



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 012

Le mercredi 23 mars 2022

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le mercredi 23 mars 2022

• (1550)

[Traduction]

Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la 12^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Au cours de cette réunion de deux heures, nous aurons la possibilité de discuter avec les témoins de la situation d'urgence à laquelle les Canadiens font face avec la pandémie de la COVID-19.

Avant de vous présenter nos témoins, je vais vous répéter quelques-unes des consignes habituelles concernant la formule hybride.

Comme je viens de la dire, la réunion d'aujourd'hui se déroulera selon une formule hybride, conformément à l'ordre pris par la Chambre le 25 novembre 2021. Tous les membres siègent dans la salle de réunion, sauf M. Davies, je crois, qui participera virtuellement à la réunion par l'intermédiaire de l'application Zoom. Bien entendu, nous allons respecter l'ordre des demandes d'intervention, et nous ferons de notre mieux pour être attentifs aux vôtres, monsieur Davies.

Vous savez aussi qu'il est interdit de faire des captures d'écran au cours de la réunion. Les délibérations seront diffusées sur le site Web de la Chambre des communes. Enfin, conformément à notre motion de régie interne, je vous informe que tous les témoins ont procédé au test de connexion exigé avant la réunion.

Nous recevons aujourd'hui Mme Shirin Kalyan, professeure associée en médecine à l'Université de la Colombie-Britannique. Elle témoignera à titre personnel.

[Français]

Nous recevons aussi Mme France-Isabelle Langlois, directrice générale, et Mme Colette Lelièvre, responsable de campagnes, toutes deux d'Amnistie internationale Canada francophone.

[Traduction]

Nous avons aussi le plaisir d'accueillir Mme Margaret Eaton, la cheffe de la direction nationale de l'Association canadienne pour la santé mentale, ainsi que Mme Karen Cohen, la cheffe de la direction de la Société canadienne de psychologie. Représentant le Comité consultatif national de l'immunisation, nous recevons la Dre Bryna Warshawsky, conseillère médicale, et représentant l'Association ontarienne des radiologistes, nous recevons le Dr David Jacobs, président et radiodiagnosticien.

Je remercie les témoins de nous consacrer du temps. C'est un privilège pour nous d'accueillir autant de témoins d'une aussi grande qualité. Nous sommes impatients de discuter avec vous.

Nous allons tout d'abord entendre les remarques liminaires de chaque témoin, dans l'ordre où ils sont inscrits sur l'avis de convocation. Vous serez donc la première, madame Kalyan. Vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

Bienvenue au Comité. Nous vous écoutons.

Mme Shirin Kalyan (professeure associée en médecine, University of British Columbia, à titre personnel): Merci, monsieur le président, et merci, distingués membres du Comité, de me donner l'occasion de participer à vos travaux.

Les remarques que je vais vous présenter sont le fruit de mes propres réflexions, en ma qualité d'immunologue, et pas forcément de celles des organismes auxquels je suis affiliée. J'ai soumis un document qui contient des données supplémentaires et des références concernant les sujets que j'aborderai aujourd'hui...

[Français]

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Le volume sonore est beaucoup trop fort pour que je puisse entendre quoi que ce soit de l'interprétation. Il faudrait baisser le volume en salle.

Le président: Nous allons régler ce problème.

[Traduction]

Madame Kalyan, pourriez-vous reprendre du début? Je vais remettre le chronomètre à zéro et nous allons essayer de mieux régler le volume.

Mme Shirin Kalyan: Dois-je parler plus fort?

Le président: Votre voix est diffusée par les haut-parleurs, mais les interprètes traduisent simultanément vos remarques, et les deux systèmes doivent fonctionner.

Réessayez et, s'il y a un problème, je vais devoir vous interrompre de nouveau.

Mme Shirin Kalyan: D'accord. Prise deux.

Merci à tous de me donner la possibilité de participer au débat. Je vais vous présenter le fruit de mes propres réflexions, en ma qualité d'immunologue, qui ne sont pas forcément celles des organismes auxquels je suis affiliée.

J'ai soumis un document qui contient des données supplémentaires et des références concernant les sujets que je vais aborder. Je vais parler aujourd'hui des exigences en matière de vaccination au Canada et de la manière dont elles ont été mises en œuvre. Notamment, je vais évoquer le défaut de tenir compte de l'immunité acquise par suite d'une infection ainsi que la collecte et la disponibilité sous-optimales de données essentielles pour évaluer l'efficacité et les conséquences des politiques et des exigences en matière de santé publique, ainsi que pour orienter les décisions fondées sur des données probantes.

Chaque fois qu'une exigence est imposée concernant une intervention médicale, le seuil de justification à respecter est très élevé. Il faut s'assurer hors de tout doute que l'intervention est sûre et efficace, et il faut en énoncer très clairement l'objectif. De plus, une surveillance continue est nécessaire pour établir si la manière dont l'intervention est effectuée permet de remplir son objectif.

Par conséquent, pour justifier une exigence en matière de vaccination, il faut disposer de données probantes indiquant que les vaccins utilisés préviennent véritablement une maladie et sa transmission. Il faut aussi bien connaître leur profil d'innocuité, qui devrait être acceptable pour autoriser une utilisation prophylactique pour la maladie en question, il ne faut pas que l'exigence soit trop large ou déraisonnable et il faut s'assurer que les personnes visées par l'exigence peuvent fournir un consentement éclairé, qui suppose qu'elles comprennent bien le risque auquel la vaccination les expose à court et à long terme compte tenu de leur propre risque de développer une maladie grave par suite d'une infection.

Il est évident, surtout depuis l'apparition du variant Omicron, que les vaccins dont nous disposons n'offrent pas une fiabilité absolue contre la transmission ou l'infection. C'est clair si on considère que la première personne infectée par le variant Omicron en Israël était un médecin triplement vacciné qui revenait d'un congrès, et que ce médecin l'a transmis à un de ses collègues également triplement vacciné. Le variant Omicron a été propagé dans de nombreux pays par des personnes pleinement vaccinées, qui avaient même reçu des doses de rappel. Sachant cela, nous n'avons pas le choix de remettre en question la validité des exigences relatives à la vaccination qui sont en vigueur pour les voyages à l'intérieur et à l'extérieur du Canada. Selon des données provenant de l'Ontario et d'autres administrations dans le monde, l'efficacité vaccinale chuterait au-dessous de zéro après le deuxième mois chez les personnes pleinement vaccinées, et il semble que l'efficacité des doses de rappel serait tout aussi fugace.

Ce genre d'information aurait dû nous pousser à lever plus rapidement les mesures les plus contraignantes et à expliquer l'évolution des données probantes. C'est essentiel pour garder la confiance du public. C'est aussi un avantage sur le plan de la santé publique d'avoir une population bien informée. Un faux sentiment de sécurité a des conséquences négatives évidentes.

Quand il est devenu évident, durant la vague Delta, que la période d'efficacité des vaccins à ARN messager pour prévenir l'infection et la transmission était très courte, nous avons tout à coup commencé à entendre que la vaccination était nécessaire pour prévenir les hospitalisations et les maladies graves. Si c'était réellement le nouvel objectif, pourquoi ne pas avoir reconnu dès le départ que les Canadiens qui avaient été infectés ont une meilleure protection immunitaire? Les données sont sans équivoque: les personnes qui ont contracté la COVID-19 et qui se sont rétablies, comme on pouvait s'y attendre, sont mieux protégées que les personnes vac-

nées contre l'infection, les maladies graves et les décès. Les personnes infectées seraient également moins susceptibles de transmettre la maladie après une réinfection. En effet, leur immunité muqueuse supérieure limite davantage la réplication virale, alors que les personnes pleinement vaccinées qui contractent la maladie une première fois peuvent présenter une charge virale très similaire à celle des personnes qui n'ont jamais eu de réaction immunitaire.

Des données récentes émanant des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis confirment que la vaccination n'a pas vraiment d'avantage supplémentaire pour les personnes immunisées par suite d'une infection. On peut donc penser que ces personnes sont exposées inutilement à des risques, même s'ils sont faibles. Elles sont aussi plus sujettes à subir des effets indésirables après la vaccination.

Qui plus est, on a très peu étudié les conséquences d'une absence de stratification des risques associés aux exigences d'application générale en matière de vaccination pour mieux comprendre les conséquences graves des nouveaux vaccins. Quand le lien entre les vaccins et la myocardite est apparu, on nous a répété à l'envi que le risque était beaucoup moins élevé qu'après une infection par la COVID-19. Pourtant, selon les données, les hommes de moins de 40 ans présentent un risque de myocardite beaucoup plus élevé après la vaccination qu'après une infection. Étant donné que les fausses affirmations quant à ce risque n'ont jamais été corrigées publiquement, ces personnes n'ont jamais eu la possibilité de donner leur consentement éclairé. Nous demandons à des personnes parmi les moins susceptibles d'être gravement malades de subir une intervention médicale qui les expose plus que quiconque à un risque qui est loin d'être négligeable.

Avec l'arrivée du variant Omicron, nous sommes entrés dans la phase endémique de la COVID-19, et j'espère qu'en vue des prochaines pandémies, nous saurons profiter de l'occasion pour réfléchir à la manière d'améliorer notre stratégie, notamment pour ce qui a trait aux exigences d'application générale, dont les conséquences sont indéniables.

• (1555)

Je vais conclure en vous citant une déclaration récente du chef de la stratégie de vaccination de l'Agence européenne des médicaments, l'EMA, concernant l'insuffisance des données et la question de savoir s'il est judicieux de continuer de multiplier les doses de rappel pour venir à bout de la pandémie actuelle. L'EMA craint que cette approche soit plus néfaste que bénéfique sur le plan immunitaire, et elle maintient qu'il faut étayer le corpus de données sur le variant Omicron pour établir si les vaccins actuels sont efficaces et s'il y aurait lieu de diversifier les types de vaccins.

Au vu des données existantes, mais surtout de leur insuffisance, j'estime qu'il s'agit de l'approche la plus raisonnable et la plus responsable.

Je vous remercie encore une fois de me donner la possibilité de me prononcer sur ces questions.

Le président: Merci beaucoup, madame Kalyan.

[Français]

Nous passons maintenant à la représentante d'Amnistie internationale Canada francophone.

Madame Langlois, vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme France-Isabelle Langlois (directrice générale, Amnistie internationale Canada francophone): Je vous remercie, monsieur le président.

Mesdames et messieurs, bonjour. Je vous remercie de nous avoir invitées à comparaître devant le Comité.

La santé et la vie des Canadiens, dans un contexte de pandémie, dépendent de la santé de l'ensemble de l'humanité.

Amnistie internationale, à titre d'organisation de défense des droits de la personne partout dans le monde, est intervenue dès les premiers instants de la pandémie afin de réclamer une solidarité internationale sans faille de la part de tous les États, et notamment du Canada.

En vertu du droit international relatif aux droits de la personne, les États ont l'obligation d'apporter le soutien financier et technique nécessaire pour mettre en œuvre le droit à la santé, en particulier dans le cas de la propagation internationale d'une maladie.

Nous demandons donc au Canada de soutenir fermement la proposition de dérogation temporaire aux protections sur la propriété intellectuelle pour les technologies du domaine de la santé ayant trait à la COVID-19, proposée par l'Afrique du Sud et l'Inde, en octobre 2020, à l'Organisation mondiale du commerce, ou OMC.

Toutefois, nous sommes grandement préoccupés par un projet de texte qui a fait l'objet de fuites dans les médias, qui proposait un compromis pour cette dérogation entre l'Union européenne, les États-Unis, l'Inde et l'Afrique du Sud, et qui semblait à l'étude la fin de semaine dernière.

Dans son libellé actuel, ce texte ne permettra jamais d'assurer l'approvisionnement et le transfert de technologies qui sont nécessaires à un accès égal aux outils en matière de soins contre la COVID-19 et à la protection des droits à la vie et à la santé. Nous demandons donc instamment au Canada de ne pas entériner ce texte.

La dérogation initiale, réclamée par l'Inde et l'Afrique du Sud, à l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce, soit l'Accord sur les ADPIC, a pour but de démocratiser la production de médicaments nécessaires à la lutte contre la COVID-19 jusqu'à ce que l'immunité collective mondiale soit atteinte.

L'Assemblée mondiale de la Santé a reconnu le rôle d'une « vaccination à grande échelle contre la COVID-19, en tant que bien public mondial, pour prévenir, endiguer et éliminer la transmission afin de mettre un terme à la pandémie. »

Or, les entreprises du secteur pharmaceutique du monde entier poursuivent leurs activités comme si de rien n'était, ce qui limite ainsi les capacités de production et d'approvisionnement.

Nous aurons à vivre avec la COVID-19 pour les années à venir. Tout le monde doit avoir accès non seulement à des vaccins, mais aussi à des traitements. On doit démocratiser la production, surtout maintenant que de nouveaux traitements deviennent accessibles.

En soutenant la levée de la protection de la propriété intellectuelle pour les vaccins et d'autres produits visant à lutter contre la COVID-19, le Canada fera passer la vie des gens du monde entier, et des Canadiens, avant les profits de quelques géants pharmaceutiques et de leurs actionnaires.

La seule façon de mettre fin à la pandémie est d'y mettre fin à l'échelle mondiale. La seule façon d'y mettre de fin à l'échelle mondiale est de faire passer les gens avant les profits.

Les normes internationales en matière de droits de la personne auxquelles adhèrent le Canada et les règlements internationaux relatifs au commerce disposent clairement que la protection de la propriété intellectuelle ne doit jamais s'opérer aux dépens de la santé publique.

La crise liée à la pandémie de COVID-19 est aussi une crise de droits de la personne. Elle ne pourra être surmontée sans un véritable engagement à respecter l'un des Objectifs de développement durable de l'Organisation des Nations unies, ou ONU, à savoir « réduire les inégalités et ne pas faire de laissés-pour-compte ». Partant du principe que personne ne sera en sécurité tant que tout le monde ne le sera pas, le Canada a, aujourd'hui, l'occasion de prendre une décision qui pourra aider à atteindre ce but.

Amnistie réitère sa demande expresse auprès du gouvernement canadien afin qu'il soutienne la demande de dérogation initiale dans son intégralité et qu'il fasse preuve d'un leadership exemplaire en matière de solidarité internationale.

Je vous remercie de votre attention.

• (1600)

Le président: Je vous remercie, madame Langlois.

[Traduction]

Nous entendrons maintenant la cheffe de la direction nationale de l'Association canadienne pour la santé mentale, Mme Margaret Eaton.

Madame Eaton, vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

Mme Margaret Eaton (chef de la direction nationale, Association canadienne pour la santé mentale): Merci beaucoup.

Bonjour. Je m'appelle Margaret Eaton et je suis cheffe de la direction nationale de l'Association canadienne pour la santé mentale, l'ACSM, le plus grand réseau communautaire en matière de santé mentale au Canada. L'ACSM a été fondée en 1918 et compte 330 centres communautaires dans les 10 provinces canadiennes et au Yukon. Nous rejoignons plus de 1,3 million de personnes chaque année et nous employons 7 000 Canadiens.

Les centres de l'ACSM sont des organismes de bienfaisance qui offrent gratuitement du soutien en santé mentale à quiconque en a besoin, y compris des programmes de counselling, de psychothérapie, de traitement de la toxicomanie ou pour les jeunes, ainsi que des services de logement et d'emploi. Les centres de l'ACSM contribuent à réduire les séjours en hôpital en intervenant rapidement pour favoriser une bonne santé mentale et prévenir les troubles associés.

Nos recherches récentes indiquent que la plupart des Canadiens craignent que la COVID soit là pour de bon. Plus précisément, 64 % des Canadiens sont inquiets au sujet des nouveaux variants, et 57 % redoutent que la COVID-19 continue de faire ses ravages au sein de la population pendant des années encore. Le stress chronique lié à la pandémie a des effets pernicieux. Nous sommes plus incertains, nous avons moins d'énergie et nous nous sentons plus fatigués, voire surmenés.

De toute évidence, nous vivons tous une tempête depuis deux ans, mais nous ne sommes pas tous dans le même bateau. Les Canadiens sont 40 % à déclarer que leur santé mentale s'est détériorée depuis le début de la pandémie, surtout les plus vulnérables. C'est le cas notamment des personnes qui sont au chômage à cause de la COVID-19, qui avaient déjà des troubles de santé mentale avant l'épidémie, des membres de la communauté LGBTQ2+, des jeunes, des personnes en situation de handicap et des personnes autochtones. La santé mentale des personnes vulnérables a été beaucoup plus fragile depuis deux ans.

Ces importantes inégalités ont exposé au grand jour l'insuffisance des services et les obstacles systémiques de longue date dans notre système de santé mentale. Selon nos recherches, près d'un Canadien sur cinq aurait eu besoin d'aide en santé mentale durant la pandémie. Cependant, parce que ces personnes ne savaient pas comment ni où aller chercher cette aide, ou parce que cette aide n'était pas offerte ou abordable pour elles, ils ne l'ont pas reçue.

Des millions de Canadiens ont seulement accès aux services et au soutien en santé mentale et en traitement de la toxicomanie offerts gratuitement par des organismes sans but lucratif qui sont actuellement réduits à gratter les fonds de tiroir. Les travailleurs des organismes communautaires et du domaine des soins en santé mentale sont moins payés, leurs exigences de travail sont plus élevées, et ils sont plus menacés par l'usure de compassion et l'épuisement professionnel que les autres travailleurs de la santé.

En dépit de ces conditions difficiles, ils ont fait preuve de créativité et de compassion pour combler les besoins. Quand les logements étaient introuvables et que les banques alimentaires ont fermé, des centres de l'ACSM ont acheté des tentes et ont distribué des denrées alimentaires. Certains ont téléphoné à toutes les personnes inscrites sur leurs listes d'attente pour vérifier comment elles allaient et faire de leur mieux pour leur offrir du soutien. D'autres ont mis sur pied un nouveau service d'écoute téléphonique ou de clavardage pour permettre à des personnes isolées d'avoir des conversations amicales et pour faire des vérifications du bien-être.

Bien évidemment, ce mode d'urgence n'est pas viable, ni pour notre personnel ni pour nos clients. Ils ont besoin d'une aide stable et durable.

En deux ans, nous sommes passés d'une situation de crise à une situation chronique. Même si les incidences immédiates de la COVID-19 s'estompent, les incidences sur la santé mentale demeurent et persisteront probablement pendant plusieurs années. Il sera impossible pour le secteur communautaire de la santé mentale et du traitement de la toxicomanie de répondre aux besoins grandissants si on continue de verser le financement à la pièce et si on maintient les modèles incohérents de prestation des services. Il faut vraiment revoir de fond en comble notre système de santé mentale.

L'ACSM a quatre demandes à soumettre au gouvernement fédéral. Premièrement, il doit mettre en place un mécanisme de financement à long terme et stable pour les principaux programmes, services et outils de soutien fournis par le secteur communautaire de la santé mentale. Deuxièmement, le gouvernement fédéral doit investir dans des programmes et des stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale. Troisièmement, il doit prévoir du financement public pour les services communautaires de counselling et de psychothérapie. Quatrièmement, il doit investir dans le logement, les mesures de soutien au revenu et la sécurité alimentaire.

Nous devons intégrer les services communautaires de santé mentale au système de santé, et nous devons demander aux provinces et aux territoires de rendre des comptes relativement à la manière dont ils dépensent l'argent que leur verse le fédéral pour la santé mentale.

Nous avons une occasion en or de transformer le système de santé mentale au Canada. Ne la ratons pas.

Merci.

• (1605)

Le président: Merci beaucoup, madame Eaton.

Nous passons maintenant à Mme Karen Cohen, cheffe de la direction de la Société canadienne de psychologie.

Vous avez la parole, madame Cohen.

Mme Karen R. Cohen (chef de la direction, Société canadienne de psychologie): Je vous remercie de m'avoir invitée à me présenter devant vous aujourd'hui.

Divers facteurs psychologiques ont été à l'œuvre pendant la pandémie mondiale de COVID-19.

Premièrement, le succès de la prise en charge de la santé et de la maladie dépend de la façon dont les gens pensent, se sentent et se comportent sur les plans individuel et collectif. Le port du masque, la distanciation physique, la vaccination, tout cela demande de prendre des décisions et de changer de comportement. La psychologie scientifique est essentielle au succès des politiques publiques visant à apporter ces changements.

Mme Kim Lavoie, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en médecine comportementale, a montré que pour augmenter l'adhésion à la vaccination, il faut adopter des approches différentes, selon les raisons pour lesquelles une personne résiste à la vaccination. Le dialogue et la sensibilisation peuvent fonctionner avec les personnes qui ont peur des vaccins ou qui n'ont pas confiance en eux, tandis que les cliniques mobiles fonctionnent avec les personnes qui ne se sont pas fait vacciner parce qu'elles ne peuvent pas quitter leur travail ou se rendre dans une clinique. La façon dont les professionnels de la santé parlent à leurs patients qui sont réfractaires à la vaccination peut être déterminante pour les faire changer d'avis. Les politiques qui touchent les gens seront plus efficaces si elles tiennent compte de leur façon de penser et de se comporter, mais également de ce qu'ils ressentent.

Deuxièmement, il est évident que beaucoup trop de Canadiens ont contracté le virus de la COVID-19, mais il ne faut pas oublier que chaque Canadien en a vécu les répercussions psychologiques, sociales et économiques. Des sondages récents sur les répercussions psychologiques ont révélé que près de la moitié des Ontariens ont le sentiment que leur santé mentale s'est détériorée depuis le début de la pandémie, alors qu'ils étaient 36 % à faire ce constat au début de la pandémie. Plus de Canadiens déclarent des niveaux élevés d'anxiété et de dépression aujourd'hui qu'au début de la pandémie. Les Ontariens sont plus nombreux que jamais à demander du soutien en santé mentale depuis le début de la pandémie, mais 43 % disent avoir de la difficulté à obtenir cette aide.

Malgré la hausse des troubles de santé mentale autodéclarés et les besoins accrus d'aide professionnelle, l'accès aux services psychologiques en temps opportun n'a pas augmenté. Selon un sondage effectué en 2021 par la maison Nanos et la Société canadienne de psychologie, la SCP, les facteurs financiers sont désormais plus souvent pointés du doigt que la stigmatisation parmi les obstacles à l'accès aux services psychologiques. À moins que les psychologues soient des salariés d'un établissement public comme un hôpital, leurs services ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie.

Les pressions budgétaires auxquelles sont soumis les établissements publics se répercutent sur le nombre de postes salariés et sur les conditions de travail. De plus en plus, les psychologues travaillent dans le secteur privé et leurs services deviennent de moins en moins accessibles aux personnes qui ne peuvent pas se les payer. Même lorsque les services psychologiques sont couverts par un régime privé d'assurance-maladie, le montant médian remboursé est de 1 000 \$ par année, soit moins du tiers que ce qu'il en coûte à une personne moyenne pour obtenir de bons résultats thérapeutiques.

La SCP, en collaboration avec les associations provinciales et territoriales de psychologie, vient de faire paraître un document intitulé *Nouveaux investissements fédéraux en santé mentale: accélérer l'intégration des services psychologiques dans les soins primaires*. Nous y décrivons les façons dont certaines provinces ont comblé cet écart de service et la façon dont les transferts fédéraux en matière de santé mentale peuvent contribuer à réduire davantage cet écart.

Troisièmement, même si le Canada corrige les obstacles financiers pour faciliter l'accès des Canadiens aux services psychologiques, d'autres obstacles devront être surmontés. Pour planifier efficacement les ressources humaines en santé mentale, nous devons recueillir de meilleures données. Bien que nous disposions de certaines données sur les caractéristiques démographiques et les pratiques des fournisseurs de soins de santé dont les services sont couverts par le régime d'assurance-maladie, nous en savons très peu sur les fournisseurs de soins de santé, comme les psychologues, qui offrent leurs services dans le secteur privé. Dans les programmes d'études en psychologie, on considère que 10 étudiants représentent une grande cohorte, alors que les cohortes en médecine ou en soins infirmiers comptent des centaines d'étudiants. Pour mieux répondre aux différents besoins des Canadiens en matière de santé mentale, nous devons former davantage de psychologues.

La pandémie nous a permis de découvrir qu'une bonne partie des soins de santé peuvent être offerts de manière virtuelle. Au Canada, ce sont les provinces et les territoires qui réglementent les professions de la santé. Les exigences pour accéder à l'exercice de la profession varient d'une province ou d'un territoire à l'autre, et les fournisseurs de soins de santé ne peuvent pas toujours exercer ailleurs qu'à l'endroit où ils ont reçu leur permis d'exercice. Bien que, aux termes de l'Accord sur le commerce intérieur et de l'Accord de libre-échange canadien, les organismes de réglementation en matière de santé soient tenus d'assurer la mobilité, ces instruments fédéraux ne les habilitent pas à établir des exigences communes en matière d'autorisation d'exercer. En ce qui concerne les soins de santé, la pandémie a mis en évidence les limites des systèmes provinciaux ou territoriaux par rapport à ceux qui sont d'envergure nationale.

En résumé, les crises sanitaires mondiales ont des répercussions sur la santé mentale et, pour que la gestion de ces crises soit effi-

cace, il faut tenir compte des facteurs psychologiques. Pour ce faire, nous devons élaborer des politiques liées aux pandémies qui sont éclairées par la psychologie scientifique, éliminer les obstacles financiers à l'accès aux soins psychologiques, et améliorer la formation et la réglementation des ressources humaines en santé au Canada.

La santé des Canadiens englobe la santé mentale.

Merci.

• (1610)

Le président: Merci, madame Cohen.

Nous entendrons ensuite la Dre Bryna Warshawsky, conseillère médicale au sein du Comité consultatif national de l'immunisation.

Docteure Warshawsky, vous avez la parole.

Dre Bryna Warshawsky (conseillère médicale, Comité consultatif national de l'immunisation): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je n'ai pas préparé de remarques liminaires, mais je répondrai volontiers à vos questions.

Merci.

Le président: Nous disposerons donc de cinq minutes de plus pour poser nos questions. Merci.

Représentant l'Association ontarienne des radiologistes, nous recevons le Dr David Jacobs, qui est radiodiagnosticien et président de l'Association.

Docteur Jacobs, vous avez la parole.

Dr David Jacobs (président et radiodiagnosticien, Association ontarienne des radiologistes): Merveilleux. Merci beaucoup.

La témoin précédente m'a ébloui avec ses remarques liminaires. Je tâcherai d'être aussi brillant qu'elle la prochaine fois.

Je vais essayer de vous brosser un portrait succinct des soins de santé du point de vue de mon domaine de spécialité, la radiologie diagnostique, et d'expliquer les répercussions de la pandémie sur les patients et les soins de santé en général.

Le domaine de l'imagerie diagnostique et de la radiologie interventionnelle est une sous-spécialité médicale. Nous interprétons les résultats de la tomodensitométrie, de l'imagerie par résonance magnétique, ou IRM, des mammographies, et nous faisons aussi des biopsies du sein ou de toute autre tumeur solide dans toutes les parties du corps, de la tête aux orteils, des angiographies et d'autres types d'interventions.

Nos services ont été très sollicités durant la pandémie. Avant qu'elle commence, nous avions des listes d'attente qui dépassaient largement les échéances fixées par le gouvernement. Durant la pandémie, malgré une importante diminution des services hospitaliers non liés à la COVID-19, nous avons vu les listes d'attente s'allonger de façon spectaculaire. Les raisons à cela sont nombreuses. Je tiens à signaler que le domaine de l'imagerie diagnostique n'a pas été le seul touché, mais que tous les domaines médicaux ont souffert. Durant la pandémie, les listes d'attente se sont allongées de manière démesurée pour tous les types d'interventions et les consultations dans tous les domaines de spécialité.

Le principal problème a été l'accès, autant aux services d'imagerie qu'aux services de santé en général. Quand nous sommes entrés en mode pandémique, nous avons oublié beaucoup des leçons que nous avons tirées de la première pandémie de syndrome respiratoire aigu sévère, le SRAS. Bien sûr, la pandémie de SRAS que nous venons de vivre a été beaucoup plus grave que la précédente, mais nous avons oublié de bien compartimenter les risques et les besoins. Tout ce que nous avons réussi à faire a été de paralyser le système parce que nous avons accordé le même degré de risque à tous les procédés et à toutes les interventions.

Actuellement, plus d'un million de Canadiens sont inscrits sur les listes d'attente des services de tomodensitométrie et d'IRM. Durant la pandémie, les délais pour un examen par IRM sont passés d'un délai déraisonnable, mais acceptable de trois mois à peu près à un délai de plus de neuf mois dans certains centres.

Un diagnostic tardif peut avoir des répercussions importantes. Pendant que la population subissait des vagues successives de COVID, nous avons malheureusement constaté que des patients qui avaient des tumeurs malignes ont reçu leur diagnostic avec beaucoup de retard. Au début de la pandémie ou avant celle-ci, nos études de suivi ont montré que si les interventions ou les examens par imagerie ne sont pas effectués en temps voulu, nous nous retrouvons avec des cancers non résecables ou pour lesquels nous pouvons offrir seulement des traitements palliatifs alors qu'ils auraient été résecables, ou guérissables s'ils avaient été pris à temps. C'est inacceptable.

Les causes sont multifactorielles. Pour certaines d'entre elles, nous avons des solutions. Par exemple, rien ne justifie d'arrêter les interventions à faible risque comme l'imagerie médicale, les tomodensitogrammes et les examens par IRM. Nous avons tout bonnement tourné la clé et mis l'ensemble du réseau sur pause. Nous ne pouvons plus nous le permettre. Les répercussions ont été désastreuses pour les services de dépistage comme la mammographie. Plus de 300 000 femmes n'ont pas pu bénéficier d'une mammographie. Il s'ensuivra malheureusement une hausse du nombre de décès dus au cancer du sein dans les prochaines années. Environ 6,5 % des femmes qui passent une mammographie reçoivent un diagnostic qui nécessitera de poursuivre l'investigation. Je vous laisse faire les calculs.

Nous avons aussi ignoré les problèmes liés aux ressources humaines. Chaque fois qu'une vague finissait, des fonds étaient dégagés pour augmenter le nombre d'études visant à trouver des solutions de rattrapage, mais nous avons dû nous rendre à l'évidence que nous n'avions pas suffisamment de ressources humaines pour y donner suite. Essentiellement, nous avons constaté qu'il ne manquait pas de radiologues ou de médecins, mais plutôt de personnel de soutien. Il est clair que nous ne formons pas suffisamment de technologues en radiologie ou de personnel infirmier pour combler les besoins dans les services, les salles d'opération et les unités de soins intensifs des hôpitaux. Il faut réfléchir à nos méthodes de gestion des ressources humaines et étudier les lacunes du système.

• (1615)

Un autre problème dont il faut s'occuper selon moi est la mise sur pause des initiatives en santé. Durant les deux années qui viennent de s'écouler, comme durant toute période normale de deux ans, il s'est passé des choses et des progrès ont eu lieu dans la manière dont nous soignons les patients. Je ne parle pas seulement de progrès technologiques, mais également de progrès au sein de l'or-

ganisation et dans la façon dont nous structurons le parcours des patients dans un système de santé où l'innovation est constante.

Je dois souligner notamment, pour ce qui concerne l'imagerie diagnostique, que pendant la pandémie, des études ont montré que le dépistage du cancer du sein devrait être fait chez les femmes de 40 à 50 ans. Ce dépistage n'est pas fait actuellement en raison d'une étude canadienne aujourd'hui jugée boiteuse. Nous avons essayé de faire ce dépistage, mais nous n'avons pas réussi au cours des deux dernières années. C'est un exemple seulement des nombreuses initiatives importantes en santé qui ont été mises de côté parce que nous avons été trop obnubilés par la COVID-19.

Je serai heureux de discuter de toutes ces questions avec vous. Je tiens toutefois à souligner que l'essentiel est que si nous subissons une autre vague ou une autre pandémie, il faudra absolument garder en tête que la médecine ne peut pas se borner à une seule maladie. La pandémie a été extrêmement grave et, de plusieurs façons, nos interventions ont été très efficaces, mais nous avons négligé d'autres aspects des soins de santé. Nous ne pouvons plus nous le permettre.

• (1620)

Le président: Merci, docteur Jacobs.

C'est ce qui met fin à la partie consacrée aux remarques liminaires. Nous allons passer aux tours de questions, avec le Parti conservateur en premier.

Monsieur Lake, vous avez six minutes.

L'hon. Mike Lake (Edmonton—Wetaskiwin, PCC): Merci, monsieur le président.

Quel groupe de témoins intéressants! Je prends des notes. C'est intéressant d'entendre Mme Cohen parler de l'augmentation de l'adhésion à la vaccination et des différentes façons dont nous pouvons la favoriser. Après avoir entendu la M^{me} Kaylan... Si j'ai bien compris ses propos, ce ne serait pas une bonne idée de se faire vacciner maintenant contre le variant Omicron. J'ai peut-être mal entendu. Ces deux personnes sont assurément plus qualifiées que moi en matière de soins de santé, et elles nous offrent une très belle occasion de nous édifier.

Nous recevons aussi une représentante du CCNI, la docteure Warshawsky, qui n'a pas présenté de remarques liminaires. Je vais me tourner vers elle en premier parce que j'aimerais avoir son point de vue sur les propos de Mme Kalyan.

Dre Bryna Warshawsky: Le Comité consultatif national a formulé des recommandations à l'égard des doses de rappel. Plus précisément, il a fortement recommandé d'offrir des doses de rappel aux personnes de plus de 50 ans et à certains groupes à risque, et recommandé une approche discrétionnaire pour les personnes de 18 à 49 ans et les adolescents à risque de 12 à 17 ans.

De plus, le CCNI élabore actuellement des recommandations concernant les doses de rappel supplémentaires et réfléchit à la nécessité de renforcer ses recommandations relativement aux doses de rappel. Le CCNI examine constamment les données et l'épidémiologie aux fins de l'élaboration de ses recommandations sur les doses de rappel.

Merci.

L'hon. Mike Lake: Le CCNI a-t-il un avis quant à savoir si la vaccination devrait demeurer obligatoire au niveau fédéral pour les personnes qui sont actuellement assujetties à cette exigence de deux doses?

Dre Bryna Warshawsky: Le CCNI ne formule pas de recommandation à l'égard des exigences en matière de vaccination. Il s'agit d'une compétence provinciale, territoriale et fédérale. Le CCNI présente des recommandations concernant les vaccins qui devraient être utilisés pour les Canadiens et la façon dont ils devraient l'être, mais les exigences ne relèvent pas de sa compétence.

L'hon. Mike Lake: Docteur Jacobs, je vais vous demander si vous avez des observations à partager. J'ai vu, en vous suivant sur les médias sociaux, que vous êtes très favorable à la vaccination. Que pensez-vous de l'opinion de Mme Kalyan pour ce qui est d'Omicron? C'est une bonne occasion d'échanger des opinions.

Ensuite, si Mme Kalyan veut intervenir, je serais heureux qu'elle puisse le faire.

Dr David Jacobs: Je pense que Mme Kalyan a soulevé des points très intéressants. Nous devons y réfléchir, mais je dois aussi examiner la situation d'un point de vue pragmatique en fonction de ce que je vois à l'hôpital.

Pour revenir à ce qu'elle a dit concernant la vaccination obligatoire, oui, Omicron était très contagieux et, non, la vaccination n'a pas beaucoup ralenti la propagation de la COVID. Si elle l'a fait, ce fut de manière négligeable. Omicron s'est propagé très rapidement. Dans le cas de Delta et d'autres souches antérieures, la prévention de la transmission a été plus efficace que dans le cas d'Omicron, ce qui réduit un peu la nécessité de la vaccination obligatoire, sauf — et il s'agit d'une exception importante — que ce que nous avons vu dans les hôpitaux, ce sont des patients immunodéprimés ou âgés, donc immunodéprimés de facto, et des patients qui n'étaient pas entièrement vaccinés. Ce sont ces personnes qui développaient de très graves pneumonies. J'ai vu beaucoup de gens être admis avec la COVID-19 pendant la vague d'Omicron, mais c'était surtout des personnes non vaccinées, immunodéprimées ou âgées et fragiles qui se retrouvaient très gravement malades.

Pour ce qui est de la population en général, je ne peux pas faire valoir ces arguments — cela relève plutôt du domaine du CCNI —, mais personnellement, je crois que ces trois groupes s'en seraient nettement mieux tirés s'ils avaient été vaccinés et avaient reçu la dose de rappel.

• (1625)

L'hon. Mike Lake: Madame Kalyan, voulez-vous ajouter quelque chose?

Mme Shirin Kalyan: Oui. Merci beaucoup.

Les essais cliniques qui ont été réalisés n'ont jamais vraiment évalué la capacité des vaccins à prévenir la transmission. Je n'ai pas trouvé de vaccin à composant administré par voie intramusculaire qui puisse être très efficace pour prévenir la transmission à long terme de virus respiratoires, alors je pense que la compréhension et la connaissance des vaccins sont vraiment utiles pour la population.

Si nous pouvions avoir un vaccin intranasal vivant atténué, qui serait un meilleur type de vaccin — surtout pour les jeunes enfants en bonne santé —, pour obtenir une immunité innée plus complète et entraînée et déclencher un type approprié de réponse immunitaire en réaction à un certain type de virus, ce serait probablement une meilleure approche.

Nous ne l'avions pas compris, je crois, lorsque la vaccination obligatoire a été imposée, parce que nous n'avions pas beaucoup de... Nous n'avons en fait que très peu d'expérience clinique avec les vaccins que nous utilisons. Ils n'ont jamais été utilisés sauf en vertu d'une autorisation d'utilisation d'urgence. Je crois que c'est ce qui m'a surpris en tant qu'immunologue. Nous avons commencé à rendre obligatoire la vaccination avec ces vaccins sans avoir de données claires. Les entreprises elles-mêmes commencent à peine à publier les données anonymisées sur les patients. Elles voulaient attendre 75 ans avant de le faire, mais nous commençons à mieux comprendre le type d'efficacité réelle des vaccins dans le cadre d'une étude contrôlée contre placebo.

J'aimerais évidemment examiner le rapport risque-avantage, et c'est là que la stratification des risques aurait vraiment été très utile. En mai 2020, alors que nous n'avions aucun vaccin, nous savions que 95 % des décès liés à la COVID-19 touchaient les personnes de plus de 65 ans. Je pense que si nous nous étions concentrés sur la protection des personnes les plus vulnérables, nous aurions accompli plus qu'en imposant des exigences générales en matière de vaccination à tout le monde, car elles étaient susceptibles d'accroître la réticence à l'égard de la vaccination... et de miner la confiance à l'égard des vaccins et du système de santé publique en général en ce qui concerne les recommandations.

Je crois que nous devrions nous concentrer sur la protection immunitaire et la transparence, et examiner les données probantes lorsque nous avons un variant comme Omicron qui échappe à l'immunité. De quelles données disposons-nous pour affirmer que l'administration de plusieurs doses de rappel est utile ou avantageuse pour les gens? Nous devons vraiment nous diversifier.

J'ai parlé pour la première fois aux membres du Comité en juin. J'avais alors fortement suggéré de diversifier le portefeuille des types de vaccins offerts aux Canadiens. Nous mettons tous nos œufs dans le même panier. Nous sommes encore une position similaire. Avec Omicron, nous avons un type d'infection beaucoup moins grave. Je comprends que les personnes fragiles qui n'ont pas une bonne immunité doivent être mieux protégées...

Le président: Merci.

La parole est maintenant à M. Powlowski pour six minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Je voudrais moi aussi poser une question à Mme Kalyan.

J'ai des hésitations à l'égard de votre témoignage, lorsque vous semblez remettre en cause la vaccination obligatoire. Il est vrai que les vaccins ne sont pas efficaces pour prévenir la propagation d'Omicron, mais vous reconnaissez que la raison d'être de ces mesures visait en quelque sorte à prévenir les hospitalisations, les admissions aux soins intensifs et les décès.

Ne reconnaissez-vous pas qu'il s'agit d'une préoccupation légitime et que le gouvernement doit prendre des mesures pour essayer de prévenir les hospitalisations, les admissions aux soins intensifs et les décès? Comme le Dr Jacobs nous l'a dit, le fait est que cela réduit la capacité qu'a le système de santé à fournir d'autres services. Est-ce que je me trompe?

J'ai l'impression que vous pensez qu'il ne devrait y avoir aucune obligation de vaccination et que vous n'acceptez pas que... Il y a énormément de preuves concernant la diminution des hospitalisations et des admissions aux soins intensifs, même avec Omicron. Kaiser Permanente a déclaré que les gens sont de 64 % à 73 % moins susceptibles d'être hospitalisés s'ils ont été vaccinés. Dans une étude réalisée en Afrique du Sud, il est question d'une réduction de 70 % des hospitalisations pour les personnes entièrement vaccinées. Cela s'applique à Omicron. De plus, au Québec, les personnes non vaccinées étaient sept fois plus susceptibles d'être hospitalisées et 14 fois plus susceptibles de se retrouver aux soins intensifs.

Il me semble que c'est une très bonne raison d'encourager la vaccination et la distanciation sociale au besoin. Ces chiffres sont assez importants. Aussi récemment que le 14 mars, 435 personnes se trouvaient dans les unités de soins intensifs et 4 200 étaient hospitalisées en raison de la COVID-19 au Canada.

Je vous ai peut-être mal compris.

● (1630)

Mme Shirin Kalyan: Non, vous interprétez les données provenant d'essais non contrôlés contre placebo et non randomisés. Je ne dis pas que les vaccins ne réduiront pas les hospitalisations, mais je ne pense pas que la coercition soit la meilleure façon de convaincre les gens de se comporter comme vous le voulez.

Je pense qu'il y a beaucoup de façons de promouvoir la santé. Vous pouvez suggérer aux gens d'arrêter de fumer, de faire de l'exercice, de perdre du poids... Beaucoup de choses pourraient aider à réduire le nombre d'hospitalisations, mais nous n'avons jamais vraiment adopté une approche plus holistique pour améliorer la santé des gens, y compris la santé mentale.

Je crois que si les gens sont informés et qu'ils comprennent leur propre profil de risque, c'est beaucoup plus efficace que d'imposer la vaccination à tous, surtout aux personnes qui sont déjà immunisées. C'est vraiment là où je veux en venir. Nous avons besoin d'une meilleure stratification du risque.

Le Canada n'a jamais eu de politique en matière de vaccination obligatoire. Il existe des programmes provinciaux de vaccination infantile, et les gens ont la possibilité de s'en prévaloir.

Je crois vraiment qu'il est toujours plus efficace d'informer les gens plutôt que de les forcer à faire quelque chose dans le domaine de la santé.

M. Marcus Powlowski: Je ne sais pas....

Je vais peut-être donner à la Dre Warshawsky du CCNI l'occasion de répondre à Mme Kalyan, à moins qu'elle ne veuille pas s'engager dans ce débat.

Dre Bryna Warshawsky: Je peux simplement vous citer quelques faits qui ont été examinés par le CCNI relativement à l'efficacité de la vaccination. Nous savons qu'avec deux doses, l'efficacité du vaccin diminue avec le temps et peut finir par être très faible. Avec trois doses, la protection contre l'infection est d'environ 60 %. Cette protection diminue également avec le temps.

Pour ce qui est de la maladie grave, nous constatons que deux doses de vaccin offrent une efficacité qui varie de 65 à 85 %. Lorsque nous ajoutons la dose de rappel, la protection contre la maladie grave, exigeant l'hospitalisation, se situe dans les 90 %, et elle

peut diminuer avec le temps. C'est quelque chose que nous surveillons de près.

Merci.

M. Marcus Powlowski: Je pourrais maintenant m'adresser à Mme Langlois, d'Amnistie internationale.

Vous avez parlé du mouvement et des demandes de l'OMC à l'égard de la levée des brevets sur les produits liés à la COVID. Vous avez mentionné qu'il y avait récemment eu une proposition de compromis entre l'Inde, l'Afrique du Sud, l'Union européenne et les États-Unis, et que vous n'y êtes pas favorable. Je n'ai pas entendu parler de ce compromis. Peut-être pourriez-vous nous en parler et nous expliquer pourquoi vous ne l'appuyez pas.

[Français]

Mme France-Isabelle Langlois: Ce qui est demandé dans le cadre de ce compromis est trop grand. En effet, les délais seront encore plus longs, et le nombre de pays qui pourraient avoir accès aux recettes ou à la technologie sera davantage réduit. Cela touche même des pays qui en ont la possibilité, comme le Kenya et d'autres pays asiatiques.

De plus, on limite davantage la levée des brevets ou la propriété intellectuelle pour se restreindre seulement aux vaccins, alors qu'il existe toutes sortes d'autres technologies et d'autres produits qui sont et seront de plus en plus accessibles pour traiter ou prévenir la COVID-19. Ces produits sont d'autant plus importants qu'ils seront efficaces pour atteindre les populations les plus éloignées et les plus pauvres dans le monde.

On sait qu'il est compliqué de gérer la chaîne du froid quant à la conservation des vaccins. Elle est encore plus compliquée à gérer dans des pays africains, par exemple, surtout dans des zones éloignées en Afrique. Il faut donc que la levée des brevets concerne l'ensemble des produits ou des traitements qui sont mis au point par les compagnies pharmaceutiques pour traiter, prévenir ou guérir la COVID-19.

La proposition initiale date d'octobre 2020 et nous sommes en mars 2022. Pendant ce temps, on doit continuellement faire face à d'autres vagues et l'on perd du temps. Il faut donc aller de l'avant.

● (1635)

Le président: Je vous remercie, madame Langlois et monsieur Powlowski.

Monsieur Thériault, vous avez maintenant la parole pour six minutes.

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

Je remercie tous les témoins de leurs témoignages éclairants.

Ma première question s'adresse aux représentantes d'Amnistie internationale Canada francophone.

Mesdames Langlois et Lelièvre, je veux vous remercier d'être avec nous afin de nous présenter une réflexion beaucoup plus globale sur la pandémie. Je veux juste souligner en passant que mes collègues MM. Powlowski et Davies et moi avons fait, le 7 mai 2021, une sortie publique pour appuyer la proposition de levée des brevets et la proposition qui avait été faite par l'Afrique du Sud.

Lors de la première vague, nous nous disions tous que, pour répondre adéquatement à la pandémie, tout le monde devait être vacciné si nous voulions faire en sorte que cela se termine ou pour que l'on passe à une phase endémique. Nous nous sommes alors aperçus que, dans le domaine de la recherche, il y avait des échanges de données. C'était assez beau à voir et il y avait de l'espoir. Tout à coup, on a trouvé des vaccins, et la belle solidarité s'est transformée en vampirisation des vaccins, en thésaurisation, et l'on a oublié les pays les moins nantis, de sorte que l'on se promène de vague en vague, de variant en variant.

Pourriez-vous nous dire succinctement quel est l'état de la situation de la vaccination mondiale actuellement, en mars 2022?

Mme France-Isabelle Langlois: La situation...

M. Luc Thériault: Permettez-moi de vous poser tout de suite ma deuxième question. Vous pourrez y répondre en même temps. Nous entrerons ainsi dans le vif du sujet.

Pouvez-vous nous expliquer pourquoi vous privilégiez la levée des brevets plutôt que l'attribution de licences volontaires, comme le suggèrent plusieurs pays et la présidente de la Commission européenne?

Mme France-Isabelle Langlois: La situation vaccinale dans le monde est totalement inéquitable. Dans les pays les plus nantis, les pays européens, l'Australie, Israël, le Canada et les États-Unis, la population est très largement vaccinée, car les vaccins sont accessibles. Les personnes non vaccinées sont celles que l'on a de la difficulté à atteindre pour toutes sortes de raisons que d'autres témoins ont déjà évoquées, ou ce sont des personnes qui ne veulent tout simplement pas se faire vacciner.

Dans les pays les plus pauvres ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, la situation est différente. Selon les derniers chiffres que nous avons obtenus, à peine 4 % de la population de ces pays au total a eu accès à des vaccins et serait adéquatement vaccinée. On parle ici de deux doses de vaccin.

Comme je l'ai dit précédemment, même si les vaccins étaient accessibles sur place, il serait difficile de vacciner des populations éloignées en Afrique à cause de la chaleur. Les réticences que l'on constate ici, on les constate ailleurs. Plus on tarde à vacciner les populations des pays à faible revenu, plus ces populations auront de grandes réticences par rapport au vaccin. Il y a vraiment du travail à faire de ce côté.

Cela étant dit, plus on se sent protégé ici, plus on oublie le reste du monde et plus on oublie que nous sommes interreliés. Tant que l'on ne pourra pas assurer une équité vaccinale ou l'accès à des traitements à tous — bien entendu, je ne parle pas seulement des vaccins —, le virus continuera à circuler et à revenir continuellement par vagues, et ce, pendant plusieurs années. Espérons toutefois qu'il y aura une fin.

Voilà où nous en sommes quant à la situation vaccinale dans le monde.

Pourriez-vous répéter votre deuxième question?

• (1640)

M. Luc Thériault: Ma question portait sur le fait de privilégier la levée des brevets plutôt que l'attribution de licences volontaires par des laboratoires pour que leurs vaccins soient produits par d'autres laboratoires.

Qu'est-ce qui est davantage visé par la levée des brevets par rapport à l'attribution de licences volontaires, comme la présidente de la Commission européenne le suggère?

Mme France-Isabelle Langlois: Nous privilégions la levée des brevets pour que le processus soit le plus équitable et transparent possible pour tout le monde. Nous souhaitons que les recettes soient partagées afin que les pays puissent produire des vaccins, là où c'est possible de le faire.

En fait, les compagnies pharmaceutiques résistent à la mise en commun des brevets et des recettes de médicaments et de vaccins. On ne peut donc pas se fier à ce que ce soit fait sur une base volontaire.

M. Luc Thériault: Pour ce qui est de la chaîne d'approvisionnement, le fait de pouvoir produire des vaccins sur place ne vient-il pas justement faciliter la distribution des vaccins? Je pense, par exemple, au problème lié à la réfrigération.

Le président: Je vous demanderais de donner une réponse brève, si cela est possible, madame Langlois.

Mme France-Isabelle Langlois: En effet, monsieur Thériault, plus les vaccins seront produits sur place, plus ils seront distribués rapidement. Toutefois, il y aura quand même des défis d'ordre logistique, notamment pour les vaccins qui demandent une chaîne du froid importante. Par exemple, à Dakar, au Sénégal, les distances sont grandes entre les régions, les routes sont compliquées, l'équipement doit pouvoir conserver les vaccins à la bonne température, et ainsi de suite. Tout cela représente des défis importants.

Il faut donc aller au-delà des vaccins. Il faut qu'il y ait vraiment une solidarité internationale à tous les égards, qu'il s'agisse de logistique, de production ou de transfert des technologies.

Le président: Je vous remercie, madame Langlois et monsieur Thériault.

[Traduction]

La parole est maintenant à M. Davies pour six minutes.

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

Merci à tous les témoins d'être avec nous aujourd'hui.

Madame Kalyan, vous avez parlé dans votre déclaration préliminaire de l'immunité acquise par infection. Dans quelle mesure les données concernant sa force et sa durabilité sont-elles claires et comment se comparent-elles à l'immunité vaccinale?

Mme Shirin Kalyan: C'est en fait l'étalon-or. Lorsque nous parlons de l'immunité obtenue par une infection, c'est ce que les vaccins essaient d'imiter. C'est pourquoi nos plus grandes réussites en matière d'éradication ont été les vaccins vivants atténués, comme le vaccin antivariolique, parce qu'ils imitent de très près cette infection.

Nous savons que pour la COVID-19, il a été démontré sans équivoque que les personnes qui l'ont contractée sont mieux protégées contre l'infection, c'est-à-dire contre la maladie grave et l'hospitalisation, à condition d'avoir survécu à la première infection et de s'être rétablies. Dans le cas de la COVID-19 en particulier, nous connaissons les facteurs de risque associés aux conséquences graves. Un grand nombre de personnes ont déjà contracté la COVID-19. Je pense qu'avec Omicron, nous serons probablement en meilleure position à mesure que les gens développeront cette immunité naturelle.

M. Don Davies: Vous avez également parlé de la vaccination des personnes qui ont développé une immunité naturelle. Je crois que la Dre Tam et le CCNI — et je vais certainement laisser au CCNI l'occasion de s'exprimer à ce sujet — recommandent que ces personnes soient vaccinées.

Quelle est votre opinion à ce sujet?

Mme Shirin Kalyan: Je ne pense pas que ces personnes devraient être assujetties à cette obligation, car leur immunité dure plus longtemps que l'immunité vaccinale. C'est ce qui a été démontré par des études épidémiologiques, et plus récemment, par les données des CDC de la Californie et de New York, qui montrent que la vaccination n'avait aucun avantage en matière d'hospitalisation pour les personnes ayant acquis une immunité naturelle.

Je sais que nous avons beaucoup entendu parler de la super-immunité hybride que vous obtenez en vous faisant vacciner même si vous avez contracté la COVID, mais cette hausse à court terme des taux d'anticorps sériques ne justifie pas vraiment d'imposer une obligation de vaccination.

• (1645)

M. Don Davies: Je veux parler de la diminution de l'efficacité.

Nous savons que nous avons des vaccins qui semblent très efficaces pour prévenir les hospitalisations, la maladie grave et les décès pendant un certain temps. Je crois que dans votre déclaration préliminaire, vous avez dit que les données de l'Ontario indiquent une efficacité négative du vaccin après deux mois chez les personnes entièrement vaccinées, et que les doses de rappel auraient des périodes semblables de diminution rapide.

Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet et, en particulier, sur ce que vous entendez par « efficacité négative du vaccin »? Pendant combien de temps les vaccins sont-ils efficaces?

Mme Shirin Kalyan: Pour ce qui est de la définition de l'efficacité du vaccin, même dans le cas de Pfizer, de Moderna et de tous les autres essais, la définition originale portait sur la prévention de l'infection et non sur la maladie grave. À l'examen de données provenant de l'Ontario et de la surveillance au Royaume-Uni, il a été observé que dans le cas de personnes qui avaient reçu deux doses, qui étaient entièrement vaccinées avec des vaccins à ARNm et à vecteur viral, l'efficacité après environ 60 jours — nous parlons du nombre de cas par rapport aux personnes non vaccinées — tombe en fait sous zéro. Ce fut une observation constante.

Ce n'est pas vraiment inhabituel avec un variant qui échappe à l'immunité. Lorsque toute l'attention immunitaire se concentre sur un antigène particulier d'un virus, le choix se portera évidemment sur un agent pathogène particulier qui n'est pas reconnu par l'immunité de la population. C'est pourquoi je pense que les vaccins de type composant viral sont plus susceptibles d'effectuer une sélection en fonction des variants qui échappent à l'immunité, contrairement aux vaccins entiers... qu'ils soient vivants atténués ou peut-être... Les vaccins entiers sont plus difficiles à fabriquer.

M. Don Davies: Vous avez deviné ce dont je voulais parler ensuite, c'est-à-dire les types de vaccins.

Pouvez-vous nous parler brièvement des différents types de vaccins et dire ce que vous pensez des options canadiennes actuelles relativement à ces différents types de vaccins?

Mme Shirin Kalyan: Oui. Malheureusement — et c'est ce dont j'ai parlé tout à l'heure —, nous n'avons pas la capacité. Je suis heureuse d'apprendre que nous avons investi dans nos propres capa-

cités en matière de bonnes pratiques de fabrication. J'espère que nous obtiendrons l'expertise nécessaire pour fabriquer le type de vaccin qui serait, selon nous, avantageux pour les Canadiens.

Nous avons divers types de vaccins. En fait, un vaccin vivant atténué est préférable pour les enfants parce qu'il stimule très bien le système immunitaire. Il s'agit d'une version du virus qui a été atténuée pour ne pas être aussi infectieuse. Ce vaccin affaiblit en quelque sorte le virus dans votre corps et déclenche une réponse immunitaire appropriée. Le vaccin contre la varicelle et le vaccin contre la rougeole en sont des exemples. Ils sont vraiment efficaces. Ils permettent d'éliminer le problème des doses multiples.

Ensuite, il y a les vaccins inactivés. Essentiellement, vous prenez le virus, vous le tuez d'une façon ou d'une autre, puis vous ajoutez un adjuvant en espérant bien le choisir. À mon avis, le type d'adjuvant utilisé — et je pense que cet aspect n'est pas vraiment reconnu — est vraiment important pour le type d'immunité que vous recherchez. Nous utilisons de l'alun. Ce n'est pas vraiment un adjuvant, mais une partie des ingrédients de son adjuvant. Mais quoi qu'il en soit, c'est un long chemin.

Enfin, il y a les vaccins à composant viral. Vous prenez des éléments d'un virus, vous ajoutez un adjuvant et vous l'utilisez pour stimuler une réponse immunitaire contre ces types immunogènes.

Nous n'avons jamais vraiment utilisé les nouvelles plateformes d'administration d'acide nucléique, et il y a donc eu une courbe d'apprentissage. Essentiellement, ces types de vaccins transmettent du matériel génétique. Ceux que nous utilisons maintenant codent la protéine de spicule originale de la souche de Wuhan de SRAS-CoV-2.

Maintenant, comme pour toute nouvelle connaissance, je ne sais pas vraiment quel est l'adjuvant pour l'ARNm. Je sais qu'on dit qu'il a dit qu'il avait son propre adjuvant, mais il ne déclenche pas vraiment le type de réponse immunitaire qu'on aurait normalement face à un virus ou avec la façon dont il est présenté au système immunitaire, parce qu'on ne peut pas vraiment cibler des cellules spécialisées. Nous supposons que l'absorption se fait autour du muscle et que la présentation se fait à cet endroit, ce qui pourrait contribuer à sa durabilité variable.

Le président: Merci, madame Kalyan et monsieur Davies.

Monsieur Ellis, vous avez la parole pour cinq minutes.

• (1650)

M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC): Monsieur le président, je pense que c'est au tour de Mme Goodridge.

Le président: C'est bien.

Madame Goodridge, vous avez la parole.

Mme Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci, madame Kalyan, et merci à tous nos témoins. Vous nous avez donné des renseignements très pertinents et très intéressants à examiner.

Madame Kalyan, dans votre déclaration préliminaire, vous avez parlé de l'incidence des exigences en matière de vaccination sur la confiance du public. En tant que députée provinciale et maintenant députée d'une circonscription rurale du Nord de l'Alberta, j'en ai beaucoup entendu parler. Les gens commencent vraiment à s'interroger sur la pertinence de ces exigences, surtout dans le cas des voyages intérieurs. Même si plusieurs de mes collègues peuvent être capables de se rendre en voiture à certains endroits, pour quelqu'un de ma circonscription qui veut se rendre à Toronto, on parle d'une distance de 3 600 kilomètres. Ce n'est pas vraiment possible en voiture.

Pourriez-vous nous en dire davantage sur la façon dont ces exigences sanitaires minent la confiance du public? Quel genre d'effet d'entraînement ont-elles?

Mme Shirin Kalyan: Je suis immunologue, et mon expertise n'est pas tout à fait liée à la façon dont les décisions en matière de santé publique sont prises. Cependant, personnellement, je pense que si je ne comprends pas ce que les obligations tentent d'accomplir... et je n'ai jamais vraiment compris quel était l'objectif de ces exigences, surtout en ce qui touche la liberté de mouvement.

À mon avis, si vous essayez de prévenir la transmission — et, de toute évidence, les vaccins ne le font pas à l'heure actuelle —, je pense que le fait d'imposer la vaccination aux gens n'est pas logique. On peut comprendre pourquoi cela augmenterait le ressentiment et la méfiance. Les mesures draconiennes de ce genre ne font que provoquer du ressentiment et de la colère à un moment où nous aurions plus besoin, je pense, d'optimisme que de pessimisme.

Ce fut une période difficile pour tout le monde. Je pense que le moment est venu de rendre la vie aussi facile que possible et de faire qu'elle soit moins imprégnée de ressentiment, afin que nous puissions vraiment nous remettre tous ensemble de cette pandémie. Je crois vraiment que ces obligations devraient être abandonnées, surtout pour les voyages.

Mme Laila Goodridge: Je vous remercie beaucoup.

Je vais changer un peu de sujet. Docteur Jacobs, vous avez parlé de l'incroyable augmentation des listes d'attente. Je fais probablement partie des milliers de Canadiennes qui ont donné naissance pendant la pandémie de COVID-19. Je devais passer plusieurs tests de diagnostic, ce qui est assez normal pour la plupart des femmes enceintes. Le simple fait d'obtenir les échographies de routine était très difficile.

Avez-vous entendu parler de cas de gens dont la décision de renoncer à passer des tests de routine, ou autres, avait eu des répercussions sur leur santé?

Dr David Jacobs: Oui, absolument. C'est très évident avec la mammographie. Pendant la pandémie, comme je l'ai dit, 300 000 femmes ont décidé de ne pas passer ce test de dépistage. Cela aura des effets sur la mortalité future due au cancer du sein.

L'autre chose que nous avons vue était plus complexe. Nous avons constaté que les gens ne se rendaient pas à l'urgence, même s'ils étaient malades. Une personne qui se serait en temps normal présentée à l'urgence avec une douleur du quadrant inférieur droit endurait sa douleur, et lorsqu'elle se présentait à l'urgence, une semaine après qu'elle aurait dû le faire, son appendice était rompu. La liste est interminable. Nous avons vu beaucoup plus de cancers à un stade avancé parce que les gens laissaient simplement les choses se dégrader à la maison.

Une période de deux ans, c'est très long pour une pathologie. Il faut ensuite commencer le traitement à partir de là. Si nous avons une liste d'attente de neuf mois pour les imageries par résonance magnétique, cela veut dire une attente supplémentaire pour des gens qui ont déjà retardé leur traitement et leur diagnostic. Il y aura certainement un effet d'entraînement.

Mme Laila Goodridge: Dans mon cas, il y avait un délai de six à huit semaines pour obtenir l'échographie de datation qui doit être faite avant 12 semaines. Lorsque j'ai appris que j'étais enceinte, je l'étais depuis sept semaines déjà, et il était donc pratiquement impossible d'obtenir une échographie de datation. Ce n'est qu'un petit exemple. Il a vraiment fallu faire preuve de créativité pour obtenir ce test diagnostique. C'est d'une extrême importance.

Avez-vous un message à transmettre aux femmes qui retardent leur mammographie? C'est tellement important. Vous avez la parole. J'aimerais vraiment que vous disiez quelque chose aux femmes pour les encourager à se présenter à un test de dépistage du cancer du sein.

• (1655)

Le président: Répondez le plus succinctement possible, s'il vous plaît, docteur Jacobs.

Dr David Jacobs: Sans diagnostic, il ne peut pas y avoir de traitement. Sans traitement, vous ne resterez pas en bonne santé.

Vous ne devriez pas attendre. Les hôpitaux sont très sécuritaires maintenant, que ce soit pour le dépistage du cancer du sein ou autre chose. Nous sommes au creux de la vague Omicron. Ne tardez pas à recevoir des soins. Allez-y. Vous êtes en sécurité.

Le président: Merci.

Merci, madame Goodridge.

Monsieur van Koeverden, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Adam van Koeverden (Milton, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vais commencer par lire ce que la Société canadienne d'immunologie a écrit:

La Société canadienne d'immunologie soutient la tenue d'un débat scientifique impartial, bien informé et non politisé alors que le déploiement des vaccins se fait à un rythme jamais vu; cependant, elle condamne fermement les campagnes de désinformation concertées qui utilisent à mauvais escient certaines données scientifiques pour promouvoir des idéologies politiques ou économiques. Ces activités minent non seulement le processus scientifique, mais elles nuisent aussi activement aux efforts en matière de santé publique et prolongent la pandémie à des coûts élevés pour tous... Compte tenu des preuves irréfutables de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins, nous exhortons tous les Canadiens à se faire entièrement vacciner dès que possible.

Madame Kalyan, êtes-vous en désaccord avec cette affirmation?

Mme Shirin Kalyan: Je ne suis certainement pas en désaccord avec l'observation concernant les débats scientifiques rigoureux. Je pense qu'ils ont été insuffisants.

M. Adam van Koeverden: Ma question était assez simple. Êtes-vous d'accord pour dire que les Canadiens devraient être entièrement vaccinés le plus tôt possible?

Mme Shirin Kalyan: Je crois que c'est à chaque personne de décider, qu'il faut éduquer et comprendre les différents types de vaccins, ainsi que leur efficacité et leur innocuité. Les gens devraient prendre eux-mêmes cette décision, avec l'aide de leur médecin.

M. Adam van Koeverden: Merci, madame Kalyan.

Je ne veux pas vous mettre dans l'embarras, mais si vous me le permettez, puis-je vous demander si vous avez reçu un vaccin?

Mme Shirin Kalyan: Je préfère ne pas répondre à cette question.

M. Adam van Koeverden: D'accord. Merci beaucoup.

Hier, 35 Canadiens sont morts de la COVID-19 et environ 4 000 sont hospitalisés aujourd'hui, ce qui correspond à ce que nous avons connu en moyenne entre le 10 décembre et le 10 mars.

Ma question s'adresse à la Dre Warshawsky. La durée typique de la forme grave de la COVID-19 est de deux à six semaines. Cependant, certains patients ont décrit des symptômes débilitants persistants ou se produisant pendant des semaines ou des mois après la maladie grave. Ces symptômes à long terme sont souvent appelés « la COVID longue », et tant les adultes et les enfants peuvent être touchés. On dit que ces personnes souffrent du « syndrome post-COVID-19 ».

J'ai quelques questions. Croyez-vous que les vaccins contre la COVID-19 offerts aux Canadiens peuvent aider à atténuer les effets de la COVID-19 longue? Pensez-vous qu'ils peuvent aider à prévenir les symptômes de la COVID-19 longue chez les Canadiens?

Compte tenu de l'information concernant le nombre de Canadiens qui sont décédés ou ont été hospitalisés en raison de la COVID-19, êtes-vous d'avis que cette pandémie est actuellement en phase endémique?

Dre Bryna Warshawsky: Je vous remercie de votre question.

Le Comité consultatif national examine l'efficacité des vaccins. Comme nous le savons, si vous ne contractez pas la COVID-19 grâce à la vaccination, vous ne risquez pas de souffrir du syndrome post-COVID ou de la COVID longue.

En vous faisant vacciner, vous évitez d'être infecté, dans la mesure où les vaccins peuvent le faire. Nous savons que trois doses de vaccins offrent une protection raisonnable contre l'infection. Cette protection diminue avec le temps, mais lorsque vous recevez votre troisième dose, vous êtes certainement mieux protégé que lorsque vous recevez votre deuxième dose. La protection initiale est d'environ 60 % après l'administration de cette troisième dose. Dans la mesure où la troisième dose vous protégera contre l'infection, elle vous protégera également contre le syndrome post-COVID.

Certaines études examinent le fait que même si vous êtes infecté tout en étant vacciné, vous serez en général moins susceptible de souffrir du syndrome post-COVID qu'une personne non vaccinée.

M. Adam van Koeverden: Merci, docteur Warshawsky.

J'ai une question pour tous ceux qui voudront y répondre.

Si le Canada affichait le même taux de mortalité lié à la COVID-19 que des pays comparables comme les États-Unis et le Royaume-Uni, au lieu des 27 000 Canadiens morts de la COVID-19, nous aurions près de 90 000, voire 100 000 Canadiens, qui seraient décédés au cours des deux dernières années à cause de la COVID-19.

Comment expliquer cet écart? Il y a évidemment plusieurs facteurs.

La question est ouverte. Qu'avons-nous appris ?

• (1700)

Le président: Qui veut répondre à cette question?

Dr David Jacobs: Je peux, si vous voulez.

Le président: Allez-y, docteur Jacobs. Vous avez une minute.

Dr David Jacobs: Nous avons appris que les vaccins fonctionnent, tout comme les mesures de santé et le port du masque. Nous sommes généralement une société très docile. Nous sommes une société qui se soucie de ses voisins. Nous sommes une société qui se soucie de la santé des personnes âgées. Nous avons été très coopératifs, tant pour ce qui est de nous faire vacciner que pour obtenir nos doses de rappel.

J'aimerais délaissier la recherche scientifique fondamentale pour revenir au monde clinique. Si vous êtes vacciné et vous attrapez la COVID, vous n'êtes pas aussi malade. Si vous n'êtes pas vacciné, de manière disproportionnée, vous allez être extrêmement malade.

Grâce à notre capacité à contrer la désinformation et à prendre soin de nos voisins, comme les Canadiens ont la réputation de le faire, nous avons pu maintenir nos taux de mortalité à un niveau beaucoup plus bas. Les vaccins ont été un miracle médical. Le fait que nous les ayons obtenus aussi rapidement est fantastique. Ils ont fait exactement ce que nous avons besoin qu'ils fassent.

M. Adam van Koeverden: Merci, docteur Jacobs.

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

Le président: Non, votre temps est écoulé.

[Français]

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

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

Mesdames Langlois et Lelièvre, dans un article du 6 décembre 2021, M. Fabien Paquette, de Pfizer Canada, dit que, selon l'industrie, la levée des brevets « [...] risque plutôt de générer une pression indue sur la demande et la gestion des matières premières déjà serrée, de limiter la capacité de production pour des sites hautement efficaces et de décourager l'innovation qui a tant servi au développement des vaccins en un temps record. »

Que pensez-vous de ce genre d'argumentaire?

Mme France-Isabelle Langlois: C'est un argumentaire typique de multinationales et de compagnies pharmaceutiques qui recherchent le profit à tout prix. Nous n'accordons pas beaucoup de crédit à ce genre d'argumentaire.

Ma collègue Mme Lelièvre veut peut-être ajouter un commentaire.

Mme Colette Lelièvre (responsable de campagnes, Amnistie internationale Canada francophone): Bonjour.

On laisse entendre que les compagnies pharmaceutiques ne recevraient aucune compensation alors que c'est faux. Toute dérogation adoptée à l'OMC est assortie d'une compensation financière. Les compagnies seraient donc quand même rémunérées. D'après ce que nous savons, il y a plusieurs dérogations en cours à l'OMC, et cela n'a pas empêché la recherche-développement.

En outre, des fonds publics ont été accordés pour le développement de la plupart des vaccins. En ce sens, on peut maintenant se poser des questions sur la façon dont ces vaccins sont utilisés. On peut du moins se demander qui peut les recevoir, compte tenu de la situation mondiale. Nous devons affronter une pandémie exceptionnelle, et elle exige la mise en vigueur de mesures exceptionnelles.

Les arguments avancés par M. Paquette ne sont pas intéressants du point de vue de la santé publique. C'est effectivement là que tout se joue.

Le président: Je vous remercie, mesdames Langlois et Lelièvre.

Monsieur Thériault, il ne vous reste que 10 secondes. Vous pouvez faire un bref commentaire, mais vous n'avez pas assez de temps pour poser une autre question.

M. Luc Thériault: Si vous le permettez, je vais garder ces secondes pour plus tard.

[Traduction]

Le président: Monsieur Davies, la parole est à vous pour deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Docteure Warshawsky, je pense que j'avais promis de revenir à vous. Quelles sont votre position et celle du Comité consultatif national de l'immunisation ou CCNI, sur l'utilisation de doses de rappel pour les personnes qui ont une immunité acquise par infection?

Dre Bryna Warshawsky: Le CCNI recommande de vacciner les personnes qui ont eu une infection.

Il a récemment fait des suggestions à propos du délai entre l'infection et la vaccination. Il a dit que si vous avez eu une infection et que vous n'avez pas encore terminé ou commencé votre série primaire — c'est-à-dire vos premières doses — vous devriez attendre huit semaines après l'infection pour recevoir la première ou la deuxième dose de votre série primaire. Il s'agit de permettre à l'infection de produire une bonne réponse, puis de la renforcer par un vaccin, car nous savons que la protection contre l'infection peut être variable. Si votre infection est légère, votre réponse immunitaire peut ne pas être très forte. En ce qui concerne la protection contre Omicron, nous savons que si vous avez été infecté par Omicron, vous n'avez pas une réponse immunitaire très forte contre les autres types de COVID-19, contre les autres variants.

Il est très important de se faire vacciner après avoir été infecté, mais le CCNI recommande ces intervalles. Il suggère d'attendre huit semaines pour votre série primaire. Puis, pour votre rappel, il suggère d'attendre trois mois entre l'infection et votre rappel ou au moins six mois entre votre série primaire et le rappel, selon la plus longue éventualité.

• (1705)

M. Don Davies: Madame Kalyan, ayant entendu cela, que vous disent les données sur la dose de rappel pour les personnes ayant une immunité acquise par la COVID?

Mme Shirin Kalyan: Il n'y a pas vraiment de données. Voilà pourquoi l'Agence européenne des médicaments et l'OMS n'ont pas recommandé d'obtenir des doses de rappel, surtout avec la souche originale des vaccins, parce que vous êtes essentiellement... C'est comme si vous vous remettiez de la grippe et qu'ensuite vous receviez un vaccin pour la souche précédente et que vous renforciez cette réponse. Je n'ai pas de données qui donnent à penser que ce serait une bonne idée.

Pour les personnes qui ont eu la COVID et se sont rétablies, les données montrent que leur immunité est assez fiable.

M. Don Davies: En ce qui concerne les doses de rappel, nous savons que l'effet des vaccins s'estompe. Nous avons une excellente protection pendant un certain temps, puis elle s'estompe. Les organismes de réglementation européens ont dit que nous ne pouvions pas administrer des rappels à l'infini et que cela pourrait même être néfaste. Quel est leur plan de match à long terme?

Mme Shirin Kalyan: C'est ce que j'espérais, que nous adoptions une approche plus responsable et que nous attendions les données. Pour le moment, ils cherchent à diversifier leur portefeuille de types de vaccins disponibles. Je sais que beaucoup d'autres sont en préparation. L'un des miracles des vaccins à ARN messenger reposait sur le fait qu'il était possible de les produire très rapidement, ce qui leur conférait un avantage et en faisait un bon produit provisoire. Cependant, à l'heure actuelle, s'ils étaient si doués pour trouver de nouveaux vaccins, on aurait pu penser qu'ils auraient déjà produit un vaccin propre à un variant, parce qu'à l'heure actuelle, Omicron se répand parce que ces vaccins n'arrivent pas sur le marché. C'est un variant qui se soustrait à l'immunité.

À mon avis, il me semble logique pour le moment de demander plus de données et de voir s'il est utile ou non de vacciner les personnes qui ont déjà eu le variant Omicron et qui se sont rétablies.

Le président: Merci, madame Kalyan et monsieur Davies.

Nous passons à M. Ellis. Vous disposez de cinq minutes, je vous en prie.

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur le président.

Au nom du Comité, j'aimerais présenter mes excuses à Mme Kalyan pour la nature intrusive des questions de mon collègue qui vous a demandé de fournir des renseignements personnels sur votre santé. Vous m'en voyez désolé.

Cela dit, madame Kalyan, vous pourriez peut-être nous expliquer le « consentement éclairé ». Je pense que c'est peut-être pertinent. Je sais que vous en avez parlé un peu dans votre préambule, mais vous pourriez peut-être nous donner trois ou quatre points concernant le consentement éclairé, si vous le voulez bien, madame.

Mme Shirin Kalyan: L'élément fondamental de toute intervention médicale est que la personne comprenne le risque personnel qu'elle court en fonction de l'intervention et de la maladie en question. Je ne suis pas sûre que tout le monde ait reçu... Comme la science évolue, surtout en ce qui concerne les nouvelles plateformes, très prometteuses, nous ne disposons pas de données longitudinales très solides. Ces données continuent d'entrer, donc il est difficile de donner un véritable consentement éclairé à l'heure actuelle, car les risques que les gens courent sont très variés, tant pour la maladie que pour les effets indésirables.

Nous nous en sommes aperçus rapidement. Nous avons agi rapidement en ce qui concerne les vaccins ayant comme vecteur l'adénovirus. Nous avons observé des cas de thrombocytopenie immunitaire thrombotique induite par le vaccin ou TTV, surtout chez les femmes, et ce vaccin est devenu moins utilisé au Canada, mais nous n'avons pas vraiment agi aussi rapidement pour les vaccins à ARN messenger chez les jeunes hommes, par exemple, et pour bien les conseiller.

M. Stephen Ellis: Merci, madame Kalyan.

Je vais changer un peu de sujet pour m'adresser à Mme Cohen, si vous le permettez.

Vous avez évoqué en passant l'augmentation de l'adoption des vaccins par le dialogue et l'éducation et la façon dont les fournisseurs de soins de santé parlent à chacun. Je me demande, madame Cohen, si vous pouvez nous parler de l'utilisation par le gouvernement fédéral d'un langage désobligeant et diviseur, à savoir si une telle pratique est susceptible d'augmenter l'adoption du vaccin, si vous le voulez bien.

• (1710)

Mme Karen R. Cohen: Je pense que l'un des messages clés de certaines recherches sur les raisons pour lesquelles des gens hésitent à se faire vacciner est qu'il n'y a pas qu'une raison. La recherche de M. Lavoie donne à penser que quelques catégories de personnes sont réticentes à se faire vacciner. Certaines personnes ont peut-être besoin de plus d'information. Pour d'autres, la raison est beaucoup plus d'ordre pratique: elles ont du mal à quitter leur travail ou à faire garder leurs enfants pour aller se faire vacciner.

Pour d'autres encore, il peut s'agir d'une question de confiance. La façon dont les fournisseurs de soins de santé parlent à leurs patients de leurs préoccupations a une incidence réelle sur la mesure dans laquelle ceux-ci suivent leurs conseils. Je suis sûre que mes collègues médecins ici présents en conviendraient. Plus une personne comprend sa maladie et ses options de traitement, plus elle prendra une décision éclairée.

Je pense que la leçon à retenir de la recherche en science du comportement est que des gens peuvent hésiter à se faire vacciner pour de nombreuses raisons et votre intervention à cet égard dépend de la raison qui les motive.

M. Stephen Ellis: Merci, madame Cohen.

Est-il juste de dire qu'il n'est pas très utile de les insulter?

Mme Karen R. Cohen: Eh bien, pour de nombreuses raisons d'ordre psychosocial, insulter quelqu'un n'est pas utile.

M. Stephen Ellis: Merci, madame Cohen, je l'apprécie.

Je vais revenir à Dre Warshawsky, si vous le permettez.

Mon collègue a parlé un peu des doses à venir, de la durabilité des vaccins et du nombre de doses dont nous aurons besoin. Docteur Warshawsky, pourriez-vous nous parler un peu de l'avenir des vaccins et de l'allure qu'ils pourraient prendre par rapport aux variants? De combien de doses parlons-nous? Je crois qu'Israël en est à la cinquième dose.

Dre Bryna Warshawsky: Merci beaucoup, monsieur le président.

Au CCNI, le Comité consultatif national de l'immunisation, nous surveillons les vaccins homologués ou ceux susceptibles de l'être et nous faisons des recommandations à leur sujet. Nous examinons actuellement les vaccins disponibles et la meilleure façon de les utiliser.

Au fur et à mesure que de nouvelles technologies deviendront disponibles — si nous obtenons des technologies qui nous permettent d'envisager, par exemple, la vaccination des muqueuses ou des vaccins qui améliorent d'autres parties de notre réponse immunitaire, comme l'immunité des cellules T —, à mesure que ces vaccins seront homologués au Canada, le CCNI les examinera également, et fera des recommandations à leur sujet.

Nous savons que l'ensemble de la communauté scientifique attend de voir les prochains types de vaccins. Elle surveille ce que les fabricants produiront en matière de vaccins potentiellement multi-

valents, c'est-à-dire des vaccins qui couvrent la souche sauvage et la souche Omicron, et se demande s'ils ne seraient pas plus efficaces comme éventuelle dose de rappel. À mesure que ces vaccins seront homologués ou que les fabricants les proposeront aux fins d'homologation, le Comité consultatif national les examinera également et fera des recommandations dans le contexte de l'épidémiologie et des autres vaccins auxquels les Canadiens ont accès.

M. Stephen Ellis: Merci, docteur. Je l'apprécie.

Madame Langlois, je ne suis pas sûr que vous puissiez répondre à cette question, mais pouvez-vous nous parler un peu de la contribution du Canada au programme COVAX et de ce que nous avons fait à cet égard?

[Français]

Le président: Je vous demanderais de répondre brièvement, si cela est possible, madame Langlois.

Mme France-Isabelle Langlois: Je vais céder la parole à ma collègue Colette Lelièvre.

Mme Colette Lelièvre: Je n'ai pas les derniers chiffres, mais le Canada est quand même considéré comme un pays qui participe au mécanisme COVAX dans une large mesure. Il a promis l'envoi d'énormément de doses.

Je sais qu'il y a toujours des défis en ce qui concerne les doses annoncées dans le cadre du mécanisme et les délais de livraison de ces doses à l'international. Je ne sais pas où cela en est maintenant, mais je sais qu'il s'agit de défis importants.

Nous souhaiterions que les livraisons se fassent de façon plus prévisible et régulière. Nous souhaitons également que le Canada utilise des mécanismes comme COVAX pour distribuer les vaccins qui sont commandés en trop au Canada, parce que cela permet une distribution équitable entre les pays qui ont peu de moyens pour acheter des doses de vaccins pour leur propre population.

Je ne sais pas si cela répond à votre question, mais ce sont les connaissances que nous avons pour le moment sur la question.

Le président: Je vous remercie beaucoup, madame Lelièvre et docteur Ellis.

[Traduction]

Nous passons maintenant à M. Hanley.

Allez-y, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

• (1715)

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci beaucoup.

Merci à tous nos témoins.

Docteur Warshawsky, tout d'abord, étant dans le domaine depuis un certain temps, je tiens à reconnaître le travail incroyable que vous et les autres membres du CCNI avez accompli au cours des deux dernières années, souvent sous une pression incroyable. Je me demande si, de manière générale et aussi brièvement que possible, vous pouviez nous parler de certains défis associés à la conversion des données en recommandations de politiques et de vaccins pendant une pandémie.

Dre Bryna Warshawsky: Merci beaucoup pour cette question.

L'un des défis à relever est assurément la rareté des données. Au début, nous n'avons souvent pas beaucoup de données. Nous avons les essais cliniques, mais ils sont réalisés sur des populations précises et en nombre relativement restreint. Nous devons formuler nos meilleures recommandations avec les renseignements disponibles, puis continuer à surveiller les renseignements courants qui proviennent d'essais d'efficacité et d'innocuité dans le monde réel. Nous incorporons ensuite ces renseignements dans nos recommandations et nous les révisons au besoin.

Il s'agit d'un processus itératif continu qui consiste à essayer de formuler les meilleures recommandations à partir des renseignements disponibles, puis à rester au fait de tous les renseignements nouveaux et à modifier les recommandations au besoin.

M. Brendan Hanley: Je dois dire qu'à mon avis, vous avez fait preuve d'une grande souplesse sous ce rapport.

Pourriez-vous également résumer, selon votre compréhension, l'état actuel des connaissances sur l'immunité naturelle par rapport à l'immunité vaccinale en ce qui concerne le variant Omicron?

Dre Bryna Warshawsky: Bien sûr. Je vous remercie de votre question.

Si vous avez eu Omicron comme seule infection, vous développez une réponse contre Omicron, mais cela ne fournit pas une réponse très large contre d'autres types de variants, contre les anciens surtout. Nous ne savons pas à quoi ressemblera l'avenir. Cependant, si vous avez une immunité induite par un vaccin en plus d'une infection, dans n'importe quel ordre — et en fait, on dit que si vous avez eu trois expositions à un vaccin ou à une combinaison de vaccins et d'infection — cela vous procure la protection la plus forte. Il semble donc que ce soit les trois expositions au virus du SRAS ou au vaccin qui confèrent une protection vraiment efficace et solide.

Si l'on se fie seulement à l'infection, la réponse est variable. Elle peut ne pas durer et ne pas être très large. Vous obtenez vraiment cette protection solide lorsque vous avez soit trois doses de vaccin, soit une combinaison de vaccin et d'infection.

M. Brendan Hanley: Cela montre bien la complexité de la question et la facilité avec laquelle il est possible d'être induit en erreur par des affirmations générales sur l'immunité naturelle par rapport à l'immunité vaccinale.

Je me demande si vous pourriez nous parler brièvement de l'utilité additionnelle des produits vaccinaux récents, en particulier les vaccins à particules de type viral, et du potentiel qu'ils offriront dans les mois et les années à venir en ce qui concerne l'élargissement de notre gamme de vaccins.

Dre Bryna Warshawsky: Merci beaucoup pour cette question.

Comme vous le savez, deux nouveaux vaccins ont été récemment homologués. L'un est un vaccin à sous-unités protéiques, le Novavax. L'autre est un vaccin à particules de type viral, le Medicago. Dans ce dernier, il s'agit d'une nouvelle technologie basée sur la culture du vaccin dans des plantes, une nouvelle technologie très intéressante.

Le CCNI a formulé des recommandations sur ces deux vaccins. Il a exprimé une préférence pour les vaccins à ARNm, que nous utilisons depuis longtemps. Nous sommes très à l'aise avec leur efficacité et leur innocuité. Pendant que les données s'accumulent pour les autres vaccins, il est vrai que nous avons dit que si quelqu'un ne veut pas d'un vaccin à ARNm, alors les vaccins Novavax et Medicago sont des options. Nous avons beaucoup plus d'expé-

rience avec les vaccins à ARNm à l'heure actuelle et la préférence va donc à ces vaccins.

Je l'ai dit, nous obtiendrons plus d'information sur ces vaccins plus récents et le CCNI ajustera ses recommandations au besoin.

M. Brendan Hanley: Merci beaucoup, docteur Jacobs, pour votre exposé vraiment intéressant. Je pourrais vous poser beaucoup de questions.

La question la plus utile serait peut-être de savoir comment, en tant qu'hôpital, vous tenez compte de ce que vous avez appris pour vous préparer à ce qui pourrait constituer la prochaine menace, qu'il s'agisse d'un autre variant ou d'un autre virus. En tant qu'hôpital, comment utilisez-vous cette expérience pour incorporer la capacité de voir des patients?

• (1720)

Le président: Répondez brièvement, je vous en prie, docteur Jacobs.

Dr David Jacobs: Nous devons préserver notre capacité à traiter tous les patients. Nous devons augmenter notre capacité à traiter les patients qui sont atteints de maladies virales graves. Essentiellement, cela doit avoir une incidence sur notre façon d'envisager le virus et notre capacité à adapter notre tolérance au risque. C'est aussi principalement lié aux problèmes de main-d'oeuvre.

Très brièvement, nous manquons cruellement de personnel infirmier en soins intensifs. Nous devons mettre en place une sorte de programme permettant au personnel infirmier de s'insérer dans l'unité de soins intensifs si nécessaire. C'est très difficile, car il s'agit de soins hautement spécialisés. L'autre solution consiste à disposer d'une surabondance de personnel infirmier en soins intensifs, une proposition très coûteuse. Cependant, nous devons choisir. Nous ne pouvons pas avoir l'un ou l'autre.

En ce qui concerne le maintien de notre capacité, nous devons reconnaître qu'il faut maintenir les procédures à faible risque tout au long de la pandémie. Nous pouvons soit les réaliser dans des installations extra-hospitalières, soit reconnaître que le risque est assez faible et continuer à persévérer, en sachant que certains patients seront exposés au prochain virus ou à la prochaine vague. Nous ne pouvons plus simplement tout arrêter.

C'est une question très complexe. Je ne suis pas sûr que nous ayons le temps de l'approfondir.

Le président: Peut-être qu'un autre intervenant vous permettra de poursuivre la discussion. Merci, docteur Jacobs.

Nous allons maintenant donner la parole à monsieur Lake, pour cinq minutes, je vous en prie.

L'hon. Mike Lake: Merci, monsieur le président.

Je vais plonger dans quelque chose de compliqué. Je dois essayer de me faire une idée de la façon dont je vais formuler ma question.

Lorsque nous parlons des données probantes à propos des obligations vaccinales, nous avons souvent des débats ici à la Chambre sur les obligations, mais pas tellement sur les données probantes à propos des vaccins. Je pense qu'il y a un accord assez généralisé, peut-être pas unanime, mais très large, parmi les 338 députés sur les données probantes concernant les vaccins.

Ma question s'adresse à la docteure Warshawsky. Le CCNI conseille-t-il le gouvernement sur les données probantes relatives aux obligations vaccinales en particulier, ou la décision de rendre les vaccins obligatoires relève-t-elle davantage d'une décision politique fondée sur des données probantes concernant les vaccins?

Dre Bryna Warshawsky: Merci pour cette question.

Le CCNI ne fait pas de recommandations en ce qui concerne les obligations. Le CCNI donne des conseils d'experts sur l'utilisation des vaccins — c'est-à-dire quels produits et quelles populations — mais les obligations sont une décision fédérale, provinciale ou territoriale.

L'hon. Mike Lake: La décision d'imposer la vaccination, cependant, serait davantage une décision politique, fondée sur les avis que vous donnez à propos de l'efficacité des vaccins.

Dre Bryna Warshawsky: C'est exact. Le CCNI fournirait des renseignements sur l'efficacité des vaccins et ses recommandations sur les vaccins, mais il ne fournirait pas d'information ou de conseil sur la pertinence de les rendre obligatoires ou non. Cela relèverait de la compétence des décideurs provinciaux, territoriaux et fédéraux.

L'hon. Mike Lake: D'accord.

Ma prochaine question porte sur les arguments les plus efficaces pour convaincre les Canadiens de se faire vacciner. Elle peut s'adresser à n'importe quel témoin. À votre avis, la question s'adresse peut-être plus directement aux médecins présents — quels seraient les arguments les plus efficaces pour convaincre les Canadiens de se faire vacciner, c'est-à-dire les personnes qui, pour une quelconque raison, ne l'ont pas encore fait?

Vous pourriez peut-être commencer, docteur Jacobs, parce que vous en avez parlé un peu et que vous semblez très convaincu de l'importance de la vaccination. Quels seraient les arguments les plus efficaces pour convaincre les non-vaccinés?

Dr David Jacobs: À l'heure actuelle, la plupart des non-vaccinés font partie de petits groupes, de petites communautés, et je pense que si nous voulons vraiment les inciter à se faire vacciner, nous devons les joindre par des programmes très précis. Qu'il s'agisse d'un groupe confessionnel ou culturel, il faut aller les voir et leur donner les renseignements dont ils ont besoin pour prendre une décision éclairée. C'est un travail de terrain à ce stade.

Au début, nous étions toujours un peu handicapés par la confidentialité des patients. Si j'avais pu montrer aux gens ce que j'ai vu à l'imagerie, si j'avais pu parler directement aux gens des cas, je n'ai aucun doute que de nombreuses personnes se seraient précipitées le lendemain pour se faire vacciner. J'ai vu des choses que je n'avais jamais vues dans ma carrière — qui s'étend maintenant sur une vingtaine d'années. J'ai vu des gens sous ventilateur avec des poumons déchirés. Nous n'avons pas l'habitude de voir ça.

Il s'agit d'une maladie incroyablement grave, mais en raison de la confidentialité des patients, nous ne sommes pas en mesure de parler librement des répercussions pour les patients. Je me demande si nous aurions été en mesure de mieux communiquer la gravité de la maladie si nous avions eu un moyen de contourner ce problème, mais c'est toujours un équilibre à atteindre.

• (1725)

L'hon. Mike Lake: Il est donc juste de dire que si les Canadiens comprenaient mieux les répercussions sur la santé, ils prendraient de meilleures décisions.

Quelqu'un a-t-il des preuves que l'argument selon lequel la plupart des gens qui ont choisi de ne pas se faire vacciner sont des misogynes ou des racistes...? Y a-t-il des preuves qui montrent que de nombreux Canadiens non vaccinés sont, pour citer le premier ministre, des misogynes et des racistes? Y a-t-il des preuves qui vont dans ce sens?

La deuxième partie de cette question serait la suivante: existe-t-il des preuves que cet argument convainc les personnes qui n'ont pas encore choisi de se faire vacciner de le faire?

Dr David Jacobs: Le premier ministre a tenu des propos particulièrement peu utiles. Sa motivation était politique. Cela n'a aidé personne dans le secteur de la santé. Il n'a convaincu personne de changer d'avis.

Les personnes non vaccinées à l'heure actuelle sont très diverses. Certaines ne sont pas vaccinées parce qu'elles ont pris connaissance de la recherche et ne sont pas d'accord avec les conclusions auxquelles sont parvenus la majorité des professionnels de la santé et des scientifiques. D'autres ont tout simplement peur. D'autres personnes ont été mal informées par les médias sociaux. Il s'agit d'un assez vaste éventail de personnes, et les injures ne sont pas utiles.

Le président: Merci, docteur Jacobs et M. Lake.

Nous passons à M. Jowhari, pour cinq minute.

M. Majid Jowhari (Richmond Hill, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci à tous nos témoins de se joindre à nous et de nous faire part de leurs commentaires.

J'aimerais orienter la conversation dans une direction un peu différente. J'aimerais parler d'une pandémie potentielle qui n'est pas d'origine virale et pour laquelle nous n'avons peut-être pas de vaccin dont nous pourrions débattre. J'aimerais parler de la santé mentale.

Madame Eaton, bienvenue. Dans votre déclaration liminaire, vous avez parlé du fait que 64 % des Canadiens craignent de nouveaux variants. J'ai eu l'occasion de lire le sondage publié par l'ACSM. Je vous félicite, c'était un excellent travail. Dans ce sondage, les résultats ont également mis en évidence d'autres types de menaces ou de préoccupations, comme les changements climatiques et les inquiétudes des gens concernant leur emploi.

Pouvez-vous nous éclairer sur ces résultats et nous faire part de certains pourcentages ou de certaines de vos données?

Mme Margaret Eaton: Merci beaucoup.

Notre examen des sources de stress a révélé que 30 % des Canadiens étaient inquiets à propos de l'argent, même si c'était plus tard — les résultats ont été collectés juste avant l'arrivée d'Omicron. Ils étaient également très inquiets de la santé mentale de leurs enfants — 21 % ont mentionné les enfants. Seize pour cent des gens s'inquiétaient d'avoir assez de nourriture. Lorsque nous avons examiné ces populations vulnérables en particulier, nous avons aussi constaté une hausse des idées suicidaires.

Dans une année normale, 2,5 % des Canadiens ont des idées suicidaires. Au cours des deux dernières années, la moyenne était de 8 à 10 % des Canadiens. Si nous examinons les groupes vulnérables que j'ai mentionnés, soit les Autochtones et les LGBTQ, nous avons vu ce chiffre dépasser les 10 %.

Les gens ont vraiment du mal à traverser cette période.

M. Majid Jowhari: Merci.

Vous avez souligné quatre recommandations dans votre témoignage. La première concernait le financement à long terme. Je veux simplement revenir sur le bilan du gouvernement au cours des six ou sept dernières années. En 2017, je crois, nous avons affecté 5 milliards de dollars sur 10 ans, et le budget 2021 prévoyait une enveloppe d'environ 100 millions de dollars sur deux ans explicitement pour une intervention novatrice en santé mentale destinée aux populations touchées de façon disproportionnée par la COVID-19.

Dans votre déclaration, vous avez aussi fait une mise en garde sur la façon dont nous travaillons avec les provinces dans le respect des compétences pour nous assurer que ces fonds sont correctement alloués. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet, s'il vous plaît?

• (1730)

Mme Margaret Eaton: Oui. Nous étions ravis que le gouvernement fédéral ait réservé des milliards de dollars à l'appui de la santé mentale il y a quelques années. Malheureusement, nous ne savons pas vraiment comment cet argent a été dépensé. Nous savons que les dépenses en santé mentale sont insuffisantes, et lorsque nous examinons les investissements en santé mentale communautaire, nous constatons qu'ils sont encore plus faibles.

Nous avons été très heureux de voir la création d'un transfert pour la santé mentale et la possibilité de financer la santé mentale communautaire par ce transfert. Nous sommes très enthousiastes à l'idée que des normes soient établies en matière de santé mentale et que ces normes soient liées au transfert en santé mentale pour garantir le financement de la santé mentale communautaire, mais aussi pour garantir une norme de soins dans tout le pays, de sorte que si vous vivez à Terre-Neuve, vous recevrez la même qualité de soins qu'en Ontario. Ce n'est pas le cas actuellement.

Nous sommes très enthousiastes à l'idée de voir des normes et un investissement beaucoup plus élevé, particulièrement ciblé et [*difficultés techniques*], si vous voulez, en santé mentale.

M. Majid Jowhari: Vous avez parlé des organismes communautaires de santé mentale. J'ai aussi remarqué que vous avez publié un rapport en mars 2022 qui parlait de l'épuisement professionnel de ces organismes communautaires de santé en ce qui concerne la santé mentale. Pouvez-vous nous présenter brièvement les conclusions de ce rapport?

Le président: Si vous pouviez nous renseigner brièvement, ce serait utile. Je vous remercie.

Mme Margaret Eaton: Lorsque nous nous sommes entretenus avec nos différentes sections à travers le pays, les gens nous ont dit que la demande de services avait atteint un tel niveau qu'il y avait des listes d'attente dans la plupart des domaines que nous avons examinés. À l'ACSM Toronto, la demande de programmes pour les jeunes a augmenté de 300 %. À l'ACSM Edmonton, l'augmentation a été de 200 % pour les appels liés au soutien du revenu et aux besoins en matière d'emploi.

Nos intervenants de l'ACSM ont constaté qu'on leur demandait de faire des choses qui dépassaient largement la santé mentale. On leur demandait d'aider à trouver de la nourriture. Ils faisaient du bénévolat dans les cliniques de vaccination. Ils faisaient tout en leur pouvoir pour s'assurer que leurs communautés étaient en bonne santé et qu'on en prenait soin. Comme nos organismes communautaires de santé mentale sont sous-financés dans le meilleur des cas, cela signifie simplement que cette demande incroyable, avec des téléphones qui sonnent sans arrêt, a conduit à l'épuisement professionnel pour beaucoup de nos intervenants.

Si nous prenons les infirmières qui travaillent pour l'ACSM, nous constatons qu'elles sont sous-payées, par rapport aux infirmières en milieu hospitalier ou dans le secteur privé qui travaillent dans le domaine de la santé mentale. Les intervenants en santé mentale sont sous-payés et surmenés, et nous croyons que des choses comme l'investissement dans la santé communautaire contribueraient grandement à atténuer cette situation.

Le président: Merci, madame Eaton.

Merci, monsieur Jowhari.

[Français]

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

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

Mesdames Langlois et Lelièvre, quelle évaluation faites-vous de la position, si position il y a, ou de la posture du gouvernement canadien quant à la question dont vous nous avez fait part au sujet de l'OMC? En d'autres termes, depuis deux ans, est-ce que les bottines suivent les babines?

Vous nous avez aussi parlé des problèmes en lien avec la chaîne d'approvisionnement et vous nous avez dit que les infrastructures étaient parfois inexistantes.

Qu'est-ce que le gouvernement devrait faire de plus pour que sa contribution soit à la hauteur de vos attentes?

Mme France-Isabelle Langlois: La position du Canada à l'OMC est supposément une position de neutralité. Cependant, selon Amnistie internationale, il s'agit plutôt d'une position de blocage. Dans les faits, cela n'aide pas la levée temporaire des brevets, dont on a réellement besoin. Il faut qu'il y ait une transparence sur le plan des recettes et des autres technologies, que ce soit les vaccins ou n'importe quel autre produit, afin d'atteindre le plus grand nombre de personnes possible.

Par ailleurs, comme l'a mentionné ma collègue Mme Lelièvre, ce n'est pas vrai que le Canada ne fait rien. En effet, il participe au mécanisme COVAX. Il pourrait y participer davantage, mais il devrait surtout tenir ses promesses et avoir un rôle de leadership sur la scène internationale pour ce qui est du déploiement de la logistique. Pendant que l'on parle de la levée des brevets et quasi exclusivement des vaccins, la logistique ne se met pas en place dans les pays qui en ont besoin pour que les traitements, quels qu'ils soient, y compris, mais non exclusivement, les vaccins, soient déployés et rendus accessibles à la population. On doit faire un travail d'éducation pour convaincre la population d'avoir recours aux vaccins ou aux traitements qui leur seront proposés.

Madame Lelièvre, voulez-vous ajouter des commentaires?

• (1735)

Mme Colette Lelièvre: Puis-je ajouter quelque chose, monsieur le président?

Le président: Oui, mais je vous demande d'être brève.

Mme Colette Lelièvre: D'accord.

Le Canada pourrait également soutenir les systèmes de santé des pays avec lesquels il travaille sur le plan du développement international. Cela permettrait à ces pays de préparer la distribution équitable des vaccins dans leur propre pays. Cela veut dire qu'il faut suffisamment soutenir le personnel pour qu'il y ait un acheminement adéquat dans le pays. Il faut aussi s'assurer que la chaîne du froid est maintenue.

Un soutien substantiel de la part du gouvernement canadien pourrait certainement aider à ce que les systèmes de santé aient les capacités de réagir rapidement, le cas échéant, quand ils vont pouvoir recevoir des vaccins ou qu'ils auront accès à des traitements.

Je vous remercie.

Le président: Je vous remercie.

[Traduction]

Monsieur Davies, vous disposez de deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci.

Docteur Warshawsky, nous savons que l'effet des vaccins s'estompe. J'ai déjà mentionné que les organismes de réglementation européens ont déclaré que nous ne pouvons pas administrer des doses de rappel à l'infini et que, potentiellement, ces rappels peuvent entraîner à long terme une tolérance — je crois que c'est l'un des termes qu'ils emploient. En supposant que l'effet des doses de rappel s'estompe avec le temps, quel est le plan de match à long terme par la suite?

Dre Bryna Warshawsky: Actuellement, comme vous le savez, les fabricants incluent différents variants dans leurs vaccins. Dans les prochains mois, des variants différents pourraient être inclus. Ils s'intéressent à la souche originale, à la souche de type sauvage, et potentiellement à la souche Omicron. C'est la stratégie la plus immédiate.

Comme on l'a dit, nous examinons aussi d'autres types de vaccins. Les vaccins mucosaux, administrés par le nez ou par la bouche, pourraient renforcer la protection vaccinale que nous obtenons au moyen d'un vaccin injectable et procurer une meilleure protection contre les infections.

Toutes ces recherches se poursuivent. Nous devons prendre chaque vague comme elle vient et l'épidémiologie comme elle vient pour voir quels produits sont disponibles. Le CCNI fera ensuite ses recommandations en tenant compte de toutes ces informations.

M. Don Davies: Quel est l'état actuel des connaissances sur l'efficacité d'une dose de rappel, disons trois mois plus tard? J'ai reçu ma troisième dose en janvier. Selon vous, où se situerait mon efficacité trois mois plus tard?

Dre Bryna Warshawsky: C'est une très bonne question.

En ce qui concerne l'infection, la dose de rappel vous procure une protection d'environ 60 % contre l'infection, mais au fil du temps, donc environ trois mois plus tard, cette protection aura diminué. Nous ne savons pas exactement jusqu'à quel point, ce peut être 40 % ou 30 %.

Le plus important, c'est en ce qui concerne la maladie grave. En vaccinant, notre objectif est vraiment de prévenir les maladies graves. C'est l'objectif principal. Si vous parlez de promouvoir les vaccins auprès de la population, il s'agit de garder...

M. Don Davies: Je sais que c'est l'objectif, docteur, mais combien de temps durera-t-elle? En juin, cela fera six mois que j'ai reçu

ma dose de rappel. Quelle est l'efficacité du vaccin pour me protéger d'une maladie grave à ce moment-là?

• (1740)

Dre Bryna Warshawsky: Nous savons qu'une fois que vous avez reçu une dose de rappel, votre protection contre les maladies graves se situe dans les 90 %. Nous savons que, dans la plupart des cas, cette protection semble durer plusieurs mois, mais nous n'avons pas de données pour des mois et des mois.

En ce qui concerne la période de trois mois, la plupart des études montrent encore une bonne protection, essentiellement de 70 % ou plus, et beaucoup d'études la situent encore dans les 80 et 90 %, mais nous devons attendre pour voir quelle sera la protection à long terme.

M. Don Davies: Merci.

Madame Kalyan, je peux peut-être vous donner le dernier mot sur...

Le président: Monsieur Davies, votre temps est écoulé. Je suis vraiment désolé.

M. Don Davies: Pas de problème. Merci, monsieur le président.

Le président: Nous essayons de faire un sprint jusqu'à la fin pour achever les deux derniers tours.

Monsieur Ellis, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur le président. Je l'apprécie.

Madame Eaton, nous avons abordé brièvement les problèmes de santé mentale associés au stress dû à la COVID et les décrets et les confinements, etc. Nous avons parlé du stress chronique que les Canadiens vivent. L'une de mes questions s'y rapporte.

Si le gouvernement avait un plan en ce qui concerne les décrets fédéraux, pensez-vous que cela contribuerait à atténuer le stress que les Canadiens éprouvent de façon chronique, et le leadership?

Mme Margaret Eaton: Je suis désolée, juste pour clarifier, si le gouvernement fédéral...?

M. Stephen Ellis: S'il avait un plan, ou s'il communiquait un plan aux Canadiens en ce qui concerne les décrets fédéraux, pensez-vous que cela contribuerait grandement à atténuer le stress, ou suis-je à côté de la plaque?

Mme Margaret Eaton: Non, je pense que la plupart des Canadiens sont préoccupés par leur vie quotidienne: ont-ils assez d'argent pour joindre les deux bouts? Peuvent-ils voir leur famille et leurs amis? Leurs enfants peuvent-ils fréquenter l'école? Beaucoup de ces questions relèvent des provinces, en réalité, et non du fédéral. Je pense que ce stress commence à s'estomper. Comme nous l'avons vu, la plupart des provinces commencent à s'ouvrir. J'espère que cela atténuera une partie du stress.

Quant au stress chronique, je pense que nous allons avoir une sorte de trouble de stress post-traumatique dû à la COVID-19. Certaines personnes ne commenceront à ressentir les effets sur la santé mentale qu'une fois que les choses seront revenues à la normale. C'est alors qu'elles commenceront à ressentir le poids écrasant. Nous vivrons aussi les effets à long terme de la COVID sur la santé mentale, que nous commençons à observer.

Nous estimons qu'au cours des deux prochaines années, nous devons répondre à plus d'appels téléphoniques, plus de demandes de consultation sans rendez-vous et plus d'inquiétudes exprimées par les gens au sujet de leur santé mentale.

M. Stephen Ellis: Je vous en remercie.

Vous avez parlé un peu plus tôt des soins virtuels dans les services de santé mentale. Si c'était Mme Cohen — j'ai peut-être confondu les choses —, je suis désolé.

Est-ce aussi efficace que les services en personne?

Mme Margaret Eaton: Beaucoup de données nous permettent de croire que le virtuel est très efficace. Notre seule préoccupation à propos du virtuel est que tout le monde n'a pas accès à l'Internet à large bande et que tout le monde n'a pas accès aux appareils qui seraient nécessaires pour en tirer parti ou ne peut pas se les payer.

Je vais céder la parole à Mme Cohen, qui a un commentaire à faire.

Mme Karen R. Cohen: Je vous remercie.

Je suis entièrement d'accord avec Mme Eaton sur l'existence de preuves selon lesquelles, pour certains problèmes, les soins fournis virtuellement peuvent être aussi efficaces que les soins en personne, mais il y a encore d'énormes inégalités dans l'accès des gens non seulement à la technologie, mais aussi à l'espace personnel et privé pour recevoir ce genre de soins.

Je vais soulever brièvement deux points, si vous le permettez. Le premier concerne l'accessibilité. Je pense qu'il y avait d'énormes inégalités par rapport à l'accès aux services de santé mentale avant la pandémie. Une pandémie qui a engendré tous ces problèmes de santé mentale ne fait qu'accroître la pression sur un système auquel les gens n'ont pas suffisamment accès.

Le deuxième point est que nous avons tendance à traiter la santé mentale comme s'il n'y avait qu'un seul problème et une seule solution. La gamme de services est large. Certains sont offerts par des programmes communautaires comme l'ACSM. Une autre personne peut avoir besoin de soutien par des pairs. Une autre personne peut avoir besoin d'une évaluation ou d'une psychothérapie. Les Canadiens ont besoin d'un meilleur accès à une gamme de solutions à une gamme de problèmes.

M. Stephen Ellis: Merci à toutes les deux pour ces réponses.

Madame Cohen, puisque vous êtes sur la sellette, pourriez-vous nous parler de la ligne d'urgence à trois chiffres pour la prévention du suicide ainsi que de la nécessité et de l'urgence de la mettre en place?

Mme Karen R. Cohen: Je pense que tous les soins que nous pouvons offrir aux personnes en détresse sont une bonne chose, mais nous devons être en mesure d'assurer un suivi. Les lignes d'intervention d'urgence sont importantes, mais ce qui l'est encore plus, ce sont les soins dispensés par la suite. En général, peu de problèmes de santé mentale se règlent en une seule séance. Nous devons être en mesure de fournir ces soins de suivi.

• (1745)

M. Stephen Ellis: D'accord, et je conviendrais bien sûr qu'il y a des inégalités importantes dans le système pour les personnes qui choisissent de vivre en milieu rural et qui étaient souvent désavantagées auparavant.

Enfin, si vous le permettez, nous devrions peut-être parler un peu de la crise des opioïdes, qui s'est certainement exacerbée pendant la pandémie et qui a causé des problèmes importants. Je vous laisse le champ libre, madame Cohen. Je me sens magnanime. Pourriez-vous nous dire quelques mots sur la crise des opioïdes?

Mme Karen R. Cohen: Eh bien, ce n'est pas ma spécialité, mais je pense que nous avons assurément constaté une augmentation de la consommation de substances, surtout chez les personnes qui peuvent déjà avoir eu des préoccupations ou des problèmes de toxicomanie. Je dirais que ce type de soins, ces types d'interventions, tant pour les problèmes de santé mentale que pour la toxicomanie, nécessitent davantage d'investissements, et nous devons y investir avec parité, tout comme nous fournissons des soins pour les problèmes de santé physique.

M. Stephen Ellis: Est-ce qu'il me reste du temps?

Le président: Non, votre temps est écoulé.

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur.

Le président: Merci, monsieur Ellis.

Merci, madame Cohen.

Les dernières questions seront posées par Mme Sidhu, si vous voulez bien, pour les cinq prochaines minutes.

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

Merci à tous nos témoins de leur témoignage.

Ma question s'adresse à l'ACSM. Je vous remercie beaucoup pour le travail que vous faites pour la communauté. Vous atteignez un million de personnes par l'entremise de vos 318 sections. Merci à tous les intervenants de première ligne.

Le 3 mai 2020, un investissement fédéral de plus de 240 millions de dollars a été annoncé, y compris une aide destinée à Espace Mieux-être Canada. Santé Canada a indiqué qu'en janvier 2022, plus de deux millions de Canadiens avaient accédé au portail Espace Mieux-être et que de nombreuses personnes avaient fait état de changements positifs dans leurs capacités d'auto-évaluation. Pour quels éléments souhaitez-vous une amélioration et quels éléments vous semblent efficaces?

Mme Margaret Eaton: Nous étions vraiment ravis de la création d'Espace Mieux-être et de voir le gouvernement fédéral faire cet investissement. C'était très important. Le portail offre un vaste choix de soutiens virtuels et il comprend même un soutien en personne qui permet d'offrir quelques heures de psychothérapie gratuites.

Nous pensons qu'il s'agissait d'une réponse absolument importante et nécessaire à la pandémie que le gouvernement fédéral était seul apte à le faire pour établir un service national. Nous sommes très heureux de constater qu'il sera maintenu.

La seule amélioration que j'apporterais est liée à la nécessité d'en faire une plus grande promotion, à mon avis. Plus de gens doivent savoir qu'il est disponible. Je pense qu'il peut vraiment combler un vide et qu'il continuera à le faire. Je sais que le gouvernement souhaite qu'il se poursuive, tout comme nous.

Mme Sonia Sidhu: Merci, madame Eaton.

Madame Cohen, vous pouvez répondre à la prochaine question.

Nous savons évidemment qu'il y a beaucoup de besoins et beaucoup de stress chronique, et nous devrions aussi parler de la santé mentale des aînés. Le gouvernement fédéral a récemment nommé la première ministre de la Santé fédérale, dans l'objectif de créer des paiements de transfert en santé mentale, distincts du transfert canadien en santé, en tenant compte de tout cela.

Pensez-vous qu'il faut améliorer la collaboration entre les fournisseurs de services de santé mentale et le système médical général? Ou devrions-nous nous concentrer davantage sur le soutien communautaire et le soutien par les pairs?

Mme Karen R. Cohen: C'est une excellente question.

L'un des points que j'ai mentionnés dans ma déclaration liminaire est que nous avons produit un document avec nos partenaires des associations provinciales de psychologie pour suggérer comment un transfert fédéral en santé mentale pourrait être investi dans les provinces.

Nous souscrivons vivement à l'intégration des services de santé mentale et des services psychologiques aux soins primaires. C'est la porte financée. C'est la porte par laquelle la plupart des Canadiens ont d'abord accès à des fournisseurs de soins de santé. L'intégration des services de santé mentale à ce niveau est tout à fait logique et nous devons le faire de manière à obtenir une certaine parité dans le financement des services fournis.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Eaton.

En ce qui concerne les soins virtuels, de nombreux médecins proposent des consultations virtuelles par téléphone ou en ligne. Ces pratiques sont également appelées « télémédecine ». Qu'observez-vous par rapport à l'adoption et à l'acceptation générales de ces pratiques? Croyez-vous qu'elles sont utiles? J'ai reçu beaucoup de commentaires positifs de mes concitoyens.

• (1750)

Mme Margaret Eaton: Oui, je crois qu'elles ont été très utiles. Plusieurs de nos ACSM se sont adaptés pour offrir des services vir-

tuels. Cela a été extrêmement bénéfique pour les gens, surtout les personnes âgées et les personnes qui étaient confinées et qui n'avaient pas accès à des services en personne.

En fait, cette méthode a connu un tel succès dans tout le pays que nos sections vont continuer à offrir des services virtuels, même si elles ouvrent de nouveau leurs portes aux clients sur une base plus régulière. Nous espérons être en mesure de continuer à offrir ces services et obtenir des fonds pour le faire, pas seulement pour les soignants, mais aussi pour mettre la technologie entre les mains de nos clients, pour ceux qui en ont besoin, et leur fournir un accès Internet.

Le président: Merci, madame Eaton.

Merci, madame Sidhu.

Ainsi se terminent nos séries de questions à nos témoins. Je tiens à vous remercier de la patience dont vous avez fait preuve en nous attendant pendant que nous exerçons notre devoir démocratique. Je vous remercie de votre professionnalisme ainsi que de la profondeur et de l'étendue des connaissances dont vous nous avez fait profiter dans le cadre de notre discussion. C'était un groupe de témoins variés et solides. Votre apport augmentera grandement l'utilité de notre travail. Nous vous sommes extrêmement reconnaissants de vous être jointes à nous aujourd'hui et d'avoir répondu à nos questions de manière si complète, professionnelle et patiente. Nous vous en remercions beaucoup.

Les membres souhaitent-ils lever la séance?

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>