



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 023

Le mercredi 1^{er} juin 2022

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le mercredi 1er juin 2022

• (1730)

[Traduction]

Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue à la 23^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Aujourd'hui, nous allons nous réunir pendant une heure pour entendre des témoins dans le cadre de notre étude sur la situation d'urgence que vivent les Canadiens à cause de la pandémie de COVID-19.

Avant de présenter les témoins d'aujourd'hui, je dois vous rappeler les détails habituels pour les réunions.

Cette réunion se déroule dans un format hybride, conformément à l'ordre de la Chambre du 25 novembre 2021.

Je demande aux membres d'attendre que je les nomme avant de prendre la parole, et je vous prie d'activer le mode sourdine lorsque vous ne parlez pas.

Mesdames et messieurs les témoins, si vous n'êtes pas au courant, vous avez l'option, au bas de votre écran, de choisir l'anglais, le français ou le parquet. Ceux qui se trouvent dans la salle peuvent, bien entendu, utiliser l'écouteur. Veuillez vous abstenir de faire des captures d'écran ou de prendre des photos de votre écran. Toutes les délibérations d'aujourd'hui seront publiées sur le site Web de la Chambre des communes.

Honorables membres, conformément à notre motion pour affaires courantes, j'informe le Comité que tous les témoins ont effectué les tests de connexion requis, probablement plusieurs fois, avant la réunion.

Permettez-moi maintenant d'accueillir les témoins et de vous dire combien nous vous sommes reconnaissants des efforts que vous avez déployés pour être avec nous. Nous sommes plus qu'impatients de vous entendre, et vous êtes évidemment impatients de nous parler. Si ce n'était pas le cas, vous ne seriez pas ici une fois de plus afin de composer avec les exigences de la démocratie au Canada en juin.

Sur ce, aujourd'hui, nous sommes en présence du M. Wai Haung Yu, professeur adjoint, Département de pharmacologie et toxicologie à l'Université de Toronto, et scientifique indépendant, Santé et imagerie cérébrale, Centre de toxicomanie et de santé mentale, de la Dre Noni MacDonald, professeure en pédiatrie, maladies infectieuses, à l'Université Dalhousie et au Centre de santé IWK, et de Mme Danielle Paes, pharmacienne en chef de l'Association des pharmaciens du Canada.

Encore une fois, merci beaucoup de votre présence.

Nous allons maintenant entendre des déclarations liminaires de cinq minutes ou moins.

Madame Yu, nous allons commencer avec vous.

La parole est à vous. Bienvenue.

M. Wai Haung Yu (professeur adjoint, Département de pharmacologie et toxicologie, University of Toronto et scientifique indépendant, Santé et imagerie cérébrale, Centre de toxicomanie et de santé mentale, à titre personnel): Merci, monsieur le président, et honorables membres du Comité, de me donner l'occasion de vous parler aujourd'hui.

Comme le président l'a mentionné, je m'appelle Ho Yu, et je suis un scientifique indépendant au centre de santé et d'imagerie cérébrale et aux services de recherche en santé mentale gériatrique du Centre de toxicomanie et de santé mentale, ou CAMH. Je suis également professeur adjoint au Département de pharmacologie et toxicologie de l'Université de Toronto, et membre de l'Association canadienne des neurosciences, une organisation professionnelle qui compte plus de 1 000 scientifiques en sciences du cerveau à l'échelle du pays.

Je suis ici pour discuter de l'incidence de la santé cérébrale sur la société et de l'importance de la recherche.

On estime qu'un Canadien sur cinq souffre de dépression chaque année et que deux jeunes adultes sur cinq souffrent de stress psychosocial modéré à grave. Grâce à la recherche, nous savons également que la dépression et l'anxiété sont des facteurs de risque qui ont une incidence sur les adultes plus âgés et contribuent à des formes de démence comme la maladie d'Alzheimer. Cela vient non seulement de la recherche clinique, mais aussi de la recherche fondamentale et translationnelle qui démystifie la complexité du cerveau. En fait, les incapacités liées aux troubles cérébraux représentent le plus grand obstacle à la productivité. Cela constitue en soi une raison importante de s'attaquer à un problème que la pandémie n'a fait qu'exacerber.

La recherche sur la COVID-19 porte sur son incidence, sa propagation et ses traitements, mais nous devons tenir compte des répercussions biologiques et psychosociales à long terme de la pandémie pour répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé cérébrale. Les chercheurs ont mentionné que les personnes qui éprouvent le plus d'anxiété sont aussi celles qui sont les plus vulnérables à la COVID-19, y compris les jeunes enfants et les adultes plus âgés.

Pendant la pandémie, le Canada a abondamment investi dans la recherche afin d'assurer la sécurité et le bien-être de la population. Cela montre que les ressources peuvent considérablement améliorer les résultats lorsqu'elles sont consacrées à la recherche scientifique.

En mars 2020, tout juste avant le début de la pandémie, je suis retourné au Canada, au CAMH, après avoir passé presque deux décennies à l'Université Columbia et à l'Université de New York. J'espère être un exemple d'exode inverse des cerveaux, mais pour ce faire, il faut obtenir le soutien d'intervenants comme vos collègues et vous.

Au CAMH, j'ai été en mesure de maintenir un programme innovateur en laboratoire, de former des scientifiques en début de carrière et de travailler avec mes collègues du Centre afin d'informer le public sur la santé et le vieillissement du cerveau.

D'après les résultats du recensement de 2021, et à l'échelle mondiale, nous savons que les personnes âgées sont l'une des populations qui augmentent le plus rapidement. Avec des collègues de partout au Canada et dans le monde, notre mission est de comprendre les complexités du cerveau, de présenter nos connaissances à la société et, espérons-le, de surmonter une crise sanitaire mondiale de la démence qui se profile à l'horizon.

Il est essentiel d'obtenir un financement afin d'assurer le succès de ces programmes de santé, et la recherche fait partie de ce processus intégré et complet. Lorsqu'il est question de la recherche translationnelle et clinique, il faut également tenir compte de la science fondamentale qui sous-tend cette recherche. Les chercheurs canadiens connaissent depuis longtemps un franc succès, de la science fondamentale à l'application. Les docteurs Donna Strickland, Wilder Penfield, Maud Menten et Pieter Cullis ne sont que quelques-uns des nombreux scientifiques canadiens dont les travaux ont été transformateurs. Il faut obtenir un soutien financier afin que nous puissions maintenir cette excellence dans l'industrie de la technologie et la poursuivre, et perpétuer la tradition de l'excellence scientifique au Canada.

À CAN, nous espérons que ce comité reconnaît l'importance de ce financement de la recherche. Au cours des dernières années, et particulièrement pendant la pandémie, la croissance du financement a ralenti, y compris de la part des trois principaux organismes, soit les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines. Ajoutons à cela l'inflation, et nous commençons à perdre du terrain en ce qui concerne le potentiel de recherche. Le Canada est passé au sixième rang des pays du G7 au chapitre des dépenses en R-D par rapport au PIB.

L'investissement dans la recherche n'est pas seulement important pour la santé cérébrale: il s'agit aussi d'un multiplicateur économique, qui fournit non seulement une croissance économique à court terme, mais également des emplois à valeur ajoutée élevée et des dividendes financiers et sociétaux à long terme grâce à ces découvertes. Nous formons également des professionnels hautement qualifiés, pas seulement la prochaine génération de scientifiques, mais des entrepreneurs, des décideurs et des professionnels de la santé, ce qui garantit la réussite au niveau médical et technologique pour les générations à venir.

La pandémie a durement frappé tout le Canada et la science n'y a pas échappé. Les laboratoires sont confrontés à l'hyperinflation attribuable aux problèmes de la chaîne d'approvisionnement, à la hausse des salaires, en particulier pour les scientifiques en début de carrière, et à des coûts plus élevés des nouvelles technologies qui permettent de faire concurrence et d'innover.

Nous demandons au gouvernement d'accorder une grande importance à l'investissement des trois conseils dans la recherche dans le

cadre de son examen des priorités de financement. Cet investissement pourrait comprendre une mesure de stimulation à court terme de 25 %, et un engagement à l'égard d'une croissance annuelle soutenue d'environ 10 % pour les programmes de recherche afin qu'ils soient avantageux pour la société sur le plan économique et médical.

Je crois que la recherche au Canada est viable. Une tâche difficile nous attend en ce qui concerne la santé et les troubles cérébraux; nous devons aussi tirer des leçons du passé, qu'il s'agisse d'erreurs ou de réussites, pour nous assurer que la recherche scientifique est solide au pays. Nous demandons au Comité et à tous les députés de soutenir les investissements dans la recherche par l'intermédiaire des trois conseils afin d'aider les prochaines générations.

Merci.

• (1735)

Le président: Merci, monsieur Yu.

Docteur MacDonald, vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes. Bienvenue.

Dre Noni MacDonald (professeure en pédiatrie (maladies infectieuses), Dalhousie University et IWK Health Centre, à titre personnel): Merci.

Je suis heureuse de pouvoir parler au comité chargé d'examiner la pandémie de COVID-19 et les questions qu'elle a soulevées. Un certain nombre d'entre elles sont très importantes.

L'une des grandes questions qui ont été soulevées portait sur l'équité. L'incidence de la maladie en fonction de l'âge était inégale. L'accès aux vaccins et l'acceptation de ceux-ci étaient aussi inégaux. On a aussi constaté une inégalité dans le respect des mesures non pharmaceutiques de santé publique. En outre, nous avons assurément été témoins d'une demande accablante imposée aux systèmes de soins de santé à l'échelle du pays, et certains ont été plus durement touchés que d'autres en raison des différences dans les taux de maladie et les taux d'acceptation des vaccins d'un bout à l'autre du pays.

L'OMS a reconnu que l'infodémie et la désinformation comprenaient parmi les principaux problèmes que nous avons constatés pendant la pandémie et qu'ils ont eu une incidence immense sur l'équité en ce qui concerne l'acceptation des mesures de santé publique et l'acceptation des vaccins. Cela a littéralement coûté au Canada des millions, des millions et des millions de dollars.

Nous nous sommes plutôt bien débrouillés dans l'ensemble. Si l'on compare son bilan de la COVID-19 à celui des États-Unis, le Canada a enregistré environ un tiers du taux de mortalité par million d'habitants. Nous avons aussi mieux fait que le Royaume-Uni. Nos taux se rapprochent de ceux d'Israël, mais nous ne sommes pas aussi bons que la Norvège et un certain nombre d'autres pays.

J'ai présidé le comité de la Société royale du Canada, qui a publié un rapport sur l'acceptation du vaccin contre la COVID-19. Le cadre a été proposé et le résumé vous a été présenté.

L'acceptation du vaccin est très complexe. Le cadre comporte quatre domaines et quatre thèmes, mais, en ce qui concerne les domaines, les domaines habituels dont nous avons toujours parlé sont l'endroit où se situent les gens sur le plan de leur emplacement, de leur culture, de leurs sociétés et de leurs organisations. Nous avons toutefois ajouté le système de soins de santé, parce que le niveau où se trouvait le système de soins de santé en ce qui concerne ses pratiques et politiques était très important, tout comme la situation politique à cette époque.

Nous avons également reconnu la vaccination. Il s'agit de la case verte dans le cadre. La capacité d'accéder à des connaissances exactes et fiables n'était pas la même partout au Canada, ce qui a très clairement montré qu'une bonne partie de notre population n'est pas en mesure de mener l'exercice de réflexion critique qui permet de comprendre que l'on essaie de la tromper avec la désinformation et des recommandations incorrectes.

Le rapport de la Société royale du Canada présente un certain nombre de recommandations à l'intention des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. J'insiste particulièrement sur les recommandations 8, 10, 11 et 13.

La huitième recommandation s'adresse directement aux gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones et leur demande de « s'assurer que tous les aspects du processus de vaccination » — et je le répète, pas seulement pour les vaccins contre la COVID-19, mais pour la vaccination systématique, parce que ne pas le faire nous coûte aussi de l'argent — de l'approbation des programmes de vaccination au respect des « éléments fondamentaux qui favorisent la confiance », sont vraiment compris. Le rapport complet présente un tableau qui accompagne cette recommandation.

La dixième recommandation se lit ainsi: « Que toutes les administrations mettent en place des lois qui appuient l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre national de vaccination, qui comprend un accès équitable aux vaccins » à l'échelle du pays, et que cet accès équitable s'adresse à tous — les groupes minoritaires vulnérables, les Noirs, les peuples autochtones, les personnes de couleur, les enfants, les personnes âgées et tout le monde — et que nous respections les principes fondamentaux qui sont importants pour y arriver, en plus de soutenir la vaccination de routine « à tous les âges » et « la recherche sur la vaccination ».

La onzième recommandation se lit ainsi: « Que les ministères du gouvernement, y compris les ministères de la Santé et de l'Éducation » aux niveaux provincial et territorial, appuyés par le gouvernement fédéral, « travaillent ensemble pour optimiser les stratégies d'acceptation de la vaccination ». Il s'agit notamment de veiller à ce que la réflexion critique soit enseignée à l'école et, je dirais, de la première année aux études secondaires jusqu'aux études postsecondaires. Sans cela, nous demeurerons sensibles à l'infodémie, que ce soit au sujet de la santé, des changements climatiques ou même de ce que le parti du gouvernement provincial ou du gouvernement fédéral va présenter. La désinformation est omniprésente.

La dernière recommandation que je souhaite faire ressortir est la treizième, qui demande aux gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones « d'appuyer avec force la modernisation des systèmes électroniques d'information sur la santé dans l'ensemble du pays » pour s'assurer que tous ont des systèmes d'information sur la santé « centrés sur le patient et pleinement intégrés ».

• (1740)

Comme nous n'avions pas cette information, nous avons fait un gâchis en essayant de déployer les vaccins et de déterminer ceux qui devraient être vaccinés et ceux qui s'exposaient au risque le plus élevé. C'est inacceptable en 2022, parce que nous savons comment le faire.

Enfin, je veux ajouter une chose au sujet de nos travailleurs de la santé et de ceux de la santé publique. Ils ont beaucoup souffert de ce qu'on appelle le « préjudice moral ». Ils ont dû être témoins et n'ont pas pu agir comme ils le voulaient, parce qu'ils n'ont pas été appuyés afin de faire le nécessaire pour donner aux patients les soins qu'ils voulaient, qu'ils soient des patients hospitalisés ou des personnes dans la communauté. C'est inacceptable.

Ce n'est pas le fait de leur donner une pause bien-être et de leur dire qu'ils sont simplement épuisés qui réparera ce préjudice moral. Il faut plutôt que nos institutions se mobilisent afin de les soutenir, de leur donner ce dont ils ont besoin pour pouvoir faire le travail pour lequel ils ont été formés.

Merci.

Le président: Merci, docteur MacDonald.

Écoutons maintenant Danielle Paes, de l'Association des pharmaciens du Canada.

La parole est à vous.

Mme Danielle Paes (pharmacienne en chef, Association des pharmaciens du Canada): Merci, monsieur le président.

Bonsoir et merci de me donner l'occasion d'apporter la perspective d'un pharmacien à cette importante étude.

Je m'appelle Danielle Paes. Je suis la pharmacienne en chef de l'Association des pharmaciens du Canada. Aujourd'hui, je me joins à vous du territoire traditionnel et non cédé des Premières Nations de la Confédération des Trois feux, les Odawas, Ojibways et les Potawatomis.

J'aimerais concentrer ma déclaration sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès des patients aux soins primaires et sur la façon dont cela a changé la pratique pharmaceutique au Canada.

Au début de la pandémie, l'accès aux services de santé communautaires réguliers pour les patients est devenu très limité. Les confinements ont donné lieu à la fermeture de nombreuses cliniques et à une augmentation considérable des temps d'attente. Étant donné que les pharmacies sont désignées comme des services essentiels, elles sont restées ouvertes. C'était une période effrayante pour nous, car nous ignorions comment le virus se transmettait et comment garder notre personnel en sécurité.

En plus de cela, étant donné que tout était fermé, les patients arrivaient en masse dans les pharmacies pour tenter de renouveler toutes leurs ordonnances en même temps. Notre configuration n'est pas conçue pour résister à ce genre de demande et elle a donc provoqué d'énormes pressions sur l'offre de médicaments. Étant donné que la plupart de nos médicaments sont fabriqués à l'étranger, nous ne savions pas s'il y aurait une incidence à long terme sur la chaîne d'approvisionnement et nous avons donc passé les premiers mois à essayer de gérer et de protéger l'accès aux médicaments.

Par ailleurs, parce que nous étions parmi les rares services de santé à voir des patients en personne, nous sommes devenus une source principale d'information fiable sur la COVID-19. Ce n'est que récemment que nous avons commencé à vraiment comprendre le tort que ces premiers jours ont causé à notre effectif en pharmacie.

Avançons un peu dans le temps, et comme le Comité le sait, les équipes des pharmacies ont joué un rôle énorme dans le dépistage de la COVID-19 et la vaccination contre celle-ci. En fait, nous avons administré plus de 17 millions de doses de vaccin contre la COVID-19, et certaines provinces comptent maintenant entièrement sur les pharmacies pour administrer ces vaccins.

La pandémie a accaparé une grande partie de notre attention, mais la crise des opioïdes continue de faire rage. Grâce à une exemption fédérale accordée aux termes de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, les pharmaciens ont pu combler certaines lacunes dans les soins aux patients qui consomment des opioïdes et des substances contrôlées.

Avant la pandémie, si un patient se présentait en pharmacie un vendredi soir pour obtenir une dose de méthadone, que l'ordonnance était échue et que le bureau de son médecin était fermé, le pharmacien ne pouvait pas lui donner ce médicament. Le patient aurait été envoyé à un service d'urgence ou pire, comme nous l'avons entendu, il aurait consommé des drogues de la rue et aurait pu faire une surdose.

Dans le contexte actuel, surtout en raison de la pénurie de fournisseurs de soins primaires, l'accès à des services et à des soins supplémentaires de la part des pharmaciens s'avère extrêmement précieux pour les personnes vivant au Canada. Malheureusement, notre portée et notre capacité d'offrir des soins équitables à l'échelle du pays sont limitées. C'est particulièrement vrai dans les collectivités éloignées et rurales et dans les territoires du Nord.

Les tests dans les centres de services, la prescription et la capacité d'adapter la pharmacothérapie sont des domaines de pratique pharmaceutique qui sont très incompatibles d'un pays à l'autre. Par exemple, au Québec, les pharmaciens ont été les premiers au monde à obtenir le pouvoir de prescrire le Paxlovid pour traiter la COVID-19. Quelques autres provinces vont maintenant dans la même direction, mais de nombreux patients qui pourraient bénéficier de ce traitement vital n'ont pas pu l'obtenir rapidement en raison d'obstacles réglementaires.

La plupart des personnes vivant au Canada ont eu un accès limité aux soins de base pendant la pandémie. Près de 15 % des personnes n'avaient pas de fournisseur de soins de santé régulier au début de la pandémie et environ la moitié ont eu du mal à obtenir les soins dont ils avaient besoin au cours de la première année. L'accès réduit aux soins pendant toute la pandémie et les retards que nous constatons à l'échelle du pays ont également entraîné des retards dans le diagnostic et le traitement des maladies chroniques, qui auront des répercussions à long terme sur notre système de soins de santé.

Les pharmaciens possèdent déjà les compétences, les connaissances et l'expertise nécessaires pour assumer d'autres rôles dans les soins primaires et devraient continuer de faire partie de la solution, mais pour ce faire, nous avons besoin d'un financement public adéquat. Parmi les autres obstacles, mentionnons le manque d'accès aux antécédents médicaux des patients, les lourdes tâches administratives et les obstacles à la prestation de services de pharmacie virtuelle.

En terminant, je tiens également à reconnaître le rôle inestimable que les techniciens en pharmacie, les assistants en pharmacie et d'autres membres du personnel de soutien en pharmacie ont joué dans nos efforts pour répondre aux besoins urgents des Canadiens. Ils ont mis leur vie en danger sur la ligne de front, et leur contribution essentielle ne peut être sous-estimée.

La pandémie a eu un coût dévastateur pour nous tous, mais elle a aussi été le catalyseur qui a permis aux pharmaciens de prendre plus efficacement soin de nos collectivités. Nous avons maintenant besoin de soutien pour maintenir ces changements positifs aux soins de santé au Canada.

Je remercie le Comité de m'avoir donné l'occasion de vous en faire part.

● (1745)

Le président: Merci, madame Paes.

Nous commencerons maintenant la série de questions avec M. Ellis, qui dispose de six minutes.

Allez-y, je vous prie.

M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC): Merci, monsieur le président.

Je tiens certainement à faire écho aux commentaires du président à l'intention de chacun d'entre vous pour votre présence ici, et pour votre patience incroyable. Si j'étais de l'autre côté de l'appel, je ne sais pas ce que j'aurais pu faire. Je serais probablement parti, en ce qui me concerne. Je ne suis pas une personne très patiente. Merci beaucoup de votre grande compréhension.

Docteur MacDonald, vous avez parlé un peu du concept d'hésitation à l'égard de la vaccination.

Pouvez-vous nous dire ce que vous pensez du rendement du Canada, en tant que pays, en ce qui concerne l'hésitation à se faire vacciner?

Dre Noni MacDonald: Je peux répondre à cette question en portant différents chapeaux: mon chapeau provincial, mon chapeau d'experte-conseil à l'Agence de la santé publique du Canada, et aussi mon chapeau d'experte-conseil à l'OMS.

Toutes proportions gardées, le Canada s'en est bien sorti ou pas, selon la province dans laquelle vous vous trouviez. Nous avons une fourchette assez large à l'échelle du pays. Encore une fois, je crois que cela est attribuable à la désinformation et à la désinformation. Nous avons aussi appris que ce que disent les politiciens fait une énorme différence. Avant la pandémie de COVID-19, nous ne comprenions pas l'ampleur de l'incidence politique sur ce que les gens décident de faire.

J'ai contribué à la rédaction du rapport de 2014 de l'OMS sur l'hésitation à l'égard de la vaccination, et nous n'avons même pas parlé de politique et de son incidence, et nous n'avons pas non plus parlé de désinformation, parce que ce n'était pas un facteur important.

Donc, oui, il y a de grandes différences à l'échelle du pays, et il y a, par conséquent, des différences dans l'acceptation des vaccins, ce qui a conduit à des différences dans le taux de mortalité par cent mille habitants. L'endroit où vous viviez importait.

M. Stephen Ellis: Bien.

Nous nous rendons bien compte que même au niveau fédéral, l'ingérence politique influait grandement. Encore une fois, la stigmatisation, la division et les injures ne faisaient certainement pas partie du guide pour lutter contre l'hésitation à l'égard de la vaccination et n'aidaient pas à faire des progrès à ce chapitre, ce qui est extrêmement malheureux. Je me rends compte que vous êtes certainement d'accord avec moi.

Je suppose que l'une des choses qui sont toujours importantes, selon moi, ce sont les leçons apprises et la façon dont nous pourrions faire mieux à l'avenir. Il est assez difficile de convaincre les politiciens de ne pas parler, comme vous pouvez le constater.

Des députés: Oh, oh!

Dre Noni MacDonald: J'aimerais soulever deux points à ce sujet.

Premièrement, j'ai tenté de faire ressortir que nous devons vraiment enseigner aux personnes comment avoir une réflexion critique, afin qu'elles puissent comprendre quand on leur parle, que nous ayons recours ou non aux techniques que nous connaissons pour vendre la mésinformation et la désinformation. On peut vous l'enseigner. Nous le savons. Des données probantes indiquent que cela fonctionne. Quand ils ont une réflexion critique, les gens sont beaucoup moins enclins à croire la mésinformation et la désinformation, même si elle provient d'un politicien.

C'est l'élément crucial qui doit se produire, et il doit se produire dans nos écoles. Nous devons alors aller plus loin. Les enfants influencent ce que leurs parents apprennent aussi, et c'est une façon de joindre les parents. Nous avons besoin d'un programme national qui s'attaque à la mésinformation et à la désinformation.

Je dirais à vous tous, chacun d'entre vous en tant que politicien, que vous devez bien le comprendre, parce que vous voulez que l'information que vous transmettez soit utilisée correctement, vous ne voulez pas qu'elle devienne de la désinformation.

• (1750)

M. Stephen Ellis: Merci, docteur MacDonald.

Cela s'intègre au prochain point que nous commencerons à examiner. Nous vous inviterons de nouveau sans aucun doute, si vous nous le permettez, mais nous allons entreprendre une étude sur les enfants. Nous nous pencherons entre autres sur les répercussions négatives de la COVID-19 sur les enfants, ainsi que sur l'isolement et l'acquisition du langage.

Avez-vous des commentaires, peut-être brefs, sur ce que vous avez vu dans certaines études ou ce que vous avez entendu à propos de ce qui se passe?

Dre Noni MacDonald: Bien sûr.

Encore une fois, le Canada était en quelque sorte en milieu de peloton. Nous n'avons pas fermé nos écoles aussi complètement qu'un certain nombre d'autres pays, mais nous avons déjà la preuve que cela a tout de même eu une incidence négative sur le développement des enfants, sur leurs compétences en lecture et en écriture. Je pense qu'il faudra probablement une décennie ou deux avant que nous comprenions l'incidence totale des éléments négatifs issus de la pandémie.

Un autre aspect, c'est que les fermetures étaient inéquitables. Des familles qui ne parlent ni anglais ni français n'avaient aucun accès. Vous pouvez donner un Chromebook à ces enfants, mais ils ne savent pas comment l'utiliser. Ils ne peuvent pas lire les consignes

envoyées par les enseignants. La façon dont nous avons essayé de faire de l'enseignement virtuel a été en fait très inéquitable.

Je comprends pourquoi nous l'avons fait. Certains d'entre nous pensent que c'était exagéré et que les enfants auraient pu retourner à l'école en portant un masque beaucoup plus tôt. C'est un tout autre débat. C'était une leçon apprise.

Je serais très heureuse de revenir afin de parler de ce qu'il faut faire, à mon avis, pour les enfants, et pour essayer de nous préparer pour la prochaine fois qu'une situation semblable se produit, mais aussi pour faire en sorte que les enfants de la prochaine génération soient bien mieux outillés pour ne pas être influencés par la mésinformation et la désinformation. Trop de décisions ont été prises en fonction de la mésinformation et de la désinformation.

M. Stephen Ellis: Docteur MacDonald, c'est un sujet quelque peu brûlant, mais nous parlons de vaccins et d'événements indésirables, et certainement, encore une fois, je crois qu'ils feront partie de nos « leçons apprises ». Étant donné les exigences complexes en matière de déclaration des événements indésirables liés aux vaccins, comment pouvons-nous commencer à étudier ce qui s'est produit? Encore une fois, je pense que cela doit faire partie de nos leçons apprises.

Dre Noni MacDonald: Permettez-moi de revenir sur deux ou trois points, et je dois vous dévoiler tous les faits. J'ai été membre fondatrice du Comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale auprès de l'Organisation mondiale de la santé. C'est donc un domaine auquel je contribue beaucoup depuis plus de 25 ans.

Il y a quelque chose que nous avons raté, et nous savons que la communication est essentielle. Nous savons que l'information négative reste trois fois plus longtemps que l'information positive, donc la façon dont vous présentez les risques et les avantages d'un vaccin a vraiment beaucoup d'importance. Les mots importent: c'est la façon dont vous définissez la question et dont vous racontez l'histoire. Trop de gens ne comprenaient pas tous les aspects liés à l'innocuité que nous avions en place au Canada et comment tous les vaccins approuvés ici au Canada ont suivi toutes ces étapes. Aucun de ces vaccins n'a pas suivi ces étapes. Ils devaient les suivre pour être homologués.

Nous n'avons pas fait une bonne communication. Les gens, encore une fois, ont devancé les données. Des conclusions qui étaient tout simplement fausses ont été tirées. Je pense que nous devrions en fait être fiers. Nous avons relevé des événements indésirables extrêmement rares. Quand on parle d'un sur 700 000, ce n'est pas chose courante, mais quand on administre des millions, des millions et des millions de doses, certains de ces événements vont évidemment se produire. Je pense que le grand public et peut-être certaines des personnes qui ne connaissaient pas aussi bien la santé publique et la vaccination ont été surpris, et nous savions parfaitement que cela allait se produire, mais nos communications n'étaient pas comme elles auraient dû l'être.

Quand ces événements se sont produits, je crois que nous ne les avons pas nécessairement gérés de manière à permettre aux gens de comprendre le contexte et comprendre ce qu'ils signifiaient et ce qu'ils ne signifiaient pas. Je pense qu'un grand nombre de personnes croit que les vaccins à vecteur adénoviral sont terribles parce qu'on peut souffrir de thrombose et de thrombocytopenie. Ils ignorent que l'on obtient de loin un taux plus élevé de ces événements indésirables avec la COVID-19 qu'avec le vaccin, par exemple.

• (1755)

Le président: Merci, monsieur Ellis.

Nous allons maintenant écouter M. Hanley.

Allez-y, je vous prie, vous avez la parole pour six minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci aux trois témoins.

Je voudrais aussi féliciter Mme Paes pour le travail des pharmaciens pendant la pandémie et le travail incroyable de première ligne. Vous faisiez vraiment partie des dernières personnes qui menaient leurs activités et servaient encore les Canadiens, alors je vous en remercie.

Je vais aussi vous poser mes questions, docteur MacDonald. Je suis vraiment heureux de vous voir. Vous avez réalisé un véritable tour de force en cinq minutes. Je n'arrive pas à croire à toute la matière que vous avez couverte et qu'il reste à étudier.

L'un des domaines où nous savons que nous avons perdu du terrain est l'obtention de la troisième dose ou, dans certains cas, la quatrième dose chez les adultes. Cela nous rend plus vulnérables. Nous ne savons pas quelles recommandations seront formulées, mais sachant ce que vous faites au sujet de l'hésitation, que pensez-vous que nous devons faire pour favoriser un changement de comportement ou convaincre les Canadiens afin de les encourager à recevoir leur troisième dose et les doses qui seront recommandées à l'avenir?

Dre Noni MacDonald: J'aimerais que nous puissions vous donner de la poussière magique à saupoudrer à l'échelle du pays. Il n'y a pas de poussière magique.

Ce que nous savons, c'est qu'il faut des stratégies multiples. Nous devons examiner très précisément les problèmes qui se posent dans les collectivités où nous n'avons pas l'adoption dont nous avons besoin. Nous devons examiner les obstacles, leurs éléments habilitants, et ce que nous pouvons faire pour y parvenir.

Je suis désolée de ne pas pouvoir être plus précise. Je donne des conférences d'une heure qui effleurent à peine la question que vous venez de poser.

Nous savons que deux ou trois éléments peuvent changer la donne. J'aimerais que nous puissions faire tenir le même discours à un plus grand nombre de personnes, parce que nous savons que c'est important. C'est pourquoi j'ai retiré les politiciens de notre système de santé.

L'autre élément, c'est — et Mme Paes l'a vraiment dit — que nous n'avons pas nécessairement rendu la vaccination facile pour les gens. Nous ne leur avons pas donné l'occasion de venir à 21 heures le samedi soir ou le dimanche soir. Nous avons rendu la vaccination difficile, à son détriment.

L'autre chose — et tout le monde ici ferait mieux de hocher la tête — est que nous voulons tous que la pandémie prenne fin. Nous en sommes fatigués, et le grand public en est fatigué, mais elle n'est pas disparue pour autant. Nous allons probablement voir des problèmes surgir.

Je sais que nous avons bien fait, dans l'ensemble, comparative-ment aux États-Unis, par exemple. Cependant, nous ne devrions pas les utiliser comme comparateur, parce qu'ils n'ont pas bien fait.

Nous nous en sommes très bien tirés pour deux doses. Nous devons vraiment réussir à administrer la troisième dose aux personnes âgées de 60 ans et plus et la quatrième dose aux personnes âgées de 70 ans et plus, ainsi qu'aux personnes qui ont des problèmes sous-jacents. Encore une fois, si nous avons un système d'information sur la santé entièrement intégré et axé sur le patient, nous saurions qui sont toutes ces personnes, et le pharmacien le saurait aussi lorsqu'elles se présenteraient à son comptoir. Ensuite, nous pourrions cibler vraiment tous ces groupes afin de leur donner exactement ce dont ils ont besoin.

À l'heure actuelle, nous ne pouvons pas vous dire qu'elles sont les personnes qui manquent à l'appel. Nous pouvons vous dire qui a été vacciné contre la COVID-19, mais nous ne pouvons pas vous dire qui ne l'a pas été parce que nous n'avons pas ce genre de système d'information.

J'ai terminé.

Des députés: Oh, oh!

Dre Noni MacDonald: Je suis désolée, je pourrais parler de ce sujet pendant des heures.

M. Brendan Hanley: Je n'ai pas encore terminé.

Le président: Vous avez encore deux minutes.

M. Brendan Hanley: D'accord, c'est excellent.

Je vais essayer de poser deux autres questions.

Dre Noni MacDonald: Excellent.

M. Brendan Hanley: C'est fantastique.

La première s'adresse à vous, docteur MacDonald. En vous exprimant avec votre chapeau de l'OMS, en ce qui concerne les vaccins à l'échelle mondiale, je viens de lire une manchette selon laquelle la société sud-africaine n'a pas de marché pour la production de vaccins. Il n'y a pas de demande. Nous savons qu'en ce qui concerne l'hésitation à l'égard de la vaccination, lorsque nous essayons de fournir des vaccins à certains des pays les moins bien équipés, c'est probablement un défi encore plus grand qu'ici.

Avez-vous des commentaires à formuler rapidement sur ce sujet?

Dre Noni MacDonald: J'ai quelques remarques rapides qui, je l'espère, rendront cela plus compréhensible. C'est complexe.

L'un des problèmes en Afrique du Sud est que plus de 80 % des gens ont eu la COVID-19. Ils ne voient pas l'intérêt de recevoir le vaccin, même si nous savons que le fait d'avoir contracté la COVID-19, particulièrement le variant Omicron, ne vous protège pas si un variant qui ressemble au variant Delta devait faire surface. Si vous avez contracté la COVID-19, vous devez tout de même obtenir au moins une dose de vaccin, et de préférence deux. C'est le premier élément. Ils ont du mal à faire cela.

Ensuite, leurs données démographiques sont très différentes des nôtres. Près de 50 % de leur population a moins de 20 ans. Ils n'ont pas connu le même taux de mortalité que nous, parce qu'ils n'ont pas ces personnes. Je fais beaucoup de travail en Afrique subsaharienne dans le cadre de l'autre projet que je mène avec une organisation appelée MicroResearch.

Je sais, à la lumière de mon expérience de travail avec ces pays, que c'est différent. Leurs maladies sont différentes. Leur système de soins de santé n'est pas un système dans de nombreux endroits. L'autre problème est que lorsque les vaccins sont arrivés, trop souvent ils avaient des dates d'expiration très courtes, ce qui signifie qu'ils devaient donc les administrer à quiconque se présentait. Ils n'ont pas été en mesure de suivre les recommandations et de les administrer aux personnes à risque le plus élevé, là où l'on constaterait le plus d'avantages.

Pour cette raison, le grand public n'a pas vu l'avantage. Nous avons constaté cet avantage au Canada. Nous avons vu comment cela a réduit la mortalité. Mais ils n'ont pas pu faire cela.

Je peux ajouter l'autre mise en garde, qui explique pourquoi votre question est vraiment importante. Nous savons — et ce n'est pas une remarque négative sur l'Afrique subsaharienne — que la mutation était vraiment facile vu le nombre si élevé de cas de COVID-19. Un grand nombre de personnes ont excrété le virus pendant une longue période, parce qu'ils étaient atteints du VIH et n'étaient ni traités ni diagnostiqués.

En fait, certaines personnes ont dit que l'une des choses que nous devons vraiment faire en Afrique subsaharienne est d'augmenter le diagnostic et le traitement du VIH, de sorte que nous aurons moins d'excrétion du virus de la COVID-19 et moins de possibilités de mutation. Cela serait profitable à tous.

• (1800)

Le président: Merci, docteur MacDonald et monsieur Hanley.

[Français]

Je donne maintenant la parole à M. Garon pour six minutes.

M. Jean-Denis Garon (Mirabel, BQ): Merci beaucoup, monsieur le président.

J'en profite pour remercier l'ensemble des témoins de leurs présentations très complètes et très intéressantes. Je leur en suis très reconnaissant.

J'aurais une question très simple à poser à la Dre MacDonald. C'est une question un peu naïve. Je me la pose moi-même très souvent, et je vous assure que c'est vrai.

Avons-nous atteint le stade endémique de la pandémie au Québec et au Canada? Après chaque vague, on nous dit qu'on l'a atteint. Si ce n'est pas le cas, avons-nous des critères pour le savoir? Existe-t-il des critères objectifs?

[Traduction]

Dre Noni MacDonald: On m'a posé cette question à de nombreuses reprises et il n'y a pas de réponse facile.

Nous aimerions que la maladie devienne endémique, ne mute pas davantage et passe à un virus « doux et docile ». Il n'est pas encore rendu doux et docile. Des personnes meurent encore après avoir contracté le variant Omicron. Des personnes sont encore hospitalisées après avoir contracté le variant Omicron.

Si je suis optimiste, je pourrais espérer que, dans un an, la maladie sera endémique. Ce sera un virus léger à modéré qui est peut-être un peu pire que la grippe, causant davantage d'hospitalisations et de décès que nous le voyons avec la grippe, mais pas d'une manière importante. Pour cela, il ne faut pas qu'un nouveau variant grave se profile à l'horizon. Personne ne peut prédire cela. Si les variants Delta et Omicron se combinaient, la situation deviendrait

mauvaise. Le variant Delta a tué tellement plus de gens que le variant Omicron, et ce dernier est beaucoup plus contagieux. Nous serions de nouveau en grand danger si ces deux mutations se regroupaient. Je suis désolée d'être pessimiste. Je veux être optimiste.

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Docteur MacDonald, si vous m'aviez enseigné, j'aurais peut-être voulu devenir médecin.

Supposons que le virus devienne endémique. Le débat sur les mesures de prévention, les masques, ainsi de suite revient toujours. On entend une chose et son contraire.

Qu'est-ce que l'endémie implique pour l'avenir de ces mesures de prévention?

Supposons que la situation va bien à l'horizon d'un an à un an et demi, cela signifie-t-il qu'un jour, on va renoncer à ces mesures de prévention pour toujours?

[Traduction]

Dre Noni MacDonald: Je vais maintenant parler comme un vrai médecin spécialiste des maladies infectieuses.

Écoutez, porter un masque n'est pas si difficile. Dans un certain nombre de pays dans le monde, même avant la pandémie, les gens portaient des masques tout le temps. Les masques réduisent réellement la transmission des infections virales respiratoires: la grippe, le parainfluenza, le virus respiratoire syncytial, VRS, et la COVID-19. Si nous pouvions convaincre les gens de porter leur masque en hiver, nous pourrions diminuer les hospitalisations pour la grippe, le VRS et ainsi de suite. Cela inclurait aussi la COVID-19. J'espère aussi que nous administrerons des vaccins contre la COVID-19 et contre la grippe aux populations désignées à risque le plus élevé chaque année, si la maladie devient endémique, afin que nous puissions diminuer le nombre de cas.

Permettez-moi de vous donner un petit exemple que la plupart d'entre vous ne connaissent pas, je parie. Saviez-vous que pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux...? Étant donné qu'il y a un taux élevé d'accidents vasculaires cérébraux une semaine après avoir contracté l'influenza, et un taux élevé d'attaques cardiaques une semaine après avoir contracté l'influenza, le fait d'obtenir le vaccin contre la grippe a un effet presque aussi impressionnant pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux et les crises cardiaques que prendre des médicaments antihypertenseurs tous les jours. Pensez-y.

• (1805)

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Nous allons certainement y penser. Je vous le promets.

Il y a certains jours où je ne sais pas vraiment si les décisions quant aux mesures de prévention, au confinement et au déconfinement, entre autres, sont prises par les autorités de santé publique ou par des politiciens.

Encore cette semaine, à la Chambre, nous débattions d'une motion où des députés de la Chambre des communes, qui, pour la plupart, ne sont pas médecins — évidemment, cela n'inclut pas certains collègues ici —, voulaient décider de lever ou non les mesures de prévention. Certaines provinces ont levé ces mesures. Le fédéral ne les a pas toutes levées.

Pensez-vous que nous avons atteint un certain degré de confusion parce que nous avons trop politisé la question des mesures de prévention?

[Traduction]

Dre Noni MacDonald: C'est exactement ce que je veux dire. C'est pourquoi je dis que nous n'avons jamais vu la politique s'immiscer autant dans la prise de décision en matière de politique de santé que nous l'avons vu pendant la pandémie. Savez-vous quoi? La plupart des politiciens n'ont pas les connaissances scientifiques nécessaires pour passer au crible ces renseignements et prendre des décisions fondées sur des données probantes. Ils prennent des décisions qui, selon eux, rendront heureux leurs électeurs. Ce n'est souvent pas la bonne décision.

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Docteur MacDonald, on m'indique qu'il me reste environ une minute de temps de parole.

Chez les jeunes, on sent qu'il y a un nouvel intérêt pour l'étude des vaccins. Certains pensent que les vaccins nous protègent, alors que d'autres pensent qu'ils ne nous protègent pas. Certains pensent qu'ils nous protègent contre un variant, mais pas contre l'autre. Enfin, certains pensent qu'ils nous protègent pendant trois mois, alors que d'autres pensent qu'ils nous protègent pendant six mois ou neuf mois, par exemple.

Si vous deviez parler directement aux jeunes Québécois et aux jeunes Canadiens pour leur expliquer l'importance des vaccins et leur efficacité, que leur diriez-vous?

[Traduction]

Dre Noni MacDonald: Nous pensons que ces vaccins vont en fait durer plus longtemps que ce que nous avions prévu à l'origine.

Nous savons que les quatrièmes doses qui ont été administrées aux personnes âgées de plus de 70 ans ne visaient pas à les repousser au-dessus de leur niveau antérieur, mais à les ramener à ce niveau supérieur. Jusqu'à présent, les données pour les jeunes indiquent que cela fonctionne très bien à condition d'être immunisé. Ça ne fonctionne pas si bien si vous n'êtes pas immunisé.

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Je vous remercie.

Je n'ai pas d'autres questions, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Garon.

[Traduction]

Écoutons maintenant M. Davies, pendant six minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci.

Merci à tous les témoins de votre patience.

Docteur MacDonald, l'OMS a récemment confirmé que des centaines de cas probables d'hépatite aiguë grave chez les enfants faisaient l'objet d'une enquête dans le monde entier et que ces cas ne sont pas causés, semble-t-il, par les virus habituels de l'hépatite ou toute autre source claire. Y a-t-il une raison de soupçonner que ces cas inexplicables d'hépatite aiguë sévère chez les enfants sont liés à la COVID-19?

Dre Noni MacDonald: Les données de l'OMS que j'ai examinées portent à croire — je vais le dire avec une extrême prudence — que ce n'est pas causé par la COVID-19. En raison du

grand nombre de cas de COVID-19 même chez les enfants, si cela était vraiment lié à la maladie, nous devrions le voir.

Quand on examine ces données sous un autre angle, certaines personnes et certains chercheurs laissent entendre qu'il pourrait s'agir d'une co-infection: une infection avec adénovirus entérique, peut-être. Je ne parle pas de celui utilisé pour mettre au point le vaccin, mais d'un adénovirus que vous auriez dans votre voie gastro-intestinale. Il peut alors basculer en raison des circonstances, qui pourraient être liées à la COVID-19 ou à d'autres infections.

Il faudra probablement encore un an avant que nous ne le comprenions vraiment — j'espère que nous le comprendrons avant —, mais laissez-moi vous donner un exemple parallèle. Il existe une maladie appelée « maladie de Kawasaki » et nous savons qu'elle doit être liée d'une manière ou d'une autre à une infection. Nous cherchons depuis 30 ans à savoir de quoi il s'agit, et nous ne le savons pas encore.

M. Don Davies: Merci.

Je veux avoir votre avis sur l'immunité acquise par l'infection.

Disons que le mois dernier, j'ai été infecté par le variant Omicron et que je suis rétabli. J'aimerais que vous compariez la durabilité et la force de mon « immunité », si je peux utiliser ce mot, par rapport à celle que j'aurais acquise si j'avais été vacciné selon un régime de deux doses de vaccin à ARN qui a pris fin en janvier dernier.

• (1810)

Dre Noni MacDonald: Si vous n'avez jamais été vacciné et que vous avez été infecté par le variant Omicron, vous n'êtes pas aussi bien protégé que si vous aviez eu vos deux doses de vaccin, parce que nous savons que pour le variant Omicron, quand nous le dépis-tions, votre réponse d'anticorps à ce variant ne combat pas bien le variant Delta, si un autre variant Delta devait apparaître. Vous ne couvrez pas une grande partie du spectre.

Les personnes qui ont été infectées par le variant Omicron et n'ont pas été immunisées doivent absolument obtenir au moins une dose et peut-être deux doses de vaccin pour les amener à ce niveau supérieur qui les protégera réellement. C'est bien malheureux que certaines personnes disent, « Oh, j'ai été infecté, donc je suis protégé à vie et je n'ai pas besoin de faire quoi que ce soit », et c'est aussi de la très mauvaise mésinformation. C'est inacceptable.

M. Don Davies: Puis-je approfondir cela un peu? Les vaccins à ARN avec lesquels les Canadiens ont été immunisés ont été formulés contre le variant Alpha, n'est-ce pas? Alors, comment...

Dre Noni MacDonald: Oui, mais...

M. Don Davies: Comment ces...

Dre Noni MacDonald: Ce n'est pas un oui, un non, zéro... Nous savons que les vaccins sont efficaces contre les variants Alpha, Bê-ta et Delta et qu'ils sont quelque peu efficaces contre le variant Omicron. Le vaccin n'a pas un aussi bon rendement pour le variant Omicron que pour les autres. Ils proviennent de deux arbres phylogénétiques différents. Ce qui nous inquiète le plus, c'est que les variants Delta et Omicron vont revenir ensemble, et ce sera une catastrophe.

M. Don Davies: Bien.

J'aimerais aussi avoir votre avis sur l'incidence de la vaccination sur la transmission. Existe-t-il aujourd'hui une différence significative quant à la capacité d'une personne de transmettre la COVID-19, qu'elle soit vaccinée ou non vaccinée, ou qu'elle appartienne à une troisième catégorie, je suppose, à savoir celle des personnes non vaccinées, mais qui ont été exposées à la COVID-19 et qui se sont rétablies?

Dre Noni MacDonald: D'accord. Je vais répondre à cela, mais je ne peux pas le faire d'une façon aussi simple et convaincue que vous le voudriez.

Le problème réside dans le fait que pour la souche originale de Wuhan, la transmission diminuait considérablement elle aussi, en fait, lorsque l'on était immunisé; l'immunisation n'a pas complètement éliminé la transmission, mais elle l'a considérablement réduite. L'immunisation n'a pas réduit la transmission autant dans le cas du variant Delta et ne la réduit pas beaucoup dans le cas du variant Omicron.

Le variant Omicron est aussi beaucoup plus contagieux. Il se développe très bien dans les voies respiratoires supérieures. Vous faites des quantités abondantes de ce virus. Ça ne vous rend peut-être pas si malade, mais vous pouvez le répandre en abondance, d'accord?

M. Don Davies: D'accord.

Dre Noni MacDonald: Nous avons besoin de vaccins plus différents qui peuvent aider à réduire la transmission.

En outre, je répondais à la question sur les masques: portez votre masque. Vous allez diminuer...

M. Don Davies: J'ai compris.

Je tenterai de poser une autre question si je peux.

Docteur MacDonald, le 31 mars, vous avez coécrit un éditorial dans le *Globe and Mail*. Vous avez dit :

L'acceptation insuffisante des vaccins est le symptôme d'une méfiance persistante qui nous vient de notre lignée coloniale collective.

La reconnaissance et le soutien du droit des peuples autochtones à l'autodétermination — le droit de choisir — constituent une étape essentielle dans la lutte contre la méfiance envers les vaccins contre la COVID-19. Les peuples autochtones ont le droit de disposer de renseignements crédibles et adaptés à la culture pour faire un choix éclairé. Ils ont le droit de remettre les choses en question. Ils ont le droit de dire « non ».

Étant donné le lien direct entre la vaccination et le colonialisme que vous faites, pensez-vous que les exigences relatives à la vaccination pourraient renforcer la méfiance des peuples autochtones envers les vaccins contre la COVID-19?

Dre Noni MacDonald: J'espère que ces exigences seront établies en collaboration avec les médecins et les fournisseurs de soins de santé autochtones, afin qu'ils puissent littéralement — et je mets le mot entre guillemets — « traduire » les raisons pour lesquelles on le fait et la façon dont cela correspond aux points de vue autochtones sur la santé et le bien-être. Je...

M. Don Davies: Mais l'ont-ils fait? C'est la question que je me pose.

Dre Noni MacDonald: Ils ont essayé et, dans un certain nombre d'endroits, ont été assez efficaces. Dans d'autres, nous n'avons tout simplement pas assez de fournisseurs de soins de santé autochtones pour être en mesure de faire ce qui doit être fait.

Le président: Merci, docteur MacDonald.

Merci, monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci, docteur MacDonald.

Le président: Nous allons maintenant écouter M. Lake, qui dispose de cinq minutes.

L'hon. Mike Lake (Edmonton—Wetaskiwin, PCC): C'est tellement fascinant, et je ne sais pas dans quelle direction aller. J'ai presque l'impression de devoir poser une question aux deux autres, mais je vais aller un peu plus loin dans cette voie.

Je ne suis pas un expert médical, comme la plupart des députés ne sont pas des experts médicaux. Je viens du milieu des affaires, donc j'aimerais penser que j'ai une certaine expertise en négociation et en persuasion, et qu'elle est pertinente ici, à mon avis.

J'ai écrit un éditorial sur l'hésitation à l'égard de la vaccination en 2019, parce que j'ai un fils autiste et je me serais décrit comme hésitant à l'égard de la vaccination il y a 20 ans à cause de la situation de Wakefield, au Royaume-Uni. Mon éditorial de 2019, avant la pandémie, visait à convaincre les gens que les vaccins ne causent pas l'autisme pour parler de l'hésitation à l'égard de la vaccination de ce point de vue. J'ai eu l'occasion d'en parler à de nombreux experts. L'approche que j'ai adoptée à l'époque, en tant que parent d'une personne autiste, était d'essayer de comprendre, de faire preuve d'empathie et de poser les questions que les gens pourraient poser à certains des experts que j'ai eu l'occasion de citer dans mon éditorial.

Je suis très préoccupé par la façon dont nous avons communiqué ces deux dernières années avec les personnes qui sont réticentes à se faire vacciner. Je sais que quand vous parlez des politiciens... j'ai l'impression que vous pointez du doigt des politiciens de ma propre allégeance ou sphère politique. Cependant, nous avons un premier ministre dans ce pays et ce premier ministre a traité les personnes qui ne se font pas vacciner de misogynes, de racistes, de « ces personnes » et beaucoup d'autres noms.

Je pense que les gens qui ont choisi de ne pas se faire vacciner l'ont fait en grande partie parce qu'ils pensaient que le vaccin allait leur faire du mal. Je pense que notre approche devrait être de les convaincre, en se fondant sur des données probantes, qu'ils devraient se faire vacciner, parce qu'ils sont plus en sécurité quand ils sont vaccinés et que ceux qui les entourent sont plus en sécurité.

Que feriez-vous différemment en ce qui concerne la communication, si vous pouviez revenir deux ans en arrière?

● (1815)

Dre Noni MacDonald: Tout d'abord, nous avons besoin d'une meilleure communication. Les experts en communication savent ce qu'ils font, mais ils doivent connaître la science sous-jacente pour savoir ce qu'ils doivent faire. C'est la communication générale ou la communication médiatique.

Je pense que vos commentaires sont vraiment importants. Vous devez écouter quelles sont les préoccupations. Vous devez ensuite savoir ce que les gens savent et ce qu'ils ignorent. Vous devez voir si vous pouvez leur donner des renseignements qui pourraient être utiles lorsque vous essayez de bâtir ce genre de confiance. Vous devez savoir s'ils comprennent et s'ils ont d'autres questions sur ce que vous leur avez dit. Quand vous adoptez ce genre d'approche individuelle, beaucoup de ces personnes peuvent délaissier leur hésitation ou leur résistance à l'égard de la vaccination et dire « Oui, je me ferai vacciner. »

C'est ce que l'on appelle une « technique d'entrevue motivationnelle minimale ». Nous avons fait des études nationales sur ce sujet au Canada pour l'immunisation systématique. Cette technique peut être très fructueuse. Elle ne coûte pas très cher. Nous ne l'avons pas bien fait pendant la pandémie. Nous avons besoin d'un plus grand nombre de fournisseurs de soins de santé qui étaient formés pour le faire, qu'il s'agisse de pharmaciens, d'infirmiers et d'infirmières de première ligne ou de médecins de famille. Nous avons besoin de beaucoup plus de personnes qui pouvaient bien écouter afin de cerner les obstacles.

Pour certains de nos peuples autochtones, c'était leur passé. Pour certains, c'était ce que leur député local avait dit. Pour certains, c'était ce que leur député provincial avait dit. Pour certains, c'était ce que leur chef religieux disait. Il y avait toutes sortes de personnes qui pavoisaient et disaient qu'elles savaient quoi faire et disaient aux gens ce qu'ils devaient faire, selon elles, et pas en se fondant sur des données probantes.

Mme Danielle Paes: Permettez-moi d'oser...

L'hon. Mike Lake: Absolument.

Mme Danielle Paes: Je dois dire que les pharmaciens ont un rôle très important à jouer pour s'attaquer à la fois à l'hésitation et à la désinformation liées aux vaccins. Je faisais partie de ceux qui ont administré des vaccins contre la COVID-19 et j'ai profité de ces beaux moments avec les patients, où je pouvais m'assurer que l'expérience était positive. Ils se sont donc sentis en confiance dans le choix éclairé qu'ils faisaient, l'ont dit à leurs amis, ont raconté leur expérience, et ont indiqué que les pharmaciens étaient des sources fiables de renseignements précieux et importants sur la santé.

En disant cela, je pense que nous avons également besoin de financer les services pharmaceutiques, afin de pouvoir continuer à fournir des soins. Le modèle traditionnel que nous avons vu où les pharmaciens jouaient davantage un rôle de dispensaires n'existe plus. Nous avons vraiment besoin d'avoir accès à nos experts en médicaments, qui sont faciles d'accès et situés à moins de cinq kilomètres de la plupart des Canadiens. J'ai de toute évidence un parti pris, mais je pense vraiment que les pharmaciens peuvent faire partie de la solution, d'autant plus que nous allons de l'avant avec la promotion des vaccins et la lutte contre l'hésitation et la désinformation à l'égard de la vaccination — pas seulement dans le domaine de la vaccination, mais aussi la mésinformation sur les médicaments.

Il y a tellement de possibilités, et je suis heureuse de cette conversation et de ce dialogue. J'ai presque l'impression de siéger à un comité exécutif avec la Dre MacDonald, alors merci beaucoup de toute la sagesse dont vous avez fait preuve dans vos réponses.

• (1820)

L'hon. Mike Lake: Je n'ai pas le temps de poser une autre question, mais je voudrais faire un commentaire au sujet des pharmaciens.

J'ai la chance de vivre dans une province, l'Alberta, où les pharmaciens ont un rôle plus important. Je peux vous dire que c'est très avantageux pour les habitants de l'Alberta. Je tenais simplement à le dire.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Lake.

Dre Noni MacDonald: Le mauvais langage à propos des personnes qui refusent de se faire vacciner est totalement inutile.

Le président: Merci, docteur MacDonald.

Écoutons maintenant le Dr Powlowski, qui dispose de six minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Je pense que nous sommes tous conscients des répercussions et des effets négatifs que les mesures de distanciation physique et les confinements ont eus sur les gens. En tant que pédiatre, docteur MacDonald, vous avez certainement parlé des effets néfastes sur l'éducation. Je pense que M. Yu a parlé des répercussions sur les personnes âgées, des effets de la dépression et du taux de suicide plus élevé. Cela a créé son propre vaste ensemble de problèmes de santé connexes.

Je veux vous poser une question, docteur MacDonald, en tant qu'experte en maladies infectieuses. Je sais que vous êtes pédiatre, ce qui signifie que vous n'avez peut-être pas autant d'expérience avec les traitements, mais je veux vous interroger sur la valeur des options de traitement, en particulier le Paxlovid. Dans la mesure du possible, nous voulons éviter d'autres confinements et éviter d'utiliser ces mesures de distanciation. Il me semble que nous ne faisons pas tout ce que nous pouvons afin de traiter les personnes à risque élevé avec le Paxlovid pour diminuer leurs taux d'hospitalisation et d'admission aux unités de soins intensifs.

Souscrivez-vous à ce que je viens de dire, ou voulez-vous formuler des commentaires à ce sujet?

Dre Noni MacDonald: Oui, ce serait utile.

Permettez-moi de reformuler la question pour vous. Est-il préférable d'éviter l'incendie ou d'arriver tôt sur les lieux de l'incendie? Il vaut toujours mieux prévenir l'incendie, si nous le pouvons. Le Paxlovid sert seulement à éteindre le feu quand il brûle déjà. Oui, parfois il fonctionne. Oui, il peut diminuer les taux. Mais il n'est pas totalement efficace. Cela ne signifie pas que je ne serai pas malade et que je n'aurai pas une forme grave de la maladie dès que je prends la pilule. Nous n'avons pas de données à ce sujet. Je veux dire, ce traitement est utile, mais il est préférable de ne pas l'obtenir.

M. Marcus Powlowski: Oui, c'est peut-être mieux. Je suis certainement d'accord, et le dogme en santé publique est certainement que la prévention est bien meilleure que le traitement. Toutefois, nous sommes peut-être allés aussi loin que nous le pouvions en ce qui concerne la vaccination. Je ne suis pas sûr du nombre de personnes que nous pouvons convaincre.

Si c'est le cas, est-ce une option, et que devrions-nous faire de plus pour offrir ce traitement afin que les personnes à risque élevé, et les médecins, soient conscients des avantages de l'obtenir plus tôt?

Dre Noni MacDonald: Je pense que le problème revient à ce que disait Mme Paes. Il serait vraiment préférable qu'il soit largement accessible en pharmacie. Il ne le sera probablement jamais, en ce qui concerne l'endroit où il doit être, c'est-à-dire que l'on a simplement besoin d'un test positif qui soit confirmé. Nous ne voulons pas que des personnes qui ne sont pas atteintes de la COVID-19, mais qui ont un nez qui coule et une toux, le prennent. Il faut qu'il soit là aussi vite que possible. Oui, il fonctionne jusqu'à cinq jours, mais c'est mieux si c'est avant cinq jours, quand vous l'administrez.

Je pense que de nombreux éléments du déploiement du système le rendent compliqué et difficile, et je ne suis pas sûr que nous parviendrons un jour à le simplifier. Nous pouvons faire mieux, mais nous ne pourrions jamais éliminer la maladie à la vitesse de l'éclair.

M. Marcus Powlowski: J'allais poser une question à Mme Paes à ce sujet parce que les pharmacies du Québec le prescrivent. Comment cela s'est-il passé? Y a-t-il quelque chose dans le système de réglementation du Québec qui leur a permis de le faire, mais qui a empêché d'autres provinces de faire quelque chose de semblable?

Mme Danielle Paes: Merci beaucoup de la question.

En avril, 4 500 patients au Québec avaient reçu le Paxlovid et environ 70 % de ces ordonnances avaient été rédigées par des pharmaciens. L'un des facteurs clés, à mon avis, a été la prescription virtuelle, de sorte que les patients symptomatiques ne se présentent pas en pharmacie. Le gouvernement du Québec a reconnu la complexité et le temps nécessaire pour assurer une prescription sécuritaire, et le fait de fournir aux pharmacies le financement et les ressources nécessaires pour y parvenir a contribué à accroître cet accès.

Les patients peuvent se faire livrer un test antigénique rapide à domicile. Ils sont en mesure de confirmer leur diagnostic. Ils peuvent consulter leur pharmacien par téléphone. C'est un modèle très bien pensé, et il fonctionne. Nous commençons à voir cette tendance en Alberta, à Terre-Neuve-et-Labrador et en Saskatchewan, et comme ces provinces travaillent dans le cadre des relations réglementaires pour leur permettre d'éliminer ces obstacles, je pense que nous allons vraiment être en mesure d'améliorer l'accès. Cela aura, selon moi, une incidence considérable sur la COVID-19 et la lutte pour l'éliminer, et nous ramener à la normale.

• (1825)

Le président: Merci, madame Paes et docteur Powlowski.

[Français]

Monsieur Garon, vous disposez de deux minutes et demie.

M. Jean-Denis Garon: Merci, monsieur le président.

Docteur Yu, vous avez parlé de l'importance de la recherche, de son financement et de la qualité des chercheurs. Je suis très touché par cela. Pas plus tard qu'hier, à la Chambre des communes, lors du dépôt d'une motion du Bloc québécois, nous avons suggéré de bonifier les bourses d'études accordées par les trois organismes, c'est-à-dire les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Selon nous, cela permettrait d'augmenter la diversité du bassin de chercheurs, qui deviendront un jour des professeurs d'université, par exemple.

Êtes-vous d'avis que l'on devrait bonifier les bourses afin de valoriser la profession de chercheur, particulièrement chez les gens issus de la diversité?

[Traduction]

M. Wai Haung Yu: Merci beaucoup de la question, monsieur Garon.

Je suis d'accord pour dire qu'il faudrait augmenter le financement des trois conseils, et que cela ne devrait pas nécessairement se faire au détriment d'autres programmes comme la Croix-Rouge canadienne ou la Fondation canadienne pour l'innovation. Ils sont tous très importants pour maintenir et innover dans le domaine de la recherche en ce qui concerne l'équité, la diversité de la recherche, ainsi que la diversité des personnes qui peuvent...

Je pense que l'un des facteurs les plus difficiles en ce moment, en particulier pour le financement des trois conseils, est ce que nous allons faire avec la prochaine génération de scientifiques. Je suis là

depuis un bon moment, et je suis heureux et ravi de voir des chercheurs en début de carrière obtenir leur financement. Par exemple, l'un de mes étudiants postdoctoraux a obtenu du financement d'un organisme il y a quelques mois. Ce sont des événements à célébrer, et ils ne se produisent pas assez ces jours-ci.

Laissez-moi vous présenter une statistique. En raison du plafonnement du financement de la recherche, il n'y a pas vraiment eu d'augmentation pour les chercheurs en début de carrière depuis 2003. Cela se fera sentir sur l'avenir de la recherche, ce qui va nuire à la capacité d'attirer des talents. Un financement de ce genre de la part des trois conseils est essentiel pour s'assurer que l'on trouve cette parité et cette innovation dans le paysage à l'avenir.

Merci beaucoup de la question.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Garon.

[Traduction]

Merci, monsieur Yu.

Monsieur Davies, vous avez la parole pendant deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Je voudrais revenir, si vous me le permettez, sur la question de l'immunité acquise par l'infection. J'ai vu d'autres données et j'ai entendu d'autres immunologues qui ont déclaré que l'utilisation d'un vaccin qui a été mis au point contre le variant Alpha et qui a été stimulé pour lutter contre un virus en circulation qui a muté de façon significative, en particulier sur la protéine de spicule, devrait logiquement être moins efficace. Quelle serait votre position à ce sujet, docteur MacDonald? Autrement dit, si nous obtenons une troisième ou une quatrième dose de rappel, ne sommes-nous pas seulement en train de stimuler la production d'anticorps pour faire face à un virus qui n'est pas particulièrement en circulation comme il l'était autrefois?

Dre Noni MacDonald: Oui, mais laissez-moi vous expliquer.

Les entreprises ont travaillé très dur pour mettre au point un vaccin qui aurait deux volets: l'un qui possède la protéine de spicule que l'on trouvait dans le virus original de Wuhan, qui se trouve dans le vaccin que nous avons utilisé sur des millions et des millions de personnes, et l'autre qui possède la protéine de spicule du variant Omicron. Elles examinent ce qui se passerait si on les administrait ensemble.

Je pense que c'est en fait la question que vous vous posez, et oui, cela pourrait probablement...

M. Don Davies: Permettez-moi de vous interrompre; ce n'est pas le cas. Vous avez directement parlé du nœud du problème. Cela me semblerait logique si nous étions... mais nous utilisons en fait le vaccin qui est uniquement mis au point pour la protéine de spicule du variant Alpha.

Je me demande simplement à quel point cela peut être efficace contre une protéine de spicule qui a subi des mutations aussi importantes.

Dre Noni MacDonald: Le virus a connu des mutations importantes, mais il y a beaucoup d'endroits où il n'a pas changé. Quand vous répondez, vous parlez de tous les éléments différents qui se trouvent sur la protéine de spicule. C'est pourquoi il fonctionne toujours contre les formes graves de la maladie, contre le variant Omicron, si vous avez été vacciné. Les décès ne se produiront pas au même rythme, et le nombre d'hospitalisations ne sera pas le même.

• (1830)

M. Don Davies: Oui, d'accord. Les données semblent étayer cela.

Il y a une autre question que je veux vous poser et sur laquelle je me ferai un peu l'avocat du diable.

Selon les données probantes que j'ai reçues, si vous êtes infecté par le variant Omicron, certains immunologistes me disent qu'il fournit une protection contre les versions précédentes du virus, qu'il contiendrait en fait une partie de la même... Je ne connais pas le terme approprié.

Dre Noni MacDonald: Il en a une partie, mais il n'est pas efficace contre le variant Delta, par exemple. Il est fragile contre le variant Delta, d'accord?

Deux arbres phylogénétiques ont émergé: la branche du variant Omicron, blablabla, et celle qui contient les variants Alpha, Bêta et Delta. Ils sont assez éloignés en ce qui concerne leur constitution. Le variant Omicron n'est pas un aussi « bon » antigène, un générateur d'anticorps que ceux qui découlaient de la souche de Wuhan, du virus original. Ils sont meilleurs pour stimuler la production d'anticorps neutralisants contre la protéine de spicule.

Le problème est que le variant Omicron est légèrement différent, ce qui signifie que les anticorps neutralisants ne sont pas aussi bons qu'ils le seraient pour lutter contre le virus original. J'essaie de penser à une analogie à vous faire. Vous avez peut-être à la fois des bottes d'hiver et des chaussures de ville, et les chaussures de ville sont plus serrées que vos bottes d'hiver, si vous ne mettez pas vos chaussures dans ces bottes. C'est un peu la même chose: ils sont

bancaux en ce qui concerne la correspondance entre le vaccin contre le variant de Wuhan et le variant Omicron et, ce faisant, vous n'êtes pas aussi bien protégé.

M. Don Davies: Bien.

Dre Noni MacDonald: La raison pour laquelle les personnes ne veulent pas seulement faire un vaccin contre le variant Omicron est parce que nous savons que ce n'est pas le dernier variant que nous verrons. Nous voulons essayer de protéger contre toute cette famille. Les entreprises s'emploient maintenant à essayer d'obtenir un vaccin contre la famille de la COVID-19 qui vous protégerait contre toute la famille, pas seulement les variants que nous avons détectés.

Le président: Je dois aller m'acheter d'autres chaussures.

M. Don Davies: Merci, docteur MacDonald.

Dre Noni MacDonald: Ce qu'il importe de retenir, c'est que nous avons besoin de plus d'argent pour la recherche, ce qui signifie que nous devons donner plus d'argent aux IRSC et aux trois conseils.

Le président: Bon, voilà une bonne note sur laquelle terminer.

Cette discussion a été fascinante.

Des députés: Bravo!

Le président: Merci à tous. Ce serait bien si nous pouvions poursuivre pendant deux heures.

Merci encore des efforts que vous avez déployés pour être ici. Merci beaucoup de vos déclarations et pour vos réponses. Cela a été extrêmement instructif pour nous tous. Cette séance s'est révélée exceptionnelle.

Le Comité souhaite-t-il lever la séance?

Des députés: Oui.

Le président: 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>