



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent des affaires étrangères et du développement international

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 015

Le lundi 25 avril 2022

Président : M. Sven Spengemann



Comité permanent des affaires étrangères et du développement international

Le lundi 25 avril 2022

• (1105)

[Français]

Le président (M. Sven Spengemann (Mississauga—Lake-shore, Lib.)): Bonjour, chers collègues. Je vous souhaite la bienvenue à la 15^e réunion du Comité permanent des affaires étrangères et du développement international.

Conformément à la motion adoptée le 31 janvier, le Comité se réunit dans le cadre de son étude sur l'équité vaccinale et les droits de propriété intellectuelle.

[Traduction]

Comme d'habitude, des services d'interprétation sont disponibles pour cette réunion. Pour entendre l'interprétation, il vous suffit de cliquer sur l'icône de globe au bas de votre écran. Je demanderais aux députés qui participent en personne de bien vouloir garder à l'esprit les directives du Bureau de régie interne concernant le port du masque ainsi que les protocoles en matière de santé.

[Français]

Je profite de l'occasion pour rappeler à tous les participants et observateurs présents à la réunion qu'il n'est pas permis de faire des captures d'écran ni de prendre des photos de l'écran.

Avant de prendre la parole, veuillez attendre que je vous nomme. Veuillez parler lentement et clairement lorsque vous avez la parole et mettre votre microphone en sourdine lorsque vous ne parlez pas.

Je rappelle que toutes les observations des députés et des témoins devront être adressées à la présidence.

[Traduction]

Chers collègues, c'est avec grand plaisir que j'accueille maintenant notre premier groupe de témoins devant le Comité et que je les remercie d'avoir accepté de prendre le temps d'être avec nous ce matin. Nous entendrons le Dr Seth Berkley, directeur général de Gavi, l'Alliance du vaccin. Nous accueillons également Lily Caprani, chef du plaidoyer et leader global de la santé mondiale, Vaccins et réponse à la pandémie, du Fonds des Nations unies pour l'enfance, l'UNICEF.

Bienvenue à tous les deux.

Chers collègues, nous attendons également la Dre Ayoade Alakija, envoyée spéciale et coprésidente de l'Accélérateur ACT. Elle figure à notre liste de témoins de ce matin au nom de l'OMS. Or, elle éprouve des problèmes techniques de connexion, mais nous espérons qu'elle pourra se joindre à nous au cours de la discussion.

Sur ce, j'aimerais donner à chacun de nos témoins cinq minutes pour leurs déclarations préliminaires, après quoi nous commencerons la discussion avec les députés.

Docteur Berkley, si vous voulez bien donner le coup d'envoi au nom de Gavi avec une déclaration préliminaire de cinq minutes, la parole est à vous.

Dr Seth Berkley (directeur général, Gavi, l'Alliance du vaccin): Merci, monsieur le président.

Honorables parlementaires et distingués témoins, je vous remercie de m'avoir invité ici aujourd'hui. Je remercie le gouvernement canadien de son incroyable soutien indéfectible au mécanisme COVAX et à Gavi. Au début du mois, vous avez renouvelé votre soutien au sommet de Gavi sur la garantie de marché avancée COVAX en promettant de verser des dons supplémentaires portant votre engagement total envers la garantie de marché avancée à environ 800 millions de dollars canadiens. Cette aide est vitale pour l'approvisionnement en vaccins, les livraisons et l'acquittement des frais connexes. De plus, vous vous êtes engagés à donner l'équivalent d'au moins 200 millions de doses au moyen du mécanisme COVAX d'ici la fin de 2022.

En outre, le Canada a fourni une aide capitale à la conception et à la mise en œuvre du mécanisme de partage des doses. Tout cela a contribué grandement à permettre au COVAX de livrer plus de 1,4 milliard de doses de vaccin contre la COVID-19 dans 145 économies, la grande majorité, soit près de 90 %, allant aux 92 pays à faible revenu visés par la garantie de marché avancée qui autrement, auraient eu du mal à y avoir accès. Grâce à la garantie de marché avancée COVAX de Gavi, cet accès équitable aux vaccins contre la COVID-19 a été absolument essentiel pour protéger les populations et augmenter la couverture dans les pays à faible revenu.

Aujourd'hui, en moyenne, 44 % des personnes sont maintenant protégées par deux doses dans ces pays. Bien que ce chiffre soit encore loin de la moyenne mondiale de 59 % et de l'objectif mondial de 70 % fixé par l'OMS, il s'agit d'une avancée incroyable par rapport à il y a six mois seulement, mais il est clair que nous avons encore beaucoup de chemin à parcourir. Si de nombreux pays riches comme le Canada affichent une couverture supérieure à 80 % et que certains proposent désormais une quatrième dose de rappel, la situation est très différente dans les pays à faible revenu. Actuellement, 18 pays ont encore une couverture vaccinale inférieure à 10 %. Il s'agit d'une amélioration considérable par rapport à il y a seulement trois mois, où 34 pays se trouvaient encore dans cette situation, mais malgré cela, beaucoup de pays ont encore du mal à déployer leur programme de vaccination.

Par conséquent, même si de nombreux pays à forte couverture vaccinale ont maintenant assoupli leurs restrictions et rouvert leurs sociétés, nous sommes toujours dans un état de crise mondiale. Jusqu'à présent, un nouveau variant apparaît à peu près tous les quatre ou cinq mois et, à l'échelle mondiale, rien n'a changé qui nous permette de penser que ce schéma ne se répétera pas. Dans un contexte où il y a 2,7 milliards de personnes non vaccinées, le virus conserve toute la latitude nécessaire pour circuler et muter. Cela signifie que la menace d'une résurgence ou de l'apparition de nouveaux variants potentiellement plus dangereux pèse toujours sur nous et demeurera bien présente jusqu'à ce que la couverture mondiale augmente et que davantage de personnes soient vaccinées.

Jusqu'à récemment, le principal défi était l'approvisionnement. Les pays qui accaparent les vaccins, les restrictions à l'exportation et les retards de production ont gravement entravé l'accès mondial, mais aujourd'hui, l'approvisionnement mondial s'est accéléré et l'accès aux doses n'est plus un problème. Ce succès est attribuable en partie aux transferts de technologie pendant la pandémie. Par le partage non seulement de la propriété intellectuelle, mais aussi du savoir-faire essentiel à la production de vaccins, les transferts de technologie ont joué un rôle crucial dans l'obtention de si grands volumes de doses si rapidement.

Bien que le mécanisme COVAX favorise toute mesure visant à accroître l'approvisionnement mondial équitable, la renonciation à la propriété intellectuelle n'est qu'une partie de la solution, et on peut se demander si, à elle seule, elle aurait le même impact. Il est également important de rappeler que la propriété intellectuelle est un élément important dans la conception de vaccins et qu'elle est absolument essentielle à l'innovation. C'est la principale raison pour laquelle tant de vaccins COVID-19 ont été mis au point, puisque plus d'une vingtaine de vaccins sont déjà offerts et que des centaines d'autres sont en phase d'essais cliniques et précliniques.

• (1110)

Il reste important de diversifier l'approvisionnement mondial, et Gavi et le COVAX s'en font une priorité. Lorsque Gavi a commencé son travail en 2000, il n'y avait que cinq fournisseurs, principalement dans les pays industrialisés. Aujourd'hui, il y a 18 fournisseurs, dont la majorité se trouve dans les pays en développement. À long terme, la solution la plus porteuse et durable consisterait à ouvrir des laboratoires dans diverses régions du monde pour produire divers vaccins d'intérêt mondial, régional et local, notamment en Afrique.

Pour l'instant, cependant, le plus grand défi du COVAX n'est plus l'approvisionnement, mais la couverture vaccinale. La réalité est telle que de nombreux pays ont du mal à déployer les vaccins et à mener des campagnes de vaccination sur le terrain. C'est là que notre priorité doit maintenant se situer, nous devons nous assurer que ces pays reçoivent les bons vaccins en bonnes quantités et au bon moment. Cela signifie qu'il faut aider ces pays à renforcer leurs systèmes de distribution et à augmenter leur capacité d'absorption pour répondre à la demande. C'est ce dont ils auront besoin pour distribuer plus rapidement les doses à leurs populations et, en définitive, atteindre leurs objectifs.

Bien que nous devions aider les pays à atteindre leurs objectifs nationaux, il est avant tout essentiel d'obtenir une couverture vaccinale élevée dans les groupes à haut risque (les travailleurs de la santé, les personnes âgées et les personnes immunodéprimées ou présentant des comorbidités). Actuellement, nous estimons que la couverture est d'environ 75 % parmi les travailleurs de la santé et de

57 % chez les plus de 60 ans. Ce n'est pas assez. La pandémie n'est pas encore terminée, loin de là, il est donc impératif que les pays utilisent les doses disponibles pour protéger la plus grande partie possible de leur population, en commençant par les personnes les plus vulnérables. La bonne nouvelle, c'est que nous disposons désormais d'un approvisionnement suffisant pour les aider non seulement à atteindre ces objectifs nationaux, mais peut-être même à les dépasser.

J'aimerais terminer en remerciant le Canada de son incroyable leadership, de son soutien et de son partenariat de tous les instants pour rendre cela possible.

Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup pour votre déclaration préliminaire.

Nous entendrons maintenant Mme Caprani. Vous avez la parole pour cinq minutes, s'il vous plaît.

• (1115)

Mme Lily Caprani (chef du plaidoyer et leader global de la santé mondiale, Vaccins et réponse à la pandémie, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)): Bonjour. Merci beaucoup de m'accueillir, distingués témoins et parlementaires.

L'UNICEF, comme vous le savez, est l'agence des Nations unies pour l'enfance, et nous sommes très fiers d'être le principal partenaire de livraison du COVAX. Cela va de l'acquisition de vaccins jusqu'à la livraison à destination et à la garantie que les vaccins soient injectés dans des bras.

Une grande partie de mes propos rejoindront ce que vous avez entendu du Dr Berkley: notre expérience des deux dernières années est telle que nous sommes passés d'une situation où les stocks de vaccins étaient insuffisants pour atteindre la couverture nécessaire pour protéger les populations du monde entier au problème actuel, où nous avons assez de doses, mais ne sommes pas toujours en mesure de les traduire en vaccination tangible pour protéger les populations les plus vulnérables du monde.

La pandémie est loin d'être terminée, comme nous le savons. Un nouveau variant apparaît tous les quatre mois environ, et la menace ne s'estompe pas, ni pour les populations vulnérables ni pour aucun pays. Même avec une couverture vaccinale élevée, il reste avisé de notre part de continuer de faire pression en faveur d'une coopération mondiale, de veiller à ce que toutes les populations vulnérables du monde reçoivent la protection dont elles ont besoin contre la maladie grave et la mort et de réduire les perturbations actuelles des autres services essentiels.

L'une des principales préoccupations de l'UNICEF est de s'assurer que la réponse actuelle à la pandémie ne se fasse pas au détriment d'autres services essentiels, notamment la vaccination générale de base des enfants, l'accès à l'éducation, l'accès aux soins de santé primaires et toutes les autres fonctions essentielles qui protègent la vie des enfants aujourd'hui et leur avenir.

Dans le déploiement mondial des vaccins, nous avons été confrontés à des défis constants pour assurer la continuité de la chaîne d'approvisionnement, et tout au long de l'année 2021, comme nous le savons, le plus grand défi a été de s'assurer que les pays à revenu faible ou intermédiaire puissent avoir accès aux vaccins. Cette inégalité, l'inégalité frappante dans l'accès aux doses, a été corrigée dans une certaine mesure, grâce au leadership mondial des pays à revenu élevé, dont le Canada, qui ont généreusement financé le COVAX et l'Accélérateur ACT et fait don de doses lorsque l'approvisionnement en vaccins faisait défaut.

Comme vous l'ont dit le Dr Berkley et d'autres, le défi actuel consiste principalement à déployer les vaccins et à faire en sorte qu'ils parviennent aux personnes qui en ont le plus besoin. Pour ce faire, nous devons accorder beaucoup plus d'attention et d'investissements aux défis de la distribution. Il ne suffit pas de livrer les vaccins, les produits eux-mêmes; il faut qu'ils quittent le tarmac et soient injectés dans des bras. Pour ce faire, nous devons multiplier les efforts pour investir dans les capacités des systèmes de santé des pays aux revenus les plus faibles au monde.

Nous savons que la plupart des pays dont la couverture vaccinale est parmi les plus faibles sont confrontés à une panoplie de demandes concurrentes. J'espère que nous saurons prendre un moment pour nous mettre à la place des ministres de la santé des pays à revenu faible ou intermédiaire, qui sont confrontés à des conflits et à des problèmes de sécurité, à diverses urgences sanitaires concurrentes, à des budgets limités, à des capacités insuffisantes du personnel de la santé et à de nombreux autres défis concurrents, puis trouver des moyens concrets de fournir de l'assistance technique, de l'assistance opérationnelle et le financement nécessaires pour aplanir les obstacles. Si nous ne le faisons pas, nous n'obtiendrons pas la couverture vaccinale nécessaire pour protéger ces pays et tous les citoyens du monde.

Pour ce faire, nous devons nous attaquer à certains goulets d'étranglement critiques qui apparaissent de plus en plus clairement. Nous demandons au Canada et à tous les partenaires du COVAX de se joindre à nous pour démontrer leur soutien à ces pays, afin qu'ils continuent de faire de la lutte contre la COVID une priorité politique face aux autres défis concurrents. Pour ce faire, il faut un approvisionnement prévisible et des arrivées de vaccins et d'autres produits de contre-mesures prévisibles. Mais il faut aussi un financement suffisant pour s'assurer de la présence de professionnels de santé hautement qualifiés, bien protégés et correctement rémunérés, prêts à distribuer les vaccins dans les collectivités, guidés par des stratégies de communication des risques et un engagement ferme, afin que les populations sachent parfaitement où se procurer les vaccins et puissent le faire auprès d'un travailleur de la santé fiable, bien outillé et bien formé.

Pour y arriver, nous demandons au Canada de continuer d'exercer un leadership mondial en investissant non seulement dans l'approvisionnement en vaccins, mais aussi dans la livraison des vaccins jusqu'à destination, et ce, d'une manière qui ne se fasse pas au détriment d'autres services essentiels. Pour illustrer à quel point c'est essentiel, nous constatons pour la première fois en plus de 10 ans une réduction du nombre d'enfants qui reçoivent les vaccins de base et le plus grand nombre d'enfants qui ne reçoivent aucun vaccin.

• (1120)

En conséquence, nous commençons à voir des éclosions d'autres maladies évitables par la vaccination. Celles-ci provoqueront

d'autres perturbations et d'autres pressions sur les services de santé. Par conséquent, un investissement dans la vaccination contre la COVID-19 est un investissement non seulement dans la lutte contre la pandémie, mais aussi dans la protection de la santé de tous contre d'autres maladies en même temps. En outre, nous savons que les données de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, dont l'OMS, l'UNICEF et Gavi font partie, montrent que c'est l'une des principales raisons pour lesquelles divers pays ont du mal à prioriser la vaccination contre la COVID-19.

Je ne veux pas trop répéter ce qui a déjà été dit, mais j'aimerais souligner que l'investissement dans les capacités pour assurer une plus grande diversité géographique de la fabrication et la levée des droits de propriété intellectuelle sont quelques pistes de solution. Comme le Dr Berkley vous l'a déjà dit, toutes les organisations participant au déploiement du COVAX soutiendront tout ce qui contribuera à aplanir les obstacles, afin d'accroître les capacités, ainsi que la diversité dans l'accès aux vaccins; cependant, la dérogation aux ADPIC, qui, je le sais, est le mécanisme dont on discute actuellement, n'est probablement ni nécessaire ni suffisante pour parvenir à nos fins.

Je terminerai en vous remerciant à nouveau pour le leadership exercé par le gouvernement canadien et pour vos généreuses contributions. La pandémie est loin d'être terminée. Elle présente un risque pour les services de santé partout dans le monde et pour la sécurité sanitaire mondiale. C'est aussi une excellente occasion, si nous utilisons bien cette réponse à la pandémie, d'investir dans un renforcement durable des soins de santé partout dans le monde. Cela contribuera non seulement à mettre fin à cette pandémie, mais aussi à protéger les générations futures des pandémies futures.

Le président: Merci beaucoup de votre exposé, madame Caprani.

Nous passerons maintenant aux séries de questions. Je précise aux témoins que les interventions sont très soigneusement chronométrées et, dans certains cas, très courtes. J'utilise un signal pour vous indiquer quand il reste 30 secondes de questions ou de temps de parole. Si nous pouvons nous y tenir, cela nous aidera à mener à bien les séries de questions qui nous attendent.

Au premier tour, il y aura une série de segments de six minutes. Ce matin, c'est M. Genuis qui ouvrira le bal pour six minutes.

Allez-y, s'il vous plaît.

M. Garnett Genuis (Sherwood Park—Fort Saskatchewan, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins.

Docteur Berkley, voyez-vous les dirigeants des pays en développement exprimer des préférences quant aux vaccins qu'ils reçoivent? Avez-vous des exemples de personnes qui ont refusé certaines marques de vaccins ou qui en demandent certaines plus que d'autres? Quelles sont les raisons invoquées pour justifier ces préférences?

Dr Seth Berkley: Je m'excuse, monsieur le président, mais voulez-vous que nous répondions immédiatement ou devons-nous attendre?

Le président: Oui, s'il vous plaît, docteur Berkley, répondez directement à la question du député. C'est essentiellement au député de gérer son temps de parole.

Dr Seth Berkley: Très bien.

La réponse est oui, nous observons des préférences.

Au début, les gens voulaient essentiellement n'importe quel vaccin. Les gens acceptaient toute la gamme des vaccins. Ils en obtenaient de différentes sources, et ils acceptaient également les vaccins qui avaient une durée de conservation relativement courte lorsqu'on leur en faisait don. Les choses ont changé depuis. Les pays qui ont l'expérience des vaccins choisissent d'utiliser un vaccin particulier. Prenons l'exemple du vaccin d'AstraZeneca, qui a été très important au début. Récemment, la demande pour ce vaccin a diminué — pas dans tous les pays, mais à certains endroits. Plus précisément, les pays ne veulent pas de vaccins à courte durée de conservation, parce qu'ils n'ont alors pas assez de temps pour planifier la vaccination et s'assurer de pouvoir distribuer les doses en périphérie. Aujourd'hui, le COVAX vise une fenêtre de six mois pour la distribution des doses. Ainsi, les pays peuvent choisir leurs vaccins de prédilection.

En outre, dans le cas des dons, nous demandons que les doses offertes se conservent au moins deux mois dans le pays, afin d'assurer la vaccination.

M. Garnett Genuis: Merci beaucoup.

Vous avez en quelque sorte répondu à ma question suivante, qui concernait la péremption des doses. Je me souviens du cas du Nigeria, où je pense que quelque chose comme un million de doses ont dû être détruites.

Pourriez-vous nous donner par écrit une idée des vaccins recherchés et de ceux qui ne le sont pas, une idée de ce que les pays demandent? Disposeriez-vous de documents en faisant état, que vous pourriez envoyer au Comité ultérieurement?

• (1125)

Dr Seth Berkley: Nous avons effectivement l'information. Évidemment, nous avons des plans propres à chaque pays. La bonne nouvelle, c'est qu'à l'heure actuelle, il y a une distribution assez vaste des vaccins, à la fois des vaccins à ARNm et des vaccins à vecteurs viraux. Dans le passé, nous avons aussi utilisé des vaccins inactivés, mais ces derniers sont moins demandés. Nous avons désormais des protéines avec adjuvant, qui ne sont pas encore très populaires, mais nous pensons qu'avec le temps, à mesure que les gens comprendront leurs caractéristiques, elles seront adoptées. Nous pourrions vous faire parvenir l'information.

M. Garnett Genuis: Merci beaucoup.

J'ai une question concernant l'incidence des clauses d'indemnisation dans les contrats conclus avec les pays en développement pour les vaccins.

Je sais que notre gouvernement a signé des accords comportant des clauses d'indemnisation en cas de réclamations contre les fabricants de vaccins. Dans quelle mesure ces clauses s'appliquent-elles si le Canada fait don de vaccins à des pays en développement? Est-ce que ces pays concluent leurs propres accords prévoyant des mesures d'indemnisation? Est-ce que ces accords deviennent sans objet? Pourriez-vous nous dire ce qu'il en est exactement?

Dr Seth Berkley: Nous avons mis en place dès le départ de nouveaux mécanismes nous permettant de faire notre travail dans le contexte de la pandémie. Dans bien des cas, nous avons d'ailleurs été surpris de constater que ces outils n'existaient pas déjà. Il s'agissait notamment d'une entente normalisée d'indemnisation et responsabilité. Nous avons obtenu l'adhésion de tous les fabricants de vaccins à cet effet. Tous les pays qui reçoivent des doses du COVAX

ont maintenant entériné cet accord. Lorsque le Canada fait don de doses de vaccin au mécanisme COVAX, elles sont ainsi protégées par une entente d'indemnisation et responsabilité.

Nous avons aussi fait quelque chose d'assez novateur en instaurant un régime d'indemnisation sans égard à la faute pour tous les pays visés. En cas de maladie grave ou de décès résultant de la vaccination, ces pays peuvent obtenir un certain montant compensatoire qui est financé à même le prix de chaque dose de vaccin transitant par le mécanisme COVAX. Ce régime s'applique non seulement aux doses achetées par le COVAX, mais aussi à celles qui lui sont données.

M. Garnett Genuis: Merci.

Pour que les choses soient bien claires, ce régime d'indemnisation sans égard à la faute serait donc financé par les acheteurs de vaccins. Une portion de ce que paient les gouvernements et les autres intervenants lorsqu'ils achètent des doses de vaccin sert au financement de ce régime d'indemnisation.

Dr Seth Berkley: Je dois vous corriger.

C'est nous qui finançons ce régime à même les actifs du COVAX. Il est toutefois possible pour un pays qui fait un don de payer également les coûts de livraison, les frais accessoires et tout le reste, mais nous utilisons les fonds que nous recevons pour éponger les coûts de ce régime.

M. Garnett Genuis: Merci pour cette précision.

Je vais vous poser une dernière question, car mon temps tire à sa fin. Combien d'argent a-t-on versé jusqu'à maintenant dans le cadre de ce régime d'indemnisation sans égard à la faute? Si vous ne pouvez pas nous répondre directement, pourriez-vous le faire par écrit? Merci.

Dr Seth Berkley: Je ne peux pas vous donner le montant exact, mais je sais qu'il n'y a pas eu beaucoup de réclamations dans le cadre de ce régime.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Genuis et docteur Berkley.

Nous allons maintenant passer au prochain intervenant. Monsieur Ehsassi, vous avez six minutes.

M. Ali Ehsassi (Willowdale, Lib.): Merci, monsieur le président. Si vous le permettez, je vais d'abord m'adresser au Dr Berkley.

Docteur Berkley, vous savez comme nous que l'OMS s'est donné pour objectif de vacciner 70 % de la population de tous les pays du monde d'ici l'été. Où en sommes-nous rendus par rapport à cette cible? Pensez-vous que nous pourrions l'atteindre?

Dr Seth Berkley: Disons d'abord que j'ai pris connaissance des chiffres à ce sujet. En moyenne à l'échelle planétaire, ce sont 59 % des gens qui ont reçu deux doses de vaccin. Pour les 92 pays à faible revenu que nous aidons, cette proportion atteint maintenant 44 %.

J'ai par ailleurs pu constater que la couverture vaccinale est encore inférieure à 10 % dans certains pays. Il y a 18 pays dans cette situation. Il est peu probable que ces pays puissent atteindre une couverture de 70 % d'ici le milieu de l'année. Il est possible que certains réalisent cet objectif d'ici la fin de 2022. Quelques pays se sont fixé un échéancier beaucoup plus éloigné en visant le milieu de 2023 ou plus tard encore. Nous devons nous en remettre aux objectifs que se donnent les différents pays, plutôt qu'à une ambitieuse cible planétaire pour la couverture vaccinale. C'est exactement ce que nous faisons. Nous travaillons avec chaque pays pour l'aider à établir les buts à atteindre.

J'ai bien sûr insisté dans mes observations sur notre détermination à faire en sorte que les populations à risque — travailleurs de la santé, aînés et patients atteints d'affections concomitantes — soient vaccinées. À ce titre, on ne parle plus aujourd'hui uniquement des deux premières doses, mais aussi des doses de rappel qui ont fait une apparition tardive dans les recommandations de l'OMS. C'est une autre facette que les différents pays s'emploient à améliorer.

• (1130)

M. Ali Ehsassi: Merci pour cette réponse.

Si j'ai bien compris ce que vous nous avez dit, l'approvisionnement n'est plus maintenant un problème. Mme Caprani nous a toutefois parlé de différents goulots d'étranglement. Il semblerait que le principal obstacle à ce chapitre réside dans la nécessité de renforcer la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

Je sais que le Canada a prévu des sommes assez substantielles pour le renforcement des capacités, mais pouvez-vous nous dire exactement de quoi la communauté internationale aura besoin pour parvenir à déployer dans différents pays du monde une main-d'œuvre pouvant s'appuyer sur un plus grand professionnalisme de sorte qu'il nous soit possible d'atteindre les cibles fixées?

Dr Seth Berkley: D'abord et avant tout, je crois que Mme Caprani parlait surtout des pays où la couverture vaccinale est plus faible. Il y a de nombreux pays en développement qui ont en fait très bien réussi à atteindre des niveaux élevés de couverture vaccinale, mais il y en a assurément d'autres dont les systèmes de santé sont déficients.

Pas moins de 15 des 18 pays n'ayant pas encore atteint une couverture de 10 % peuvent être considérés comme vulnérables. Dans ces cas-là, on peut dire que les investissements n'ont pas été à la hauteur et que l'on ne dispose habituellement pas de ressources financières suffisantes. L'immunisation est certes l'intervention médicale la plus largement répandue et, comme Mme Caprani l'a indiqué dans sa déclaration, nous essayons de contribuer à l'édification de systèmes de santé durables et résilients dans tous les pays du monde. C'est toutefois loin d'être chose facile dans les pays vulnérables qui sont minés par une guerre ou doivent composer avec toutes sortes d'autres problèmes.

Le financement fait partie de la solution, mais il est également essentiel de pouvoir compter sur une saine gouvernance et d'avoir accès à tous les segments de la population. C'est en ce sens que vont les efforts que nous déployons actuellement, de concert avec les partenaires dont nous vous avons parlé, mais aussi avec les différents intervenants du milieu humanitaire et de la société civile, entre autres, pour veiller à ce que ces systèmes puissent être renforcés.

M. Ali Ehsassi: Pour ce qui est du renforcement de ces systèmes, pour reprendre votre expression, pourrait-on dire que l'aide financière ne suffira pas et qu'il conviendrait de déployer un plus grand nombre d'experts pour aider ces pays à se doter d'un système satisfaisant aux normes les plus élevées? Comme vous le savez, de nombreux pays ont apporté leur aide financière, mais il faut peut-être en faire davantage pour que l'on puisse véritablement aller de l'avant.

Dr Seth Berkley: Lorsqu'on parle d'assistance, on parle d'aide financière, mais aussi d'assistance technique et technologique. Il est notamment important de se donner de meilleurs outils technologiques pour pouvoir compter sur des systèmes d'information efficaces et des chaînes d'approvisionnement résilientes. Il est question de tout cela lorsqu'on vise le renforcement des capacités, et c'est la raison pour laquelle il est plus difficile d'y parvenir dans les pays vulnérables que dans ceux dont la situation relativement stable permet des investissements dans une perspective plus durable.

Je pourrais vous donner l'exemple d'un pays comme la Syrie. On y a assisté à la destruction complète d'un système de santé et d'immunisation qui fonctionnait très bien, y compris la chaîne froide, la chaîne d'approvisionnement et tout le reste. Il a donc fallu reconstruire le tout en acceptant le fait que l'état de guerre signifiait que nous allions devoir continuer à investir.

Le président: Monsieur Ehsassi, il vous reste une trentaine de secondes pour une question rapide.

M. Ali Ehsassi: Je suis désolé. Je pensais que je n'avais plus de temps.

Je vais revenir à la même question en la posant peut-être cette fois à Mme Caprani. Comment nous assurer, en tant que membres de la communauté internationale, que nous contribuons à établir cette capacité de façon à ce que la main-d'œuvre nécessaire soit en place? J'ai l'impression que c'est l'élément vraiment crucial.

Le président: Pourriez-vous répondre brièvement?

• (1135)

Mme Lily Caprani: Je suis d'accord avec vous. C'est l'un des éléments vraiment primordiaux si l'on veut parvenir à renforcer les capacités en place. Nous avons besoin d'effectifs beaucoup plus considérables en soins de santé primaires, non seulement pour lutter contre la pandémie, mais aussi pour récupérer les pertes encourues par rapport aux avancées réalisées grâce aux campagnes régulières d'immunisation et pour rebâtir ces systèmes de santé qui sont fort mal en point. Il faudra pour ce faire miser à la fois sur un nouvel apport de ressources dans chaque pays et sur une meilleure harmonisation des efforts des donateurs internationaux.

Quant au rôle que peut jouer un gouvernement comme celui du Canada, je pense qu'il est double. Parallèlement aux investissements à consentir pour régler les problèmes liés au déploiement des vaccins, vous devez prêcher par l'exemple et exercer votre influence sur des tribunes comme le G7, le G20 et l'Assemblée générale des Nations unies pour faire bien comprendre à tous vos partenaires donateurs que la coordination des efforts avec l'objectif sans équivoque d'investir de façon durable dans la main-d'œuvre en soins de santé primaires sera l'un de nos outils les plus précieux, non seulement pour mettre fin à la pandémie actuelle, mais aussi pour se préparer en prévision de la prochaine.

[Français]

Le président: Merci beaucoup à vous, monsieur Ehsassi, ainsi qu'aux témoins.

Je passe maintenant la parole à M. Bergeron pour six minutes.

M. Stéphane Bergeron (Montarville, BQ): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être des nôtres aujourd'hui et de nous éclairer par leurs commentaires.

Le 21 mars, Joshua Tabah, directeur général de la section Santé et nutrition du ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement, a laissé entendre que les vaccins faisaient l'objet d'un problème d'approvisionnement et d'offre en 2021, alors que maintenant il s'agit davantage d'un problème de demande. C'est ce que vous confirmez ou semblez confirmer aujourd'hui. On a de la difficulté à placer les vaccins disponibles, d'après ce que je comprends.

Par ailleurs, M. Ehsassi évoquait le manque de personnel qualifié. On pourrait également évoquer d'autres facteurs, comme la chaîne de froid et les distances importantes à parcourir pour couvrir de petits villages isolés ici et là, mais également la réticence à se faire vacciner qu'on retrouve dans certains pays.

L'Organisation mondiale de la santé a annoncé, jeudi dernier, que 1 million d'enfants africains avaient pu être vaccinés contre le paludisme. On nous disait qu'actuellement on vaccinait en moyenne 6 millions de personnes en Afrique chaque semaine contre la COVID-19 et qu'il faudrait que ce nombre passe à 36 millions pour qu'on atteigne l'objectif de 70 % de couverture vaccinale.

Voici ma question aux deux témoins: en Afrique, a-t-on le même type de réticence à l'égard du vaccin contre le paludisme qu'envers les vaccins contre la COVID-19?

[Traduction]

Dr Seth Berkley: La situation est assez différente dans le cas du paludisme. Ce n'est que récemment qu'un vaccin contre le paludisme a été recommandé par le comité directeur de l'OMS. Préalablement à cela, nous réalisions une étude pilote pour évaluer les répercussions de la vaccination. On voulait savoir par exemple si les gens allaient encore utiliser des moustiquaires de lit étant donné que le vaccin n'est pas efficace à 100 %. En tenant compte du fait qu'ils vont continuer de se servir de ces moustiquaires et que l'on pourra obtenir un bon taux de couverture, le vaccin a été récemment recommandé, mais il n'a pas encore été déployé à grande échelle.

Il y a un problème avec le vaccin contre le paludisme. Alors que la demande est très forte, l'offre est pour l'instant plutôt réduite. On éprouve des difficultés à en fabriquer. Nous essayons de voir s'il est possible de produire le vaccin en plus grandes quantités et d'amener d'autres fabricants à proposer leur propre vaccin.

Pour répondre à votre question plus générale concernant l'hésitation à se faire vacciner, je vous dirais qu'elle est plus forte dans le cas de la COVID, notamment en raison de la politisation du dossier en Occident. Ces gens-là ont accès aux mêmes plateformes et réseaux sociaux que nous. Nous pouvons observer les effets des rumeurs et de la désinformation qui alimentent l'hésitation à se faire vacciner.

Il va de soi que nos partenaires sur le terrain s'emploient sans relâche à faire en sorte que les gens soient bien informés. Les travailleurs de la santé et les dirigeants politiques locaux s'efforcent ainsi de communiquer l'information nécessaire pour que les gens ne soient pas réticents à se faire immuniser, mais c'est plus difficile

avec le vaccin contre la COVID-19 qu'avec tous ceux qui l'ont précédé.

[Français]

M. Stéphane Bergeron: Cela comprend-il le vaccin contre le paludisme?

• (1140)

[Traduction]

Dr Seth Berkley: On n'a pas encore lancé de campagne de vaccination contre le paludisme. On cherche actuellement à déterminer comment le vaccin sera déployé, car il n'y en a pas encore en quantité suffisante pour inoculer tous ceux qui voudront l'être. On établira un mécanisme de distribution en fonction des endroits les plus touchés par le paludisme et les moins accessibles. Le vaccin pourra ainsi être employé là où il est le plus utile d'ici à ce que l'on en dispose en plus grande quantité. Nous avons dû faire la même chose au départ avec le vaccin contre la COVID-19 alors que le nombre de doses disponibles n'était pas suffisant.

Je ne sais pas si vous souhaitez permettre à Mme Caprani de renchérir à ce sujet, mais je pense qu'elle aurait sans doute certaines choses à ajouter.

[Français]

M. Stéphane Bergeron: Oui, bien sûr.

[Traduction]

Mme Lily Caprani: Merci.

Concernant la demande de vaccins — et j'aborde à dessein la question sous l'angle de la demande, plutôt que de l'hésitation à se faire vacciner —, j'estime qu'il est très important d'éviter de tomber dans le piège en présumant qu'un niveau de demande ou de participation inférieur à ce que l'on souhaiterait doit être entièrement attribué aux hésitations suscitées par le produit ou les preuves scientifiques à l'appui de la vaccination. Les données disponibles ne vont pas dans le sens d'une telle affirmation. En fait, de nombreuses enquêtes menées dans différents pays d'Afrique ont révélé que la vaste majorité des gens répondent par l'affirmative lorsqu'on leur demande s'ils comptent se faire vacciner. Lorsqu'on veut savoir pourquoi ils n'ont pas encore été vaccinés, les raisons données sont beaucoup plus complexes que celles liées à une simple hésitation de leur part. C'est souvent attribuable aux complications associées au processus ou à une mauvaise compréhension des choses due à une information déficiente, plutôt qu'à une quelconque objection de principe à l'égard de la vaccination. L'hésitation à se faire vacciner est un phénomène bien réel, mais fréquemment surévalué dans l'analyse des éléments influant sur la demande.

Certaines mesures pourraient être prises afin d'améliorer la situation. Il y a d'abord, comme nous l'avons mentionné, les efforts de communication des risques et de mobilisation communautaire pour que les gens aient accès à de l'information fiable, souvent par l'entremise d'un travailleur de la santé intégré à la collectivité. Cela permettrait de grandes avancées à ce chapitre. On pourrait par ailleurs faciliter l'accès à ces vaccins en les greffant à d'autres soins de santé, ce qui ferait grimper considérablement la demande et les taux d'immunisation.

Il ne s'agit pas ici de prétendre que la désinformation n'est pas problématique, car elle l'est vraiment. Il est toutefois important de ne pas lui faire porter tout le blâme, car ce serait mal comprendre la situation sur le terrain.

[Français]

Le président: Merci beaucoup à vous, monsieur Bergeron, ainsi qu'aux témoins.

Je passe maintenant la parole à Mme McPherson pour six minutes.

[Traduction]

À vous la parole.

Mme Heather McPherson (Edmonton Strathcona, NPD): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins qui sont des nôtres aujourd'hui pour nous faire bénéficier de leur expertise. Tout cela est très intéressant.

Je vais d'abord m'adresser à Mme Caprani.

Vous avez traité brièvement des autres effets qui se font ressentir pour les pays, en dehors de la question des vaccins. Je crois notamment qu'il y a tout lieu de se préoccuper d'abord et avant tout d'un changement d'attitude à l'échelle planétaire. Maintenant que les pays du monde développé ou de l'hémisphère Nord en sont rendus à une quatrième dose de vaccin, on a l'impression que la pandémie est derrière nous et que l'on peut désormais passer à un autre appel ou tourner la page. Je crois que les deux témoins que nous accueillons aujourd'hui ont indiqué très clairement que nous ne sommes pas encore sortis de cette pandémie et que de nouveaux variants vont continuer d'apparaître.

Je crains pour ma part qu'il puisse y avoir une incidence sur l'aide publique au développement et que l'on vienne à considérer le financement des vaccins comme faisant partie de l'aide ainsi offerte à un pays, ce qui signifie qu'il en resterait moins pour d'autres initiatives visant les soins de santé, l'éducation et le soutien aux femmes et aux filles.

Pouvez-vous nous dire si ces inquiétudes sont fondées et nous indiquer ce que nous pourrions faire pour éviter que cela se produise?

Mme Lily Caprani: Il y a deux aspects à considérer. L'impact plus général de la pandémie sur les pays en développement — et tout particulièrement sur leur système de santé, mais aussi sur les services sociaux essentiels — est une grande source de préoccupation, surtout pour l'UNICEF, du fait que les enfants sont d'une certaine manière les victimes oubliées de cette pandémie. Même s'ils ne sont pas ceux qui risquent le plus d'être gravement malades ou de mourir des suites de la COVID-19, les enfants ont souffert de l'interruption prolongée des services essentiels, du recul dans les campagnes régulières d'immunisation, du manque de soins de santé néonatale et maternelle et des fermetures d'écoles. C'est vraiment toute une génération qui va faire les frais des mesures prises en réponse à la pandémie, surtout si les investissements dans les autres formes d'aide publique au développement sont réduits en conséquence.

Les actions entreprises pour lutter contre la pandémie doivent compléter, et non remplacer, les investissements soutenus et continus dans les services de santé, d'éducation et de protection sociale. Cela demeure également bénéfique pour les pays les mieux nantis. Ce n'est pas une question de charité ou de générosité, et on n'aurait jamais dû le considérer comme tel. Il est absolument dans l'intérêt de tous de poursuivre les investissements en ce sens.

Par ailleurs, nous commençons aussi à observer, comme je l'indiquais, un recul alarmant par rapport aux gains réalisés de chaude

lutte au fil de plus d'une décennie. Nous constatons ainsi de nouvelles éclosions d'autres maladies pouvant être prévenues grâce à la vaccination, comme la rougeole et maintenant aussi la polio. Les impacts sont retentissants pour le système de santé et les communautés de ces régions où la couverture vaccinale est faible. Un tel recul aurait pu être totalement évité. C'est un effet secondaire très inquiétant du manque d'investissements soutenus depuis le début de la pandémie.

Je ne veux pas trop m'écarter du sujet, mais nous pouvons aussi observer les mêmes tendances inquiétantes dans le déploiement des services de nutrition.

La situation est donc effectivement très inquiétante. Nous savons que les règles du Comité d'aide au développement de l'OCDE permettent aux pays donateurs de récupérer une partie des dons et des autres paiements effectués dans le contexte de la pandémie en réduisant leur aide publique au développement, mais nous encourageons vivement les gouvernements de ces pays à ne pas se prévaloir de cette possibilité en prenant conscience des répercussions à long terme que cela risque d'avoir sur des gains durement acquis en matière de santé et de développement.

• (1145)

Mme Heather McPherson: Merci.

Je pense que le point que vous soulevez est très important, soit qu'il faut « compléter » plutôt que « remplacer » les investissements. C'est un élément essentiel sur lequel je vais certainement insister.

Mes prochaines questions s'adressent au Dr Berkley.

Docteur Berkley, il est un peu difficile pour nous de comprendre exactement la situation concernant les doses que le Canada a données. Nous savons qu'il s'est engagé à donner 200 millions de doses. Nous avons vu des montants. Les fonds supplémentaires prévus dans le budget ont été évidemment bien accueillis. Le gouvernement a parlé d'environ 87 millions de dollars à ce jour. Pouvez-vous nous fournir des données réelles quant aux pays où se trouvent ces doses et une idée de la situation?

D'après ce que j'ai compris, les seules que je peux trouver sont les 21 600 doses qui sont allées à Madagascar. J'aimerais avoir plus de précisions à ce sujet, si possible.

Dr Seth Berkley: Je n'ai pas toute l'information sous les yeux. En ce qui concerne les doses dont je suis au courant, 10 millions de doses de Moderna ont été fournies. Il y a eu 12 millions de doses de Johnson & Johnson, environ 22 millions de doses d'AstraZeneca et 7 millions de doses de NovaVax.

Certains de ces dons ont finalement été retournés en raison de la courte durée de conservation des vaccins, mais la grande majorité d'entre eux ont été distribués. Je n'ai pas sous les yeux le détail des pays destinataires, mais je crois comprendre que ces doses offertes par le Canada n'étaient pas destinées à des pays en particulier et qu'elles se sont donc retrouvées dans l'approvisionnement général des 92 pays qui en ont besoin.

Mme Heather McPherson: Si vous pouviez nous fournir ces données par écrit à une date ultérieure, ce serait formidable. Il semble en effet qu'il s'agisse d'une fraction des doses que nous aimerions voir.

Ma toute dernière question — je sais qu'il me reste peu de temps — est très brève. Quel aurait été le résultat quant au déploiement des vaccins si la dérogation à l'Accord sur les ADPIC avait été acceptée lorsque l'Afrique du Sud et l'Inde en ont fait la demande au tout début de la pandémie? Deux ans et demi ont passé et nous ne l'avons toujours pas approuvée.

Quelles auraient été les répercussions si nous avions approuvé cette dérogation beaucoup plus tôt?

Le président: Veuillez donner une réponse brève, s'il vous plaît.

Dr Seth Berkley: Il n'y en aurait eu aucune.

La question essentielle est le savoir-faire. Ce ne sont pas les brevets qui ont été une entrave à cet égard. Bien sûr, il faut avoir accès à tout brevet, mais on peut même les contourner. La question essentielle pour les produits biologiques est le savoir-faire. Sans le savoir-faire...

Moderna a dit qu'elle n'allait pas faire valoir ses brevets dès le départ, mais personne n'a pu fabriquer le vaccin Moderna parce qu'on n'a pas le savoir-faire. C'est le savoir-faire qui est essentiel.

Le président: Merci beaucoup. Merci, madame McPherson.

Nous allons maintenant passer à notre deuxième tour. Comme le temps file, je suggère que nous comprimions nos interventions à quatre minutes et à deux minutes, respectivement, à partir de maintenant.

Si mes collègues l'acceptent, j'aimerais demander à M. Aboultaif de commencer, s'il vous plaît, pour quatre minutes.

M. Ziad Aboultaif (Edmonton Manning, PCC): Merci, monsieur le président. Merci aux témoins. Merci encore de comparaître devant le Comité ce matin.

Docteur Berkley, vous avez mentionné certaines marques de vaccins pour lesquelles il y a moins de demandes, comme AstraZeneca. Vous avez dit également que certains vaccins ont été rejetés en raison de leur courte durée de conservation. Ce sont en fait deux mauvaises nouvelles, car il y a là un gaspillage qui pourrait être évité.

Premièrement, pourriez-vous nous dire combien de vaccins ont été rejetés en raison de leur courte durée de conservation? Où se situent les lacunes dans le système? Est-ce lié à l'infrastructure? Est-ce lié à la chaîne d'approvisionnement? Qu'est-ce qui est à l'origine de ce gaspillage de vaccins?

• (1150)

Dr Seth Berkley: Au départ, les gens étaient ravis de prendre n'importe quelle dose de vaccin, y compris de vaccins dont la durée de conservation est courte. La demande était énorme et les gens les prenaient et les utilisaient très rapidement. Ce qui s'est passé depuis, c'est que les pays ont maintenant accès aux vaccins. Puisqu'ils ont des vaccins, ils ont planifié des programmes et y travaillent. S'ils reçoivent des doses à courte durée de conservation, ils doivent soit déplacer les doses qu'ils avaient prévu utiliser, soit retourner ces vaccins à courte durée de conservation.

Certains ont déplacé les vaccins qu'ils avaient prévus. D'autres les ont rejetés. Bien entendu, si les vaccins sont donnés au moyen du mécanisme COVAX, nous ne fournissons pas ces doses aux pays sans leur demander d'abord s'ils les prendront, et notamment quel est le délai, mais certains donateurs ont fourni des vaccins à courte durée de conservation sans passer par le mécanisme COVAX et ont exercé des pressions politiques sur les pays pour qu'ils les

prennent. Cela signifie que, si la durée de conservation est courte, ils doivent aller de l'avant et repousser l'administration de leurs autres vaccins, ce qui peut créer des problèmes avec ceux-ci.

M. Ziad Aboultaif: Encore une fois, pouvez-vous nous dire combien de vaccins ont été rejetés pour cette raison?

Dr Seth Berkley: Oui, nous avons cette information. Voulez-vous les données sur le Canada ou sur le mécanisme COVAX en général?

M. Ziad Aboultaif: L'information en général, si cela vous convient. Il est à espérer que les données seront ventilées par pays.

Madame Caprani, vous représentez l'UNICEF. J'ai été étonné d'apprendre que dans certains cas, la distribution de vaccins ne s'est pas bien passée. Ils étaient censés aller dans certains pays, notamment ceux à revenu faible et intermédiaire. Pouvez-vous nous parler de la chaîne d'approvisionnement de l'UNICEF? Je pense qu'une organisation aussi bien établie doit être prête.

Qu'est-ce qui a empêché la distribution de tous les vaccins, surtout lorsqu'ils sont devenus accessibles?

Mme Lily Caprani: La division des approvisionnements de l'UNICEF est le principal organisme de livraison du COVAX. Cela signifie que nous participons au processus d'achat et de livraison au sens propre, au transport ou à l'expédition des vaccins vers les pays. En fait, il n'y a aucun problème à le faire.

Je pense qu'il y a eu un malentendu. Lorsque nous parlons de « problèmes de distribution », nous ne parlons pas de problèmes de transport. Souvent, le délai entre la réception des doses, le moment où elles sont mises dans un avion et leur livraison à un pays peut être de 48 heures seulement. Il n'y a pas de contrainte sur le plan du transport.

Dans le cadre de ce processus, un pays doit être prêt à recevoir et à accepter des doses. L'UNICEF ne livrera jamais de doses prêtes à être déployées si elles ne peuvent pas être acceptées par un pays et administrées. Chaque pays doit, bien sûr, nous dire qu'il est prêt avant que nous ne lui livrions des vaccins. Il s'agit d'éviter le gaspillage, comme nous l'avons déjà dit.

On pourrait dire que nous agissons comme un intermédiaire entre les donateurs ou les fabricants qui offrent des stocks et les pays destinataires. En tant qu'intermédiaires, nous avons un taux de réussite très élevé. Lorsqu'un pays n'est pas en mesure de prendre ces vaccins et de les déployer — il les rejette en raison de leur courte durée de conservation ou parce qu'il n'a tout simplement pas été en mesure de mobiliser une main-d'œuvre prête à intervenir —, ils les refusent. Dans la mesure du possible, nous redirigeons ces vaccins vers un autre pays qui est prêt à les déployer.

Malheureusement, cela entraîne parfois du gaspillage. Évidemment, nous cherchons à le réduire au minimum. Jusqu'à présent, il y en a eu très peu.

M. Ziad Aboultaif: Merci

Le président: Merci beaucoup.

Merci, monsieur Aboultaif. Comme le temps file, nous devons nous arrêter ici.

Allez-y, madame Vandenberg. Vous disposez de quatre minutes.

Mme Anita Vandenberg (Ottawa-Ouest—Nepean, Lib.): Merci beaucoup.

Je remercie les témoins de nous apporter leurs points de vue d'experts aujourd'hui.

J'aimerais revenir sur une question qu'a posée Mme McPherson et un sujet dont a parlé M. Aboultaif. Il s'agit de la façon dont les dons sont fournis, en espèces ou en vaccins.

Lorsqu'un pays a des doses supplémentaires dont il n'a pas besoin, ou lorsqu'il y a des options d'achat, un mécanisme permet de les fournir bilatéralement d'un pays à l'autre. Je crois savoir que les dons en espèces faits directement à COVAX et à l'Accélérateur ACT sont de loin préférables. Plutôt que de devoir trouver des doses existantes et d'envoyer ces vaccins quelque part, les dons en espèces peuvent être effectués de manière beaucoup plus souple. Cela peut également aider les systèmes de santé, par exemple. Lorsque le Canada fait des dons en espèces équivalant à des vaccins, il inclut également des produits comme des seringues et tout le reste, et il est l'un des rares pays à le faire.

Je regarde les chiffres. Si je comprends bien, si l'on inclut les transferts en espèces au lieu des vaccins, nous avons déjà largement dépassé les 100 millions et nous sommes en bonne voie pour atteindre les 200 millions de doses de vaccin que nous avons promis. Et cela ne tient même pas compte du milliard de dollars supplémentaire prévu dans le budget de 2022.

Pouvez-vous nous dire si les dons en espèces équivalents sont les dons les plus nécessaires en ce moment?

• (1155)

Dr Seth Berkley: Je vous remercie de la question. Vous avez tout à fait raison: il est maintenant préférable de faire des dons en espèces.

À un moment donné, au milieu de l'année dernière, nous ne pouvions pas obtenir des doses en raison des interdictions d'exportation de nombreux pays, du stockage de vaccins, etc. À ce moment-là, les dons étaient une bénédiction. Ils ont été très utiles, car ils ont permis la distribution de doses, mais nous avons maintenant le déblocage des doses par les fabricants. Soit dit en passant, c'est une autre cause de retard que Mme Caprani n'a pas mentionnée. Ce n'est pas lié à l'UNICEF, mais nous devons également attendre que les entreprises soient prêtes à expédier les doses, même si elles ont été produites. C'est parfois de quoi il s'agit lorsque nous parlons des retards de livraison. Les dons en espèces sont préférables.

Cela dit, nous ne voulons pas qu'il y ait de gaspillage nulle part. Mme Caprani a parlé du mécanisme COVAX à l'interne, mais nous préférierions que toutes les doses soient acheminées à un bon endroit. Nous avons essayé de continuer à répondre aux pays qui nous ont dit qu'ils avaient des doses disponibles, tant que cela correspond à ce que les pays veulent et qu'elles ont une durée de conservation adéquate. Bien entendu, nous n'essaierons plus de livrer ces doses si les pays n'en ont pas besoin ou s'ils en ont déjà un excédent. C'est vraiment le défi. L'argent nous donne une certaine souplesse, et je remercie le Canada de fournir des seringues et d'autres fournitures. Vous avez raison de dire que certains autres pays ne l'ont pas fait, ce qui signifie que nous avons dû recourir à du financement pour les acheter.

Mme Anita Vandenberg: J'aimerais également revenir sur ce que vous avez dit tous les deux à propos des capacités et du renforcement des systèmes de santé. J'ai constaté qu'aux 732 millions de dollars supplémentaires prévus pour l'Accélérateur ACT dans le budget de 2022, viennent s'ajouter également 296 millions de dollars pour renforcer les systèmes de santé dans le monde.

Je vais d'abord poser une question à Mme Caprani.

Pouvez-vous nous dire pourquoi c'est si important, en particulier lorsque l'on parle des enfants et de pandémies futures? Pourquoi est-il si important de financer non seulement les vaccins, mais aussi les systèmes de santé?

Le président: Répondez brièvement, s'il vous plaît, puisque le temps file.

Mme Lily Caprani: Merci.

C'est absolument essentiel. Merci au Canada d'être un chef de file et de montrer sa volonté d'investir dans les systèmes de santé. Souvent, le service Cendrillon ne bénéficie pas de l'investissement. Il n'est souvent pas aussi attrayant pour les donateurs et il est plus difficile à mesurer, mais c'est absolument essentiel.

À titre d'exemple, il arrive constamment que des pays nous disent qu'ils doivent détourner des ressources de leurs systèmes de santé actuels pour répondre à la pandémie, au détriment d'autres services essentiels. C'est pourquoi nous devons investir dans ces systèmes.

Il n'est pas surprenant que le principal indicateur de la probabilité qu'un pays s'attaque à la pandémie et atteigne une bonne couverture vaccinale soit l'existence préalable d'un système de soins de santé solide, bien financé et bien coordonné. C'est le principal moyen de mettre fin à la pandémie et de prévenir la prochaine. Je suis préoccupée par le fait que, dans nos débats et nos discussions sur la préparation et la réponse à une pandémie dans le monde cette année, l'investissement dans les soins de santé primaires et dans le renforcement des systèmes figure toujours au bas de la liste des priorités politiques. J'espère que le Canada contribuera à ce que ce ne soit pas le cas.

Le président: Merci beaucoup.

Merci, madame Vandenberg.

[Français]

Monsieur Bergeron, vous avez la parole pour deux minutes.

M. Stéphane Bergeron: Merci, monsieur le président.

Un groupe d'experts rattaché à l'Organisation mondiale de la santé a révélé, au début de ce mois-ci, qu'une seule dose de vaccin contre le papillomavirus humain suffirait pour apporter une immunité efficace contre la COVID-19. Évidemment, si cette nouvelle s'avère fondée, c'est extrêmement porteur d'espoir pour la suite des choses, notamment en ce qui a trait à la vaccination un peu partout dans le monde et à la lutte contre cette pandémie, voire contre une éventuelle endémie.

Qu'en pensez-vous?

• (1200)

[Traduction]

Dr Seth Berkley: L'annonce de l'OMS — par l'intermédiaire de son groupe stratégique consultatif d'experts, qui est son mécanisme consultatif — portait sur le VPH, sur un vaccin à dose unique par rapport à un vaccin à deux doses et même, dans le passé, à un vaccin à trois doses contre le virus du papillome humain et le cancer du col de l'utérus. Cela n'a rien à voir avec la COVID-19 pour ce qui est de la situation actuelle. Ils ont laissé entendre que les données suggèrent, bien qu'elles ne soient pas complètes, qu'une seule dose de vaccin vous donnera une protection pendant un certain temps. Ils ne sont pas en mesure de dire à l'heure actuelle s'il s'agira d'une protection à vie ou non, mais ils pensent que ce sera une façon de faire plus rentable et, bien sûr, les gens pourront se faire vacciner de nouveau plus tard si nécessaire.

Nous suivrons cette recommandation de l'OMS et nous espérons donc pouvoir accélérer l'accès aux vaccins contre le VPH.

[Français]

M. Stéphane Bergeron: Souhaitez-vous ajouter quelque chose, madame Caprani?

[Traduction]

Mme Lily Caprani: Pour que les choses soient claires au sujet des vaccins contre la COVID-19, comme l'a dit le Dr Berkley, le groupe stratégique consultatif d'experts surveille constamment les preuves scientifiques disponibles et met à jour ses recommandations. Concernant la COVID-19, nous savons maintenant que la protection par des rappels est essentielle pour les populations les plus vulnérables. Nous encourageons tous les décideurs politiques à suivre les lignes directrices des experts de ce groupe consultatif qui sont régulièrement mises à jour pour tenir compte des dernières connaissances sur l'évolution du virus.

[Français]

Le président: Merci beaucoup.

Merci, monsieur Bergeron.

[Traduction]

C'est maintenant au tour de Mme McPherson, qui dispose de deux minutes.

Mme Heather McPherson: Merci beaucoup.

Ma première question s'adresse à Mme Caprani. Je suis préoccupée par les taux de vaccination dans les régions dans le monde où il y a des conflits, des crises humanitaires, des personnes déplacées à l'intérieur du pays, des camps de réfugiés et ainsi de suite. Comment le Canada peut-il aider à faire en sorte que les communautés et les populations vulnérables reçoivent les vaccins?

Mme Lily Caprani: Je pense que vous avez entendu tout à l'heure que le partenariat en matière de vaccination qui vient d'être mis sur pied procède à une évaluation, dans chaque pays, des priorités nationales et de la nécessité d'établir des plans de soutien très souples et adaptés à chaque pays. Sur les 18 pays qui n'ont pas encore atteint une couverture de 10 %, 15 sont des pays en situation d'urgence, qu'il s'agisse d'un conflit ou d'autres urgences humanitaires.

En raison de notre expérience à titre d'organismes humanitaires qui sont intervenus dans le monde entier au cours des 75 dernières années, nous savons que ce dont nous avons besoin, ce sont des formes de financement très adaptables qui permettent d'intervenir

dans les situations d'urgence. Nous avons besoin d'une planification souple et adaptée et nous devons travailler en étroite collaboration avec les gouvernements pour nous adapter aux besoins locaux.

Certains des meilleurs exemples que nous avons vus d'augmentation réussie et assez rapide des taux de couverture sont des pays qui ont été en mesure de combiner et d'intégrer la réponse à la COVID-19 à d'autres mesures liées à une réponse humanitaire et au système de santé, plutôt que de la traiter comme une autre réponse verticale indépendante.

Ce n'est pas nécessairement dans le contexte d'une urgence humanitaire, mais je sais que l'Éthiopie a réussi à multiplier par cinq son taux de couverture depuis la mi-février grâce à une planification beaucoup plus adaptable. D'autres pays en situation d'urgence doivent se donner la capacité de faire la même chose.

J'encourage le Canada et tous les gouvernements donateurs à s'assurer que le financement est offert de manière souple, afin de permettre aux organismes humanitaires de travailler en étroite collaboration pour adapter le type de déploiement nécessaire au contexte local.

Mme Heather McPherson: C'est intéressant ce que vous...

Le président: Je vous remercie beaucoup, madame McPherson.

Je suis désolé, mais nous devons respecter le temps, car nous devons entendre deux autres intervenants.

Monsieur Genuis, vous avez quatre minutes.

M. Garnett Genuis: Je vous remercie, monsieur le président.

À titre de précision, disposerons-nous également d'une heure avec les témoins suivants?

Le président: Nous aurons un peu moins d'une heure. Nous devrons comprimer un peu les interventions, mais je vais proposer une répartition équitable.

M. Garnett Genuis: D'accord. Je pensais que nous allions passer à ces témoins pour ne pas manquer de temps avec eux, car je pense qu'il est important d'avoir du temps avec eux.

J'aimerais poser des questions supplémentaires, si c'est possible.

Pour faire suite à mes questions précédentes, docteur Berkley, pourriez-vous confirmer que le financement du mécanisme d'indemnisation sans égard à la faute provient des donateurs à COVAX et non de l'industrie? Est-ce exact?

Dr Seth Berkley: C'est exact.

M. Garnett Genuis: D'accord. Il n'y a aucun mécanisme par lequel l'industrie pourrait contribuer à cela.

• (1205)

Dr Seth Berkley: Il n'y a actuellement aucun mécanisme de ce genre. Bien entendu, les intervenants de l'industrie paient habituellement leurs propres frais d'assurance ou s'autoassurent contre les événements indésirables liés à la vaccination, mais dans le cas de nouveaux vaccins et pendant une pandémie, ils n'étaient pas disposés à le faire. C'est la raison pour laquelle nous avons créé ce système d'indemnisation externe sans égard à la faute.

M. Garnett Genuis: Est-ce quelque chose que les intervenants avaient demandé?

Dr Seth Berkley: Il est vrai qu'ils avaient demandé, dans le cadre de leur indemnisation et de leur responsabilité, un certain type de régime d'indemnisation sans égard à la faute. Tous les fabricants ne l'avaient pas demandé, mais c'était un résultat souhaité par un certain nombre d'entre eux, qui ont également déclaré qu'ils ne fourniraient pas de vaccins aux pays en développement à moins qu'un certain type de système d'indemnisation sans égard à la faute soit en place.

M. Garnett Genuis: Ce mécanisme d'indemnisation sans égard à la faute couvre-t-il les cas théoriquement possibles de mauvaise foi ou des cas dans lesquels des renseignements trompeurs ont été présentés ou des renseignements ont été retenus? Couvre-t-il tous les cas possibles de responsabilité ou seulement les événements négatifs imprévisibles?

Dr Seth Berkley: Ce sont des événements de nature grave que l'on propose de relier au vaccin, bien que l'on ne puisse évidemment pas toujours établir un lien direct. Ce processus est géré par une société d'assurance commerciale d'une manière qui permet un ensemble précis de réponses et donc de paiements précis pour les effets secondaires graves et la mort.

M. Garnett Genuis: Mais pour préciser ma question, est-ce que cela indemnise les entreprises qui auraient pu avoir certains renseignements sur les effets secondaires, mais ces renseignements n'ont pas été divulgués? Ces accords d'indemnisation couvriraient-ils un cas hypothétique comme celui-là?

Dr Seth Berkley: Il faudrait que les avocats me confirment le type d'accord précis dont il s'agit, mais ce n'était pas l'objectif de la mise en œuvre de ce processus. En effet, il ne s'agissait pas de fournir une protection générale à l'industrie, mais plutôt de s'assurer que s'il y avait, comme je l'ai dit, des réactions graves ou inconnues aux vaccins, un mécanisme d'indemnisation serait en place.

Si c'est une question importante, je peux demander aux avocats d'examiner le libellé.

M. Garnett Genuis: Oui, veuillez le faire, si possible.

Ces accords sont-ils publics? Ont-ils été rendus publics? Est-il possible de fournir les détails de ces accords au Comité?

Dr Seth Berkley: Je ne suis pas sûr que les détails ont été rendus publics. Il s'agit peut-être de documents confidentiels. Je peux aussi vérifier cela.

M. Garnett Genuis: Si vous pouviez les envoyer au Comité ou simplement nous donner ces précisions par écrit, ce serait fantastique.

Le président: Je vous remercie beaucoup, monsieur Genuis. Nous devons en rester là.

Madame Bradford, vous avez la parole. Vous avez quatre minutes.

Mme Valerie Bradford (Kitchener-Sud—Hespeler, Lib.): J'ai une question pour Mme Caprani.

Vous avez dit que vous pensiez que l'Accord sur les ADPIC était peut-être insuffisant, et que même s'il avait bien fonctionné, nous devrions en faire plus. Pourriez-vous préciser ce que nous devrions faire de plus à cet égard?

Mme Lily Caprani: L'UNICEF souhaite bien entendu que toutes les mesures possibles soient prises pour lever tous les obstacles à l'expansion de la capacité de production. Pour les futures pandémies, si nous avons une assise manufacturière plus diversifiée sur le plan géographique, ce serait une bonne chose. Cepen-

dant, comme l'a dit le Dr Berkley, la levée de la dérogation à l'Accord sur les ADPIC n'aurait fait aucune différence dans la pandémie actuelle, car elle n'est pas suffisante en soi.

En ce qui concerne l'élargissement de la capacité de fabrication des vaccins — qui ne sont pas comme les médicaments et qui nécessitent un processus beaucoup plus complexe avec de multiples composantes —, nous avons été très heureux de voir des licences volontaires et un partenariat proactif entre les détenteurs de propriété intellectuelle et les fabricants. Cela a été rendu possible grâce au transfert de technologie, au partage du savoir-faire, à l'octroi de licences volontaires et à un partenariat proactif. Tous ces éléments sont essentiels. La levée des droits de propriété intellectuelle ne suffit pas en soi. Elle ne permettrait pas à un fabricant d'acquiescer une expertise suffisante pour être en mesure de fabriquer des vaccins. Comme nous venons de l'entendre, l'exemple de Moderna illustre bien cette réalité.

Il vaut la peine d'étudier toutes les possibilités d'élargir la capacité de production sur le plan géographique dans les années à venir en vue d'une future pandémie, mais la priorité pendant la pandémie actuelle a été d'encourager un partenariat proactif, le partage du savoir-faire et le transfert de technologie et de s'assurer que les fabricants capables de produire des vaccins sûrs et efficaces dans le cadre d'une surveillance réglementaire appropriée puissent le faire. Il existe de nombreux exemples de telles réussites sans qu'une dérogation à l'Accord des ADPIC n'ait été nécessaire.

• (1210)

Mme Valerie Bradford: Je vous remercie de votre réponse.

Docteur Berkley, le Canada a engagé 580 millions de dollars pour soutenir le mécanisme COVAX et s'est fait le champion de cette initiative. Que pouvons-nous faire de plus pour soutenir le mécanisme COVAX à l'avenir?

Dr Seth Berkley: Merci pour le soutien du Canada. Évidemment, comme Mme Caprani et moi l'avons dit, le financement est important. Ce qui est également important — et Mme Caprani l'a mentionné —, c'est de tenter de veiller à ce que cette question reste prioritaire dans les grands forums comme le G7, le G20, l'Assemblée générale des Nations unies, l'Assemblée mondiale de la Santé, etc. Le défi, comme nous l'ont dit certains parlementaires, c'est qu'il y a un risque que les gens pensent que c'est terminé et que nous en avons fini avec le virus. Je ne pense pas que le virus en ait fini avec nous, et nous devons donc nous assurer d'être en mesure de nous occuper de plusieurs problèmes et situations urgentes en même temps et de continuer à avoir le soutien financier, le soutien politique et le soutien du système de santé qui sont nécessaires à la fois pour mettre sur pied une réponse robuste maintenant et pour mieux nous préparer à l'inévitabilité d'une future épidémie, car c'est une certitude évolutive, en particulier avec le réchauffement climatique, l'augmentation de la population, l'urbanisation, etc.

Mme Valerie Bradford: Très brièvement, y a-t-il des leçons à tirer des réussites et des échecs de COVAX à ce jour, en prévision de la prochaine fois?

Dr Seth Berkley: À mon avis, il y a deux leçons à tirer. La première, c'est qu'il faut disposer d'un financement prévisible et accessible immédiatement, afin de pouvoir s'assurer d'être dans la file d'attente pour acheter des doses rapidement.

La seconde, c'est qu'il faut disposer d'une capacité d'intensification des efforts. Au début, la division des approvisionnements de l'UNICEF, Gavi et tous les intervenants ont dû travailler avec le personnel existant. Tout le monde était débordé. Les gens l'ont fait parce qu'ils savaient que c'était ce qu'il fallait faire, mais nous devons être mieux préparés à faire face à la nécessité d'intensifier les efforts et à réagir en cas d'urgence. Nous devons garder à l'esprit tous les enseignements tirés de cet effort.

Mme Valerie Bradford: Je vous remercie.

Le président: Je vous remercie, madame Bradford.

Chers collègues, en notre nom à tous, j'aimerais remercier nos témoins, Dr Berkley et Mme Caprani, d'avoir comparu aujourd'hui.

[Français]

Je vous remercie beaucoup de vos témoignages, de votre expertise et, surtout, de votre service.

[Traduction]

Nous vous remercions sincèrement du travail important que vous effectuez. Nous allons vous laisser vous déconnecter maintenant. Bon retour à tous les deux, et soyez prudents. Nous vous remercions encore une fois.

Chers collègues, nous allons passer directement à notre prochain groupe de témoins. J'aimerais donc souhaiter la bienvenue à Kiersten Combs, présidente d'AstraZeneca Canada et à Fabien Paquette, responsable des vaccins chez Pfizer Canada. Chaque témoin aura cinq minutes pour faire une déclaration préliminaire.

Nous entendrons d'abord Mme Combs. Vous avez la parole, madame Combs. Vous avez cinq minutes.

Mme Kiersten Combs (présidente, AstraZeneca Canada): Je vous remercie beaucoup de m'avoir invitée aujourd'hui pour formuler quelques brefs commentaires sur le rôle d'AstraZeneca dans la lutte contre la COVID-19.

Face à la plus grande urgence sanitaire de notre génération, je suis incroyablement fière du rôle qu'AstraZeneca et ses employés jouent pour vaincre la pandémie et apporter une contribution positive à la santé publique mondiale.

La pandémie n'a jamais vraiment respecté les limites ou les frontières. Elle a représenté un défi sanitaire et économique sans précédent à l'échelle mondiale. C'est la raison pour laquelle, très tôt dans la crise, AstraZeneca a uni ses forces à celles de l'Université d'Oxford, afin de combiner son expertise de classe mondiale en vaccinologie à nos capacités mondiales de développement et de fabrication.

Dès le début de ce partenariat, AstraZeneca s'est engagée à fournir un accès élargi et équitable à son vaccin et à le mettre à disposition sans profit au plus fort de la crise. Je pense que cela reflète notre engagement à répondre au besoin urgent en matière de santé publique mondiale que nous avons ressenti et à appuyer les systèmes de santé et les économies qui se remettent de l'épidémie mondiale.

Consciente de la complexité de la fabrication des vaccins et de l'importance cruciale de la chaîne d'approvisionnement mondiale, AstraZeneca a contribué à mettre en place une capacité de fabrication dans 15 pays, dans 25 lieux de fabrication différents, afin d'envoyer le vaccin dans toutes les régions du monde aussi rapidement que possible. Pour y arriver, nous avons dû compter sur notre propre capacité de production et partager notre savoir-faire avec

plus de 20 partenaires, chacun d'entre eux étant désormais pleinement équipé pour fournir le vaccin et contribuer à notre production totale.

Afin de soutenir les efforts déployés à l'échelle mondiale en vue de garantir un accès rapide, juste et équitable au vaccin pour les populations de tous les pays, AstraZeneca a été la première société biopharmaceutique à rejoindre le partenariat COVAX. En 2021, AstraZeneca et ses partenaires mondiaux ont fourni plus de 2,6 milliards de doses de vaccin à plus de 180 pays sur tous les continents, y compris ici, au Canada. Environ deux tiers de l'approvisionnement ont été envoyés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Plus de 300 millions de doses ont été livrées à 130 pays par l'entremise de COVAX.

Dès le début de 2020, lorsque la véritable ampleur de la pandémie est devenue évidente, AstraZeneca s'est engagée à aider à vaincre la COVID-19 en exploitant et en partageant ses connaissances scientifiques et son expertise afin de faire progresser la mise au point de médicaments potentiels pour prévenir ou traiter le virus. Comme vous le savez, notre vaccin Vaxzevria a joué un rôle essentiel dans les efforts mondiaux pour vaincre la pandémie. Il a reçu sa première approbation pour une utilisation d'urgence en décembre 2020 et a reçu une autorisation de commercialisation ou d'utilisation d'urgence dans 93 pays. Cela comprend son inscription sur une liste d'autorisation d'utilisation d'urgence de l'OMS.

Le vaccin a démontré son efficacité contre tous les variants connus de la COVID-19, y compris Omicron. Il est également efficace contre toutes les formes de la maladie, depuis la forme asymptomatique jusqu'aux formes graves et à l'hospitalisation. Il est généralement bien toléré, selon les études cliniques et les données probantes recueillies auprès de plus de 10 millions de patients dans le monde. Au cours de l'année 2021, on estime qu'il aurait contribué à prévenir 50 millions de cas de COVID-19 et 5 millions d'hospitalisations et qu'il aurait sauvé plus de 1 million de vies.

Parallèlement à l'approche liée à notre vaccin, nous avons également rapidement mobilisé nos efforts pour faire progresser le développement d'Evusheld. Il s'agit d'une nouvelle combinaison d'anticorps à action prolongée neutralisant le coronavirus pour la prévention et le traitement de la COVID-19. Evusheld est en fait la première combinaison d'anticorps à action prolongée qui s'est révélée efficace à la fois pour prévenir et traiter la COVID-19, ainsi que le premier traitement par anticorps à avoir démontré un niveau élevé de protection contre la COVID-19 symptomatique dans le cadre de la prévention avant l'exposition.

Pendant que le vaccin nous aide à inverser le cours de cette pandémie dévastatrice, des millions de personnes dans le monde — environ 2 % de la population — restent exposés aux risques que présente la COVID-19 parce qu'elles ne sont pas en mesure de développer une réponse immunitaire suffisante après la vaccination. Il s'agit de patients et d'autres personnes immunodéprimées, notamment des personnes atteintes de cancers du sang ou d'autres cancers traités par chimiothérapie, des personnes sous dialyse, de celles qui prennent des médicaments à la suite d'une transplantation d'organe ou de celles qui suivent des traitements immunosuppresseurs, par exemple les médicaments contre la sclérose en plaques ou la polyarthrite rhumatoïde.

Pour conclure, j'espère avoir clairement démontré l'engagement d'AstraZeneca à contribuer à vaincre la COVID-19 depuis le tout début de la crise sanitaire mondiale. Notre engagement se poursuit. Nous continuons de nous concentrer sur la façon d'offrir un accès élargi et équitable à nos vaccins et à nos autres médicaments.

• (1215)

AstraZeneca reste fermement déterminé à infléchir l'évolution de cette pandémie et à aider les pays les plus démunis à protéger leurs populations. Ce défi humanitaire, le nôtre, exige une réponse unie du monde entier, pas seulement de la communauté scientifique, mais, également, des industries, des organismes et des États, en réalité, de tous les êtres humains. Nous sommes déterminés à jouer notre rôle dans cette crise de la santé publique.

Merci.

Le président: Merci beaucoup pour cette déclaration préliminaire, madame Combs.

[Français]

Monsieur Paquette, vous disposez à votre tour de cinq minutes pour faire votre présentation d'ouverture.

[Traduction]

M. Fabien Paquette (leader des vaccins, Pfizer Canada): Merci, monsieur le président. Je remercie également les membres du Comité.

[Français]

Bonjour à tous.

Je suis très reconnaissant que vous m'ayez invité aujourd'hui à contribuer à votre étude.

Dès le début de la pandémie, Pfizer et BioNTech se sont engagées fermement à garantir l'accès équitable et abordable aux vaccins contre la COVID-19 partout dans le monde.

• (1220)

[Traduction]

Nous avons d'abord introduit la tarification différenciée. Nous avons établi un prix pour les pays riches, comme le Canada, où le prix a été comparé au coût historique du vaccin contre la grippe. Nous avons demandé aux pays à revenu moyen de payer la moitié de ce prix. Nous avons offert le vaccin au prix coûtant aux pays à revenu faible, qui représentent environ 50 % de la population mondiale.

Nous avons ensuite établi de multiples voies d'approvisionnement, par exemple des ententes d'approvisionnement direct avec les gouvernements comme celui du Canada, où, à ce jour, nous avons distribué plus de 71 millions de doses. Nous avons une entente d'approvisionnement direct avec COVAX. En 2021, Pfizer et BioNTech ont distribué plus de 250 millions de doses — ce qui représente plus de 25 % de l'approvisionnement total de COVAX — à plus de 100 pays et territoires. Nous avons appuyé des programmes de dons des gouvernements, notamment un milliard de doses offertes aux États-Unis aux fins de dons à des pays à revenu faible et moyen et à l'Union africaine. Nous avons également instauré des programmes de dons humanitaires.

Enfin, nous avons déployé un réseau mondial fiable de fabrication.

[Français]

En date du 17 avril, nous avons distribué plus de 3,3 milliards de doses du vaccin Pfizer-BioNTech dans plus de 179 pays et territoires dans chaque région du monde.

[Traduction]

Nous nous sommes engagés à fournir deux milliards de doses aux pays à faible et moyen revenus en 2021 et 2022. En date du 17 avril 2022, nous avons distribué plus de 1,3 milliard de doses à 110 pays vers l'atteinte de cet engagement.

[Français]

Notre chaîne d'approvisionnement et notre réseau de fabrication couvrent maintenant quatre continents et comprennent plus de 20 établissements. Nous partageons notre technologie avec de nombreux partenaires de fabrication, notamment Biovac, en Afrique du Sud, Eurofarma, au Brésil, et beaucoup d'autres. Nos contrats de licence volontaire ont été établis avec des partenaires qui ont une excellente feuille de route en matière de production de vaccins de qualité et qui ont une capacité de production à grande échelle.

[Traduction]

De plus en plus de voix crédibles à travers le monde reconnaissent que les brevets ou l'approvisionnement ne sont pas le problème. L'Africa Center for Disease Control and Prevention a interrompu tous les dons de vaccins contre la COVID-19 jusqu'aux troisième ou quatrième trimestres de cette année, expliquant que le principal défi pour vacciner le continent n'est plus les pénuries, mais bien les défis logistiques et la réticence face à la vaccination.

L'Organisation mondiale de la santé a signalé que de nombreux pays ont du mal à atteindre un taux élevé de vaccination contre la COVID-19, malgré un approvisionnement adéquat. L'Union africaine et COVAX ont refusé des façons d'obtenir le vaccin, étant donné que les pays en développement ont de la difficulté à transformer les stocks en inoculations. Les deux principaux fabricants de vaccins contre la COVID-19 en Inde ont stoppé la production, citant des stocks importants et l'absence de nouvelles commandes.

Pour atteindre l'objectif de vacciner la population mondiale, nous devons concentrer nos efforts où ils comptent le plus. Il faut d'abord investir dans la préparation des pays et répondre à l'hésitation face à la vaccination. Les vraies solutions pour améliorer l'accès aux vaccins comprennent le renforcement et l'entretien des infrastructures de soins de santé pour administrer le vaccin, le soutien aux travailleurs de première ligne pour administrer le vaccin, les campagnes contre l'hésitation à l'égard du vaccin pour accroître l'acceptation du vaccin, le partage des doses et la levée des barrières commerciales.

[Français]

Ce sont là les vrais et principaux défis liés à la pandémie auxquels font face les pays en développement.

[Traduction]

Ensuite, nous devons continuer à combattre les entraves aux échanges commerciaux. Les restrictions d'exportation ont été un obstacle commercial considérable au début de la pandémie. Bien qu'elles soient actuellement facilement prises en charge, le risque qu'elles recommencent à poser problème subsiste.

Enfin, l'innovation continue est d'une importance capitale. De nombreuses entreprises collaborent afin de soutenir la recherche-développement et la fabrication, grâce à la propriété intellectuelle et à des politiques favorisant l'innovation. Ensemble, nous continuons de lutter contre la COVID-19 en mettant au point des vaccins supplémentaires qui ciblent les nouveaux variants.

Nous faisons de la recherche sur des posologies ciblant des populations particulières, comme les enfants et nous créons des formules supplémentaires qui amélioreront la conservation et la manipulation du vaccin afin d'en faciliter l'administration dans les pays en développement.

• (1225)

[Français]

Le principe de la propriété intellectuelle a permis d'avoir un solide réseau mondial d'approvisionnement avec de multiples partenariats qui maintiennent des normes de qualité élevées. Pour cette raison, l'industrie produit maintenant environ 1 milliard de doses du vaccin contre la COVID-19 par mois.

[Traduction]

Alors que vous envisagez de formuler des recommandations pour le gouvernement, je vous encourage à reconnaître que les brevets ne sont pas l'obstacle à l'équité.

[Français]

Je vous remercie beaucoup.

[Traduction]

Je serai heureux de répondre à vos questions.

[Français]

Le président: Je vous remercie beaucoup de votre allocution d'ouverture, monsieur Paquette.

[Traduction]

Chers collègues, entamons la période de questions.

J'ai un problème avec la durée des temps de parole. Nous pourrions dépasser de peu l'heure prévue pour la fin de la réunion. Ce n'est pas la préférence de tous, parce que certains sont pris dès 13 heures, mais nous pourrions poursuivre jusqu'à 13 h 15.

Pourquoi ne pas ramener le temps de parole du premier tour à cinq minutes, ce qui nous donnerait un peu de flexibilité...

M. Garnett Genuis: S'il vous plaît, non! Chaque parti devrait disposer de six minutes pour commencer.

Le président: D'accord. Si c'est ce que le Comité préfère, si c'est le consensus, nous pouvons certainement le respecter.

Le retard du début est un peu contraignant.

Monsieur Genuis, vous disposez de six minutes.

M. Garnett Genuis: Merci, monsieur le président.

Madame Combs, occupons-nous tout de suite du gros problème dont personne ne veut parler, la baisse de la demande relative, à l'échelle mondiale, du vaccin d'AstraZeneca. Par exemple, le pays le plus peuplé d'Afrique, le Nigeria, où le taux de vaccination n'est que de 6,5 %, maintient sa décision de ne plus s'en servir. Le recommanderiez-vous à vos proches ou à des personnes de moins de 55 ans, compte tenu de ce qu'on sait actuellement?

Mme Kiersten Combs: Je ne nierai pas la désaffection que subit, mondialement, notre vaccin. Elle est assez répandue, ici, au Canada.

Pour vous répondre directement, je conseillerais d'abord à mes proches de se faire vacciner partout où ils le peuvent et dès qu'ils le peuvent. La science permet de croire que notre vaccin, Vaxzevria, grâce à son profil d'effets secondaires, est sûr. Si c'est le vaccin offert, je le conseillerais aux membres de ma famille.

Mais, chaque fois qu'on reçoit un vaccin, qu'on prend un médicament, il lui est associé un profil de risques et d'avantages qui relève d'un choix très personnel. Ce choix doit être fait par chacun. Ce n'est pas différent, pour un vaccin.

M. Garnett Genuis: Merci, madame.

Ne dissimulons rien. Il y a plus d'un an, notre Comité consultatif national de l'immunisation, inquiet des thrombocytopénies provoquées par votre vaccin, a publié une recommandation pour le déconseiller aux adultes de moins de 55 ans. Les provinces ont publié des recommandations semblables.

Recommanderiez-vous de suivre l'avis des autorités sanitaires et d'éviter votre vaccin, sachant ce que ces autorités recommandent au Canada?

Mme Kiersten Combs: Je recommanderais à quiconque de se conformer aux conseils des autorités sanitaires locales. Nous avons ici l'avantage de nous faire offrir d'autres vaccins. Absolument! Il faut suivre les conseils des autorités sanitaires.

En revanche, ailleurs, dans le monde, on n'a pas le même choix. Des organismes mondiaux de réglementation laissent entendre que le profil des risques et des avantages du Vaxzevria est avantageux. Le vaccin est donc recommandé dans certaines parties du monde.

M. Garnett Genuis: Très bien.

À titre confirmatif, la recommandation des autorités sanitaires canadiennes, du pays comme des provinces, est que les personnes de moins de 55 ans devraient éviter ce vaccin.

Avez-vous des indications qui permettent de croire, par exemple, que le risque de thrombocytopénie provoquée par le vaccin est plus faible dans certains pays en développement qu'au Canada? Il s'agit, ici, de la même pathologie.

Mme Kiersten Combs: Non, je ne possède aucune preuve scientifique, mais j'éprouve également beaucoup de respect pour les autorités sanitaires, et la population locale devrait s'en remettre à leurs conseils sur les vaccins à recevoir. C'est tout ce que j'affirme.

M. Garnett Genuis: Très bien.

C'est quand même un problème quand les conseils diffèrent d'un pays à l'autre. Vous dites de suivre les conseils sanitaires, quel que soit l'endroit où on se trouve, même s'ils concernent les mêmes composés.

Puis-je vous poser une autre question sur votre vaccin? Votre compagnie était-elle au courant du profil de risque posé par les effets secondaires, avant la publication de la recommandation du Comité consultatif national de l'immunisation, il y a un an?

• (1230)

Mme Kiersten Combs: Quand les effets secondaires ont commencé à être connus dans la population générale, la compagnie...

Il faut se rappeler que le produit diffère un peu de beaucoup de vaccins et, je le ferais observer, de tout type de produit pharmaceutique par le fait qu'il a été distribué et administré à une population nombreuse et diversifiée, presque partout sur le globe, en très peu de temps, beaucoup plus rapidement qu'un médicament normalement destiné à la population générale...

M. Garnett Genuis: Je suis désolé. J'ai très peu de temps. J'aimerais vous accorder tout le temps dont je dispose, mais, dans une dizaine de secondes, je dois questionner M. Paquette.

Étiez-vous au courant des risques avant la publication de la recommandation?

Mme Kiersten Combs: AstraZeneca a été mis au courant des risques posés par le Vaxzevria quand nous les avons révélés au public.

Comme nous suivons, dans tout type de...

M. Garnett Genuis: Je suis désolé. Je dois questionner M. Paquette. Vous pouvez certainement compléter votre réponse par écrit, à l'intention du Comité.

Monsieur Paquette, vous avez parlé d'hésitation face à la vaccination. En 2009, votre compagnie a versé 2,3 milliards de dollars américains dans ce qui constituait à l'époque le règlement le plus coûteux d'une affaire de fraude aux soins de santé de l'histoire des États-Unis. On alléguait que vous aviez illégalement fait la promotion de quatre médicaments: Bextra, Geodon, Zyvox et Lyrica.

Je suis également préoccupé par l'hésitation face à la vaccination. Croyez-vous que des règlements comme celui-là ont contribué à affaiblir la confiance à l'égard de l'industrie pharmaceutique et à augmenter l'hésitation face à la vaccination, partout dans le monde?

M. Fabien Paquette: Merci pour la question.

En fait, l'hésitation face à la vaccination existe depuis longtemps, depuis aussi longtemps que les vaccins existent. Ce n'est pas nouveau. Ça a toujours été.

Nous discernons différents types de cette hésitation. Il y a des gens qui sont absolument antivaccins et qui ne se feront jamais vacciner, et il y en a d'autres qui cherchent à être un peu mieux informés, à mieux comprendre et à être mieux éclairés sur les vaccins.

Il est indispensable, dans ce cas, de sensibiliser le public, avec le concours des fournisseurs de soins qui l'informeront convenablement.

M. Garnett Genuis: Je suppose...

Le président: Merci, monsieur Genuis. En fait, vous avez pris plus que six minutes.

Madame Fry, vous disposez de six minutes.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Merci beaucoup.

Je tiens à vous remercier de votre apport... Notre comité vous en fera voir de toutes les couleurs, comme vous le savez peut-être bien.

En ma qualité de médecin, je sais que différentes personnes et différents groupes réagissent différemment à différents médicaments. Le consensus ne permet pas d'affirmer que, parce que tel groupe a vécu quelque chose, il en sera nécessairement de même dans tel autre groupe. Voilà un bel exemple de ce que donne le profil des risques et des avantages.

Vous êtes revenu à plusieurs reprises sur l'hésitation face la vaccination. Je tiens à en connaître la cause, d'après vous, autre que la crainte de souffrir. Vous avez évoqué l'état de préparation des pays à donner le vaccin — non le produire, mais à pouvoir le donner aux populations. Vous avez également parlé de l'Organisation mondiale du commerce et de problèmes de chaînes d'approvisionnement.

D'abord, quelle est une des causes de l'hésitation à l'égard de la vaccination et que pouvez-vous faire à ce sujet? Bien sûr, il y a la sensibilisation. De plus, que feriez-vous, maintenant que vous avez beaucoup de vaccins à votre disposition, que la production est interrompue et que certains pays ne sont même pas prêts à les distribuer? Comment se servir des infrastructures nécessaires et attirer des vaccinateurs compétents? En effet, nul besoin d'être médecin ou infirmière. Il suffirait d'avoir reçu la formation nécessaire. Que feriez-vous pour que ça se produise?

Ensuite, comment corriger les problèmes de chaînes d'approvisionnement à l'Organisation mondiale du commerce? Comment collaborez-vous avec elle? Quelle est la difficulté? Pourquoi l'OMC est-elle enrayée, en plus du fait que certains pays ne veulent pas conclure d'ententes nécessaires pour débloquer la situation?

M. Fabien Paquette: Est-ce que c'est moi que vous questionnez?

L'hon. Hedy Fry: En fait, c'est vous deux, mais vous pouvez commencer, monsieur Paquette.

M. Fabien Paquette: D'abord, il faut prendre au sérieux l'hésitation face à la vaccination. Elle présente des différences d'un pays à l'autre. Il faut mieux comprendre, décrire et expliquer les diverses causes du refus de la vaccination ou de la crainte d'être vacciné. La sensibilisation demeure la forme essentielle d'aide pour gagner lentement l'adhésion à l'idée de se faire immuniser.

Les preuves sont tellement nombreuses, la science est tellement claire sur la valeur de l'immunisation et des vaccins. Il s'agit de prendre le temps d'écouter, de comprendre les inquiétudes exprimées, de soutenir le plus possible les gens et leur donner le temps d'y réfléchir et d'en voir les mérites.

De plus en plus de gens se font vacciner pendant la pandémie. Certains le font régulièrement, ce qui a contribué à convaincre ceux qui hésitaient de la sûreté et de l'efficacité du vaccin. Voilà essentiellement les questions fondamentales auxquelles il faut répondre.

• (1235)

L'hon. Hedy Fry: Pouvez-vous parler des difficultés soulevées par les chaînes d'approvisionnement? Ça concerne notamment les échanges et l'OMC. L'OMC s'en occupe-t-elle ou est-elle contrecarée par des pays qui ne veulent absolument rien y faire?

M. Fabien Paquette: C'est très intéressant, car en ce moment, alors que nous avons une importante capacité et un accès aux vaccins, le véritable défi consiste vraiment à distribuer ces vaccins dans différents pays.

Prenons à titre d'exemple notre technologie de l'ARN messenger. Le processus de la chaîne du froid présente un défi. Nous devons veiller à ce que la livraison du vaccin respecte la directive très stricte qui s'applique à la chaîne du froid. Nous nous sommes rendu compte que certains pays n'ont actuellement pas les moyens nécessaires, ou ne les avaient pas avant, pour pouvoir livrer nos vaccins aussi rapidement qu'ils le voudraient. C'est une restriction dont nous devons être conscients.

Notre rôle est d'aider ces pays à obtenir l'équipement nécessaire — par exemple, des congélateurs à température ultrabasse pour leur permettre de stocker les vaccins de façon sécuritaire — et de les aider aussi à les distribuer à leur population de la meilleure façon possible. Nous savons toujours que le dernier kilomètre est très important. Nous devons nous assurer de pouvoir offrir les vaccins où les gens se trouvent. C'est un processus très complexe. Nous devons probablement investir plus dans l'infrastructure de ces pays.

L'hon. Hedy Fry: Merci.

Madame Combs, avez-vous quelque chose à ajouter? Je sais que M. Genuis vous a posé beaucoup de questions sur le vaccin d'AstraZeneca et la thrombocytopenie. Comme je l'ai déjà dit, on peut faire valoir, comme vous le dites, les avantages par rapport aux risques. Essentiellement, je pense que vous avez dit que les avantages l'emportent sur les risques, mais avez-vous des problèmes autres que la crainte des gens par rapport à ce vaccin dans certains pays? Voyez-vous d'autres façons de procéder?

Par exemple, je voulais entendre certains d'entre vous parler de la possibilité de former des gens pour administrer les vaccins, pour insérer la seringue. Il n'est pas nécessaire d'être médecin ou infirmière. Beaucoup de personnes peuvent être formées à cette fin.

Comment voyez-vous la suite des choses? Comme les variants changent régulièrement, certains d'entre nous se rendront compte que les vaccins ne fonctionnent pas. Quelle est votre réponse à cela?

Le président: Comme le temps presse, je vous prie de répondre brièvement.

Mme Kiersten Combs: Brièvement, comme mon collègue vient tout juste de le dire, les différents vaccins ont différentes chaînes d'approvisionnement. Nous avons tous appris comment les distribuer à l'échelle locale.

Je pense que votre idée de former des gens pour les administrer est très bonne. À mesure que notre modèle d'affaires devient encore plus sophistiqué, nous allons aborder la question en tant qu'écosystème.

On peut également constater que 2,6 milliards de doses d'AstraZeneca ont été distribuées dans des pays à revenu faible et des pays à revenu moyen. Cela montre la différence entre la chaîne d'approvisionnement et la possibilité d'acheminer différents types de médicaments dans des régions pour les administrer.

Le président: Merci beaucoup. Merci, madame Fry.

[Français]

Monsieur Bergeron, vous avez la parole pour six minutes.

M. Stéphane Bergeron: Merci, monsieur le président.

À la mi-mars, nous avons eu vent, par l'entremise de fuites médiatiques, d'un accord de compromis entre l'Afrique du Sud, les États-Unis, l'Inde et l'Union européenne concernant une éventuelle dérogation visant les brevets sur les vaccins contre la COVID-19 et un éventuel accord de l'Organisation mondiale du commerce relatif aux aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, ce qu'on appelle les ADPIC.

Dans un premier temps, êtes-vous en mesure de nous dire si vous avez été associés à ces discussions? J'imagine que c'est le cas. Êtes-vous en mesure de nous dire où en sont ces discussions?

• (1240)

[Traduction]

M. Fabien Paquette: Madame Combs, voulez-vous commencer?

Mme Kiersten Combs: Allez-y, monsieur Paquette.

[Français]

M. Fabien Paquette: Je vais vous répondre en français, monsieur Bergeron, étant donné que vous m'avez posé la question en français.

M. Stéphane Bergeron: Bien sûr. Le contraire m'aurait un peu ébranlé.

M. Fabien Paquette: Oui, effectivement.

C'est une très bonne question.

Il faut garder à l'esprit que le problème des brevets est un faux problème. Cela a été clairement démontré. Ce n'est pas une question de protection de brevets. En réalité, pour immuniser et protéger l'ensemble de la population, il est nécessaire de produire rapidement des vaccins et, par la suite, de les distribuer aux pays qui en ont besoin à un prix qui leur convient. C'est ce que Pfizer a fait. Nous avons maximisé notre production grâce à nos chaînes de production partout dans le monde et nous nous sommes assurés, par la suite, d'avoir une échelle de prix qui répond aux besoins des différents pays. Comme je l'ai mentionné un peu plus tôt, nous avons trois échelles de prix. Selon nous, il s'agissait des meilleures solutions pour répondre à la pandémie et y mettre fin un jour.

Alors, ce n'est pas vraiment une question de brevets. Comme on l'a constaté jusqu'à maintenant, quand on permet aux experts qui ont la capacité de production et aux scientifiques qui mettent au point les vaccins de concentrer leurs efforts là-dessus, l'ensemble de l'industrie arrive à produire des quantités de vaccins qui répondent aux besoins qu'on voit actuellement dans cette pandémie.

[Traduction]

Mme Kiersten Combs: Je veux juste répéter une chose, car je souscris entièrement à ce point de vue. Nous avons constaté que ce n'est pas la propriété intellectuelle qui a nui à la disponibilité des vaccins partout dans le monde, mais plutôt la complexité de la chaîne d'approvisionnement et de la distribution.

Comme nous le voyons auprès de tous les fabricants, le partenariat dans les écosystèmes que nous avons établi pour acheminer le médicament à l'échelle locale s'est vraiment révélé essentiel à notre succès.

[Français]

M. Stéphane Bergeron: Merci infiniment.

D'ailleurs, vous semblez être tous les deux du même avis que M. Seth Berkley, directeur général de Gavi, qui a répondu à une question précédente en disant que le problème n'était pas tant lié aux brevets et à la propriété intellectuelle qu'à la connaissance des concentrés utilisés pour la fabrication de vaccins.

Cela dit, je me permets de réitérer ma question, ne serait-ce que pour tenir ce comité à jour, car il semble malgré tout y avoir eu un accord de compromis entre l'Afrique du Sud, les États-Unis, l'Inde et l'Union européenne. Êtes-vous en mesure de nous dire où en sont ces négociations aujourd'hui? Si oui, quels seraient les possibles avantages d'un tel accord?

M. Fabien Paquette: Évidemment, il y a des discussions avec l'Organisation mondiale de la santé, mais Pfizer elle-même, en tant qu'entreprise, n'est pas impliquée dans ces discussions. Ce sont des discussions qui se font entre les pays. Si on sollicite notre point de vue, nous l'offrons, mais ce ne sont pas des conversations dans lesquelles Pfizer est nécessairement impliquée activement.

M. Stéphane Bergeron: Voulez-vous ajouter quelque chose, madame Combs?

[Traduction]

Mme Kiersten Combs: Non. Par souci de concision, je suis d'accord. AstraZeneca est dans la même position que Pfizer.

[Français]

M. Stéphane Bergeron: Êtes-vous en mesure de nous dire si vous avez été consultés dans le cadre de ces négociations?

M. Fabien Paquette: Notre position a déjà été clairement mentionnée. Nous avons dit que nous ne croyions pas que la libération des brevets était la solution à mettre en place, comme je l'ai mentionné un peu plus tôt.

Pour ce qui est de la suite des choses, nous laissons les pays négocier entre eux. Pour notre part, notre position a toujours été la même depuis le début.

M. Stéphane Bergeron: Qu'en est-il de vous, madame Combs?

[Traduction]

Mme Kiersten Combs: Encore une fois, je suis d'accord. Nous sommes dans la même position. Notre organisation ici au Canada et moi-même personnellement n'avons pas pris part à ces discussions et nous confirmons que le problème de notre point de vue n'est pas la propriété intellectuelle, mais la distribution.

• (1245)

[Français]

M. Stéphane Bergeron: Merci beaucoup.

Le président: Merci infiniment, monsieur Bergeron.

[Traduction]

Nous avons Mme McPherson, s'il vous plaît, pour six minutes.

Mme Heather McPherson: Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier nos invités d'être ici aujourd'hui.

J'ai reçu le vaccin d'AstraZeneca, tout comme celui de Pfizer et celui de Moderna, qui n'est pas représenté aujourd'hui. Je suis extrêmement reconnaissante d'avoir eu la possibilité de me faire vacciner, bien entendu, et je fais écho à ce que mes collègues ont dit à propos d'accepter le premier vaccin qui nous est offert le plus rapidement possible, peu importe lequel.

Bien entendu, j'ai aussi des préoccupations à propos de la façon dont les vaccins ont été distribués. Je pense que nous pouvons tous nous entendre pour dire que ce n'était pas un scénario parfait, et je comprends que cela s'est fait pendant une période sans précédent, une période très difficile, mais j'ai des questions du secteur. J'ai rencontré beaucoup de personnes qui sont préoccupées par la façon dont les vaccins ont été distribués. Je vais lire la question, si vous le permettez.

L'année dernière, les pays riches ont vacciné très rapidement leur population, en accumulant parfois des millions de doses excédentaires. Le programme COVAX avait de la difficulté à obtenir assez de vaccins pour remplir son engagement envers des pays en développement, où les taux de vaccination accusent encore beaucoup de retard.

Je me demande, monsieur Paquette, si vous pouvez nous dire de quelle façon on a établi l'ordre de priorités des livraisons du vaccin de Pfizer. Les pays riches ou plus riches que les autres avaient-ils des ententes bilatérales avec Pfizer pour se retrouver en tête de file parce qu'ils payaient plus cher par dose?

M. Fabien Paquette: Tout d'abord, lorsque nous avons vu que c'était une pandémie, il y avait deux points à aborder. Premièrement, nous devons trouver la meilleure façon de s'y attaquer en produisant des vaccins le plus rapidement et le plus sécuritairement possible. À cette fin, nous avons mobilisé toutes nos ressources en R-D pour que nos chercheurs, en collaboration avec BioNTech, trouvent la marche à suivre pour ensuite s'occuper de la recherche et développement ainsi que des tests, de la fabrication et de la distribution des vaccins. Une fois qu'on a la solution en main, on veut la déployer autant que possible. Nous avons donc communiqué avec tous les pays dans le monde pour leur donner l'occasion de signer une entente avec Pfizer.

Par souci de transparence, certains ont levé la main tout de suite. D'autres ont décidé d'attendre un peu, malgré notre modèle de tarification différenciée. Nous avons donc offert notre vaccin à tous les pays du monde, y compris ceux visés par le programme COVAX — par l'entremise de COVAX, bien entendu — pour qu'ils puissent se le procurer. Cependant, comme je l'ai dit, certains pays ont décidé de signer des ententes avec Pfizer sans tarder pour...

Mme Heather McPherson: Je suis désolée de vous interrompre. Je ne veux pas être impolie, mais vous savez que mon temps est limité.

Les pays riches qui se sont manifestés en premier, parce qu'ils pouvaient payer le prix plus élevé, ont-ils pu obtenir le vaccin plus rapidement? Ont-ils pu se retrouver en tête de file?

M. Fabien Paquette: Comme tous les autres pays, ils avaient accès au vaccin lorsqu'ils signaient les ententes. Certains pays ont signé plus tôt. Je vais donner l'exemple d'Israël, qui a signé d'entrée de jeu et eu accès au vaccin. Le Canada comptait parmi les pays qui ont signé dès le départ.

Les pays à revenu faible ou moyen qui faisaient partie du programme COVAX et qui voulaient notre vaccin y avaient également accès. Dans ces cas-là, le défi se rapportait davantage à l'infrastructure nécessaire à la distribution du vaccin.

Mme Heather McPherson: Nous savons que c'est le cas maintenant, mais nous savons aussi que l'approvisionnement posait problème au début.

Puis-je aussi demander quel profit Pfizer a réalisé grâce au vaccin contre la COVID-19? Quel a été le profit de Pfizer?

M. Fabien Paquette: Je n'ai aucun détail concernant les chiffres globaux du total des ventes ou du profit.

Mme Heather McPherson: Vous ne pouvez pas dire combien d'argent Pfizer a gagné en produisant le vaccin. Pouvez-vous faire parvenir l'information par écrit au Comité, s'il vous plaît?

M. Fabien Paquette: Oui, tout à fait. Nous pouvons fournir les recettes totales.

Mme Heather McPherson: Merci.

L'autre chose que je voulais vous demander porte sur les dons acceptés pour d'autres pays. D'après ce que je comprends, compte tenu des ententes en place, des ententes entre Pfizer et le gouvernement du Canada, on n'a pas pu donner les vaccins excédentaires à cause des restrictions établies par Pfizer.

Est-ce exact?

M. Fabien Paquette: Non, ce n'est pas le cas.

Je peux dire sans équivoque qu'une clause dans notre entente contractuelle permettait au Canada de donner des doses de nos vaccins s'il le voulait. Bien entendu, il aurait fallu discuter de la manière de procéder et du moment choisi, mais le Canada pouvait sans aucun doute donner des doses du vaccin Pfizer-BioNTech.

Mme Heather McPherson: À quel moment cette clause a-t-elle été ajoutée? À partir de quel moment le Canada a-t-il pu donner des doses du vaccin de Pfizer à d'autres pays?

M. Fabien Paquette: C'était possible dès la réception des vaccins. C'était dans l'entente initiale, la première que nous avons signée avec le pays. Cette clause...

Mme Heather McPherson: Désolée. On a d'abord eu une discussion avec vous, n'est-ce pas?

• (1250)

M. Fabien Paquette: Oui, absolument. Non. Il fallait juste s'assurer que...

Il ne faut pas oublier que lorsque le Canada a commencé à recevoir les vaccins, la priorité des agences de santé publique de toutes les provinces était de distribuer les vaccins à l'échelle locale. Cela dit, le Canada pouvait à tout moment communiquer avec nous pour que des doses soient plutôt acheminées à des pays à revenu faible ou moyen.

Mme Heather McPherson: Si le gouvernement du Canada a acheté ces doses, pourquoi avons-nous dû négocier pour déterminer l'endroit où elles allaient être acheminées? Pourquoi n'était-il pas possible pour nous de les donner au moment de notre choix, tôt ou tard? Nous avons payé pour ces doses.

M. Fabien Paquette: Oui, tout à fait. Je pense qu'il était davantage question de déterminer où ces doses allaient se retrouver. Nous voulions nous assurer, bien entendu, que ces pays avaient la capacité de distribuer ces vaccins de la meilleure façon possible. La discussion portait plus là-dessus que sur quoi que ce soit d'autre.

Mme Heather McPherson: Je vois.

Le président: Madame McPherson, je suis désolé. Je dois vous arrêter ici. Vous aurez l'occasion d'intervenir au deuxième tour, au tour suivant.

Chers collègues, compte tenu de l'heure, nous avons le temps pour un deuxième tour limité. Nous pouvons poursuivre jusqu'à

13 h 15, mais je sais que ce ne sont pas tous les députés qui peuvent rester. Je veux en tenir compte et également donner à chaque député l'occasion de poser au moins une question.

À la fin, je vais vous soumettre brièvement une motion d'intérêt courant. Je pense qu'elle sera approuvée à l'unanimité, mais je dois vous la soumettre pour que la greffière puisse donner suite à un de nos projets.

Je propose des interventions de deux minutes ainsi que des questions et des réponses très rapides pour les cinq députés qui figurent sur la liste du deuxième tour.

Si c'est acceptable, monsieur Aboultaif, pouvez-vous commencer pendant deux minutes, s'il vous plaît?

M. Ziad Aboultaif: Je regrette que le temps soit limité, mais je ferai de mon mieux.

Monsieur Paquette, vous avez une politique de tarification différenciée, qui comporte trois niveaux. Cette tarification a-t-elle été utilisée pour tous les pays, oui ou non?

M. Fabien Paquette: Oui, tout à fait. Elle a été établie ainsi au début du processus.

M. Ziad Aboultaif: Si le prix pour une nation plus riche était l'équivalent d'un repas pour emporter, à combien se chiffrait-il?

M. Fabien Paquette: Eh bien, cela dépend du coût du repas dans le pays, mais comme vous pouvez le voir, d'après ce nous avons vu, je dirais que le coût des vaccins en général...

M. Ziad Aboultaif: Si la tarification était universelle, cela signifie qu'elle devait être la même pour tous les pays riches, n'est-ce pas?

M. Fabien Paquette: Selon le pays, il peut s'agir du premier, du deuxième ou du troisième niveau de tarification, donc...

M. Ziad Aboultaif: Au premier niveau de tarification, le Canada et le Royaume-Uni ne devraient-ils pas payer le même prix?

M. Fabien Paquette: Eh bien, pas exactement le même prix, mais je dirais que ce serait à peu près le même. Je n'ai pas accès aux prix d'autres pays. J'ai cru comprendre que c'était le cas.

M. Ziad Aboultaif: Serez-vous en mesure de nous faire parvenir le prix payé par le Canada au niveau un, deux ou trois?

M. Fabien Paquette: En tant que pays du premier niveau, le Canada a payé un prix qui se situe dans la fourchette des pays du premier niveau.

M. Ziad Aboultaif: Quel était ce prix?

M. Fabien Paquette: Comme vous pouvez le comprendre, notre entente avec le gouvernement du Canada est sujette à certaines clauses de confidentialité...

M. Ziad Aboultaif: Pourquoi?

M. Fabien Paquette: ... et par conséquent, je ne suis pas autorisé à divulguer des prix.

M. Ziad Aboultaif: Madame Combs, avez-vous la même politique de tarification qui comprend des niveaux et ainsi de suite?

Mme Kiersten Combs: Au Canada, à l'heure actuelle, nous n'avons pas de contrat avec le gouvernement du Canada pour Vaxzevria.

M. Ziad Aboultaif: Comment alors nous avez-vous vendu le vaccin d'AstraZeneca? C'est le vaccin que j'ai reçu.

Mme Kiersten Combs: À ce moment-là, au plus fort de la crise, c'est ce que nous avons fait. Nous avons utilisé un modèle de tarification sans but lucratif.

M. Ziad Aboultaif: Quel était le prix, puisque vous n'aviez pas de contrat?

Mme Kiersten Combs: Je n'ai pas le prix en main. Je vais devoir vous le faire parvenir.

Le président: Si vous pouviez transmettre l'information au Comité, madame Combs, ce serait utile.

Monsieur Aboultaif, merci beaucoup.

M. Sorbara est le suivant, s'il vous plaît, pour deux minutes.

M. Francesco Sorbara (Vaughan—Woodbridge, Lib.): Je serai bref. Merci, monsieur le président.

J'ai une question brève. Je veux juste revenir au problème de l'hésitation face à la vaccination, que nous retrouvons dans les pays développés et les pays en développement. Je veux juste dire que j'ai reçu le vaccin d'AstraZeneca comme première dose et celui de Moderna comme deuxième. Que voyez-vous sur le terrain? Qu'est-ce qui fonctionne et qu'est-ce qui ne fonctionne pas pour vaincre l'hésitation?

M. Fabien Paquette: Madame Combs, voulez-vous commencer?

Mme Kiersten Combs: Oui, je vais commencer et vous cédez ensuite la parole.

Je vais faire rapidement deux observations. C'est intéressant, car vous avez nommé les vaccins que vous avez reçus, et je pense que c'est un moyen de surmonter l'hésitation face aux vaccins d'une certaine façon. Les gens partout dans le monde s'intéressent beaucoup plus à la protection offerte par les vaccins et à la méthode utilisée. L'attention accrue du public a aidé à cet égard.

Je pense que nous devons en faire plus, notamment en trouvant dans les médias un équilibre dans la façon dont nous parlons actuellement des risques et des avantages de la vaccination contre différentes maladies, et plus précisément contre celle-ci.

Troisièmement, je pense que nous devons déployer des efforts à l'échelle locale, et surtout dans certaines populations, pour accroître la sensibilisation.

• (1255)

M. Fabien Paquette: Tout à fait. Je pense que Mme Combs a abordé deux aspects fondamentaux. La sensibilisation est essentielle. Les vaccinés doivent avoir la formation nécessaire pour administrer les vaccins à la population.

M. Francesco Sorbara: Étant donné que la chaîne d'approvisionnement est touchée par la COVID et maintenant par l'invasion de l'Ukraine par Poutine, avez-vous des observations sur les problèmes de production que vous pourriez ou ne pourriez pas avoir en ce moment?

Le président: Veuillez répondre brièvement.

M. Fabien Paquette: À ce stade-ci, la production ne nous pose absolument aucun problème. Nous pouvons encore fournir des doses partout dans le monde.

[Français]

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Bergeron, vous avez la parole pour deux minutes.

M. Stéphane Bergeron: Merci, monsieur le président.

Madame Combs, en réponse à une question que vous posait M. Aboultaif, vous avez précisé qu'au pire moment de la crise, vous aviez adopté une politique de fourniture de vaccins à titre non lucratif, parce que vous aviez bénéficié de fonds publics pour la mise au point dudit vaccin. On sait que Pfizer, par exemple, a déclaré n'avoir jamais reçu d'argent public pour la mise au point de son vaccin et aurait engrangé des profits de 37 milliards de dollars américains seulement en 2021.

Pourquoi avoir choisi de passer d'une vision à but non lucratif à une formule où il était possible d'engranger des profits également?

[Traduction]

Mme Kiersten Combs: Je suppose que la question est pour moi.

[Français]

M. Stéphane Bergeron: Bien sûr.

[Traduction]

Mme Kiersten Combs: Tout au long de la phase pandémique, AstraZeneca a offert le vaccin partout dans le monde sans réaliser de profit, ce qui comprend un nombre important de dons réalisés par l'entremise de pays ou directement au nom d'AstraZeneca. Au début de l'année, alors que nous sommes passés à la phase endémique, nous avons adopté la tarification différenciée dans les pays avec lesquels nous avons conclu un contrat.

[Français]

M. Stéphane Bergeron: Ce changement dans votre politique ou votre pratique correspond-il à la perte présumée de profits équivalente aux subventions publiques? Avez-vous décidé qu'à partir de ce moment il était temps de faire des profits, puisque vous estimiez avoir pris en compte les pertes possibles équivalentes aux contributions publiques?

[Traduction]

Le président: Veuillez donner une réponse très brève

Mme Kiersten Combs: Pour répondre brièvement à cette question, vous devez savoir que ce changement de politique de prix — qui, soit dit en passant, offre toujours aux pays à faible revenu l'option sans profit, et nous continuons à livrer nos produits là-bas — s'est produit au cours des derniers mois, de sorte qu'il n'y a pas de conséquences financières publiques qui peuvent être discutées à l'heure actuelle à l'échelle mondiale. Il va falloir attendre encore un peu.

[Français]

Le président: Merci beaucoup.

Merci, monsieur Bergeron.

[Traduction]

Madame McPherson, vous avez deux minutes. Allez-y, je vous prie.

Mme Heather McPherson: Merci beaucoup. Merci encore aux témoins d'être ici aujourd'hui.

Je voulais continuer avec notre invitée d'AstraZeneca. Elle a dit qu'il s'agissait d'une crise humanitaire. J'abonde dans le même sens, car je pense que nous sommes tous d'accord pour dire qu'il s'agit d'une crise humanitaire. Le problème que nous avons avec le déploiement des vaccins, bien sûr, c'est qu'il semble bien que l'appât du gain ait pris le pas sur la crise humanitaire et la nécessité pour les gens du monde entier d'avoir accès aux vaccins.

Je dois dire que je suis déçue que vous ne soyez pas en mesure de nous donner certains chiffres. Je suis impatiente de les recevoir par écrit à une date ultérieure. Nous avons des renseignements — ou c'est ce qu'on nous a rapporté — qui nous indiquent que Pfizer, par exemple, a réalisé environ 37 milliards de dollars de bénéfices avec le vaccin pour la COVID-19. Il y a cela, et aussi la question des fonds publics qui ont servi à mettre au point le vaccin d'AstraZeneca.

Je me demande simplement si l'un d'entre vous peut nous dire quand il y aura assez d'argent pour vous, quand il y aura assez d'argent pour que vous puissiez donner les vaccins aux gens dans le monde entier, pour que vous puissiez assurer que ces vaccins sont disponibles pour eux. Ce qui m'inquiète, évidemment, c'est qu'à l'heure actuelle, nous avons beaucoup de vaccins. Il y a certaines hésitations et d'autres raisons pour lesquelles les vaccins sont difficiles à obtenir, mais nous savons tous qu'au début de cette pandémie, il n'y avait pas assez de vaccins. Ils sont allés dans les pays riches. Ils sont allés dans des pays qui se sont emparés de ce qu'il y avait, y compris de l'approvisionnement du mécanisme COVAX, et les compagnies pharmaceutiques ont fait des profits colossaux.

Si une autre pandémie ou un autre variant se déclarait, comment savons-nous que la même chose ne se reproduira pas?

• (1300)

Le président: Soyez très brève, s'il vous plaît.

Mme Kiersten Combs: Je pense que l'ensemble de l'industrie et plus particulièrement nos organisations a montré que nous sommes dans ce combat avec l'ensemble du système. En soi, l'idée ici n'est pas nécessairement de faire de l'argent avec le vaccin. Il s'agit en fait de continuer à investir dans le développement de nos vaccins, car ils doivent, comme vous le dites, évoluer. À mesure que des variants apparaissent, il faut investir et adopter une perspective de recherche et de développement pour être en mesure de faire évoluer le vaccin afin qu'il soit efficace.

Je pense qu'il y a un équilibre à trouver entre la façon dont nous continuons à vacciner le monde et le fait de continuer à nous assurer que nous disposons d'une médecine et d'une science de qualité qui évoluent non seulement pour traiter le variant, mais aussi pour avoir, à un moment donné, espérons-le, un mécanisme d'administration simplifié qui permettra de transporter le vaccin à travers le monde de manière plus efficace.

Le président: Nous allons devoir en rester là. Merci beaucoup.

Monsieur Genuis, vous avez deux minutes. Allez-y, je vous prie.

M. Garnett Genuis: Cette question s'adresse aux deux témoins. Commençons par Mme Combs.

Un témoin précédent nous a dit que la distribution mondiale de vaccins est assortie de clauses d'indemnisation que les pays doivent signer, ce qui signifie que si quelque chose ne va pas, vos entre-

prises sont protégées de toute responsabilité. Les gens ne peuvent pas tenter de procès s'ils ont eu ou s'ils pensent avoir eu des problèmes de santé liés aux vaccins. Au lieu de cela, toute compensation serait versée par un mécanisme d'indemnisation sans égard à la faute financé par le COVAX, auquel l'industrie ne contribue pas. Ce témoin nous a également dit que vous aviez demandé cette protection dans le cadre de vos accords.

Pouvez-vous expliquer pourquoi votre entreprise a demandé des clauses d'indemnisation et pourquoi les organismes publics devraient assumer ces responsabilités? Pouvez-vous aussi nous dire si ces clauses d'indemnisation s'appliqueraient dans le cas où des informations sur les risques auraient été retenues par votre société?

Mme Kiersten Combs: Je n'ai pas le privilège de connaître précisément la clause d'indemnisation du contrat dont vous parlez. Ce que je peux dire, c'est qu'AstraZeneca défend ses médicaments et le profil de sécurité de ses médicaments, et donc...

M. Garnett Genuis: Madame, je suis désolé d'intervenir, mais êtes-vous en train de me dire qu'en tant que présidente canadienne de la société, vous n'êtes pas au courant des détails des clauses d'indemnisation? On nous a dit que vous les aviez demandées, alors pourquoi les avez-vous demandées?

Mme Kiersten Combs: J'ai demandé la clause d'indemnisation sur le contrat Vaxzevria avec le Canada, pour être claire...

M. Garnett Genuis: Un témoin précédent, affilié à Gavi, nous a dit que les représentants de l'industrie demandaient des clauses d'indemnisation dans le cadre des contrats de distribution mondiale des vaccins. Pourquoi le font-ils?

Mme Kiersten Combs: Je pense que les clauses d'indemnisation font partie intégrante des contrats. Depuis que je travaille dans l'industrie pharmaceutique, ça a toujours été le cas. En ce qui concerne les détails particuliers dont vous parlez, je n'ai pas les connaissances nécessaires pour répondre.

M. Garnett Genuis: Je n'ai pas... Je me demande si M. Paquette peut nous dire quelque chose à ce sujet.

Le président: Je suis désolé, monsieur Genuis; nous allons devoir en rester là. Merci beaucoup.

Monsieur Ehsassi, vous êtes le suivant, pour deux minutes.

M. Ali Ehsassi: Merci, monsieur le président.

J'aimerais partager mon temps avec la députée Vandenberg.

Mme Anita Vandenberg: Merci beaucoup.

J'aimerais poser une question qui n'a pas encore été soulevée.

Nous savons qu'à l'heure actuelle — du moins est-ce le cas dans l'hémisphère sud —, le dépistage et le traitement sont en train de devenir d'une importance vitale. En ce qui concerne les traitements, les antiviraux — je pense au Paxlovid et à d'autres — deviennent très importants. Je ne suis pas une scientifique, mais il semble y avoir certaines preuves empiriques que cela pourrait également être efficace pour traiter la COVID longue.

Nous sommes aux prises avec une pandémie en ce moment, mais nous savons que les effets débilissants à long terme de la COVID ne sont pas encore connus et qu'il faudra des traitements pour cela aussi. Consacrez-vous des ressources et des recherches aux antiviraux et à la COVID longue? Comment pensez-vous que cela pourrait aider les pays de l'hémisphère sud et nous aider à faire face aux prochaines étapes de la pandémie?

Pouvons-nous commencer par le représentant de Pfizer, s'il vous plaît?

M. Fabien Paquette: Je vous remercie de cette question.

Nous investissons beaucoup dans la recherche d'autres options. Nous avons le Paxlovid, comme vous l'avez mentionné, qui est un traitement important disponible dès maintenant dans le monde entier. Bien sûr, nous devons poursuivre la recherche. Nous devons examiner d'autres études pour voir l'incidence qu'aura le Paxlovid sur la COVID longue.

En même temps, nous poursuivons également des recherches pour voir s'il existe d'autres traitements qui pourraient être utilisés pour remédier aux problèmes associés à ce type de COVID.

• (1305)

Mme Anita Vandenberg: AstraZeneca envisage-t-elle aussi de faire de la recherche à cet égard?

Mme Kiersten Combs: Comme je l'ai dit dans ma déclaration liminaire, nous sommes en train de mettre à disposition un anti-corps à action prolongée pour la prévention de la COVID chez les patients qui ne développent pas de réponse immunitaire au vaccin, ce qui, je pense, est vraiment important pour une population non traitée aujourd'hui. AstraZeneca souscrit au développement à long terme dans ce domaine.

Le président: Merci beaucoup. Merci à vous, madame Vandenberg.

Chers collègues, en notre nom collectif, j'aimerais remercier les témoins de notre deuxième groupe d'experts d'avoir été...

M. Garnett Genuis: Monsieur le président, j'invoque le Règlement. Si nous avons jusqu'à 13 h 15, vous pourriez obtenir le consentement du Comité pour que chaque parti ait 90 secondes de plus.

Le président: Je sais que certains collègues m'ont fait savoir qu'ils avaient des obligations, mais y a-t-il consentement unanime pour un autre tour de 90 secondes par membre?

M. Ali Ehsassi: Non.

M. Garnett Genuis: Je crois savoir que l'ajournement se fait par consentement de la majorité. Vous n'avez pas besoin d'un consentement unanime pour prolonger...

Le président: Si nous pouvons obtenir une majorité pour prolonger les questions, c'est assurément conforme à la volonté du Comité. Je ne sais pas si c'est le cas.

Nous avons un autre point au sujet duquel j'espère obtenir l'accord du Comité.

M. Garnett Genuis: Je pense que la majorité du Comité souhaite que chaque parti dispose de 90 secondes supplémentaires.

Le président: Pouvons-nous faire un rapide « pouce levé » ou « pouce baissé » pour l'ajout de 90 secondes par membre?

Je vois deux... trois... quatre pouces baissés. Je crois aussi que M. Bergeron doit nous quitter.

[Français]

M. Stéphane Bergeron: En effet, monsieur le président.

[Traduction]

Le président: D'accord, merci.

C'est notre façon de sonder la volonté du Comité. Merci de votre proposition.

Chers collègues, permettez-moi de remercier les témoins en notre nom collectif.

Madame Combs, je vous remercie.

[Français]

Merci beaucoup, monsieur Paquette.

[Traduction]

Merci d'avoir été là. Merci de nous avoir fait part du travail que vous faites et de vos connaissances.

Chers collègues, pendant que nos témoins se débranchent, il y a deux choses dont nous devons parler. La première est un point d'information. Les analystes vont faire circuler, par l'intermédiaire de la greffière, une proposition pour les déplacements du Comité. La date limite est fixée à vendredi. Si le Comité souhaite voyager de la fin juin à septembre ainsi qu'en octobre, les propositions de haut niveau doivent être présentées au Comité de liaison. Ils prépareront cela pour que nous puissions discuter de ces propositions jeudi et, possiblement, les accepter.

L'autre chose dont j'ai besoin est une motion et un accord du Comité quant à l'audition de la délégation du Tibet, dont nous avons été informés par les vice-présidents. Pour autant que je puisse dire, je crois que la tenue de cette réunion fait l'objet d'un consentement unanime. Nous avons toutefois besoin d'une motion et d'une approbation officielles pour que la greffière puisse organiser cette réunion.

Est-ce que quelqu'un peut proposer cette motion?

L'hon. Michael Chong (Wellington—Halton Hills, PCC): Je propose cette motion.

Le président: Merci, monsieur Chong. C'est proposé.

Y a-t-il une opposition?

(La motion est adoptée. [Voir le Procès-verbal])

Le président: Nous sommes d'accord sur ce point, chers collègues.

Merci beaucoup.

[Français]

Monsieur Chong, vous avez la parole.

L'hon. Michael Chong: J'ai une question: quel déplacement du Comité avez-vous déjà proposé?

Le président: Aucun déplacement du Comité n'a été proposé pour le moment, mais il est peut-être question d'un voyage en Europe de l'Est. Il y a d'autres options aussi.

[Traduction]

L'hon. Michael Chong: D'accord. Vous nous présenterez des propositions à ce sujet à une date ultérieure.

Le président: Les analystes vont nous envoyer des propositions par l'intermédiaire de la greffière. Ce n'est pas moi qui les écrirai. Nous aurons certaines propositions à ce sujet.

[Français]

Monsieur Bergeron, vous avez la parole.

M. Stéphane Bergeron: Monsieur le président, je voulais simplement savoir ce qu'il advenait de la témoin de l'Organisation mondiale de la santé que nous devons entendre et que nous n'avons pas entendue.

Le président: Parlez-vous de la témoin que nous devons entendre aujourd'hui, monsieur Bergeron?

M. Stéphane Bergeron: Oui, monsieur le président.

Le président: Je n'ai pas d'information à cet égard pour l'instant. Nous allons vérifier si nous pouvons incorporer son témoignage à une prochaine réunion. Je n'en suis pas sûr en ce moment.

[Traduction]

Voilà qui est bien. Chers collègues, merci. 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>