on ne peut pas produire.

L'établissement a une capacité de production qui correspond à ce qui a été dit, mais, évidemment, à l'automne, nous étions dans une situation où les vaccins approuvés arrivaient sur le marché. En décembre, nous avons commencé à distribuer au Canada des vaccins approuvés qui avaient évolué très rapidement à l'étranger et que le Canada s'était procuré...

M. Don Davies: Désolé, monsieur Davies, mais j'ai peu de temps. Je n'ai pas besoin d'une longue explication de ce qui s'est passé. Je vous ai posé une question très simple. Je conclus de votre réponse que nous avons effectivement la capacité en 2020.

• (1135)

M. Mitch Davies: Monsieur le président, la question de la capacité et celle de l'autorisation et de la capacité de production de vaccins à usage humain sont deux questions distinctes.

M. Don Davies: D'accord.

M. Mitch Davies: Que ce soit clair pour les Canadiens, je ne dis pas que nous avons obtenu l'approbation de Santé Canada. Nous n'avions pas d'approbation pour un produit d'urgence à l'automne 2020 et nous collaborions avec d'autres producteurs de vaccins potentiels au pays, mais pas à usage humain, par exemple avec VIDO-Intervac ou VBI Vaccines, [Inaudible] les Canadiens.

M. Don Davies: Monsieur Davies, comment expliqueriez-vous aux Canadiens pourquoi le premier ministre du Canada a déclaré, le 31 août, que nous produirions 250 000 doses de vaccin en novembre, c'est-à-dire environ 60 jours plus tard?

M. Mitch Davies: Monsieur le président, l'explication est que le Conseil national de recherches avait prévu de préparer cet établissement à une utilisation d'urgence, et c'est exactement ce qui a été fait durant l'automne 2020.

M. Don Davies: D'accord.

M. Mitch Davies: Concernant les approbations de Santé Canada et les circonstances dans lesquelles les produits arriveraient à l'établissement, il n'y avait aucun moyen de savoir exactement, à la fin du mois d'août, ce que cela donnerait à l'automne. Cela explique probablement ce qui s'est passé à l'établissement du CNRC.

M. Don Davies: Le premier ministre aurait peut-être dû être un peu moins catégorique le 31 août, si j'en juge par votre témoignage.

Monsieur Davies, la ministre Anand a également dit au Comité de l'industrie et au nôtre qu'elle avait demandé aux sept fabricants de vaccins s'ils allaient en produire au Canada. Avez-vous participé à ces discussions?

M. Mitch Davies: Monsieur le président, au moment où se déroulaient les discussions sur l'acquisition de vaccins, je n'étais pas président du Conseil national de recherches, mais je peux dire que, dans les circonstances décrites par la ministre, on s'est évidemment demandé si le CNRC pourrait produire... il aurait pu y avoir un transfert de technologie au CNRC, par exemple pour le candidat AstraZeneca, mais aussi, bien sûr, pour Novavax, qui fait maintenant l'objet d'un protocole d'entente signé avec l'entreprise. Il y a effectivement eu de longues discussions.

M. Don Davies: Vous aviez compris où je voulais en venir, monsieur Davies. La ministre Anand a également dit qu'AstraZeneca avait refusé la proposition du Canada en raison d'un manque de capacité de production. Est-ce parce que l'établissement du CNRC était déjà engagé dans le projet Cansino? Est-ce la raison pour laquelle AstraZeneca a estimé que la capacité n'était pas suffisante?

M. Mitch Davies: Monsieur le président, je pense que la réponse directe est celle de la ministre elle-même, à savoir qu'une entreprise comme AstraZeneca n'a pas jugé viable ou intéressant de transférer la technologie vaccinale à l'usine pilote du CNRC parce qu'elle produisait à grande échelle ailleurs dans le monde. Elle travaillait, par exemple, avec le Serum Institute, qui produit un milliard de vaccins par an. La question était de savoir si c'était intéressant pour elle sur le plan commercial. Techniquement, il est vrai

que nous pouvons traiter ce type de vaccin au CNRC, mais la question était de savoir si cette entreprise allait offrir une possibilité au Canada.

M. Don Davies: Je voulais vous poser des questions sur la culture cellulaire. En 2019, je crois savoir que le CNRC avait une capacité d'au moins 500 litres de culture cellulaire. C'est plus du double de celle du Royaume-Uni, qui a pourtant lancé une production nationale de vaccins. Le CNRC a-t-il encore cette capacité de 500 litres et, dans l'affirmative, est-elle utilisée?

M. Mitch Davies: Monsieur le président, comme je l'ai dit dans ma réponse précédente, l'usine a une capacité pilote, mais elle n'est pas approuvée aux fins d'un usage humain. Elle a, par exemple, servi à fournir des vaccins à usage animal qui ont été commercialisés. Nous pouvons évidemment l'utiliser pour soutenir des modèles de production et faire progresser la mise au point de vaccins, mais il s'agirait de savoir si Santé Canada estime que l'usine répond à toutes les normes pour lui accorder son approbation.

M. Don Davies: J'ai posé une question sur les litres de culture cellulaire.

Le président: Merci, monsieur Davies.

Voilà qui met fin à la première série de questions.

Il semble que nous ayons le temps de faire un deuxième tour rapide. Je vais proposer une deuxième série de questions de quatre minutes pour les principaux partis et de deux minutes pour le NPD et le Bloc.

Cela dit, poursuivons. Je crois que c'est au tour de Mme Rempel Garner.

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

Monsieur Kobinger, quand vous faisiez partie du groupe de travail sur les vaccins, avez-vous recommandé que le Canada donne suite à l'entente Cansino?

• (1140)

Dr Gary Kobinger: Absolument pas. En fait, j'ai exprimé de très vives préoccupations bien que, à ma grande surprise, cela ait été la première recommandation officielle du Comité. Nous n'en avons jamais vraiment discuté, et je ne sais donc pas comment c'est devenu une première recommandation.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Intéressant. J'aimerais voir le procès-verbal de cette réunion. Le procès-verbal devrait-il être rendu public?

Dr Gary Kobinger: Ce n'est pas à moi d'en décider. Il faudrait le demander, mais je pense que ce serait normal, oui.

L'hon. Michelle Rempel Garner: La personne compétente est ici aujourd'hui.

Monsieur Davies, puisque le CNRC est responsable du groupe de travail sur les vaccins, pourriez-vous remettre tous les procès-verbaux du groupe au Comité d'ici la fin de la semaine?

M. Mitch Davies: Je crois que le groupe de travail sur les vaccins comparaitra devant le Comité plus tard cette semaine...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Ce n'est pas ce que j'ai demandé.

M. Mitch Davies: ... ainsi que le secrétariat. C'est une question qu'il vaudrait mieux leur poser. Comme président du CNRC, je n'ai aucun rôle dans le groupe ni aucune participation directe à son travail. Il est indépendant de moi, du secrétaire, et les membres du groupe de travail sont tous des bénévoles.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Quel rôle jouez-vous auprès du groupe de travail sur les vaccins?

M. Mitch Davies: Le président du CNRC est chargé de fournir un soutien administratif, mais le fonctionnement du groupe est déterminé par ses coprésidents et par ses membres. C'est ainsi qu'ils procèdent.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Dans le cadre du soutien administratif, est-ce que vous prenez note du contenu des réunions?

M. Mitch Davies: Le secrétaire du groupe rédige les procès-verbaux des réunions, consigne toutes les délibérations, les résultats, les lettres d'avis aux ministres, tous les renseignements sur les conflits d'intérêts et les déclarations d'intérêt, et fournit un soutien administratif.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Monsieur Davies, vous engagez-vous à déposer les procès-verbaux du groupe de travail sur les vaccins auprès du Comité d'ici la fin de la semaine?

M. Mitch Davies: Je ne suis évidemment pas en mesure de prendre cet engagement. Il vaudrait mieux demander directement au groupe ce qu'il serait prêt à divulguer. Bien entendu, étant donné qu'on y trouve beaucoup de renseignements confidentiels fournis par les fabricants de vaccins, c'est une décision importante qu'il lui incombe de prendre à sa discrétion.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Monsieur Kobinger, vous pouvez imaginer ma frustration en l'occurrence.

Ne pensez-vous pas qu'il soit raisonnable que le dirigeant du CNRC fournisse aux parlementaires les procès-verbaux du groupe de travail chargé de prendre les décisions relatives au vaccin contre la COVID?

Dr Gary Kobinger: Je vous dirais que j'ai conseillé au groupe non seulement d'être très transparent au sujet de tout ce qui touche les vaccins, puisqu'il s'agit du groupe de travail sur les vaccins, mais même d'inclure un représentant des médias pour enregistrer les réunions depuis le début.

Ce n'est évidemment pas ce qui s'est passé. Je ne m'y attendais pas nécessairement, d'ailleurs, même si c'était...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Vous avez donc conseillé au gouvernement de publier les procès-verbaux du groupe de travail sur les vaccins et/ou d'inviter un journaliste... Le gouvernement vous a-t-il dit pourquoi il ne le ferait pas?

Dr Gary Kobinger: Non.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Pensez-vous que M. Davies pourrait fournir ces procès-verbaux au Comité?

Dr Gary Kobinger: Je suis désolé; malheureusement, je ne connais pas la structure exacte sous le président et le coprésident. Je ne sais pas exactement comment cela fonctionne.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Monsieur Kobinger, y a-t-il, selon vous, autre chose qui devrait être rendu public dans ce que vous avez observé au sein du groupe de travail sur les vaccins et que les membres du Comité devraient examiner?

Dr Gary Kobinger: La priorité initiale était d'avoir accès aux vaccins des grandes sociétés pharmaceutiques, ce qui a été fait. Le gouvernement fédéral a très bien réussi à cet égard en signant sept contrats.

La deuxième priorité était de renforcer, tout de suite, sans attendre, la capacité de production au Canada. Il fallait, dès le départ, augmenter le volume de production de vaccins, en se rappelant que les EPI avaient été un problème et qu'ils continueraient de l'être.

Le président: Monsieur Powlowski, vous avez quatre minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Mes questions s'adressent à M. Davies, du moins pour commencer. Je m'intéresse à votre capacité actuelle de fabrication de vaccins.

L'autre M. Davies a dit que le premier ministre ou vous-même aviez déclaré que nous pourrions produire 200 000 doses par mois et que cette capacité pourrait passer à deux millions de doses par mois avant la fin de 2020, l'année dernière.

Dans votre réponse à M. Davies, il me semble que vous avez laissé entendre que vous pourriez fabriquer un vaccin du type d'AstraZeneca. Je suppose que ce serait aussi le cas pour le vaccin de Johnson & Johnson, puisque c'est un vaccin à vecteur adénoviral. Mais vous avez dit qu'AstraZeneca ne semblait pas souhaiter conclure de contrat avec vous.

Si vous aviez une licence volontaire pour produire l'un des vaccins à vecteur adénoviral, ou un contrat avec l'une de ces entreprises, ou si vous obteniez une licence obligatoire, disons par l'entremise du gouvernement, votre établissement pourrait-il commencer à produire des vaccins? Dans quel délai et dans quelle quantité?

● (1145)

M. Mitch Davies: Je veux simplement préciser que les deux millions de doses par mois dont a parlé l'honorable député et dont la question précédente faisait l'objet concernent le Centre de production de produits biologiques, dont la construction est en cours et se déroule bien. Il sera terminé d'ici la fin juillet. Ensuite, nous amorcerons un processus de transfert de technologie qui nous permettra de procéder à des essais techniques de production d'ici la fin de l'année civile. Nous avons signé un protocole d'entente avec Novavax pour passer à la production.

Il faut comprendre que, à cette échelle de production et compte tenu des compétences des scientifiques du Centre de recherche en thérapeutique en santé humaine, Novavax était prête à embarquer parce que cela servait ses objectifs commerciaux et permettait de fabriquer un vaccin canadien et son produit ici même.

La question de l'usine pilote est très différente, et c'est là qu'il y a une limite à ce qu'un grand fabricant mondial ferait à ce niveau de production avec le Canada. L'occasion ne s'est pas présentée, et je crois qu'il y a de bonnes raisons à cela, mais nous sommes heureux que le Centre de production de produits biologiques ait fait des progrès grâce au récent protocole d'entente.

M. Marcus Powlowski: Donc, si vous aviez un contrat avec une entreprise comme AstraZeneca, combien de doses pourriez-vous produire par mois à l'usine pilote?

M. Mitch Davies: Monsieur le président, l'objectif de l'usine pilote aurait été de pouvoir produire, pour usage urgent en vertu d'une autorisation d'urgence, entre 100 000 et 200 000 doses par mois, si cela avait été possible. Nous n'étions évidemment pas dans cette position en novembre dernier, mais nous aurons cette capacité à long terme; cela dit, je ne peux pas inverser le cours des événements qui se sont produits cet été et cet automne. Il y a sûrement des raisons très claires qui expliquent que la possibilité d'attirer de grands fabricants de vaccins ne se soit pas présentée.

M. Marcus Powlowski: On a beaucoup critiqué notre manque de capacité et le fait qu'il n'y ait personne au Canada qui fabrique l'un des vaccins.

Supposons qu'une installation au Canada ait pu obtenir la formule secrète et la collaboration d'un fabricant ayant mis au point un vaccin approuvé jusqu'à la phase trois des essais et supposons que nous lui ayons fourni cette formule dans le cadre d'une licence volontaire, d'un contrat ou d'une licence obligatoire: à votre avis, y en avait-il une qui aurait eu la capacité de commencer à produire des vaccins plus rapidement que nous ne pouvons en obtenir d'autres pays au moyen de contrats comme c'est le cas en ce moment?

Le président: Je suis désolé, monsieur. Votre temps de parole est écoulé. Nous manquons vraiment de temps.

M. Marcus Powlowski: Vous aviez levé la feuille jaune. J'aimerais bien avoir une réponse.

Le président: Alors, une réponse très brève. J'utilisais mes feuilles pour un délai de cinq minutes, mais nous en sommes à un délai de quatre minutes, excusez-moi.

Pourriez-vous répondre brièvement, s'il vous plaît?

M. Mitch Davies: Merci, monsieur le président.

Je renverrais au groupe de travail sur les vaccins et à la position qu'il a adoptée concernant le moyen le plus rapide de faire livrer des doses à grande échelle au Canada, et ce moyen était d'acheter. Ce sont ces doses qui arrivent maintenant au Canada. Elles sont livrées depuis décembre, et leur nombre va évidemment augmenter. Cela n'ira jamais assez vite. Tous les Canadiens aimeraient que ces doses arrivent plus rapidement, mais c'est la stratégie qui a été recommandée au gouvernement, et celui-ci l'a appliquée dans le cadre des accords d'achat anticipé qu'il a signés.

Le président: Merci.

C'est au tour de M. d'Entremont pour quatre minutes.

Allez-y, je vous en prie.

M. Chris d'Entremont (Nova-Ouest, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Monsieur Davies, concernant la construction, vous dites qu'elle sera terminée d'ici juillet 2021. Quand a-t-elle commencé et quand l'usine de Royalmount serait-elle prête à produire et à distribuer des vaccins?

M. Mitch Davies: Les travaux de construction sur le site de Royalmount ont commencé l'été dernier. Je peux vous assurer qu'ils progressent très rapidement dans cette situation très particulière qui est la nôtre. Nous construisons un immeuble en appliquant les protocoles sanitaires COVID-19. Nous devons tenir compte de la santé et de la sécurité des travailleurs, et j'estime que, jusqu'ici, les progrès sont remarquables. Nous avons bon espoir de terminer la construction d'ici la fin juillet.

Environ 250 pièces d'équipement uniques seront achetées et devront être installées dans cet immeuble. C'est une entreprise de grande envergure.

• (1150)

M. Chris d'Entremont: Pfizer a pu moderniser ses installations en quelques mois seulement.

Vous dites qu'ils avancent rapidement, mais, très franchement, comment se fait-il que Pfizer puisse le faire aussi vite et que le CNRC et le Canada ne le puissent pas?

M. Mitch Davies: Monsieur le président, notre installation est partie de zéro, et c'est ce qui explique l'ampleur et la portée de ce que nous entreprenons. Il s'agit maintenant d'un immeuble complètement couvert, avec des systèmes de chauffage, ventilation et climatisation, des murs, et de l'équipement acheté et actuellement entreposé en attendant d'être installé: voilà qui représente tout un accomplissement dans les circonstances. Nous ne tenons rien de tout cela pour acquis. C'est une entreprise très complexe.

La bioproduction est une activité très exigeante. Nous aurons besoin de l'approbation et de la certification de Santé Canada pour cet établissement, puis de la certification des procédés de fabrication, comme c'est le cas pour tous les vaccins au Canada. Nous ne tenons rien de tout cela pour acquis. Il n'y a pas de passe-droit avec Santé Canada. La barre ne change pas.

M. Chris d'Entremont: Très rapidement, si la construction est terminée en juillet, dans quel délai — je suis sûr que vous avez un chiffre approximatif — l'approbation de Santé Canada pourrait-elle être obtenue?

M. Mitch Davies: Je ne peux évidemment pas parler pour Santé Canada, monsieur le président, et je prendrai garde de ne pas laisser entendre que ce serait le cas.

Nous ferons tout pour que les essais techniques soient effectués d'ici la fin de l'année pour qu'ils puissent être évalués. Cette installation sera très importante pour l'avenir compte tenu des scénarios possibles de la pandémie de COVID-19, car il faudra peut-être fournir un vaccin annuel en fonction des nouveaux variants et pour garantir une capacité de bioproduction à long terme au Canada afin de faire face au genre de situations que nous avons connues l'année dernière.

M. Chris d'Entremont: Ma prochaine question s'adresse à M. Lewis.

Je sais que je vais manquer de temps.

Vous avez dit qu'il faudrait plus de ressources et vous avez trois recommandations pour améliorer la situation.

Le CNRC participerait-il au travail que vous envisagez? Jouerait-il un rôle ou faudrait-il faire intervenir un protagoniste plus important?

Dr John Lewis: Effectivement. Nous avons participé au fil du temps. Le groupe de travail sur les vaccins a retenu six entreprises à financer dans le cadre du PARI du CNRC. Entos Pharmaceuticals en était une. Nous avons collaboré étroitement avec des gens fantastiques du CNRC qui nous ont aidés à amener nos vaccins à la phase un des essais cliniques. Nous avons reçu des promesses de soutien à hauteur de 5 millions de dollars. Ceux et celles qui sont voués à cette tâche sont extrêmement dévoués, et nous leur sommes reconnaissants de cette aide.

Nous allons y arriver, nous allons terminer la première phase. Nous sommes en train de discuter du financement de la phase deux avec le CNRC. Mais, pour aller vite, il fallait le faire dès le départ, dès le début, pour que tout le processus soit financé d'un bout à l'autre et que nous puissions prendre ce risque et agir plus rapidement.

Le président: Merci, monsieur d'Entremont.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour deux minutes.

M. Luc Thériault: Docteur Kobinger, dernièrement, vous avez affirmé ceci: « L'approche du Canada, c'est on va laisser les autres développer et nous on va acheter pour pas cher. C'est une approche de pays en voie de développement ».

J'imagine que le fait que le Canada soit le seul pays du G7 à prendre des doses de COVAX en est une illustration.

Cette approche ne date pas d'hier. Comme dans d'autres domaines, la pandémie nous a révélé que le sous-financement chronique de nombreux domaines, notamment celui de la recherche fondamentale, depuis plusieurs décennies et sous plusieurs gouvernements a causé la situation actuelle.

Pouvez-vous nous parler davantage des effets de ce sous-financement de la recherche fondamentale sur la capacité d'affronter la COVID-19 et de produire des vaccins à la hauteur de l'expertise de nos chercheurs?

• (1155)

Dr Gary Kobinger: Je vous remercie de votre question.

Il y a quand même eu des investissements majeurs, notamment dans AbCellera. Le Conseil national de recherches du Canada, le CNRC, a reçu 56 millions de dollars pour le vaccin de CanSino Biologics, qui n'est allé nulle part. Il y a eu d'autres investissements majeurs.

L'un des principaux défis ne relève pas de l'investissement comme tel, mais plutôt de la manière dont les investissements sont envoyés aux bons endroits ainsi que du suivi.

On parle beaucoup du CNRC, qui doit construire une capacité de production. Ce modèle n'existe dans aucun autre pays. Un ministère fédéral attend l'approbation d'un autre ministère fédéral pour produire des vaccins qui, dans très peu de cas, causent de graves effets secondaires. Il faut pouvoir dédommager les gens qui ont ces effets secondaires. Or, à ma connaissance, on ne peut pas poursuivre le gouvernement fédéral.

Je ne sais pas comment ce modèle fonctionnera. Cependant, il n'a pas fonctionné pour ZMapp, soit dit en passant.

Je souhaite que cela fonctionne cette fois, mais on semble, encore une fois, avoir mis tous nos œufs dans le même panier pour résoudre la crise actuelle.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Je m'excuse auprès de M. Fisher. J'ai fait sauter son tour.

Monsieur Fisher, vous avez quatre minutes, allez-y.

M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président. C'est toujours agréable d'entendre M. Thériault.

Je remercie les témoins de leur présence.

Monsieur Lewis, je tiens également à vous remercier pour tout le travail que vous faites dans le domaine de la recherche sur le cancer. J'ai lu un peu sur vous, et ce que vous avez accompli est remarquable. Je vous en remercie.

Monsieur Davies, je sais qu'on a beaucoup investi dans la production nationale de vaccins, qu'il s'agisse des 170 millions de dollars accordés au Centre national de recherches, du projet de partenariat Novavax à l'Université de la Saskatchewan, de Precision, de Medicago, d'AbCellera ou d'Entos, etc. Vous pourriez peut-être nous en parler un peu plus, mais aussi nous expliquer l'importance de ces investissements et ce qu'ils pourraient nous rapporter.

M. Mitch Davies: Je peux vous parler de trois de ces investissements parce qu'ils sont très intéressants pour la capacité à venir du Canada.

Par exemple, Medicago travaille sur une plateforme pseudo-virale unique à base de plantes. L'entreprise a reçu de l'aide pour renforcer sa capacité de production, qui, une fois mise à contribution — à supposer, évidemment, qu'un vaccin soit approuvé —, permettrait de donner au Canada une très grande capacité biomanufacturière fondée sur la technologie novatrice de production de vaccins élaborée par Medicago depuis des années.

PNI serait une entreprise de pointe pour les nanoparticules lipidiques et pour le nouveau type de vaccin à ARN messenger, et c'est un domaine où le Canada est un chef de file important depuis longtemps. Ces nouveaux types de vaccins issus d'une évolution technologique novatrice sont très importants dans la lutte contre la COVID-19. Le Canada aura cette capacité à l'avenir.

VBI Vaccines travaille sur une plateforme qu'elle a l'intention d'utiliser pour lutter contre un plus large spectre de coronavirus, dont le SRAS et le SRMO. C'est une autre technologie canadienne très importante mise au point au centre de recherche de l'entreprise à Ottawa et qui sera susceptible d'être perfectionnée.

Cela donne une idée de la capacité au Canada et du financement accordé pour améliorer considérablement la situation actuelle.

M. Darren Fisher: Je vous remercie.

Beaucoup de gens se demanderont pourquoi nous en aurons besoin à l'avenir et pourquoi nous en avons besoin tout court. Nous voulons retrouver notre propre capacité de création et de production de vaccins contre de futurs virus, mais aussi contre la COVID.

Dans le temps qu'il me reste, pourriez-vous nous dire pourquoi c'est important et expliquer qu'il ne s'agit pas simplement de faire vacciner les Canadiens d'ici septembre, mais de ne plus être dépendants? Pourriez-vous aussi nous parler un peu des besoins à venir éventuels des Canadiens en matière de vaccins et de l'extrême importance de pouvoir les produire au pays?

M. Mitch Davies: Monsieur le président, je ne sais pas si cette question s'adresse à moi, mais je dirais que le marché des produits biologiques et les perspectives mondiales sont très solides. Les médicaments à base d'ARN et d'ADN, dont le professeur Lewis a parlé, sont très prometteurs, non seulement pour le traitement de virus comme la COVID-19, mais pour toute une gamme de maladies.

Cette plateforme a un très fort potentiel pour l'avenir, et les fonds investis aujourd'hui pour aider les entreprises canadiennes à concrétiser leurs objectifs nous permettront d'offrir une vaste gamme de produits dont le monde et les Canadiens auront besoin. Il est en fait très encourageant de constater que nous avons une telle capacité dans notre pays, et nous sommes évidemment heureux de soutenir ces entreprises.

• (1200)

M. Darren Fisher: Merci.

Le président: C'est au tour de M. Davies.

Monsieur Davies, vous avez deux minutes.

M. Don Davies: Merci.

Docteur Kobinger, sur les conseils du groupe de travail sur les vaccins en septembre dernier, le gouvernement fédéral a réservé 72 millions de doses du vaccin développé conjointement par GlaxoSmithKline et Sanofi. C'est le deuxième accord d'achat de vaccins en importance du Canada. La mise au point de ce vaccin a été considérablement retardée parce que les essais n'ont pas permis d'obtenir de réaction immunitaire forte.

La docteure Joanne Langley, qui coprésidait le groupe de travail, est titulaire d'une chaire de recherche dotée d'un budget de 700 000 \$ à l'Université Dalhousie et financée en partie par GlaxoSmithKline; elle travaille également pour Sanofi sur des projets de recherche et comme consultante. Selon le site Web du groupe de travail, il n'y avait pas de « liens directs et matériels », pas de conflit d'intérêts et aucun besoin qu'elle se récuse de la discussion sur le produit de l'entreprise.

Par ailleurs, nous avons appris, en février, que le groupe de travail fédéral sur la vaccination avait estimé que le coprésident Mark Lievonen, PDG de Sanofi Canada pendant 17 ans jusqu'en 2016, qui possède toujours des actions dans Sanofi, qui entretient des rapports de consultation avec des sociétés pharmaceutiques et qui est toujours le directeur de deux autres sociétés pharmaceutiques, n'avait pas non plus de conflits d'intérêts directs et importants au regard de l'évaluation du vaccin de Sanofi.

Est-il possible de dire avec certitude que les membres en conflit d'intérêts n'ont pas, en l'occurrence, donné de conseils teintés de partialité concernant l'approvisionnement en vaccins?

Dr Gary Kobinger: C'est une simple question d'opinion. Il y avait des preuves de conflits d'intérêts, du moins à mon avis, notamment le fait que l'un des membres du groupe ait vendu pour 20 millions de dollars d'équipement, alors qu'il faisait partie du groupe de travail chargé de rendre compte des activités de remplissage et de finition au gouvernement fédéral.

Je crains que cette information n'ait malheureusement pas été examinée par un comité d'éthique indépendant chargé d'évaluer les conflits d'intérêts.

M. Don Davies: Devrait-elle l'être?

Dr Gary Kobinger: Effectivement, elle aurait dû l'être avant le début des travaux de ce groupe de travail, comme c'est le cas de tous les autres...

Je dépose des déclarations de conflit d'intérêts à l'OMS tous les mois. Elles sont obligatoires, faute de quoi nous ne pouvons pas participer.

M. Don Davies: Merci.

Je sais que l'OMS a un lien vidéo qui permet à n'importe qui d'écouter. Les États-Unis diffusent également leur réunion sur YouTube.

Le Canada devrait-il faire de même?

Le président: Je suis désolé, monsieur Davies, ce sera votre dernière question.

M. Don Davies: Le témoin pourrait-il répondre tout de même, s'il vous plaît?

Dr Gary Kobinger: La réponse est oui, effectivement. Les médias étaient également présents à la réunion de l'OMS, et cela aussi pourrait se faire ici.

Le président: Merci à tous.

Nous avons un peu dépassé le temps prévu pour ce groupe de témoins. Qu'ils soient remerciés de leur temps et de leurs témoignages très instructifs.

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

• (1200)

(Pause)

• (1205)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

Bienvenue à la 20^e séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, consacrée à l'étude de la situation d'urgence à laquelle sont confrontés les Canadiens dans le cadre de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19.

Nous accueillons aujourd'hui, à titre personnel, le Dr Kashif Pirzada, médecin d'urgence et professeur adjoint en clinique à l'Université McMaster. Nous avons également M. Alan Bernstein, président et chef de la direction du Centre canadien de recherche avancée, et la Dre Supriya Sharma, conseillère médicale en chef au ministère de la Santé.

Commençons par les exposés de nos témoins.

Monsieur Pirzada, vous avez six minutes, allez-y.

Dr Kashif Pirzada (médecin d'urgence et professeur adjoint en clinique, McMaster University, à titre personnel): Merci, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité, de prendre le temps de nous écouter aujourd'hui.

Je suis heureux de prendre la parole au nom de la Critical Drugs Coalition, un groupe communautaire de médecins de première ligne, de pharmaciens et d'universitaires. Nous ne demandons ni ne recevons de financement d'aucune entité, publique ou privée. Nous souhaitons formuler des recommandations sur les mesures que le gouvernement fédéral pourrait prendre pour promouvoir les objectifs de la vaccination de masse et améliorer la sécurité globale de l'approvisionnement en médicaments et en vaccins au Canada.

Comme urgentologue à Toronto, j'ai malheureusement vu beaucoup de gens mourir de la COVID. J'ai également été l'un des principaux membres de Conquer COVID-19, un groupe communautaire qui a facilité l'approvisionnement en EPI au début de la crise, et de Masks4Canada, qui a milité pour l'adoption d'une réglementation sur le port du masque partout au pays.

Beaucoup de mes collègues et moi-même estimons que la situation actuelle est chaotique, mais qu'il faut chercher à la réparer et à sauver des vies. C'est ainsi que nous abordons nos patients et c'est ainsi que nous devrions aborder cette crise.

Les pénuries de médicaments et de vaccins ne sont pas un problème nouveau. La situation a simplement empiré depuis le début de la pandémie. C'est un problème de sécurité sanitaire qui perdure depuis plus d'une décennie au Canada.

En août 2020, nous avons adressé au Cabinet du premier ministre une lettre ouverte où nous avons exprimé nos préoccupations et proposé des solutions réalistes et rentables, dont la fabrication locale. La lettre est cosignée par l'Association médicale canadienne, l'Association médicale de l'Ontario et beaucoup d'autres organismes nationaux.

La source de la pénurie actuelle de vaccins est la même que celle de la pénurie de médicaments, à savoir l'absence d'une infrastructure de fabrication locale dont la production serait sûre et susceptible d'adaptation. Nous recommandons les trois mesures suivantes.

Premièrement, le Canada doit pouvoir produire lui-même des médicaments et des vaccins. L'ARN messager est une nouvelle technologie dotée d'une puissance incroyable pour lutter contre la COVID-19, les cancers et peut-être d'autres virus. Durant mes études de laboratoire, il y a 20 ans, c'était de la science-fiction, et les progrès réalisés depuis sont tout simplement incroyables. Avec les variants du virus, nous aurons tous besoin de rappels périodiques, peut-être pendant des années, comme nous le faisons pour la grippe. Des témoins antérieurs attestent que nous pouvons compter sur l'expertise d'entreprises comme Acuitas et Providence Therapeutics, qui peuvent produire ici. Il y a aussi la promesse de vaccins génétiques de deuxième génération qui peuvent induire une immunité plus longue, et les entreprises auxquelles nous avons parlé y travaillent en ce moment.

C'est formidable que le gouvernement fédéral investisse maintenant dans ces entreprises, mais ce soutien doit se prolonger. C'est un tout nouveau secteur, et la technologie sur laquelle il s'appuie va révolutionner les produits pharmaceutiques, le traitement du cancer, et l'agriculture. Nous devons absolument embarquer dès maintenant. C'est formidable que cela se passe dans des provinces qui perdent d'autres secteurs d'activité traditionnels. Il y a des milliers d'emplois de qualité en jeu. Donc, tout le monde y gagne.

Deuxièmement, la coordination et la communication scientifiques doivent être améliorées au Canada. Nous sommes à la traîne du Royaume-Uni, des États-Unis, d'Israël et de beaucoup d'autres

pays. Le Royaume-Uni a réussi à mobiliser le secteur privé, le milieu universitaire et le gouvernement dans le cadre d'une action unifiée, et le Cabinet s'est doté d'un ministre de la vaccination.

Je vais vous donner un exemple tiré de mon expérience personnelle. Comme la moitié de ma promotion de l'Université de Toronto en 2003, j'ai été mis en quarantaine pendant la crise du SRAS, après y avoir été exposé accidentellement. Beaucoup de ceux qui ont survécu ont essayé d'attirer l'attention sur des questions comme les EPI, les médicaments et les vaccins, mais il n'y avait personne à qui parler, aucun réseau d'accès et aucun moyen d'avertir le gouvernement de ce qui allait se reproduire en 2020. Il faut faire participer les fournisseurs de première ligne, les scientifiques et les chefs d'entreprise à un réseau de groupes consultatifs comme celui du Royaume-Uni. Que les réunions aient lieu en ligne, qu'elles soient publiques, que les délibérations soient publiques, et l'information circulera librement.

Troisièmement, nous sommes très inquiets, compte tenu de l'expérience sur le terrain, du déroulement de la vaccination et de son extension. Jusqu'ici, la vaccination des travailleurs de la santé a été assez chaotique. Beaucoup de fournisseurs ruraux n'ont pas reçu leurs doses. Si le gouvernement ne peut pas y arriver pour une population aussi peu nombreuse, quelles sont les chances que cela fonctionne pour 37 millions de Canadiens?

Il faut simplifier, comme l'a fait le Royaume-Uni. Évitez les critères trop complexes et informez la population de vos plans. Soyez transparents. Qui peut se faire vacciner, quand et où? Concentrez-vous sur ce qui importe avant tout, à savoir vacciner les gens le plus rapidement possible.

Nous avons aussi constaté que les fournisseurs communautaires ne participent toujours pas à la vaccination. Les médecins de famille et les pharmaciens pourraient administrer des millions de doses par semaine, mais ils ne participent pas. Contrairement à d'autres, ils savent où sont les patients et les collectivités vulnérables et ils les connaissent bien.

D'après l'expérience en première ligne, on sait aussi qu'il a parfois été possible d'extraire des demi-doses supplémentaires des flacons Moderna et d'en faire des doses complètes, mais celles-ci sont jetées en ce moment parce que ces procédures peu orthodoxes ne sont pas approuvées. Pourtant, dans une crise comme celle-ci, il y aurait lieu d'envisager toutes les possibilités.

Concernant la vaccination, il faudrait sérieusement envisager d'administrer une seule dose du vaccin au plus grand nombre de Canadiens possible. Pas plus tard qu'aujourd'hui, sept écoles de la Colombie-Britannique ont fermé leurs portes en raison d'éclotions et de la transmission probable du variant sud-africain par aérosol, lequel est maintenant répandu dans la municipalité de Toronto, à Mississauga. Les variants se répandent rapidement: dans le registre de mon propre hôpital, on signale une douzaine de cas la semaine dernière et cinq autres aujourd'hui. Ils sont plus contagieux et probablement transmis par aérosol.

Nous devrions être fiers d'avoir vacciné beaucoup de patients en soins de longue durée. Mais nous ne tenons pas compte des conséquences à long terme d'infections même bénignes à la COVID-19 pour les plus jeunes. Il ne faut pas partir du principe que tout va bien du moment qu'ils souffrent d'une forme bénigne ou modérée de la maladie. En fait, 15 % d'entre eux souffriront de ce qu'on appelle le « syndrome de la COVID longue ». Ils seront atteints de problèmes de mémoire, de douleurs chroniques et de fatigue chronique, et cela pourrait durer des années. Ils ne pourront pas aller à l'école ou travailler. Des gens normalement en bonne santé et physiquement aptes verront leur qualité de vie ruinée et seront contraints à une invalidité à long terme qui leur coûtera extrêmement cher, ainsi qu'à leur famille, voire à leurs enfants. Imaginez que 15 % de nos enfants ne puissent plus rien goûter ou souffrent de douleurs chroniques et soient incapables d'aller à l'école.

• (1210)

En résumé, comme travailleurs de première ligne, nous recommandons de renforcer la capacité de production de vaccins et de médicaments au Canada, d'améliorer la communication avec les travailleurs de première ligne et avec les décideurs, et, enfin, de veiller à l'organisation efficace de la vaccination et de protéger le plus grand nombre possible de Canadiens le plus rapidement possible avec la première dose du vaccin.

Merci beaucoup.

Le président: Merci, docteur.

Passons au Dr Alan Bernstein, président et chef de la direction du Centre canadien de recherche avancée.

Allez-y, docteur Bernstein, vous avez six minutes.

Dr Alan Bernstein (président et chef de la direction générale, CIFAR): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les membres du Comité de leur temps et de l'intérêt qu'ils portent à cette question assurément de grande importance.

Je m'appelle Alan Bernstein. Je suis président et chef de la direction générale de CIFAR. CIFAR est un organisme de recherche mondiale basé au Canada. Je crois avoir été convoqué à comparaître aujourd'hui parce que j'ai également l'honneur de siéger, à titre bénévole, au Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19.

Comme vous le savez, le Groupe de travail sur les vaccins a été formé en juin dernier pour conseiller le gouvernement sur la meilleure stratégie à adopter en vue d'obtenir un vaccin sûr et efficace contre la COVID-19 pour les Canadiens le plus rapidement possible. Ce faisant, nous avons également été chargés d'évaluer les candidats nationaux et étrangers et de faire le point sur la capacité de biofabrication dans le pays.

Le Groupe de travail sur les vaccins est composé de spécialistes distingués — immunologues, vaccinologues, concepteurs de vaccins, biofabricants, éthiciens et juristes — qui, travaillant bénévolement, avaient pour mission de donner, en temps opportun, les meilleurs conseils possibles dans des conditions très changeantes et incertaines. Vous vous souviendrez qu'il n'y avait pas de vaccin l'été dernier et qu'il n'était pas clair non plus qu'il y en aurait un jour. Je tiens à le rappeler. Sachant que la plupart des voies de développement des vaccins aboutissent à une impasse, nous avons voulu couvrir nos arrières en élargissant le choix des vaccins que nous avons recommandés au gouvernement.

La toute première réunion du Groupe de travail a eu lieu le 16 juin. Nous nous sommes réunis au moins 40 fois depuis, soit plus de 125 heures au total, et avons consacré un temps à peu près égal à l'étude des propositions qui nous ont été présentées. Permettez-moi d'insister sur un point, à savoir que notre objectif premier et la charge qui nous a été confiée par les ministres étaient de recommander les candidats les plus susceptibles de s'avérer des vaccins sûrs et efficaces pour les Canadiens dans les plus brefs délais. Dès notre première réunion, nous avons décidé de ne pas mettre tous nos œufs dans le même panier, de tirer beaucoup de coups vers le but, comme il faut le faire pour gagner la partie. Nous avons également décidé, vu les incertitudes et la gravité de la situation, de jouer de prudence en recommandant au moins deux vaccins candidats pour chacune des trois principales plateformes scientifiques disponibles, soit celle, nouvelle, des vaccins à ARN, celle des vecteurs viraux et celle des sous-unités protéiques. Un portefeuille aussi diversifié de vaccins candidats avait également l'avantage de pouvoir répondre éventuellement aux besoins des différents groupes cibles dans toute stratégie d'immunisation que le gouvernement pourrait décider de mettre en œuvre.

Nous étions aussi très conscients de deux facteurs. Premièrement, la plupart des pistes de développement des vaccins, intéressantes au départ, finissent par se révéler infructueuses. Deuxièmement, le chemin à suivre pour assurer le succès d'un vaccin, depuis les essais jusqu'à son homologation, puis de l'accroissement de la capacité de production du vaccin jusqu'à sa distribution, peut souvent ressembler à une traversée sur une mer démontée. Nous étions donc d'avis que le Canada avait besoin d'un ensemble suffisamment diversifié de plateformes scientifiques et d'entreprises dans le portefeuille de candidats que nous devons recommander aux ministres, même s'il fallait pour cela recommander au Canada d'acheter un nombre de doses de vaccin au-delà de nos besoins éventuels.

Bien que les ministres aient clairement indiqué que la première priorité était de recommander les meilleurs vaccins possibles, il fallait accorder une attention particulière aux propositions d'entreprises canadiennes. Après examen approfondi de 24 propositions canadiennes, 3 d'entre elles ont été recommandées, soit celles de Medicago, de Variation Biotechnologies et de Precision Nanosystems. Ces trois entreprises reçoivent un soutien gouvernemental important pour la mise au point de vaccins dans le cadre du Fonds stratégique pour l'innovation.

D'autres candidats canadiens ont fait des propositions prometteuses, mais, pour diverses raisons, le Groupe de travail a estimé qu'il était trop tôt pour faire des investissements importants au moment où nous les avons examinées. Nous avons donc recommandé que six projets, soit ceux de Biodextris, de Entos, de Glycovax, d'Inovio, de Providence Therapeutics et d'IMV, soient renvoyés au Conseil national de recherches en vue d'un financement dans le cadre du PARI, le Programme d'aide à la recherche industrielle. De plus, d'autres entreprises, comme Entos et Providence, ont reçu des subventions importantes, respectivement, des Instituts de recherche en santé du Canada et du fonds NGen.

Merci de votre attention, monsieur le président.

• (1215)

Le président: Merci, docteur.

Nous entendrons maintenant la représentante du ministère de la Santé, la Dre Supriya Sharma, conseillère médicale en chef.

Allez-y, je vous prie. Vous avez six minutes.

Dre Supriya Sharma (conseillère médicale en chef, ministère de la Santé): Bon après-midi, monsieur le président. Merci de m'avoir invitée à comparaître devant le Comité aujourd'hui.

Je suis heureuse de pouvoir souligner la façon dont Santé Canada a utilisé des processus réglementaires souples pour accélérer l'accès aux vaccins contre la COVID-19 tout en maintenant des normes d'innocuité, d'efficacité et de qualité rigoureuses.

Je m'appelle Supriya Sharma et je suis conseillère médicale en chef pour Santé Canada ainsi que conseillère médicale principale pour la Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada.

Je voudrais commencer par vous dire que, depuis le début de la pandémie, notre priorité absolue est de veiller à la mise en place de processus souples et ponctuels pour passer en revue les demandes d'essais cliniques ainsi que les demandes d'autorisation des vaccins et des traitements contre la COVID-19.

[Français]

Plus particulièrement, nous reconnaissons la grande importance des vaccins en réponse à la pandémie au Canada et dans la lutte contre la COVID-19. Depuis le début de la pandémie, Santé Canada a collaboré étroitement avec d'autres ministères et le Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19...

[Traduction]

Le président: Excusez-moi, docteur Sharma, nous semblons avoir un problème avec la traduction anglaise. Le français passe très bien sur le canal anglais, mais la traduction anglaise est très, très faible. Je me demande si quelqu'un pourrait voir ce qui se passe.

C'est bon. Veuillez poursuivre, je vous prie.

• (1220)

[Français]

Dre Supriya Sharma: Depuis le début de la pandémie, Santé Canada a collaboré étroitement avec d'autres ministères et le Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19 pour mettre au point et déployer une stratégie de vaccination au Canada. Nous avons vite reconnu le besoin de faciliter les essais cliniques de médicaments contre la COVID-19, puisqu'aucun traitement ni vaccin n'était offert contre ce nouveau virus.

En mai 2020, le ministre de la Santé du Canada a approuvé un arrêté d'urgence pour soutenir les essais cliniques sur les produits liés à la COVID-19. Entre autres avantages, l'arrêté d'urgence réduit le fardeau administratif des promoteurs sans compromettre la sécurité des participants, ce qui facilite la tenue d'essais partout au Canada.

En septembre 2020, le ministre de la Santé a présenté un autre arrêté d'urgence pour accélérer l'examen des traitements et des vaccins contre la COVID-19, tout en veillant au maintien d'une forte rigueur scientifique.

[Traduction]

Cet arrêté d'urgence permet à Santé Canada d'approuver un nouveau vaccin d'après les preuves existantes grâce à des exigences administratives et à un traitement des demandes plus souples, d'adopter des modalités qui obligent le fabricant à fournir de l'information sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité du vaccin une fois commercialisé et d'autoriser l'ASPC à veiller à l'importation

de médicaments prometteurs contre la COVID-19 dans les installations canadiennes avant leur approbation au Canada.

L'arrêté d'urgence permet également des « examens continus », qui autorisent le fabricant du vaccin à soumettre sa demande d'autorisation avant d'avoir terminé tous les essais cliniques. Cela signifie qu'il peut soumettre les données requises à mesure qu'elles sont obtenues.

En outre, nous disposons d'un solide système de surveillance post-commercialisation pour contrôler l'innocuité des vaccins liés à la COVID-19. Une fois qu'un vaccin est sur le marché, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada surveillent tout effet indésirable après l'immunisation, en collaboration avec les provinces et territoires et le fabricant. L'arrêté d'urgence confère le pouvoir d'imposer des conditions à toute autorisation à tout moment, comme la réalisation d'évaluations supplémentaires des informations sur l'innocuité.

Toutes les décisions réglementaires de Santé Canada sont indépendantes et fondées uniquement sur la science et les preuves.

[Français]

Jusqu'à présent, 10 demandes ont été reçues en vertu de l'arrêté d'urgence pour quatre traitements et six vaccins. Deux vaccins et un traitement ont été autorisés, alors que les autres sont toujours en cours d'examen.

Pour assurer des approbations minutieuses en temps opportun, nous avons prévu une autre étape clé, soit de former des équipes spécialisées sur la COVID-19. Santé Canada a mobilisé des experts scientifiques et réglementaires des plus qualifiés pour assurer une cohérence entre les conseils émis aux intervenants et l'examen des traitements et des vaccins contre la COVID-19. Ces équipes travaillent sans relâche sur les examens scientifiques des demandes.

Les examinateurs de Santé Canada sont des scientifiques et des médecins ayant de nombreuses années d'expérience dans l'examen des vaccins. Ils possèdent une expertise dans différents domaines, notamment, mais sans s'y limiter, la médecine clinique, la toxicologie, la pharmacologie, la biochimie, la virologie, l'immunologie, la microbiologie et d'autres disciplines scientifiques pertinentes pour le développement, l'essai et la fabrication et le contrôle de la qualité des vaccins.

[Traduction]

En outre, dès qu'il a été informé que des vaccins allaient être mis au point, notre ministère a travaillé en étroite collaboration avec d'autres organismes de réglementation internationaux et l'Organisation mondiale de la Santé afin de collaborer aux exigences réglementaires pour les vaccins liés à la COVID-19 et de rendre les processus réglementaires aussi efficaces que possible.

Ces partenariats nous permettent de diffuser de l'information, de promouvoir une collaboration scientifique et d'harmoniser les approches réglementaires et les exigences de vaccination, tout en prenant des décisions indépendantes pour la population canadienne.

Ensemble, ces mesures ont permis à Santé Canada d'approuver plusieurs essais cliniques au Canada pour les vaccins contre la COVID-19, ainsi que les deux vaccins, Pfizer-BioNTech et Moderna, qui sont en cours d'administration au Canada.

• (1225)

[Français]

Notre réponse à la pandémie est guidée par les dernières découvertes en science et en recherche. Nous continuons de surveiller étroitement les variants du virus et collaborons avec les fabricants et les organismes de réglementation internationaux pour évaluer l'impact des nouveaux variants sur l'efficacité du vaccin et fournir des conseils aux fabricants.

[Traduction]

En vertu de son engagement en matière d'ouverture et de transparence, Santé Canada a publié des détails sur les vaccins autorisés contre la COVID-19 sur le nouveau portail du ministère à propos des vaccins et des traitements contre la COVID-19. Santé Canada et l'ASPC fournissent aussi des mises à jour hebdomadaires sur les effets indésirables pouvant survenir à la suite de la vaccination.

La population canadienne peut être assurée que le processus d'examen des vaccins est rigoureux et que d'excellents systèmes de surveillance sont en place.

Encore une fois, merci de m'avoir donné la chance de parler au Comité aujourd'hui. Je serai heureuse de répondre à toute question que vous pourriez avoir sur le processus d'approbation des vaccins de Santé Canada.

Je vous remercie.

Le président: Merci, docteur.

Nous allons commencer notre série de questions avec Mme Rempel Garner, pour six minutes.

Allez-y, je vous prie.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Docteur Pirzada, merci beaucoup d'avoir pris le temps de venir aujourd'hui et des services que vous rendez à notre collectivité.

Vous ne le savez peut-être pas, mais vous m'avez influencée dans l'exercice de mon rôle de vice-présidente du Comité depuis ma nomination l'automne dernier. Depuis le début de la pandémie, j'ai toujours pensé que, pour réduire les répercussions sociétales plus générales du confinement, nous devrions tâcher d'adopter des mesures d'isolement plus ciblées, assorties d'un dépistage rapide, afin de prévenir la propagation de la COVID, mais aussi de réduire les effets néfastes qui en résultent: violence familiale, suicides, problèmes de santé mentale, annulations de chirurgies et tout le reste que vous connaissez, j'en suis sûre.

Vous avez écrit un article l'automne dernier dans lequel vous parliez de la nécessité d'administrer des tests de dépistage rapide. Voici que six mois plus tard, nous serons en peine d'avoir vacciné ne serait-ce que 10 % des gens d'ici la fin de mars. Pensez-vous qu'il est temps d'avoir une stratégie fédérale pour l'administration de tests de dépistage rapide?

Dr Kashif Pirzada: Certainement. C'est un moyen sous-utilisé. La Slovaquie et d'autres pays l'ont utilisé pour alléger leur fardeau. De petits pas ont été faits en Ontario en matière de dépistage rapide; je crois que nous avons acheté 20 millions de trousseaux de dépistage, mais il en faudrait de 10 à 20 millions par semaine. Si nous pouvions faire en sorte que tout le monde subisse un test de dépistage rapide deux ou trois fois par semaine, nous pourrions vraiment contenir la propagation et rendre beaucoup plus sécuritaires des

choses comme la réouverture des écoles. Je pense donc que ce devrait certainement être une priorité pour le gouvernement.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je suis moi-même moitié slovaque et j'ai rencontré l'ambassadeur de Slovaquie à ce sujet. Je sais que les choses vont plutôt bien là-bas.

J'ai entendu toutes sortes de choses de la part du gouvernement fédéral, depuis: « Le dépistage rapide n'est pas une panacée; ça ne fonctionnera pas », jusqu'à: « Ce n'est plus notre responsabilité. Nous avons acheté les trousseaux pour les gouvernements provinciaux; c'est à eux de les distribuer. »

Les Canadiens commencent à en avoir assez de ces blâmes réciproques. Compte tenu des limites des sphères de compétence, comment le gouvernement fédéral pourrait-il jouer un rôle plus actif ou accroître la valeur ajoutée dans la distribution de trousseaux comme celles-ci, quand on sait que la vaccination complète de la population prendra probablement, au mieux, six mois?

Dr Kashif Pirzada: Je dirais qu'il faut en autoriser la fabrication ici au pays. Il y a une excellente entreprise à Halifax, Sona Nanotech, qui en fabrique. Nous sommes en mesure de les fabriquer ici. Nous pouvons aussi obtenir une licence d'Abbott. Nous avons besoin de dizaines de millions de ces trousseaux chaque mois. Il nous en faut beaucoup. Envoyez-les dans les écoles. Envoyez-les dans les milieux de travail, où de nouvelles éclosions ne cessent de survenir. Nous savons qu'elles fonctionnent pour les variants également. Ce serait une excellente stratégie, si seulement nous pouvions nous employer à les distribuer.

Il faut en approuver davantage. Il y a des trousseaux de dépistage qui ont été approuvés en Europe qui ne le sont pas encore ici. Il suffit de les faire venir et de les utiliser.

L'hon. Michelle Rempel Garner: J'ai entendu l'administratrice en chef de la santé publique vendredi. Elle a déclaré qu'il était peu probable que tous les Canadiens soient vaccinés cette année. Elle a présenté également certaines projections sur la propagation des variants. Vendredi, des représentants de l'ASPC sont venus nous parler de ce que la modélisation incluait et n'incluait pas. J'ai été vraiment étonnée qu'ils ne pouvaient rien dire au sujet d'hypothèses concernant le dépistage rapide et la vaccination dans les modèles futurs.

Pensez-vous que si nous avons une stratégie nationale de dépistage rapide, cela pourrait nous aider à prévenir la propagation des variants?

Dr Kashif Pirzada: Je pense que c'est une chose à envisager. Le variant est beaucoup plus contagieux; il se propage par voie aérienne. On n'a qu'à penser à l'éclosion dans la résidence à Mississauga. Elle n'était pas le fait de personnes en contact étroit les unes avec les autres, mais d'une transmission dans les vestibules, peut-être dans les ascenseurs. Il faut tout faire pour en arrêter la propagation.

C'est quelque chose qui aiderait vraiment, je pense, en plus d'autres mesures comme réparer les systèmes de ventilation et amener les gens à porter des masques améliorés. Ce sont toutes des choses importantes.

• (1230)

L'hon. Michelle Rempel Garner: Excellent.

Si vous souhaitez présenter d'autres recommandations à ce sujet au Comité, nous serions heureux d'en prendre connaissance.

L'impression générale, il me semble, qui se dégage de notre expérience de la dernière année et demie, du moins c'est ce que je retiens de certains de vos articles et votre témoignage aujourd'hui et aussi, franchement, de ce que je vois depuis ma place de décideuse politique aux prises avec des gens qui téléphonent pour demander quand cela va prendre fin, c'est qu'il y a beaucoup d'inertie au sein de l'appareil gouvernemental, mais pas beaucoup d'apport direct de gens qui sont confrontés à ce problème au quotidien ou de travailleurs de la santé de première ligne.

S'il y avait trois choses, plus même, que le gouvernement fédéral pourrait faire dès aujourd'hui afin de mettre à profit l'apport de gens comme vous pour secouer cette inertie, quelles seraient-elles?

Dr Kashif Pirzada: D'abord, je pense qu'il faudrait nous convoquer ici plus souvent. Il y a beaucoup de gens comme moi qui ont des observations valables à faire. Le milieu médical souhaite vraiment communiquer avec vous et vous faire connaître son point de vue.

Deuxièmement, il faut conscientiser le public à la transmission du virus par voie aérienne. Les masques N95 sont maintenant faciles à trouver. Beaucoup d'entreprises canadiennes les fabriquent. Nous avons mis en ligne une bonne liste de sources, qu'il suffit de consulter.

La troisième chose que je dirais, c'est qu'il faut vraiment être au fait des données scientifiques et tâcher de prendre les devants. L'Europe nous a donné une bonne longueur d'avance. Vous devriez suivre ce qu'ils font là-bas qui a donné de bons résultats. Envisagez sérieusement les vaccins à dose unique, comme le fait le Royaume-Uni. Je pense qu'ils seront les premiers à s'en sortir.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Merci beaucoup.

Pour le temps qu'il me reste, je vais m'adresser au Dr Bernstein.

Quand vous siégiez au Groupe de travail sur les vaccins — je sais que vous y êtes toujours —, avez-vous recommandé que le gouvernement signe l'accord avec CanSino?

Dr Alan Bernstein: La collaboration entre le CNRC et CanSino a commencé en fait avant la création du Groupe de travail sur les vaccins. Lorsque ses représentants se sont présentés chez nous, c'était en partie à titre d'information et en partie pour obtenir nos commentaires sur le travail scientifique à la base...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Comment avez-vous répondu?

Dr Alan Bernstein: Il y avait deux choses. Il y avait du bon et du mauvais.

Le bon point, c'est qu'à ce moment-là, CanSino était loin devant n'importe quel concepteur de vaccins pour ce qui est d'obtenir un vaccin à usage humain pour la COVID-19.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Et le mauvais?

Dr Alan Bernstein: Le mauvais point, c'était l'approche scientifique qui avait été retenue. Je peux m'étendre sur le sujet autant que vous le souhaitez. Comme il s'agissait d'un virus à vecteur adéno-viral et que nous avons tous des anticorps contre le vecteur adéno-viral de type 5 utilisé dans le vaccin de CanSino, on craignait que nos anticorps, déjà produits naturellement dans notre organisme, agissent contre le vecteur lui-même, contre le vaccin lui-même. Le degré d'efficacité du vaccin était donc en question. Voilà la réponse que nous leur avons communiquée.

Lorsque nous avons vu les données plus tard au cours de l'été, nous avons recommandé de mettre fin à la collaboration.

Le président: Merci, madame Rempel Garner.

Nous passons maintenant à Mme Sidhu.

Madame Sidhu, vous avez la parole pour six minutes.

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

Je remercie tous les médecins de leurs observations.

Docteur Sharma, pouvez-vous nous expliquer très brièvement le processus d'autorisation complète d'un nouveau vaccin au Canada, qui se trouve à être une confirmation de son innocuité pour tous les Canadiens? Je vous prie de donner une réponse succincte.

Dre Supriya Sharma: Monsieur le président, il y a un processus d'examen auquel participent des équipes chevronnées. Chaque équipe compte de sept à dix évaluateurs provenant de diverses disciplines scientifiques. Ils examinent les données précliniques, c'est-à-dire les données de laboratoire et des essais sur animaux, puis les données des essais cliniques. Les données sur les procédés de fabrication sont examinées en détail par des groupes distincts et dans différents domaines de spécialisation. Par la suite, les résultats de tous ces examens sont rassemblés afin de déterminer si le vaccin répond aux normes applicables en matière d'innocuité, d'efficacité et de qualité, et si les avantages du vaccin l'emportent sur ses risques éventuels.

En outre, il y a un groupe qui se penche sur ce que nous appelons le « plan de gestion des risques », c'est-à-dire le plan de surveillance post-commercialisation du vaccin. Nous avons des équipes à Santé Canada qui vérifient également toutes les évaluations des installations où les vaccins seront fabriqués pour s'assurer qu'elles respectent les normes et les bonnes pratiques de fabrication.

Une fois tout cela mis ensemble, il y a [*Difficultés techniques*] qui examinent l'étiquetage, les engagements après la mise en marché, les conditions de commercialisation du vaccin et les plans de surveillance. Tout cela est inclus dans l'autorisation. Tout cela [*Difficultés techniques*] dans la monographie canadienne du produit, et un résumé de notre examen et toute l'information sur laquelle il était basé sont ensuite publiés sur le site Web, de façon à être accessibles à tous les Canadiens.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Docteur Sharma, le gouvernement fédéral a fourni près de 23 millions de trousse de dépistage rapide aux partenaires provinciaux et territoriaux. Il y en a actuellement des millions qui accumulent la poussière dans les installations provinciales. Selon vous, qu'est-ce qui devrait être amélioré pour que les provinces et territoires utilisent ces trousse qui leur ont été fournies?

• (1235)

Dre Supriya Sharma: Il est certain que, sur le plan de la réglementation, nous avons accéléré le processus nécessaire pour nous assurer que, s'agissant d'un test au point d'intervention, d'un test d'immunologie ou d'un test en laboratoire, les trousse ont été examinées et autorisées, à condition de répondre aux normes de Santé Canada.

Comme vous l'avez souligné, le gouvernement du Canada a acheté de nombreuses trousse de dépistage rapide et les répartit en fonction des besoins dans les provinces et les territoires. Quant à leur distribution, c'est vraiment aux provinces et aux territoires de voir comment ces trousse, ainsi que celles qui auraient pu être obtenues par d'autres moyens, entrent dans leurs programmes globaux de dépistage et de recherche des contacts. Il s'agit certainement d'un élément essentiel du suivi et de la traçabilité des cas de COVID-19 et très utile dans la lutte contre la pandémie.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Il y a quelques jours, le Dr Tam a dit que nous pouvons, sur la foi des données recueillies, être très optimistes quant à la performance des vaccins jusqu'à maintenant. Il est de plus en plus certain qu'une seule dose offre un niveau de protection assez élevé. Pouvez-vous nous parler de l'efficacité de la première phase de notre vaccination?

Très brièvement, s'il vous plaît.

Dre Supriya Sharma: Les deux vaccins autorisés jusqu'à présent au Canada, ceux de Pfizer-BioNTech et de Moderna, sont tous deux des vaccins à deux doses, et cela s'explique essentiellement par les résultats qu'ont donnés tous les essais menés pendant la mise au point de ces vaccins, depuis les essais sur animaux jusqu'aux essais cliniques en passant par les études en laboratoire. Le problème avec l'administration d'une seule dose, c'est que l'immunité risque de diminuer après un certain temps. C'est la raison pour laquelle l'une des conditions imposées aux fabricants de ces deux vaccins est de continuer de suivre les gens ayant participé aux essais cliniques pendant une période pouvant atteindre deux années.

La recherche qui a été faite en Colombie-Britannique et au Québec est très importante; nous avons absolument besoin d'études sur l'application concrète du programme de vaccination. C'était rassurant sur deux points. Tout d'abord, nous n'avions pas d'information sur les essais cliniques pour les groupes de personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée, donc éventuellement plus fragiles. Ce qui était préoccupant avec ces groupes, c'était la possibilité que la vaccination se révèle moins efficace. Ce qui est rassurant, c'est que les données montrent que ces groupes y répondent bien.

L'efficacité du vaccin à dose unique a été calculée à l'aide de ce qu'on appelle l'« efficacité brute du vaccin »; il ne s'agit pas de comparer les personnes qui ont reçu le vaccin avec celles qui ne l'ont pas reçu, mais plutôt d'examiner les délais au sein des groupes vaccinés. Bien qu'utile, cet outil est limité. Pour le moment, l'information qu'on en tire est utile. Je pense que les auteurs eux-mêmes ont fait remarquer qu'avant de recommander de s'en tenir à une seule dose, des études plus poussées étaient nécessaires, mais il est rassurant de savoir que, advenant un retard dans l'administration de la deuxième dose, ce sera probablement sans grand effet. Les fabricants, s'ils veulent remplacer leur vaccin à double dose par un vaccin à dose unique, devront présenter une demande en ce sens à Santé Canada, qui l'examinera et, le cas échéant, révisera les étiquettes.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

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

Le président: Il vous reste 30 secondes.

Mme Sonia Sidhu: Docteur Bernstein, il y a quelques groupes qui n'ont pas participé aux essais de vaccins, comme les adolescents ou les femmes enceintes. Pouvez-vous nous donner une idée

des études qui ont été faites pour assurer la protection de ces groupes vulnérables?

Dr Alan Bernstein: Ordinairement, dans les essais de vaccins, les adolescents et les femmes enceintes ne sont pas inclus dans un premier temps parce qu'ils constituent des groupes à risque élevé. Il s'agit d'éviter de les exposer à un vaccin tant que l'organisme de réglementation n'aura pas confirmé son innocuité et son efficacité. Cependant, il y a en ce moment des essais en cours avec des volontaires plus jeunes dans le but de déterminer si les vaccins sont sûrs et efficaces chez les jeunes enfants.

Je pense que cela se fera également pour les femmes enceintes d'ici peu. L'OMS et la FDA des États-Unis ont publié des lignes directrices à ce sujet, qui sont quelque peu contradictoires. Dans l'ensemble, je pense que l'on estime qu'il est probablement sécuritaire et efficace pour les femmes enceintes de se faire vacciner, surtout en regard de données probantes qui indiquent qu'une femme qui contracte le virus pendant la grossesse devient particulièrement sujette à développer une morbidité grave.

Je répète que ces essais n'ont pas encore eu lieu.

• (1240)

Le président: Merci.

[Français]

Monsieur Thériault, vous disposez de six minutes.

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

Docteur Sharma, certains pensent que, comme AstraZeneca ne peut pas livrer son vaccin avant le mois d'avril, l'approbation traîne en longueur, alors que le vaccin est administré ailleurs. L'approbation traîne-t-elle pour des raisons scientifiques ou politiques? Le cas échéant, qu'est-ce qui manque?

[Traduction]

Dre Supriya Sharma: L'examen de la demande d'AstraZeneca est en cours. Nous avons examiné la plus grande partie de l'information scientifique. Cette demande était un peu plus compliquée que celles de Pfizer et de BioNTech en raison de la méthode utilisée pour recueillir les données.

Nous remarquons également que différents organismes de réglementation adoptent des approches différentes quant à la façon dont le vaccin AstraZeneca devrait être administré. À l'heure actuelle, nous échangeons encore des données avec l'entreprise. Nous avons eu quelques conversations avec elle aujourd'hui. Nous en sommes aux dernières étapes. Le processus final entourant la monographie du produit, l'étiquetage, les indications, le plan de gestion des risques et les éventuelles conditions de mise en marché du vaccin font toujours l'objet de discussions.

Nous savons que l'Agence européenne des médicaments a autorisé le vaccin. L'autre grand organisme de réglementation, la FDA des États-Unis, attend toujours.

[Français]

M. Luc Thériault: Si je comprends bien, même si c'était le seul candidat vaccin disponible, cela traînerait encore en longueur et vous n'auriez pas encore donné votre approbation.

Certains pensent que la technique ARN messenger est plus appropriée pour réagir rapidement aux variants. Qu'en pensez-vous?

[Traduction]

Dre Supriya Sharma: Les données que nous avons vues jusqu'à présent montrent que les vaccins de Pfizer et de Moderna sont très efficaces contre le variant 1.1.7, qui est celui du Royaume-Uni. Dans des études de laboratoire, ces deux vaccins ont montré une certaine diminution d'activité contre le variant 501, le variant sud-africain.

Comme leur niveau d'efficacité était si élevé au départ, ils offrent toujours une protection aux niveaux voulus. Ces deux vaccins à ARN messenger, sont actuellement considérés comme une protection contre les variants que nous connaissons.

[Français]

M. Luc Thériault: La question n'est pas de savoir si les vaccins sont bons, bien qu'il soit pertinent de le savoir. La question concerne plutôt la technique. La technique par ARN messenger est plus appropriée, car elle permettrait d'ajouter des modifications aux vaccins afin de réagir aux variants ultérieurement. En effet, il va y en avoir, des mutations.

Qu'en pensez-vous? Si vous n'avez pas d'opinion à émettre, ce n'est pas grave.

[Traduction]

Dre Supriya Sharma: Tout à fait. De toutes les plateformes de vaccins, on pense que la technique de l'ARN messenger serait la plus rapide à adapter pour modifier le vaccin en réponse aux mutations du virus.

Les vaccins à vecteur viral peuvent également être modifiés assez rapidement, mais vous avez raison de dire que les vaccins à ARN messenger seraient probablement ceux qui pourraient être modifiés le plus rapidement.

[Français]

M. Luc Thériault: Docteur Bernstein, vous avez déclaré que l'idée d'un régime vaccinal mixte, c'est-à-dire une première dose d'un vaccin à ARN messenger suivie d'une seconde dose d'un vaccin à adénovirus, était scientifiquement valable et qu'elle valait la peine d'être étudiée plus avant.

Quels sont les avantages, les inconvénients et les risques d'une telle combinaison, selon vous? Avons-nous des données probantes sur ce...

[Traduction]

Dr Alan Bernstein: Oui, j'ai donné une entrevue, parue dans la presse, dans laquelle je disais que le mélange et le jumelage de vaccins présentaient plusieurs avantages. Le premier concerne les vaccins à vecteur viral, comme celui d'AstraZeneca Oxford. Au moment de la deuxième dose, l'hôte aura peut-être déjà acquis une réaction immunitaire contre le vecteur lui-même, si bien que l'efficacité du vecteur ou du vaccin en sera diminuée, alors que si vous n'administrez que la première dose du vaccin et que vous arrivez ensuite avec un vaccin à ARN, par exemple, vous combinez le meilleur des deux mondes. Voilà l'une des raisons.

L'autre raison est qu'il y a des indications que les vaccins à ARN sont particulièrement bons pour activer une partie de notre système immunitaire, celle qui élabore les anticorps, alors que les vaccins à vecteur viral sont particulièrement utiles pour activer une autre partie de notre système immunitaire, qui est sa défense cellulaire. En combinant les deux, vous obtenez, encore une fois, le meilleur des deux mondes.

La troisième raison, bien sûr, concerne la disponibilité des vaccins. Si nous nous trouvons à avoir beaucoup d'un vaccin, mais pas de l'autre, c'est un autre argument pour administrer les deux.

En définitive, nous ne le saurons pas tant que nous n'aurons pas fait des essais pour vraiment mesurer l'efficacité de cette stratégie de mélange et de jumelage de vaccins. De tels essais ont été entrepris au Royaume-Uni. Je recommande que nous envisagions d'en effectuer également ici au Canada, peut-être en partenariat avec les Britanniques.

• (1245)

[Français]

M. Luc Thériault: Croyez-vous que les entreprises pharmaceutiques seraient très chaudes à cette idée, compte tenu de leur responsabilité à l'égard de l'efficacité et des effets adverses des vaccins?

Comment peut-on déterminer cette responsabilité si on mélange deux vaccins?

Il faudrait peut-être les convaincre de l'avantage scientifique que cela présente.

[Traduction]

Dr Alan Bernstein: Assurément. Le but de ces essais ne serait pas de savoir s'ils sont protecteurs, ce qui prendrait beaucoup de temps et la participation de beaucoup de gens aux essais. Leur but pourrait simplement être de mesurer la vigueur de la réaction immunitaire produite par la stratégie de mélange et de jumelage, par rapport à l'absence d'une telle stratégie, c'est-à-dire deux doses du vaccin à ARN ou deux doses du vaccin à vecteur viral. Ce sont des essais qui pourraient se faire assez rapidement, sur une période d'environ un mois, et qui permettraient d'évaluer la situation. Je pense qu'il y a quelques...

[Français]

M. Luc Thériault: D'accord, mais à qui faudrait-il attribuer l'effet adverse qui se présenterait en cas de combinaison?

Le président: Merci, monsieur Thériault.

M. Luc Thériault: Le problème reste entier, même s'il n'est pas nécessairement d'ordre scientifique.

Je vous remercie.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Merci.

Nous allons maintenant passer à M. Davies.

Monsieur Davies, vous avez six minutes.

M. Don Davies: Merci.

Tout d'abord, docteur Bernstein, je vous remercie de votre service au sein du Groupe de travail sur les vaccins.

Docteur Bernstein, je sais que l'organisme ou le comité équivalent de l'Organisation mondiale de la Santé offre un libre accès à ses réunions. Aux États-Unis, le comité consultatif des vaccins et produits biologiques apparentés publie son ordre du jour et ses conclusions. Toutes ses réunions sont diffusées sur YouTube, si bien que tout le monde peut les suivre.

Y a-t-il quelque chose de différent dans la façon dont le Groupe de travail sur les vaccins du Canada tient ses réunions qui empêcherait ce genre de transparence?

Dr Alan Bernstein: Monsieur le président, pour donner une réponse complète, il faudrait que je sache exactement ce que font ces deux autres comités.

Je dirais que, quand le Groupe d'étude sur les vaccins a été mis sur pied au Canada, nous étions tout simplement submergés par la tâche d'identifier, le plus rapidement possible, les vaccins candidats qui s'annonçaient comme pouvant être les meilleurs vaccins pour les Canadiens. Et de fait, regardons où nous en sommes maintenant, sept mois plus tard. Nous sommes tous très fiers, je pense, que les six vaccins candidats que nous avons identifiés, vaccins produits à l'étranger, sont exactement les six que tout le monde réclame aujourd'hui. Nous avons fait preuve de diligence raisonnable, je crois, et tout a fait correctement. C'était notre grande priorité.

Je pense que la deuxième priorité était, comme vous l'avez dit, la transparence ou l'ouverture. Je pense que c'est certainement à notre portée. Une partie du problème, bien sûr, c'est que nous étions chargés de donner des conseils aux ministres, responsabilité qui, comme vous le savez, est de nature confidentielle dans le régime parlementaire. Ensuite, il y a des empêchements du côté de l'industrie. Toutes les entreprises canadiennes et étrangères qui ont comparu devant nous ont exigé que nous signions des ententes de confidentialité avec elles. Il y avait, en effet, des renseignements qui, du point de vue des entreprises, étaient confidentiels et que nous ne pouvions pas divulguer. Il y a donc certains problèmes.

M. Don Davies: Je vais vous poser la même question que j'ai posée à un témoin précédent. Jeudi dernier, le coprésident du Groupe de travail fédéral sur les vaccins, Mark Lievonen, a dit au comité de l'industrie qu'il n'avait jamais été possible de produire et de fournir un vaccin contre la COVID-19 au Canada avant la fin de 2021. C'est exactement ce qu'il a dit.

Nous savons tous que le premier ministre a publié un communiqué le 31 août selon lequel le Conseil national de recherches produirait 250 000 doses par mois en novembre et des millions avant la fin de 2020. J'essaie simplement d'obtenir une réponse claire de quelqu'un. Le Canada avait-il, ou n'avait-il pas, la capacité de produire des vaccins en 2020?

• (1250)

Dr Alan Bernstein: Je vous remercie de la question. Je suis un scientifique qui travaille en sciences pures, pas un fabricant de vaccins, et vous me comprendrez donc quand je dis que cette question est en dehors de mon domaine de spécialisation.

Pendant la discussion de cette question au Groupe de travail sur les vaccins, je pense que les questions qui avaient vite été soulevées portaient sur la complexité de la fabrication des vaccins. Ce n'est pas comme les masques N95 dont nous venons d'entendre parler, par exemple. Il s'agit de produits biologiques à injecter dans le corps de personnes en santé.

Comme il s'agit d'un domaine scientifique très complexe et de questions de santé publique également complexes, la production et la fabrication de ces vaccins sont forcément d'une grande complexité. En effet, si vous considérez le retard qu'a pris Pfizer — fabricant de vaccins qui bénéficie d'une longue expérience — dans l'expansion de sa production, je pense que vous pouvez vous faire une idée de la complexité de la fabrication de vaccins.

M. Don Davies: Sauf tout mon respect, docteur Bernstein, mon temps est limité. Ma question porte sur la capacité, non sur la complexité, de produire des vaccins.

Le 26 novembre, vous avez écrit dans un article du *National Post* que le gouvernement fédéral devrait envisager de collaborer avec AstraZeneca pour produire le vaccin à l'installation Royalmount du CNRC à Montréal. Vous avez dit que 250 000 doses par mois feraient une grande différence pour nous et que c'est probablement le nombre de travailleurs de la santé de première ligne. Pourquoi cela ne s'est-il pas fait au Canada?

Dr Alan Bernstein: Il faudrait poser la question au CNRC.

Je pense que le problème, c'est que le CNRC avait à ce moment-là mis fin à son partenariat avec CanSino, qui travaillait sur un vaccin à vecteur viral semblable à celui d'AstraZeneca. Je pense qu'il y avait des pourparlers en cours avec AstraZeneca. Je crois que le président du CNRC vous l'a dit. À ce moment-là, nous avons aussi des discussions simultanées avec Novavax, qui ont fini par porter fruit. Je pense qu'ils cherchaient un partenaire qui viendrait travailler avec eux.

Ce que je cherchais à dire, c'est que, si nous avons la capacité nationale voulue, bien sûr que nous aurions pu prendre de l'expansion et produire rapidement des vaccins ici.

M. Don Davies: Pouvez-vous confirmer si le Groupe de travail sur les vaccins a recommandé des objectifs hebdomadaires, mensuels ou trimestriels pour la commande de vaccins?

Dr Alan Bernstein: Nous ne l'avons pas fait. Notre principale préoccupation était la qualité du travail scientifique, la capacité de l'entreprise et de ses partenaires de mener les essais et de prendre de l'expansion. Les questions d'approvisionnement ont toutes été traitées par le ministère de l'Approvisionnement, le groupe de la ministre Anand.

M. Don Davies: D'accord.

Me reste-t-il du temps, monsieur le président?

Le président: Il vous reste 20 secondes.

M. Don Davies: Je vais tâcher de les mettre à profit.

Un haut fonctionnaire a récemment déclaré à la presse que les plans du gouvernement fédéral de lancer une campagne de vaccination massive en avril ont déraillé lorsque Santé Canada a approuvé les vaccins de Pfizer et de Moderna plus tôt que prévu. Selon ce fonctionnaire, les contrats du Canada avec les deux entreprises, qui n'ont pas été rendus publics, prévoyaient des livraisons à grande échelle à partir du 1^{er} avril parce que le gouvernement fédéral pensait qu'aucun approvisionnement important ne serait disponible avant cette date.

Pouvez-vous confirmer que le Groupe de travail sur les vaccins a conseillé au gouvernement de structurer les ententes d'approvisionnement en fonction de cette hypothèse?

Dr Alan Bernstein: Nous n'avons pas abordé les détails des ententes d'approvisionnement. Nous nous en sommes tenus à recommander aux ministres quels vaccins devraient être achetés et lesquels devraient être envoyés au CNRC aux fins du PARI, comme je l'ai dit plus tôt.

Je pense que nous avons tous été surpris — pas seulement au Canada, mais dans le monde entier — de la rapidité avec laquelle les vaccins ont été mis au point. Cela a pris moins d'un an. C'est un résultat remarquable. Cependant, je ne connais pas la teneur de ces accords d'approvisionnement.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Chers collègues, cela met fin à la première série de questions. Il ne nous reste pas beaucoup de temps, mais je propose d'avoir une deuxième série de questions où le temps de parole de chacun serait limité à une minute. Je vous suggère de ne pas dépasser 30 secondes pour vos questions et de laisser 30 secondes pour les réponses.

Cela étant compris, ce sont les conservateurs qui interviendront en premier, avec M. d'Entremont. Allez-y, monsieur.

M. Chris d'Entremont: Merci.

Vendredi dernier, nous avons entendu un témoignage plutôt décevant au sujet des données et du nombre exact de Canadiens qu'il faudra vacciner avant d'atteindre l'immunité collective, et c'est peut-être donc à la Dre Sharma que ma question s'adresse.

Avez-vous des modèles qui permettraient aux Canadiens de savoir combien de personnes devront être vaccinées pour venir à bout de cette pandémie?

• (1255)

Dre Supriya Sharma: En général, l'immunité collective correspond au nombre de personnes qui doivent être immunisées pour que soient protégées les personnes du groupe qui ne sont pas immunisées. Qu'une personne acquière l'immunité pour avoir contracté le virus ou pour avoir été vaccinée, l'effet protecteur est là.

Pour atteindre l'immunité collective, le pourcentage des personnes qui doivent être vaccinées peut varier de 50 à 90 %, selon le virus. Dans le cas de la COVID-19 et du SRAS-CoV-2, quand nous nous sommes penchés sur la question pour la première fois, je crois que les estimations étaient de l'ordre de 60 à 70 %. Maintenant, avec l'apparition de variants, qui sont plus facilement transmissibles, bien des gens révisent ces chiffres à la hausse, jusqu'à 85 %, voire 90 %. Il s'agit certainement d'une cible mobile du fait que, comme nous le savons, le virus et sa transmissibilité, de même que sa contagiosité, sont en train de changer.

Le président: Merci.

Nous passons maintenant à M. Powlowski, pour une minute s'il vous plaît.

M. Marcus Powlowski: Le ministère israélien de la Santé et Pfizer ont publié des nouvelles très intéressantes, qui semblent reposer sur des données très détaillées. Ils disent que le vaccin de Pfizer réduit de 90 % les cas asymptomatiques. Si j'ai bien compris, c'est vraiment important, et les deux parties semblent avoir la même lecture des résultats. Cela est lourd de conséquences, puisque nous pensions jusqu'ici qu'une personne, bien que vaccinée, pouvait quand même être un porteur asymptomatique du virus et le transmettre.

Si ce résultat devait se confirmer — je ne sais pas si vous considérez que les données sont suffisantes —, il me semble que cela aurait d'énormes répercussions dans beaucoup de domaines stratégiques, qu'il s'agisse de laisser les travailleurs des foyers de soins chroniques de continuer d'y travailler sans être vaccinés ou d'ouvrir nos frontières aux gens qui ont été vaccinés.

Dans quelle mesure pensez-vous que ces données sont valables? Devrions-nous prendre des décisions stratégiques en se fondant sur elles?

La question s'adresse à la Dre Sharma ou au Dr Bernstein.

Dre Supriya Sharma: Je vais y aller.

Vous avez tout à fait raison. Des études provenant d'Israël ont été interprétées comme étant éventuellement pertinentes quant à la transmissibilité du virus. Les études israéliennes portaient en fait sur l'excrétion virale. Ce qui a été constaté, c'est qu'il y avait une diminution de la charge virale chez les sujets de l'étude, de sorte qu'ils rejetaient moins de virus, ce qui a amené les chercheurs à supposer qu'ils pourraient être moins transmissibles. Je pense que l'hypothèse est intéressante. Nous ne savons toujours pas exactement quelle est la corrélation, quelle est la quantité de virus qui est rejetée, quel est le type de virus ou quelle est la phase, ni comment cela influe directement sur la transmissibilité.

Qu'il s'agisse du vaccin de Pfizer-BioNTech, de celui de Moderna, pour lequel il existe des données sur une diminution éventuelle de la propagation asymptomatique, ou de celui d'AstraZeneca, pour lequel certaines études font état d'une diminution d'environ 66 % de la transmission asymptomatique, je pense que nous aurons d'autres données sur les vaccins, mais pour tous ces vaccins, il n'y a encore rien de concluant. En fait, ces études ont été conçues dans le but d'examiner les facteurs de réduction et de prévention des atteintes modérées, graves et mortelles causées par le virus. Nous savons que, pour tous les vaccins que nous examinons et ceux que nous avons autorisés, les résultats sont très bons à cet égard, mais, ici encore, la transmission et l'effet sur la transmission font toujours l'objet de recherches.

Le président: Merci.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour une minute.

M. Luc Thériault: Merci.

Docteur Bernstein, pour sortir de cette pandémie, il faut une vaccination mondiale. Or 92 % des vaccins sont administrés actuellement dans les pays riches. Vous avez dit que ces pays riches devaient accepter que 5 % à 10 % de leur approvisionnement en vaccins soit destiné aux pays moins développés, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas les moyens de conclure des accords bilatéraux avec les fournisseurs de vaccins.

Que pensez-vous du fait que le Canada pige dans la banque de vaccins du dispositif COVAX?

[Traduction]

Dr Alan Bernstein: Monsieur le président, c'est compliqué du côté de COVAX. Il y a deux caisses d'argent ou deux comptes bancaires. L'un est constitué des dons provenant de pays riches, dont le Canada, pour financer les achats de vaccins destinés aux pays en développement, et l'autre est pour des vaccins que ces pays ont le droit de retirer pour eux-mêmes. Je pense que le point important est...

• (1300)

[Français]

M. Luc Thériault: Excusez-moi, il n'y a pas d'interprétation.

[Traduction]

Le président: Désolé, docteur...

[Français]

M. Luc Thériault: Pouvez-vous recommencer?

[Traduction]

Le président: Entendez-vous maintenant l'interprétation, monsieur Thériault?

[Français]

M. Luc Thériault: J'entends maintenant l'interprétation. Allez-y.

[Traduction]

Le président: Docteur, je vous demanderais de recommencer. Je crois que M. Thériault a perdu un bout de votre réponse.

Dr Alan Bernstein: Bien volontiers.

Je pense qu'il est important que le Canada apporte une contribution importante au COVAX et aux autres mécanismes de vaccination intéressant les pays en développement. Avant l'arrivée des États-Unis, je crois que le Canada était le plus important contributeur par habitant à l'installation COVAX. Mais il y va de notre intérêt que tous les habitants de la planète soient vaccinés le plus rapidement possible. La Dre Sharma a mentionné les variants du virus qui apparaissent inévitablement et qui peuvent apparaître n'importe où. Le nombre de nouveaux variants sera directement proportionnel au nombre de porteurs du virus dans le monde. Il est donc dans notre intérêt, ici au Canada, de réduire ce nombre le plus rapidement possible, et la meilleure façon d'y arriver, c'est par une vaccination universelle dans les plus brefs délais.

Je pense que le Canada a une raison morale et pratique de donner des vaccins au reste du monde, que ce soit par l'entremise du COVAX ou d'autres mécanismes, directement à Gavi, à l'Alliance du vaccin ou par l'entremise de l'OMS. À mon avis, c'est de la plus haute importance.

Le Canada a acheté, du moins sur papier, plus de vaccins par habitant que tout autre pays. Si tous ces vaccins devaient être approuvés par Santé Canada, nous pourrions faire don de beaucoup de doses au COVAX ou directement à des pays en développement. Je pense que le plus important pour nous, c'est d'exercer un rôle actif et de ne pas hésiter à faire ces dons de vaccins aux pays en développement. Merci.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Monsieur Davies, vous avez une minute, peut-être un peu plus, puisque tous les autres ont dépassé un peu leur temps de parole.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Docteur Bernstein, dans le même ordre d'idées, il y a aussi une question de temps, n'est-ce pas? Pensez-vous que les pays riches devraient vacciner les jeunes et les gens bien portants chez eux avant les travailleurs de la santé de première ligne et les personnes vulnérables dans les pays en développement?

Dr Alan Bernstein: Pour le moment, il n'y a pas encore de vaccins approuvés pour les jeunes ici au Canada. Encore une fois, je pense qu'il est tout justifié, sur le plan tant moral que pratique, que les pays du G7, dont le Canada, fassent don de vaccins aux pays en développement et les destinent en priorité aux travailleurs de la santé de première ligne, comme vous l'avez laissé entendre, monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci.

Docteure Sharma, au cours d'une séance d'information technique le 9 février, vous avez fait remarquer que l'examen du vaccin d'AstraZeneca par Santé Canada était sur le point d'aboutir et qu'on en était aux ultimes échanges avec l'entreprise pour finaliser les règles précisant la façon d'utiliser le vaccin et à qui il pourra être administré.

Étant donné que le vaccin est déjà approuvé dans d'autres pays, pouvez-vous dire quand vous vous attendez à ce qu'une décision soit prise concernant le vaccin d'AstraZeneca au Canada?

Dre Supriya Sharma: Comme je l'ai déjà dit, l'examen est en cours. Nous avons bel et bien terminé l'examen des données scientifiques et nous en sommes maintenant aux dernières étapes. Le temps que prendra la décision dépendra d'un certain nombre de facteurs, notamment des questions que nous posons à l'entreprise et du temps qu'elle met à communiquer ses réponses aux évaluateurs. Le dialogue avec l'entreprise pour mener à terme notre examen se poursuit donc, et je tenais à souligner de nouveau à quel point il est complexe. Nous savons que différents organismes de réglementation examinent les mêmes données d'AstraZeneca et prennent différemment leurs décisions en fonction de leur valeur scientifique. C'est pourquoi cela prend un peu plus de temps que pour les vaccins précédents.

Le président: Merci à tous.

Je remercie les témoins du temps qu'ils nous ont consacré aujourd'hui et de nous avoir présenté des témoignages de grande valeur.

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>