



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 021

Le mardi 19 mai 2020

Président : M. Ron McKinnon



Comité permanent de la santé

Le mardi 19 mai 2020

• (1705)

[Traduction]

Le président (M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.)): La séance est ouverte. Je vous souhaite à tous la bienvenue à la 21^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Conformément aux ordres de renvoi adoptés les 11 et 20 avril 2020, le Comité se réunit pour entendre les témoignages concernant la réponse canadienne à la pandémie de COVID-19.

Afin de faciliter le travail de nos interprètes et d'assurer le bon déroulement de la réunion, je vais vous donner quelques règles à suivre.

Premièrement, l'interprétation pour cette vidéoconférence va fonctionner dans une grande mesure comme pour les réunions ordinaires du Comité. Au bas de l'écran, vous avez le choix entre « parquet », « anglais » et « français ». Veuillez parler lentement et distinctement, en gardant le microphone devant votre bouche comme on vous l'a montré pendant le test de son. Si vous alternez entre les deux langues officielles, assurez-vous de choisir la langue que vous voulez avant de commencer à parler, pour que l'interprétation se fasse correctement. Par exemple, si vous voulez parler en anglais, choisissez le canal anglais et parlez. Cela garantira une meilleure qualité de son pour l'interprétation.

Avant de parler, veuillez attendre que je vous nomme. Quand vous êtes prêt à parler, cliquez sur l'icône du microphone afin d'activer votre microphone. Tout membre qui veut demander la parole à un moment autre que celui qui est prévu pour ses questions doit activer son microphone et dire qu'il invoque le Règlement. Je vous rappelle que toutes les observations des députés et des témoins doivent être adressées au président. En cas de problèmes techniques, veuillez en informer immédiatement le président ou la greffière, et l'équipe technique travaillera à les résoudre. Au besoin, nous suspendrons la séance le temps nécessaire.

Avant de commencer, je rappelle à tous que dans le coin supérieur droit de l'écran — si vous êtes connectés depuis un ordinateur —, vous pouvez choisir entre l'affichage par intervenant et l'affichage galerie. Si vous choisissez l'affichage galerie, vous devriez voir tous les participants dans une grille. Pour ceux qui utilisent un iPad, la petite icône apparaît dans le coin supérieur gauche.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins. De l'Agence de la santé publique du Canada, nous accueillons la Dre Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique, et Mme Kim Elmslie, vice-présidente de la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Nous recevons également la Dre Mona Nemer, conseillère scientifique en chef au Bureau du conseiller scientifique en chef. Enfin, nous accueillons le Dr Michael Strong, président des Instituts de recherche en santé du

Canada, et la Dre Nathalie Grandvaux, présidente de la Société Canadienne pour la virologie.

Je souhaite la bienvenue à tous nos témoins et les remercie d'être parmi nous. Le Comité et moi vous sommes reconnaissants de nous consacrer un peu de votre temps.

Nous entendrons d'abord les représentantes de l'Agence de la santé publique du Canada, et je crois que c'est la Dre Tam qui prendra la parole.

Vous avez 10 minutes.

Dre Theresa Tam (administratrice en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Bonjour.

Je tiens à remercier le président et les membres du Comité de me donner l'occasion de revenir vous parler aujourd'hui.

L'émergence et la propagation rapides du SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19, ont mis au défi les capacités mondiales comme jamais auparavant.

Au Canada, on compte maintenant environ 78 500 cas confirmés de COVID-19, dont 5 857 décès, et environ 50 % des personnes touchées sont rétablies. À ce jour, les laboratoires d'un bout à l'autre du Canada ont testé plus de 1 337 000 personnes pour le nouveau coronavirus, et environ 5 % ont obtenu un résultat positif. Ensemble, les provinces et les territoires testent quotidiennement plus de 27 000 personnes en moyenne. Ces chiffres changent toutefois rapidement, et nous les mettons constamment à jour sur la page Web Canada.ca/coronavirus.

La COVID-19 demeure une grave menace à la santé publique; toutefois, les efforts collectifs que nous avons déployés pour ralentir la propagation de la maladie et contrôler l'épidémie ont aplati la courbe au Canada. Le ralentissement du taux de transmission a donné lieu à des dénombrements quotidiens plus faibles; il demeure toutefois des éclosions localisées et une transmission active dans différentes régions du pays, ce qui signifie que nous devons rester vigilants.

Au moment où nous commençons à contrôler la première vague épidémique au Canada, la détection rapide et la suppression de toute nouvelle hausse du nombre de cas demeurent nos priorités. En termes simples, nous devons maintenir les taux d'infection bas pendant que nous développons de façon accélérée des traitements et un vaccin sûrs et efficaces contre la COVID-19.

Notre voie à suivre est peuplée d'incertitudes; c'est pourquoi nous devons agir prudemment et apprendre en cours de route. La réponse du Canada a reposé et repose toujours sur la science, sur l'évolution de nos connaissances sur le mode de propagation du virus et sur le déploiement de mesures de santé publique efficaces. En outre, nous nous rajusterons rapidement, au besoin, afin de réduire véritablement la propagation de ce virus au moment de rouvrir la vie économique et sociale du Canada.

Le Canada doit continuer de répondre à la COVID-19 d'une manière collaborative, qui soutient et inclut les particuliers, les collectivités, différents secteurs et les gouvernements.

En fait, le rôle fédéral de la santé publique en est un de leadership, qui repose sur la recherche et la science, la collaboration internationale, les données et la surveillance, et l'évaluation continue des risques. Il s'agit du leadership dont nous faisons preuve pour garder les Canadiens informés de ce que nous savons et ce que nous ignorons et leur expliquer comment nous sommes à trouver des réponses aux questions complexes qu'une nouvelle maladie infectieuse soulève. C'est aussi le leadership dont nous faisons preuve en mobilisant les capacités pour pallier rapidement les lacunes, s'il y a lieu, et pour fournir les ressources qui renforcent la réponse de santé publique, peu importe où elles sont requises.

L'excellente collaboration entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux a été l'une des pierres angulaires de la réponse du Canada jusqu'à présent.

Afin de nous guider vers l'avenir, nous continuerons de travailler étroitement dans le cadre des réunions régulières du Comité consultatif spécial fédéral-provincial-territorial sur la COVID-19, qui comprend les médecins hygiénistes en chef, ainsi que Service correctionnel Canada et Services aux Autochtones Canada. Nous tenons plusieurs réunions par semaine présentement.

Le Groupe de travail sur les communautés éloignées et les Autochtones, qui rend compte au Comité consultatif spécial, a aussi été mis sur pied afin de répondre de façon collaborative aux besoins uniques des communautés éloignées et isolées et à ceux des Premières Nations, des Métis et des Inuits.

J'aimerais maintenant prendre quelques minutes pour présenter une mise à jour sur certains des domaines clés dans lesquels l'Agence de la santé publique du Canada soutient le gouvernement du Canada et ses partenaires provinciaux et territoriaux dans la réponse à la pandémie de COVID-19.

Les tests sont l'un des aspects cruciaux de notre réponse à la pandémie. On continue d'adapter la stratégie ou l'approche du Canada à l'égard des tests au fur et à mesure que la science sur le virus évolue, que d'autres options d'essais deviennent disponibles et que la pandémie progresse. Elle se fonde sur les trois priorités fondamentales de santé publique, soit mener des tests pour tous les cas soupçonnés, rechercher agressivement tous leurs contacts, isoler les personnes infectées et mettre leurs contacts en quarantaine.

Les tests, avec la recherche de contacts, sont cruciaux pour isoler chaque cas et briser la chaîne de transmission. Le Laboratoire national de microbiologie, le LNM, a joué un rôle crucial dans ce domaine.

Cinq jours après que la séquence génétique du nouveau coronavirus soit rendue disponible, des scientifiques du LNM ont conçu un test diagnostique moléculaire, ce qui permet maintenant à plus de 30 laboratoires de partout au Canada de mener des tests de

confirmation. En outre, au fur et à mesure que des tests commerciaux sont devenus disponibles, les programmes de validation et d'évaluation de la qualité du LNM ont augmenté leurs activités afin de garantir que ces tests donnaient des résultats exacts.

Le comité consultatif spécial sur la COVID-19 a révisé dernièrement les directives nationales en matière d'essai en laboratoire en mettant l'accent sur l'élargissement des tests auprès de toute personne ayant des symptômes, même bénins. Des réflexions quant aux tests de personnes asymptomatiques furent également proposées.

Le gouvernement du Canada a aussi annoncé récemment la mise sur pied du Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 afin de coordonner des études sérologiques ou sur les anticorps en population générale pour déterminer l'étendue de l'infection au Canada. On contribuera ainsi à déterminer la proportion de la population qui a acquis une certaine immunité contre le virus pour orienter des réponses efficaces en matière de santé publique à l'avenir, y compris des programmes de vaccination.

- (1710)

Le fait d'avoir une approche robuste en matière de tests est une composante clé des phases de réouverture, et le Canada cherche à mettre en œuvre une approche à multiples facettes à l'égard des tests, qui comprend une combinaison de tests en laboratoire (tests de réaction en chaîne de la polymérase (RCP)), aux points de service et sérologiques.

Le développement d'un vaccin contre la COVID-19 est une priorité pour tous les pays. Le Laboratoire national de microbiologie est membre d'un réseau national qui utilise le séquençage du génome pour comprendre le fonctionnement du virus, son évolution et la raison pour laquelle la gravité de la maladie est si différente d'une personne à l'autre. Les travaux que mène le LNM sur le développement d'un vaccin s'appuient sur des antécédents qui comprennent le développement réussi d'un vaccin contre le virus Ebola. Nous examinons sept technologies de développement de vaccin et nous collaborons avec l'industrie et le milieu universitaire pour contribuer à la découverte d'un vaccin.

L'un des autres domaines d'intérêt importants pour le gouvernement du Canada a été d'obtenir de l'équipement de protection individuelle (EPI) crucial et des fournitures médicales pour les travailleurs de la santé de première ligne. Nous le faisons par l'intermédiaire d'un approvisionnement en gros collaboratif avec les provinces et les territoires, le renforcement de la capacité de production nationale et la recherche d'éventuelles solutions de rechange et façons de prolonger la durée de vie des produits.

L'Agence de la santé publique du Canada continue aussi de collaborer étroitement avec les provinces et les territoires à la mise à jour des lignes directrices sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, selon les meilleures données probantes disponibles, pour un éventail de milieux hospitaliers, y compris les établissements de soins de longue durée.

Une autre chose importante est de tenir les Canadiens informés. À ce chapitre, l'Agence de la santé publique du Canada a donné aux Canadiens des renseignements en temps opportun sur la façon de protéger leur santé et nos systèmes de santé élargis. Cela comprend le site Web [Canada.ca/coronavirus](https://www.canada.ca/coronavirus), une ligne d'information sans frais sur la COVID-19 et l'application de COVID-19 du Canada, laquelle a été téléchargée plus de 540 000 fois à ce jour.

À l'échelle nationale, nous avons vu que la collaboration entre les Canadiens, qui ont collectivement respecté les mesures de santé publique recommandées, y compris la distanciation physique et les mesures d'hygiène, a permis de ralentir la croissance de l'épidémie de COVID-19. À l'avenir, tous les ordres de gouvernement sont résolus à travailler ensemble en vue d'élaborer une approche commune et axée sur des données probantes à l'égard de l'assouplissement prudent des mesures de santé publique, dans le but principal de protéger la santé des Canadiens et en tenant compte des différences régionales.

Il faut établir un équilibre crucial entre les mesures de contrôle en matière de santé publique qui réduisent au minimum les répercussions de la COVID-19 et les conséquences sociales et économiques. Notamment les mesures frontalières prises en vertu de la Loi sur la mise en quarantaine visant à renforcer et restreindre l'entrée au Canada de l'étranger, y compris des États-Unis, demeurent en place. Celles-ci seront réévaluées au fur et à mesure que de nouveaux renseignements deviennent disponibles.

Le Comité consultatif spécial sur la COVID-19 a récemment formulé des recommandations et des lignes directrices nationales en matière de santé publique, lesquelles comprennent des objectifs, des principes, des critères et des indicateurs communs, qui sont les fondements à la levée des restrictions.

Nous devons aussi continuer de renforcer les capacités en matière de santé publique en prévision de vagues futures de COVID-19, ce qui comprend la capacité d'effectuer davantage de tests pour détecter rapidement des cas, enquêter sur les éclosions et trouver et gérer les contacts. Le gouvernement du Canada collabore aussi étroitement avec les provinces et les territoires afin d'accroître la capacité de tests au-delà des laboratoires actuels et de mettre en œuvre des stratégies visant à mobiliser un plus grand nombre d'effectifs à la recherche de contacts.

La COVID-19 a eu des répercussions considérables sur la santé physique et mentale générale des Canadiens. Les répercussions directes sur la santé ont été dévastatrices et les résultats les plus graves ont touché les aînés en établissements de soins de longue durée et en résidences-services. À l'avenir, l'approche que nous adoptons doit garantir que les groupes vulnérables ou qui présentent un risque accru sont mieux protégés. En font partie les personnes vulnérables en raison de leur âge ou de problèmes de santé sous-jacents, vivant en régions éloignées, dans des espaces restreints ou des logements temporaires, ou sans domicile stable ou fixe.

Nous devons aussi songer aux conséquences involontaires des restrictions en place, y compris l'augmentation de la violence familiale et de l'isolement social, le report de rendez-vous médicaux pour soigner des maladies graves et chroniques et la consommation problématique de substances.

Au fur et à mesure que les restrictions de santé publique sont levées, nous voulons être en mesure de répondre rapidement à tout nouveau cas ou groupe de cas pour continuer d'étouffer l'épidémie. Nous devons toutefois nous préparer à un éventuel rétablissement des restrictions en matière de santé publique si le nombre de cas augmente de nouveau.

• (1715)

Nous ignorons comment la COVID-19 évoluera au cours des prochains mois; toutefois, la santé publique doit être prête à l'éventualité d'une autre vague, qui coïnciderait avec la saison annuelle

de l'influenza. C'est ce défi et d'autres qui se dressent devant nous pendant cette crise de santé publique sans précédent. Les autorités de santé publique sont informées, mobilisées et entièrement résolues à surmonter courageusement ces défis, pleinement soutenues par l'ingéniosité, la collaboration et l'innovation canadiennes.

Je vous remercie de votre attention.

Je répondrai avec plaisir à toute question que vous pourriez avoir.

Le président: Je vous remercie, docteur Tam.

Nous entendrons maintenant la représentante du Bureau du conseiller scientifique en chef.

Docteur Nemer, vous avez 10 minutes. La parole est à vous.

[Français]

Dre Mona Nemer (conseillère scientifique en chef, Bureau du conseiller scientifique en chef): Bonjour, monsieur le président ainsi que mesdames et messieurs les parlementaires.

Je vous remercie de me donner l'occasion d'échanger avec vous aujourd'hui. Je tiens également à remercier les autres témoins pour leurs déclarations et pour leurs efforts durant la pandémie.

Comme vous le savez, on m'a nommée au poste de conseillère scientifique en chef du Canada le 26 septembre 2017 afin que je fournisse des conseils scientifiques au premier ministre et au Cabinet. Mon bureau est notamment responsable de veiller à ce que des analyses scientifiques soient prises en compte dans le processus décisionnel du gouvernement et de coordonner les avis formulés par les experts à l'intention du Cabinet. Je fournis également des recommandations sur la manière dont le gouvernement peut mieux soutenir la recherche scientifique de qualité. Mon bureau aide à garantir que les travaux scientifiques du gouvernement sont entièrement accessibles au public. Enfin, j'ai pour mandat de favoriser la collaboration entre les scientifiques fédéraux et le milieu universitaire au Canada et à l'étranger, et de sensibiliser les Canadiens au sujet de questions scientifiques.

Depuis le début de la pandémie de la COVID-19, j'ai eu l'occasion de faire des contributions à tous ces égards. Si vous me le permettez, je vous en ferai un résumé.

À partir de février 2020, j'ai mis sur pied un certain nombre de groupes d'experts et de groupes de travail qui nous tiennent au courant des défis cliniques et scientifiques et des pratiques exemplaires de lutte contre la pandémie au Canada. Je participe également à des efforts de coordination scientifique au sein du gouvernement en ce qui concerne les contre-mesures médicales, et j'ai travaillé avec l'ensemble du milieu des sciences et de la recherche au Canada pour soutenir les efforts de coordination.

Par exemple, avec quelques autres personnes, j'ai aidé à établir le Réseau CanCOVID, une plateforme de recherche pancanadienne visant à favoriser la collaboration relativement à la COVID-19. Plus de 2 000 chercheurs sont inscrits à la plateforme, qui existe depuis à peine un mois, ce qui témoigne de la détermination et de l'engagement extraordinaire de la collectivité scientifique canadienne à l'égard de la lutte contre la pandémie.

• (1720)

[Traduction]

De plus, je participe aux activités scientifiques et de consultation scientifique internationales relatives à la lutte contre la COVID-19. Depuis deux mois, les conseillers scientifiques en chef ou les titulaires de postes équivalents d'une douzaine de pays tiennent une réunion hebdomadaire. Nous y discutons de la dynamique et des défis changeants de la pandémie ainsi que de l'évolution de ses caractéristiques dans divers pays à divers moments. Nous échangeons également des données et des renseignements sur les mesures sociales et médicales. Ces interactions représentent d'importantes occasions de coordination de la recherche et des conseils scientifiques.

Un exemple concret de cet effort international est l'appel aux éditeurs que le groupe a fait pour rendre accessibles toutes les publications scientifiques portant sur la COVID-19, appel que les éditeurs ont bien accueilli. Cela fait en sorte que les résultats de recherche sont rapidement communiqués et utilisés pour aider à gérer la pandémie à l'échelle du monde. Il s'agit d'une initiative sans précédent qui contribue à diffuser les données scientifiques à un rythme jamais vu.

Au cours des derniers mois, nos connaissances sur le nouveau virus SRAS-CoV2 qui cause la COVID-19 ont progressé rapidement, mais il existe toujours de nombreux facteurs inconnus qui influent sur la capacité de prévenir et de gérer la maladie. Je vous en citerai quelques-uns, si vous le permettez.

Le premier est la sensibilité à la maladie. Il semble que tous les membres de la population n'ont pas le même risque d'être infectés, mais nous ne savons pas exactement ce qui contribue à la sensibilité à diverses charges virales. Comme vous pouvez l'imaginer, la sensibilité a une incidence sur le niveau d'exposition et les mesures de prévention dans divers contextes.

Le deuxième est celui de l'infectiosité, qui reste encore nébuleuse. Les personnes infectées semblent transmettre le virus de deux à trois jours avant l'apparition des symptômes et durant environ sept jours par la suite, ou plus. Cela laisse supposer que le virus est en grande partie transmis par des personnes asymptomatiques, et cette réalité complique davantage l'isolement des cas et la lutte contre la transmission.

Il y a ensuite l'évolution de la maladie. Nous avons tous pu constater que l'âge avancé et les affections chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'obésité sont liés à la possibilité accrue que la COVID-19 ait une issue défavorable, mais nous ignorons toujours pourquoi. Nos experts ont souligné la nécessité d'une collecte et d'une diffusion harmonisées de données de qualité afin qu'on puisse éliminer les variables de confusion et utiliser les données d'observation pour éclairer la gestion de la maladie dans le contexte canadien.

Pour ce qui est de la prévention et du traitement, la Dre Tam a déjà abordé l'importance d'un vaccin. En l'absence d'une immunité acquise ou d'un vaccin efficace, la meilleure mesure de prévention consiste à éviter ou à réduire au minimum l'exposition au virus. Nous savons ce que cela signifie.

Des travaux sont en cours pour créer un vaccin, y compris au Canada, et un large éventail d'approches classiques et nouvelles sont utilisées à cet égard.

En ce qui concerne les traitements, plusieurs essais cliniques visant à tester l'efficacité des médicaments existants sont en cours, au Canada comme ailleurs, mais jusqu'à présent, les résultats sont décevants. Il faut dire qu'il n'existe actuellement que quelques médicaments antiviraux à large spectre d'action, d'où l'importance de poursuivre le développement de nouveaux médicaments antiviraux parallèlement aux efforts de production de vaccins.

N'oublions pas que la gestion efficace de l'hépatite C et du VIH est attribuable aux thérapies antivirales, et non aux vaccins. Je pense qu'il y a de l'espoir sur les deux fronts.

Pour ce qui est du diagnostic, la Dre Tam a déjà mentionné le qPCR, soit la norme par excellence pour détecter les personnes infectées. Cependant, ce test comporte plusieurs étapes et nécessite un équipement et un personnel spécialisés ainsi que des réactifs très recherchés. Ce n'est pas la solution idéale pour les régions éloignées ou pour les situations nécessitant un dépistage plus rapide ou répété (par exemple: aux frontières, en contexte de soins primaires ou à la maison, etc.). C'est pourquoi le développement de méthodes de détection complémentaires va bon train.

J'ai le privilège de faire partie du Groupe de travail sur l'immunité avec la Dre Tam. Ce travail continu sera important pour déterminer la prévalence de la maladie au Canada et orienter la mise au point d'un vaccin.

À mesure que les pays vont rouvrir leurs économies au cours des semaines et des mois à venir, la communauté scientifique continuera à rassembler davantage de données pour mieux comprendre à la fois le virus et la maladie qu'il provoque. Ces efforts sont essentiels pour nous préparer à vivre avec le virus et à le vaincre.

Dans le monde entier, les pays intensifient leurs efforts dans des domaines clés, ce qui comprend de déployer des dispositifs robustes et souples pour dépister le virus et rechercher les contacts, ainsi que comprendre le pourcentage de la population ayant été exposé au virus.

Cela comprend aussi de standardiser la collecte de données, ainsi que d'améliorer constamment les protocoles qui entourent le partage et l'extraction des données (notamment par l'utilisation d'outils appuyés par l'intelligence artificielle). Le Canada participe aussi à ces efforts.

Ensuite, évidemment, tous les pays du monde tentent de s'approvisionner suffisamment en équipement médical et en agents thérapeutiques, et de mettre en place des stratégies nationales pour la fabrication d'équipement de protection individuelle ainsi que d'outils de diagnostic de la COVID-19 et de contre-mesures médicales. De façon plus générale, les chercheurs de tous les pays multiplient les efforts de recherche et de développement et réfléchissent à des approches visant la sécurité sanitaire nationale dans l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement médicale.

Finalement, tout le monde a conscience de l'importance de renforcer l'état de préparation face aux situations d'urgence sanitaire, en ce qui a trait à la fonction de consultation scientifique multidisciplinaire.

En conclusion, cette pandémie met en évidence l'extrême importance de la recherche et la nécessité d'instaurer une coordination scientifique entre les disciplines et les secteurs. Elle fait également ressortir le besoin d'avoir une capacité de production nationale pour la sécurité sanitaire. Nous sommes en train de rattraper notre retard, mais il faut espérer que les investissements et les efforts actuels donneront lieu à un écosystème durable pour la recherche et le développement en matière de maladies infectieuses. La guerre contre la COVID-19 sera gagnée grâce à la science. Faisons en sorte de continuer à mobiliser l'excellence du Canada dans le domaine scientifique dans l'intérêt de tous les Canadiens.

Je vous remercie de votre attention.

Je suis impatiente de poursuivre la discussion avec vous.

• (1725)

Le président: Merci, docteur Nemer.

Nous allons maintenant entendre le Dr Michael Strong, président des Instituts de recherche en santé du Canada.

Vous avez 10 minutes.

Dr Michael Strong (président, Instituts de recherche en santé du Canada): Monsieur le président, je remercie le Comité de me recevoir à nouveau pour parler de l'importance de la recherche et du rôle que continuent de jouer les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) dans la réponse canadienne à la COVID-19.

Avant tout, j'aimerais réitérer ma grande admiration et ma sincère gratitude à l'égard des professionnels de la santé et des travailleurs de première ligne et des services essentiels qui veillent sans relâche à la santé, à la sécurité et au bien-être des Canadiens et des Canadiennes.

J'aimerais aussi présenter mes sincères condoléances aux membres des Snowbirds canadiens pour la tragédie de la fin de semaine dernière. Ma femme Wendy et moi avons eu l'occasion de voir les Snowbirds à London le jour de la fête des Mères. C'était vraiment spectaculaire. Ils sont, et seront toujours, un symbole de la fierté que nous, Canadiens et Canadiennes, avons pour notre grand pays. Nos pensées sont avec eux en ce moment.

Comme le feront sans doute nombre de mes collègues présents aujourd'hui, je tiens aussi à saluer le travail acharné et soutenu du milieu canadien de la recherche. Nos chercheurs figurent parmi les meilleurs au monde et continuent de jouer un rôle primordial dans l'effort de recherche déployé à l'échelle nationale et mondiale pour contrer la pandémie de COVID-19.

Je suis donc ravi d'être des vôtres aujourd'hui pour faire le point sur les initiatives de recherche récemment mises en œuvre par les IRSC dans le cadre des mesures prises par le Canada pour combattre la pandémie. Je tiens d'abord à souligner que les IRSC continuent de lutter contre la COVID-19 en étroite collaboration avec des partenaires fédéraux, dont mes collègues qui témoignent avec moi aujourd'hui, à Santé Canada, Innovation, Sciences et Développement économique Canada et le Conseil national de recherches du Canada, pour ne nommer que ceux-là.

Je souhaite également mentionner la récente mise sur pied du Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 dont la Dre Nemer a parlé. Je suis ravi que deux directrices scientifiques des IRSC, la Dre Charu Kaushic et la Dre Carrie Bourassa, fassent partie de ce collectif important en leur qualité d'expertes en matière de maladies immunitaires et infectieuses, et de santé autochtone,

respectivement. Les IRSC continuent aussi de travailler de concert avec des partenaires internationaux comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness (GloPID-R), pour permettre aux chercheurs canadiens de contribuer au travail de recherche qui se fait à l'échelle planétaire.

Par ailleurs, les IRSC relaient l'appel des conseillers scientifiques en chef du monde entier, comme l'a également souligné la Dre Nemer, pour l'accès public aux fruits de la recherche, comme les données et les publications, qui peuvent contribuer à l'intervention d'urgence mondiale.

Comme je vous en ai parlé lors de ma comparution précédente, les IRSC ont agi rapidement en février dernier pour mobiliser efficacement la communauté scientifique autour du lancement d'une intervention de recherche rapide contre la COVID-19. En quelques semaines à peine, les IRSC ont sélectionné, au moyen d'un rigoureux processus d'évaluation par les pairs, 99 projets de recherche sur la COVID-19 qui sont axés sur l'élaboration et la mise à l'essai de contremesures médicales, sociales et stratégiques visant à résoudre cette crise de santé publique.

Étant donné l'incertitude qui entoure la mise au point d'un vaccin et les traitements possibles — sans compter les mesures préventives à ajouter —, l'intervention du Canada contre la pandémie de COVID-19 doit s'appuyer sur des investissements soutenus dans la recherche qui alimenteront la filière de l'innovation. C'est pourquoi le premier ministre a annoncé le 23 avril un investissement supplémentaire de 1,1 milliard de dollars, dont 115 millions de dollars aux IRSC, pour déployer une stratégie nationale de recherche médicale sur la COVID-19.

Ce nouvel investissement, qui est venu s'ajouter au budget de l'intervention de recherche rapide lancée par les IRSC, permettra de financer des projets liés à la mise au point de vaccins, de traitements, de nouveaux outils diagnostiques et d'interventions en santé publique pour aider les chercheurs à passer à la phase critique suivante de leur travail. Ces fonds contribueront aussi à assurer la participation du Canada aux essais cliniques nationaux et internationaux qui répondent aux priorités de l'OMS et qui permettront d'améliorer les connaissances sur l'efficacité théorique et réelle des vaccins, des traitements, du soutien psychologique et des méthodes de prise en charge clinique dans le contexte de la COVID-19.

Par exemple, ce nouvel investissement nous permettra d'accorder au Dr Srinivas Murthy et à son équipe de l'Université de la Colombie-Britannique des fonds supplémentaires de l'ordre de 3,5 millions de dollars afin de soutenir l'essai canadien sur les traitements contre la COVID-19 (CATCO), volet canadien de l'essai Solidarity de l'OMS. Ainsi, le Dr Murthy et son équipe seront en mesure d'élargir l'essai pour inclure d'autres hôpitaux et plus de participants à la grandeur du pays, dans le but d'étudier l'efficacité de différents traitements médicamenteux contre la COVID-19. Nous sommes persuadés que cette recherche contribuera largement à la quête de traitements efficaces pour le bien de tous les Canadiens.

Une partie de l'investissement sera par ailleurs consacrée à l'amélioration, de concert avec Santé Canada, des structures et des processus d'évaluation de l'éthique de la recherche. Nous visons ainsi à accélérer le lancement de travaux de recherche prometteurs, menés à plusieurs endroits dans diverses régions du Canada, y compris des essais cliniques. Les fonds supplémentaires permettront aussi au gouvernement du Canada, sous la direction des IRSC, de mettre sur pied un centre pour la recherche sur la préparation en cas de pandémie et d'urgence sanitaire, qui préparera le terrain en vue d'une coordination plus flexible de la recherche canadienne et mondiale sur les pandémies.

• (1730)

Enfin, les Canadiens et les fournisseurs de soins nous ont dit haut et fort qu'il faut intensifier les efforts de recherche pour comprendre et atténuer les effets de la pandémie sur la santé mentale et la toxicomanie. C'est pourquoi les IRSC, en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada, ont mis sur pied un groupe consultatif d'experts sur les besoins en santé mentale et en toxicomanie, et appuieront la recherche facilitant un processus accéléré de synthèse et d'application des connaissances sur les modèles efficaces de prestation de services virtuels pour le bien des Canadiens.

Qui plus est, nous sommes heureux d'annoncer que la deuxième phase de l'intervention de recherche rapide des IRSC est en cours. Le concours a suscité un nombre impressionnant de demandes, preuve de la vaste mobilisation extraordinaire du milieu canadien de la recherche face à la COVID-19. Nous en sommes maintenant à évaluer les demandes pour la deuxième étape, et les fonds seront versés aux candidats retenus dans quelques semaines.

Entretemps, les IRSC continuent de coordonner auprès de tous les ordres de gouvernement la mise en commun et l'application des idées, des données et des solutions novatrices pour une résolution rapide et efficace de la crise de la COVID-19. Par exemple, depuis ma dernière comparution, les IRSC ont tenu un certain nombre de réunions virtuelles de mobilisation des connaissances en vue de resserrer les liens entre les chercheurs financés dans le cadre de l'intervention de recherche rapide et les ministères et organismes concernés du gouvernement du Canada afin d'accélérer la recherche et l'application des connaissances.

Je tiens à rappeler que ces investissements dans la recherche permettent de produire les données de haute qualité qui sont indispensables aux politiques et aux interventions cliniques et de santé publique mises en place pour limiter la propagation rapide de la COVID-19 et sauver des vies au Canada.

Les chercheuses et chercheurs canadiens accomplissent ainsi un travail extrêmement important, ce qui m'amène à mon dernier point. Comme vous le savez sans doute, les IRSC ont annulé ce printemps le concours de subventions Projet. Puisque cette nouvelle a retenu l'attention du public et des membres de ce comité, j'aimerais prendre quelques instants pour expliquer les motifs de cette décision que nous avons prise après avoir dûment consulté nos partenaires de confiance.

En raison de l'écllosion de la COVID-19 et de la réorientation des priorités du gouvernement pour s'attaquer à la pandémie, les IRSC ont instauré un moratoire sur toute possibilité de financement stratégique, en cours ou à venir. Tous les concours liés à la COVID-19 étaient toutefois exemptés de ce moratoire. Au moment de prendre leur décision, les IRSC ne pouvaient pas garantir la fiabilité de l'in-

frastructure informatique essentielle à l'exécution du concours de subventions Projet qui exige l'évaluation de milliers de demandes en très peu de temps, et ce, immédiatement après que les employés des IRSC ont été contraints de travailler à partir de la maison.

C'est pourquoi nous avons pris la difficile décision de réserver les fonds de ce concours pour les transférer à celui de l'automne 2020. Parallèlement à cela, nous avons commencé à étudier les façons dont nous pouvions soutenir les chercheurs et les stagiaires pénalisés à la fois par cette décision et par l'interruption généralisée des programmes de recherche en raison de la pandémie.

À titre d'exemple, pour aider les candidats principaux dont les travaux ont été touchés par l'annulation du concours du printemps, les IRSC prolongeront le financement des subventions de recherche, d'une part, et verseront des subventions transitoires, d'autre part. En appui aux stagiaires, y compris aux étudiants et aux boursiers postdoctoraux, le gouvernement a récemment annoncé un nouvel investissement de 291 millions de dollars pour soutenir ces personnes financièrement tant que la majorité des installations permettant la conduite de leurs programmes de recherche universitaire resteront fermées.

De plus, le 15 mai 2020, le premier ministre a annoncé un investissement supplémentaire de 450 millions de dollars pour aider le milieu canadien de la recherche universitaire pendant la pandémie de COVID-19. Cet investissement aidera les universités et les établissements de recherche en santé à poursuivre leurs travaux scientifiques essentiels pendant la crise pour ensuite rétablir l'ensemble de leurs activités une fois levées les restrictions relatives à l'éloignement physique. Les détails de ces investissements sont présentés dans le mémoire fourni au Comité avant la réunion d'aujourd'hui.

Pour terminer, j'aimerais insister sur le fait que les IRSC sont conscients de l'importance de soutenir non seulement les efforts déployés par le Canada en réponse à la pandémie, mais aussi l'ensemble des chercheurs qui en subissent les conséquences. Les investissements comme ceux annoncés au cours des dernières semaines sont essentiels à la pérennité de l'excellence en recherche, des compétences et du savoir.

Pour veiller à ce que les chercheurs soient bien appuyés pendant la pandémie et la reprise économique qui suivra, les IRSC continueront de travailler en étroite collaboration avec leurs partenaires fédéraux, le milieu de la recherche et les organismes de bienfaisance en santé afin de trouver d'autres méthodes de soutien.

Encore une fois, merci de m'avoir invité à faire le point sur les efforts déployés par les IRSC en appui à la recherche sur la COVID-19. Je serai heureux de répondre à vos questions.

• (1735)

Le président: Merci, docteur Strong.

Je vais maintenant donner la parole à la Dre Nathalie Grandvaux, présidente de la Société canadienne pour la virologie.

Docteure Granvaux, vous avez 10 minutes.

Dre Nathalie Grandvaux (présidente, Société Canadienne pour la virologie): Je salue les membres du Comité et les témoins qui comparaissent aujourd'hui avec moi.

Je tiens d'abord et avant tout à vous remercier de me donner l'occasion de prendre la parole à titre de présidente de la Société canadienne pour la virologie (SCV). Je suis très fière de diriger cette jeune société à but non lucratif que j'ai cofondée en 2016 avec le Dr Craig McCormick, professeur à l'Université Dalhousie.

La SCV a été fondée pour aider les virologues de tous les pays, parmi lesquels on retrouve des experts de renommée internationale en recherche fondamentale, clinique et épidémiologique, à se réunir pour échanger des idées et découvrir de nouvelles possibilités de collaboration afin de relever le défi que posent les infections virales existantes et émergentes, et de s'épanouir pleinement dans leur rôle de chefs de file dans ce domaine de recherche. La SCV compte aujourd'hui 220 membres qui étudient les virus infectant les humains, les animaux, les plantes et les bactéries. Nous comptons parmi nos membres des représentants d'universités, d'hôpitaux et d'instituts de recherche de tout le Canada. La société offre des occasions sans précédent de coaliser cette communauté de manière à favoriser les échanges et la collaboration en vue d'accélérer les découvertes et l'application des résultats de la recherche, tout cela dans le but de produire des résultats susceptibles d'améliorer la santé des Canadiens. Les virologues canadiens ont contribué de façon importante à la compréhension fondamentale de nombreux virus, ce qui a mené à l'élaboration de nouvelles stratégies pour la surveillance, la prévention et la résolution des problèmes de santé liés aux infections virales à l'échelle planétaire. À titre d'exemple, je peux vous citer le vaccin contre le virus Ebola et les médicaments contre le VIH.

Comme vous pouvez vous l'imaginer, notre communauté a rapidement plongé au cœur de la pandémie mondiale actuelle et se situe à la pointe des efforts de recherche déployés pour mieux comprendre le SRAS-CoV-2, le virus responsable de la COVID-19, d'un point de vue biologique et épidémiologique, et contribuer à son diagnostic et à son traitement au moyen d'antiviraux ou de vaccins.

Dès son apparition en Chine en décembre 2019, le virus SRAS-CoV-2 est apparu sur le radar des membres de la SCV, et ce, jusqu'à ses plus hautes instances. Nous avons alors agi sans tarder en contribuant à l'organisation du soutien pour les travailleurs de la santé, les médecins microbiologistes et les virologues en Chine pour aider à contenir l'épidémie, à traiter les patients et à protéger les travailleurs de première ligne qui devaient composer avec des pénuries d'équipement et de fournitures de protection.

À l'initiative des dirigeants de la SCV, conjointement avec l'Université Dalhousie et des membres de la communauté médicale canadienne, des dons de quelque 48 000 \$ ont été recueillis et utilisés pour l'achat et l'expédition à Wuhan de combinaisons en Tyvek pour les travailleurs des hôpitaux.

Des membres de notre communauté, y compris un clinicien et un microbiologiste, faisaient partie de l'équipe qui a traité le premier cas de COVID-19 à Toronto. En collaboration avec d'autres membres de la SCV, ils ont rapidement réussi à obtenir une culture du virus en laboratoire. D'autres équipes de collaboration ont emprunté des voies différentes pour obtenir une culture du virus et procéder très rapidement à des tests au moyen de modèles animaux, des étapes essentielles pour la mise au point des antiviraux et des vaccins. Ces outils sont maintenant diffusés dans l'ensemble de notre communauté qui a réagi de manière exceptionnelle en réorientant sans tarder ses efforts de recherche afin de répondre aux besoins les plus urgents: mieux comprendre le SRAS-CoV-2, amé-

liorer les diagnostics, trouver des stratégies thérapeutiques et mettre au point des vaccins.

Nos membres ont dû déployer des efforts gigantesques, et nous tenons à reconnaître que cela a été rendu possible uniquement grâce à la réaction très rapide du gouvernement fédéral et de ses agences. Rien de cela n'aurait en effet été envisageable sans l'important investissement du gouvernement fédéral dans la recherche sur la COVID-19 par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), du Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG), du Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), du Comité de coordination de la recherche au Canada (CCRC) grâce au Fonds Nouvelles frontières en recherche (FNFR), du Centre de recherches pour le développement international (CRDI) et de Génome Canada (GC).

Il convient bien évidemment de souligner cet apport, mais il ne faut pas perdre de vue les éléments qui ont contribué à notre manque de préparation à la pandémie actuelle. Ainsi, le financement insuffisant pour la recherche fondamentale menée à l'initiative de chercheurs au fil des ans a fortement restreint notre accès à une diversité de travaux qui auraient pu nous procurer un avantage sur le virus. Au cours de la dernière décennie, des scientifiques n'ont en effet pas manqué de nous mettre en garde contre la catégorie de virus à laquelle appartient le SRAS-CoV-2. Il a été clairement établi que la menace naturelle la plus probable qui pèse sur les humains est celle d'un virus respiratoire à ARN.

Par conséquent, cette catégorie de microbes aurait dû être priorisée dans nos efforts de préparation. J'ai moi-même souligné cette nécessité l'an dernier auprès de l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires des IRSC. En outre, les épidémies ayant déjà touché le Canada, comme celle du SRAS en 2003, auraient également dû envoyer les signaux nécessaires à une meilleure préparation. Les scientifiques sont les mieux placés pour surveiller les nouveaux enjeux qui se présentent. Pour qu'ils puissent traduire leurs observations en connaissances et en outils permettant d'affronter les nouvelles maladies infectieuses, ils ont besoin d'un financement continu et soutenu pour la recherche menée à l'initiative des chercheurs.

• (1740)

Des investissements importants ont été consentis à l'époque de l'épidémie de SRAS, mais le financement de la recherche dans ce domaine a été plutôt limité par la suite, ce qui n'a pas permis de poursuivre dans le sens des progrès réalisés. Si l'effort de recherche planétaire avait été maintenu, nous aurions peut-être maintenant des antiviraux ou des indices pour la mise au point rapide de vaccins expérimentaux contre le SRAS-CoV-2, un virus étroitement apparenté.

L'accumulation de connaissances sur divers virus, notamment en biologie, en interaction avec l'hôte, en épidémiologie et en écologie, nous donnerait un avantage dans le combat que nous aurons assurément à livrer contre des pathogènes émergents. Il convient en conséquence de ne pas répéter les erreurs du passé en réduisant le financement dès que la pandémie actuelle prendra fin. Il faut également éviter de s'intéresser uniquement aux coronavirus en faisant plutôt porter nos recherches sur une grande variété de virus, car nous ne savons pas quelle sera la prochaine menace.

Il est important de noter que le SRAS-CoV-2 est tout comme le SRAS un virus zoonotique, c'est-à-dire qu'il est transmis à l'homme par un animal. La pandémie actuelle illustre bien la façon dont les virus peuvent se transmettre d'une espèce à une autre pour représenter une menace pour les humains, ce qui souligne encore davantage la nécessité de financer la recherche sur les virus d'origines diverses, et non seulement d'origine humaine.

Il faut des années de formation pour acquérir une expertise dans la manipulation et l'étude des virus menaçant l'homme et la mise au point d'antiviraux et de vaccins. Les membres de la SCV sont en train de former la prochaine génération de virologues, et nous nous consacrons à offrir du soutien au moyen d'ateliers sur les carrières et de possibilités de réseautage dans le cadre d'un symposium commandité, d'une remise de prix et d'un programme d'échanges en laboratoire.

Pendant que les membres de la société se concentrent sur la recherche liée à la COVID-19, leurs travaux de recherche sur d'autres virus sont en attente. Il est essentiel d'accroître la capacité de recherche afin d'élargir la portée de la recherche sur une variété de virus humains et animaux.

Il est important de noter que les virologues ne peuvent pas travailler en vase clos dans leur lutte contre les virus. Ils ont besoin de formation ou de collaboration avec des chercheurs spécialisés en immunologie, en mise au point de vaccins et de médicaments, en épidémiologie et en écologie. Le Canada devrait soutenir ce choix de carrière et renforcer les capacités dans divers domaines de la recherche liés aux virus, comme la recherche fondamentale, l'épidémiologie et la mise au point de médicaments et de vaccins, en rehaussant le profil de ces possibilités de carrière et en créant des environnements favorables offrant des possibilités de formation.

L'étude et la mise au point de produits thérapeutiques et de vaccins contre les agents pathogènes émergents qui représentent une menace pour les humains, comme le SRAS-CoV-2, exigent des expériences qui doivent être menées dans des laboratoires de confinement de niveau 3. Il est essentiel que, partout au Canada, ces infrastructures respectent en tout temps l'ensemble des lignes directrices du gouvernement en matière de biosécurité en laboratoire. C'est primordial pour que les chercheurs puissent mener les travaux expérimentaux nécessaires pour acquérir des connaissances sur les virus afin de pouvoir réagir rapidement à une situation de menace.

Plusieurs installations n'ont pas été certifiées et n'ont pas pu être mises à niveau au fil des ans en raison d'un manque de financement. Il importe donc que le gouvernement fédéral s'engage à trouver des fonds pour le renforcement des capacités et le maintien à niveau des laboratoires de confinement de niveau 3 et des installations pour animaux, qui sont essentielles à une intervention contre tout agent pathogène émergent. Le soutien pour ces laboratoires devrait se faire non seulement sous forme de financement des infrastructures, mais aussi de budget de fonctionnement.

En conclusion, je voudrais vous laisser avec le message suivant. Les impacts des maladies infectieuses émergentes ne cessent d'augmenter et la pandémie actuelle ne sera malheureusement pas la dernière. Une préparation accrue grâce au financement de la recherche menée à l'initiative des chercheurs et des infrastructures nécessaires sera beaucoup moins coûteuse que le tribut pour notre santé publique et notre économie d'un autre virus que l'on aurait pu détecter plus rapidement pour en limiter la propagation.

Il est essentiel à nos yeux que l'augmentation nécessaire du financement de la recherche fondamentale sur les virus ne se fasse pas au détriment du financement d'autres domaines, menaces ou maladies. La recherche sur les virus fait partie d'un écosystème qui, dans son ensemble, a un besoin urgent d'investissements supplémentaires pour la recherche fondamentale initiée par les chercheurs.

• (1745)

[Français]

Finalement, j'aimerais souligner le fait que les chercheurs membres de la Société canadienne pour la virologie se sont mobilisés de manière exceptionnelle pour combattre la pandémie actuelle associée à la COVID-19. La réorientation rapide de leur recherche n'aurait pas été possible sans les investissements majeurs du gouvernement fédéral dans la recherche sur la COVID-19, effectuée par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC, du Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, ou CRSNG, du Conseil de recherches en sciences humaines, ou CRSH, du Comité de coordination de la recherche au Canada, ou CCRC, du Fonds Nouvelles frontières en recherche, du Centre de recherches pour le développement international, ou CRDI, et de Génome Canada.

Malheureusement, nous subissons actuellement les effets sournois d'un sous-financement de la recherche fondamentale non ciblée depuis plusieurs années. Ce type d'investissement aurait permis une meilleure préparation quant aux maladies infectieuses émergentes. Les scientifiques sont les mieux placés pour assurer une veille des domaines émergents. Il leur faut toutefois les moyens de transposer ces observations en recherches d'avant-garde.

Leur message est le suivant: les répercussions des maladies infectieuses émergentes continuent d'augmenter et la pandémie actuelle ne sera malheureusement pas la dernière. Une préparation accrue, grâce au financement de la recherche et des infrastructures, permettra de diminuer les répercussions sur la santé publique et économique d'un autre virus que nous aurions pu identifier et contenir plus tôt.

Finalement, il est essentiel que l'augmentation nécessaire du financement de la recherche fondamentale sur les virus ne se fasse pas au détriment d'autres domaines, menaces ou maladies. La recherche sur les virus fait partie d'un écosystème qui, dans l'ensemble, a un besoin urgent d'investissements supplémentaires pour la recherche fondamentale entreprise par les chercheurs.

Je vous remercie de votre attention et je serai heureuse de répondre à vos questions.

[Traduction]

Le président: Merci, docteur Grandvaux.

Nous allons maintenant passer aux questions. Il y aura trois tours.

Pour le premier tour, c'est M. Jeneroux qui commence.

Monsieur Jeneroux, allez-y, s'il vous plaît. Vous disposez de six minutes.

M. Matt Jeneroux (Edmonton Riverbend, PCC): Merci, monsieur le président.

Docteure Tam, le 29 janvier, vous avez dit qu'en raison de notre obligation légale envers l'OMS, vous ne recommandiez pas l'imposition d'interdictions de voyager. Il y avait la crainte que nous fassions l'objet de critiques autrement. La position de l'OMS sur les interdictions de voyager a-t-elle changé?

• (1750)

Dre Theresa Tam: Je crois que le Règlement sanitaire international et le cadre dans lequel l'OMS fonctionne — le Secrétariat de l'OMS —, avant que ne se produise cet événement sans précédent dans l'ère moderne, reposent vraiment sur la lutte contre les risques pour la santé publique.

M. Matt Jeneroux: Je suis désolé, docteure Tam. Je ne dispose que de six minutes.

Je me demande simplement si la position de l'OMS sur les interdictions de voyager a changé.

Dre Theresa Tam: Je pense que l'OMS recommande toujours que les pays qui prennent des mesures supplémentaires comme celle d'imposer des interdictions de voyager s'expliquent, et c'est pourquoi plus de 100 pays ont dû expliquer pourquoi ils ont édicté de telles interdictions en fonction de leurs objectifs.

M. Matt Jeneroux: Par la suite, docteure Tam, le 16 mars, le Canada a imposé des interdictions de voyager. Craignez-vous toujours que nous fassions l'objet de critiques de la part de l'OMS? Êtes-vous convaincue que c'était une bonne décision?

Dre Theresa Tam: Je pense que nous croyons avoir pris la décision en fonction du caractère évolutif de l'épidémie et du risque qu'elle pose pour les Canadiens. Nous nous sommes expliqués à l'OMS durant la période prévue par le Règlement sanitaire international, et nous devons continuer à l'évaluer.

M. Matt Jeneroux: Le même jour, vous avez déclaré que porter un masque pour protéger les autres était une mesure inefficace et vous avez affirmé que ce point de vue était fondé sur des connaissances scientifiques. Le 6 avril, vous avez dit qu'un « masque non médical peut réduire le risque que vos gouttelettes respiratoires entrent en contact avec d'autres personnes ou atterrissent sur des surfaces ». Cette décision était-elle basée sur les recommandations de l'OMS ou sur les vôtres?

Dre Theresa Tam: Elle était fondée sur un examen des données probantes mené par le Comité consultatif spécial, dont je viens de parler, qui comprend les autres médecins hygiénistes en chef. Elle reposait sur l'évolution des connaissances scientifiques, avec la prise en compte de la transmission asymptomatique et présymptomatique et de l'évolution des recherches qui sont publiées. Avant cela, très peu de recherches avaient été publiées, et nous avons donc continué à mettre à jour nos conseils en fonction des derniers renseignements. Je pense que...

M. Matt Jeneroux: Cela dit, docteure Tam, une étude réalisée en 2019 sur les recommandations de l'OMS concernant les pandémies, dont le port du masque, tenait compte des connaissances scientifiques, mais également d'autres aspects, comme les coûts et les avantages, la faisabilité et les répercussions sur les ressources.

Convenez-vous que nous avons déjà des connaissances sur la transmission interhumaine, c'est-à-dire la transmission par les gouttelettes, oui ou non?

Dre Theresa Tam: Je pense que nous savons que ce coronavirus se transmet par des gouttelettes respiratoires, et surtout par la toux ou les éternuements, mais également par d'autres voies, principalement par la bouche et le nez. Ce sont les principales voies de trans-

mission. Nous connaissons les mesures éprouvées pour réduire les risques, mais nous avons également recommandé le port de masques non médicaux — nous réservons les masques médicaux aux professionnels de la santé — comme mesure de protection supplémentaire qui vient s'ajouter aux autres mesures de santé publique.

M. Matt Jeneroux: Pourquoi avez-vous, en tant qu'administratrice en chef de la santé publique [*Difficultés techniques*] masques [*Difficultés techniques*]?

Dre Theresa Tam: Comme je l'ai dit, nous avons examiné les connaissances scientifiques et les données disponibles, et il y avait très peu de renseignements scientifiques. Il s'agissait en partie d'études sur l'influenza, d'études en laboratoire et d'études de modélisation. Nous avons pris l'ensemble de ces connaissances cette semaine-là. Nous avons pris un certain nombre de publications en considération et, comme je l'ai dit, cela reposait également en grande partie sur les publications sur la transmission asymptomatique et présymptomatique.

M. Matt Jeneroux: Docteure Tam, vous venez d'admettre que vous convenez qu'il y avait des connaissances sur la transmission interhumaine — soit la transmission par gouttelettes — et la protection qu'offrent les masques à cet égard.

Je vais passer à une autre question, seulement parce que nous manquons de temps. Le 29 janvier, vous avez dit aussi qu'aucun pays n'avait imposé d'interdictions de voyager, mais Taïwan avait interdit l'entrée de voyageurs provenant de Wuhan, en Chine, le 23 janvier. Pourquoi ne l'avez-vous pas mentionné?

Dre Theresa Tam: Je ne suis pas certaine de savoir exactement quelles interdictions de voyager Taïwan avait édictées à l'époque, mais, bien entendu, les choses évoluaient rapidement et les pays prenaient différentes mesures.

M. Matt Jeneroux: Quelles leçons vous et l'Agence de la santé publique du Canada avez-vous tirées de l'expérience de Taïwan sur la façon de limiter efficacement la propagation de la COVID-19?

Dre Theresa Tam: Je crois que nous avons appris beaucoup de choses ces derniers mois. Je crois toujours que, évidemment, le paradigme, auparavant, c'était qu'il nous fallait contenir la propagation du virus à la source et que nous devions être extrêmement...

• (1755)

M. Matt Jeneroux: Que vous a appris l'expérience de Taïwan?

Dre Theresa Tam: Je pense que, comme tous les autres pays, nous en avons appris sur les mesures de prévention et de contrôle des infections qui sont essentielles pour la santé publique et qui fonctionnent: rester à la maison si l'on est malade, se laver les mains, se couvrir la bouche quand on tousse, etc.

Je crois que nous en apprenons beaucoup plus sur la façon d'appliquer les mesures à la frontière et les conseils de santé aux voyageurs. Nous continuerons d'examiner ce que d'autres pays font et ce qui se passe, particulièrement durant cette période, au moment où d'autres pays ouvrent leurs économies et procèdent au déconfinement de leurs sociétés. Nous devons examiner ce qui leur arrive et tirer des leçons de leur expérience.

Le président: Merci, monsieur Jeneroux.

C'est maintenant au tour de M. Powlowski, qui dispose de six minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Docteur Tam, je sais qu'on voit toujours plus clair avec du recul, mais regardons vers l'avenir et guidons nos décisions sur les données scientifiques et probantes.

Qu'en est-il de la possibilité de rendre l'utilisation des masques obligatoire au Canada? Il existe amplement de données probantes qui indiquent que le port du masque est avantageux, surtout pour empêcher qu'une personne atteinte de la maladie — qui n'a peut-être pas de symptômes et qui ignore qu'elle en est atteinte — la transmette à d'autres personnes.

Il existe toute une série d'études. Permettez-moi de parler rapidement de certaines d'entre elles.

Dans une étude qui n'a pas encore été publiée, mais il semble qu'elle le sera dans la revue *Proceedings of the National Academy of Science*, Howard et coll. a examiné les données probantes et a conclu que la prépondérance des données probantes montre que le port d'un masque réduit la transmissibilité par contact en réduisant la transmission de gouttelettes infectées, tant en laboratoire que dans un contexte clinique.

Dans la revue *Annals of Internal Medicine*, une récente méta-analyse de 64 études a révélé que la transmission avait diminué de 50 à 80 % dans des établissements de soins de santé. Selon une étude de Leung sur d'autres formes de coronavirus, la transmission diminue lorsque les gens qui sont infectés portent un masque. Une étude du *New England Journal of Medicine* dont il a été abondamment question montre ce qui se passe lorsqu'on porte un masque et lorsqu'on n'en porte pas. Un certain nombre d'articles ont été rédigés sur la modélisation, sur ce qui se passe lorsqu'on ajoute le port du masque — bien qu'il ne s'agisse pas d'une solution, il comporte un avantage — à d'autres mesures de santé publique, et ils indiquent que cela peut contribuer à réduire considérablement la transmission de la maladie et la progression de la pandémie.

De nombreux pays de l'Asie du Sud-Est ont très bien réagi à la pandémie en rendant le port du masque obligatoire dans les lieux publics. Des endroits comme Taïwan, Singapour, la Thaïlande et 90 pays dans le monde ont rendu obligatoire l'utilisation de masques d'une manière ou d'une autre.

Par ailleurs, récemment, aux États-Unis, une lettre ouverte signée par 100 personnalités du monde médical a été adressée aux gouverneurs. Une grande partie des auteurs de la lettre viennent de Harvard; il y a deux lauréats du prix Nobel et des gens de Cambridge, d'Oxford, de Berkeley — toutes les grandes institutions —, et ils en sont venus à la conclusion qu'exiger l'utilisation de masques en tissu dans les lieux publics pourrait faire partie des outils les plus importants pour arrêter la propagation de la COVID-19 dans la collectivité. Eux aussi réclament l'utilisation obligatoire des masques.

Nous dépensons des milliards de dollars pour nous attaquer à ce problème. Il est vraiment important que nous ne gâchions pas tout au moment où nous sortons de notre isolement social initial. Que penseriez-vous d'une forme d'utilisation obligatoire des masques?

Dre Theresa Tam: Comme je viens de le dire, le Comité consultatif spécial fédéral-provincial-territorial, qui comprend les médecins hygiénistes en chef, examine les données probantes, dont vous venez de parler en grande partie.

Le comité voulait vraiment assurer une certaine souplesse en fonction de la situation et de l'épidémiologie locales. Dans les provinces et les territoires où il n'y a pas eu de transmission commu-

nautaire, la situation est un peu différente par rapport à celle des provinces où il y en a eu.

Alors que nous commençons à assouplir prudemment et lentement certaines des mesures publiques, nous avons mis à jour notre recommandation sur l'utilisation de masques non médicaux. À l'heure actuelle — en fonction des données probantes, mais également de l'épidémiologie canadienne —, si l'épidémiologie locale et la transmission communautaire le justifient, il est recommandé de porter un masque non médical ou un couvre-visage en tissu lorsqu'il n'est pas possible de maintenir une distance physique avec les autres, surtout, comme vous pouvez l'imaginer, dans les transports en commun, les épiceries et les lieux de vente au détail. Il s'agit de protéger les autres, donc « je vous protège et vous me protégez ».

Quant à savoir ce qui se passe exactement dans les différentes municipalités, comme Toronto ou Montréal, elles doivent avoir la marge de manœuvre qu'il faut pour le faire. Comme vous l'avez dit, il s'agit d'une mesure de protection supplémentaire, pourvu que tout le monde se souvienne qu'elle ne vient pas nécessairement éliminer le besoin de respecter les mesures d'éloignement physique et d'hygiène. Il s'agit certainement d'une mesure de protection supplémentaire lorsqu'on ne peut s'assurer de maintenir la distance sanitaire de deux mètres par rapport aux autres.

• (1800)

M. Marcus Powlowski: Docteur Tam, je suis certain que vous conviendrez qu'il serait formidable que tous les membres de la société fassent les bonnes choses, mais ce n'est pas le cas.

Seriez-vous prête à envisager de rendre obligatoire l'utilisation de masques dans des endroits où le nombre de cas de COVID-19 est toujours important, comme Montréal et Toronto?

Dre Theresa Tam: Encore une fois, c'est une question de marge de manœuvre. Comme vous le verrez, Montréal fait de plus en plus ce type de recommandations. De plus, il faut aider les gens pour qu'ils puissent répondre à ces recommandations, donc s'assurer que ceux, par exemple, qui ne peuvent... Nous devons faire en sorte que ce soit accessible à tous les segments de la société également.

Les Canadiens ont joué un très grand rôle dans le contrôle de l'épidémie, et nous devons les rassembler et les faire participer aux mesures collectives. Le port du masque constitue un changement de comportement social énorme, et je crois qu'il y a maintenant un élan, et donc qu'il est très important de mobiliser les Canadiens et de maintenir leur confiance. Je crois que la décision d'obliger le port du masque ou non dépend de la situation dans une municipalité donnée; il s'agit de savoir s'il est justifié de le faire.

Le président: Merci, docteur Tam.

C'est maintenant au tour de M. Thériault.

Monsieur Thériault, allez-y, s'il vous plaît. Vous disposez de six minutes.

[Français]

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Je vous remercie, monsieur le président.

Mon premier échange sera avec la Dre Tam.

Docteur Tam, vous vous rappellerez que, lors de vos premières visites au Comité, le foyer d'infection principal sur la planète était la Chine continentale. On avait soulevé la question d'une menace très certaine chez nos voisins du Sud étant donné la structure de leur système de santé, qui laisse sur la touche quasiment l'équivalent de la population canadienne, qui n'y a pas accès. C'est donc difficile de dépister ces gens.

Vous avez rappelé aujourd'hui en point de presse que la réduction massive du nombre de visiteurs étrangers avait permis de gérer la première vague. Avec le recul, auriez-vous recommandé plus tôt la fermeture de la frontière américaine?

[Traduction]

Dre Theresa Tam: Je pense que le virus a traversé le monde très rapidement et donc, bien qu'au départ, l'épicentre était la Chine, nous avons très vite détecté des cas. Le système de surveillance canadien a été en mesure de détecter des cas provenant de l'Iran, mais c'est vraiment ceux de l'Europe et des États-Unis qui ont eu les plus grandes répercussions sur l'introduction du virus au Canada.

Comme je l'ai dit, à l'époque, il y avait très peu de cas, et nous prenions des mesures de façon graduelle. La décision de fermer la plus longue frontière terrestre du monde est une décision très importante qui appartient aux décideurs. Après coup — et cela vaut peut-être pour l'avenir —, le monde pourrait être un endroit bien différent en ce qui concerne l'adoption de ce type de mesures. Nous en tirons des leçons, mais comme vous pouvez l'imaginer, il faut regarder en arrière et également réfléchir à la question de savoir si c'est ainsi que nous gérons chaque épidémie.

Il est certain qu'il s'agit d'une situation sans précédent. Pratiquement chaque pays qui impose des interdictions de voyage est...

• (1805)

[Français]

M. Luc Thériault: Excusez-moi, docteur Tam. Avec tout le respect que je vous dois, ma question était très simple.

Il y a 1 500 000 personnes infectées chez nos voisins du Sud et 91 500 morts. Avec le recul, auriez-vous recommandé la fermeture de la frontière américaine plus tôt? À quelle date avez-vous recommandé cette fermeture au gouvernement?

[Traduction]

Dre Theresa Tam: Encore une fois, avec le recul, je pense qu'il n'y avait pas beaucoup de cas à l'époque. Si vous aviez demandé aux décideurs à ce moment-là s'ils auraient fermé la frontière — je ne vais pas deviner ce qu'ils en pensent maintenant —, compte tenu des leçons qui ont été tirées et du fait que l'imposition de certaines restrictions de voyage est une option avec, bien sûr, le fait que la société est prête à assumer toutes les conséquences...

[Français]

M. Luc Thériault: À quelle date...

[Traduction]

Dre Theresa Tam: ... dans l'avenir, on voudra peut-être envisager de le faire plus rapidement.

[Français]

M. Luc Thériault: Docteur Tam, vous me répétez la même réponse. Je ne sais pas si c'est parce que vous ne voulez pas répondre à la question. Elle est pourtant très simple.

Compte tenu des arguments que vous avancez présentement, recommanderiez-vous la fermeture de la frontière américaine plus tôt? À quel moment avez-vous recommandé cette fermeture? Le 21 juin, allez-vous recommander de l'ouvrir?

Le premier ministre a dit qu'il se fait à la science pour agir, et vous représentez la science. Je vous pose une question simple et j'aimerais avoir une réponse simple.

[Traduction]

Dre Theresa Tam: Ce qui se passera en juin dépendra de la situation épidémiologique aux États-Unis à ce moment-là. Nous continuerons d'évaluer les choses, mais pour l'instant, je pense que la recommandation et celle des médecins hygiénistes en chef, c'est qu'il faut maintenir les restrictions imposées actuellement à la frontière.

Avec le recul, aurait-on pu le faire plus vite? C'est possible. Je pense que cela aurait pu être fait plus rapidement, mais ce virus se propageait sans qu'on le voie. Bien des choses se sont passées très rapidement vers le 13, le 18 et, je pense, le 21 mars, des restrictions de voyage ont été imposées très rapidement, dès que nous avons compris que le virus était présent dans tous les pays. Nous n'avons pas seulement commencé avec l'Europe et les États-Unis. Nous avons émis des conseils aux voyageurs et imposé ces restrictions de voyage pour le monde entier, essentiellement, car on ne pouvait pas vraiment savoir d'où allait provenir le virus.

Avec le recul, je pense que les gens auraient pu agir plus rapidement et peut-être qu'à l'avenir nous adopterons des positions différentes. Cela reste à examiner dans les leçons tirées.

Le président: Vous disposez de 15 secondes.

[Français]

M. Luc Thériault: C'est important parce que le premier ministre a toujours rappelé que toutes ses décisions reposaient sur la science.

Nous sommes dans une réunion de comité et avec tout le respect que je vous dois, je trouve que la science a du mal à s'exprimer aujourd'hui. Je pense qu'il faut s'exprimer clairement sur des questions claires. Je ne veux pas que vous me donniez les raisons pour lesquelles cela s'est fait tardivement. Je pense que cela s'est fait trop tard, mais, au-delà de cela, nous avons besoin de solutions pour l'avenir. Je comprends de votre réponse qu'on aurait dû fermer la frontière plus rapidement.

[Traduction]

Le président: Veuillez conclure rapidement

Dre Theresa Tam: Eh bien, encore une fois, nous en apprenons sur cette situation au fur et à mesure. C'est une décision absolument sans précédent. Je pense que compte tenu de ce que nous venons d'apprendre, les mesures auraient pu être prises plus rapidement. Pour l'instant, cependant, je pense que certaines des mesures vraiment importantes que nous avons mises en place ne se limitaient pas nécessairement à fermer la frontière et à réduire le nombre de cas. Il s'agissait également de demander aux gens de prendre des mesures de quarantaine de 14 jours. Je crois que c'est essentiellement le fondement de ce que nous devons faire à l'avenir également.

• (1810)

Le président: Merci, monsieur Thériault.

Nous passons maintenant à M. Davies.

Allez-y, monsieur Davies. Vous disposez de six minutes.

Monsieur Davies, votre micro est en mode sourdine.

Nous allons suspendre la séance un instant pour corriger le problème de M. Davies.

• (1810) _____ (Pause) _____

• (1810)

Le président: Nous reprenons.

Allez-y, monsieur Davies. Vous disposez de six minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Je vous remercie.

Docteur Tam, vous avez parlé de l'importance des données et de tenir les Canadiens informés. Je partage tout à fait cet engagement avec vous. Vous avez dit que vous aviez modifié votre avis sur les masques après avoir examiné de nouvelles données probantes.

Pourriez-vous communiquer au Comité ces nouvelles données probantes que vous avez examinées et qui vous ont convaincue de modifier votre recommandation sur les masques — je ne veux pas dire maintenant, mais plus tard? Pourriez-vous nous faire parvenir les données probantes que vous avez utilisées?

Dre Theresa Tam: Oui, certainement.

M. Don Davies: Je vous remercie.

Dre Theresa Tam: Mais je le répète, les données probantes évoluent tout le temps, comme nous le savons.

M. Don Davies: Oui, je comprends.

Docteur Tam, selon un article publié le 27 avril dans le *Toronto Star*, le « modèle national » que vous avez présenté le 9 avril n'était pas en réalité un modèle mathématique, mais plutôt un résumé de scénarios produits par des experts internes et externes. Selon mon évaluation, l'Agence de la santé publique du Canada n'a jamais publié, à ce jour, un seul modèle épidémiologique complet avec des données, une méthodologie et des hypothèses transparentes. Pourtant, la Norvège, l'Allemagne et la Suisse publient ce type de modèles, souvent de façon quotidienne.

L'Agence de la santé publique du Canada a-t-elle un tel modèle? Si oui, refuse-t-elle de le publier?

Dre Theresa Tam: L'approche que nous avons adoptée consiste à faire appel à des groupes d'experts, et plus de 30 experts en modélisation d'un bout à l'autre du pays examinent plus d'une méthodologie. Il ne s'agit donc pas d'un modèle unique, mais ces experts s'efforcent constamment de mettre à jour les paramètres potentiels du modèle en se fondant sur les renseignements publiés, mais aussi sur les modèles canadiens qui émergent un peu partout au pays. Il ne s'agit donc pas d'une méthodologie unique, car elle tient compte de nombreux modèles différents.

• (1815)

M. Don Davies: Je veux m'assurer de bien comprendre votre témoignage, docteur Tam. Voulez-vous dire que l'Agence de la santé publique du Canada ne crée pas ou n'a pas son propre modèle qu'elle évalue elle-même? Se contente-t-elle d'évaluer et de rassembler d'autres modèles créés par des sources externes?

Dre Theresa Tam: Nous utilisons ces deux approches. Par exemple, lorsque j'ai présenté le modèle de prévisions à court terme, c'était l'une des méthodes qui étaient présentées. Toutefois,

ce type de modèle indique ce qui pourrait se produire dans un avenir très rapproché et il dépend de l'apport de cas. Il existe d'autres modèles, notamment des modèles de transmission des maladies et des modèles dynamiques — que nous avons à l'interne —, mais ils tiennent également compte des nombreuses contributions des scientifiques d'un bout à l'autre du pays.

M. Don Davies: Pourriez-vous envoyer à notre comité tous les modèles, avec les méthodologies de données et les hypothèses connexes, qui sont créés par l'Agence de la santé publique du Canada? Vous engagez-vous à faire cela?

Dre Theresa Tam: Oui, certainement.

Kim Elmslie, la vice-présidente responsable de l'équipe de modélisation, a peut-être quelque chose à ajouter, mais nous pouvons certainement vous faire parvenir ce que nous avons. Je sais que nos modélisateurs souhaitaient...

M. Don Davies: Je vous remercie.

Dre Theresa Tam: ... apporter leur contribution à une revue à comité de lecture sur ce qu'ils tentent d'accomplir.

M. Don Davies: D'accord.

Docteur Nemer, votre site Web a récemment indiqué que votre bureau a mis sur pied huit groupes d'experts et groupes de travail sur la COVID-19, et vous avez mentionné ces groupes dans votre témoignage. Quand ces groupes de travail ont-ils été créés? Combien de fois leurs membres se sont-ils réunis?

Dre Mona Nemer: Le premier groupe de travail, c'est-à-dire le groupe d'experts scientifiques, a été créé, je crois, vers la fin du mois de février et il a tenu sa première réunion le 6 mars. Ce comité d'experts se réunit toutes les deux semaines. Il s'est d'ailleurs réuni aujourd'hui pour la 16^e fois. Nous avons ensuite créé deux sous-groupes, l'un sur la modélisation et l'autre sur le système des soins de santé.

M. Don Davies: Je sais qu'il y a huit groupes de travail. Toutefois, docteur Nemer, lorsque je visite le site Web, je constate que vous n'avez publié aucun ordre du jour, aucun procès-verbal et aucune recherche. Où puis-je trouver des renseignements sur les activités de ces groupes de travail?

Dre Mona Nemer: Nous indiquons le sujet sur lequel se penche chaque groupe de travail. Nous ne publions pas les ordres du jour, mais nous avons certainement des résumés des réunions et des discussions qui ont eu lieu.

M. Don Davies: Docteur Nemer, je ne peux trouver aucun résumé de réunion sur votre site Web. Cependant, la première chose qu'on peut lire sur ce site Web, c'est que votre bureau « s'assurera que les travaux scientifiques du gouvernement fédéral sont accessibles à la population ». Révélez-vous au public et à notre comité, aux fins de divulgation complète, tous les procès-verbaux des réunions tenues par les huit groupes de travail, conformément à votre mandat?

Dre Mona Nemer: Je pense qu'il n'y aura aucun problème à faire parvenir au Comité les procès-verbaux des réunions de nos groupes d'experts. Je veux seulement que vous vous rendiez compte que...

M. Don Davies: Je vous remercie.

Le président: Merci, monsieur Davies.

C'est ce qui termine la première série de questions. Nous entamons maintenant la deuxième série de questions avec M. Kitchen.

Monsieur Kitchen, vous avez cinq minutes.

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): Merci beaucoup.

J'aimerais remercier les témoins de comparaître aujourd'hui et d'avoir fait d'excellents exposés. Tous ces renseignements nous sont très utiles.

Docteure Tam, vous avez comparu en janvier dernier. Je vous remercie de comparaître à nouveau.

En janvier, après avoir suffisamment insisté et quémandé, j'ai réussi à vous faire dire que nous pouvions faire 16 000 tests par jour. Si nous présumons que cette affirmation remonte à environ 108 jours, cela revient à dire que nous aurions pu faire 1 728 000 tests dans ce laps de temps. Depuis ce temps, beaucoup de choses ont changé et les tests ont été améliorés, mais dans votre exposé d'aujourd'hui, vous avez dit qu'on avait effectué environ seulement 1 200 000 tests. Pour quelle raison? Pourquoi tous ces tests ne sont-ils pas effectués?

• (1820)

Dre Theresa Tam: J'ai dit qu'en moyenne, les provinces et les territoires font de 26 000 à 28 000 tests par jour. Nous savons qu'aujourd'hui, le système des laboratoires de santé publique a la capacité de traiter environ 16 000 tests par jour.

M. Robert Kitchen: Oui, mais docteure Tam, vous avez parlé de 16 000 tests par jour en janvier dernier, et nous avons même de nouvelles façons d'effectuer des tests aujourd'hui, mais nous ne semblons pas être en mesure de mener un grand nombre de tests. J'aimerais donc savoir pourquoi. Est-ce en raison d'une coupure entre l'échelon fédéral et l'échelon provincial...?

Dre Theresa Tam: Nous collaborons étroitement avec les provinces et les territoires et nous accomplissons énormément de travail, notamment pour obtenir des fournitures, par exemple des écouvillons ou des réactifs, et pour appuyer la fabrication de ces produits au pays. Je crois que la capacité continuera de s'accroître.

De plus, le nombre de tests effectués dans chaque province dépend en partie de sa situation épidémiologique. Par exemple, la Colombie-Britannique fait un peu moins de tests ces jours-ci, car cette province exerce maintenant un plus grand contrôle sur la vague épidémique, mais cela doit...

M. Robert Kitchen: Je suis désolé de vous interrompre, mais j'ai d'autres questions.

Docteure Tam, en 2016, le gouvernement du Canada a conclu un accord multilatéral de partage de renseignements avec les provinces et les territoires. Cet accord décrit les renseignements de santé publique qui doivent être communiqués au gouvernement fédéral pendant une crise sanitaire mondiale. Toutefois, cet accord n'est pas juridiquement contraignant.

Quelles mesures l'Agence de la santé publique du Canada prend-elle, de concert avec Santé Canada, pour élaborer un système de partage des renseignements obligatoire pour toutes les provinces et tous les territoires du Canada?

Dre Theresa Tam: Actuellement, tout le partage de renseignements se fait en collaboration avec les provinces et les territoires. C'est ainsi que le système de santé publique est conçu, ce qui signifie que nous dépendons de la capacité des systèmes de santé pour faire cela.

Nous travaillons actuellement avec Statistique Canada pour déterminer ce que nous pouvons faire pour améliorer ce processus, afin d'obtenir des données à l'échelon national et de combler ainsi certaines lacunes dans nos renseignements.

M. Robert Kitchen: Je vous remercie.

D'autres administrations ont beaucoup mieux réussi à communiquer les données démographiques. Par exemple, les données sur la santé de la ville de New York révèlent que près de 98 % de tous les cas ayant entraîné un décès présentaient un état de santé ou une maladie sous-jacente, notamment le diabète, une maladie pulmonaire, un cancer, des immunodéficiences, une maladie cardiaque, l'hypertension, l'asthme, une maladie rénale, une maladie gastro-intestinale et une maladie du foie. En fait, comme vous le savez, en Chine, les tests donnent des nombres positifs seulement si une personne a un résultat positif et souffre de pneumonie.

Pourquoi l'Agence de la santé publique du Canada ne publie-t-elle pas des données démographiques plus détaillées, comme le font d'autres administrations?

Dre Theresa Tam: Nous avons publié un rapport épidémiologique détaillé sur notre site Web. Par exemple, près de 75 % des cas qui ont nécessité une hospitalisation souffraient d'un problème de santé sous-jacent. Le site Web fournit également, par exemple, une analyse par groupe d'âge et par sexe. Cette ventilation des données est indiquée dans le rapport épidémiologique, et ces données ventilées sont publiées.

M. Robert Kitchen: Docteure Tam, dans votre rapport d'aujourd'hui, vous avez mentionné des groupes d'âges vulnérables. Comme vous le savez, l'Agence de la santé publique du Canada a été créée en 2003, après l'épidémie de SRAS. À la suite de cette épidémie, de nombreuses études ont mentionné qu'il fallait préparer la population à affronter les pandémies futures. Toutefois, comme la Dre Nemer l'a dit aujourd'hui, nous faisons actuellement du rattrapage. De nombreux autres témoins qui ont comparu devant le Comité ont affirmé la même chose. Par exemple, on a interrompu les recherches après la pandémie de SRAS et il y a eu d'autres problèmes, par exemple lorsqu'on a oublié l'existence de certains protocoles.

Ces événements ont eu lieu il y a maintenant 17 ans. L'Agence de la santé publique du Canada était censée élaborer des protocoles pour s'assurer que nous étions prêts et que nos personnes âgées étaient prêtes à faire face à la situation actuelle. Quels protocoles et quelles mesures l'Agence de la santé publique du Canada a-t-elle mis en œuvre, au cours des 17 dernières années, pour préparer nos personnes âgées? Aujourd'hui, vous nous dites, encore une fois, que nous devons nous préparer. Pourquoi cela n'a-t-il pas été fait après la pandémie de SRAS?

• (1825)

Dre Theresa Tam: Depuis de nombreuses années, l'Agence de la santé publique du Canada collabore grandement avec les provinces pour les préparer à une pandémie, et je crois que dans le cadre de certaines évaluations internationales, par exemple l'indice de sécurité sanitaire mondiale, nous sommes l'un des pays les mieux préparés.

Toutefois, la crise mondiale actuelle est absolument sans précédent, et nous devons tous en tirer des leçons, selon moi. L'une des principales leçons à retenir vise les établissements de soins de longue durée et la manière dont les personnes âgées sont ou ne sont pas prises en charge dans notre pays. Il s'agit là d'un problème de société important, et je pense que non seulement le secteur de la santé publique, mais aussi la société dans son ensemble, doit émerger de cette crise avec un bien meilleur système et des approches plus efficaces pour prendre soin de nos personnes âgées. Il faudra s'y mettre dès que nous émergerons de la première vague et prévenir des conséquences encore plus tragiques pour les personnes âgées.

Comme nos chercheurs l'ont fait, je dois réaffirmer que cette pandémie révèle l'importance de la santé publique et des investissements dans la santé publique, non seulement dans l'Agence de la santé publique du Canada, mais également dans l'ensemble des systèmes de santé publique du Canada, que ce soit à l'échelon local, provincial ou fédéral.

Nous sommes une partie relativement petite du système de santé. Nous travaillons très fort pour protéger le système de soins de santé des effets négatifs et nous collaborons avec tous les Canadiens pour aplatiser la courbe, afin d'éviter de subir les répercussions horribles qu'ont subies les hôpitaux et les systèmes de soins de santé de la ville de New York ou de l'Italie.

Il ne faut pas oublier le système de santé publique. Je sais que nous traversons une énorme crise, mais j'aimerais croire que les investissements qui sont actuellement effectués dans la santé publique n'auront pas cessé dans quatre ou cinq ans.

Le président: Merci, monsieur Kitchen.

Madame Jaczek, vous avez la parole. Vous avez six minutes.

Mme Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

J'aimerais tout d'abord remercier les témoins de comparaître aujourd'hui et de nous faire part de leurs réflexions.

J'aimerais en particulier remercier Dre Tam de tout le travail qu'elle a fait au cours des derniers mois. Elle a réellement travaillé tous les jours. Je ne peux vous dire à quel point votre comportement m'a impressionnée, docteure Tam, tout au long de cette situation. J'aimerais donc vous poser ma première question.

Docteure Tam, nous savons toutes les deux que la recherche des contacts est un élément essentiel de la lutte contre les infections. Cette fonction est assurée par les unités locales de santé publique d'un bout à l'autre du pays. C'est une activité exigeante en main-d'œuvre et qui nécessite également une grande capacité de mener des enquêtes et de faire preuve de diplomatie, car bien souvent, les gens ne veulent pas vraiment révéler où ils sont allés et avec qui ils ont interagi.

Cette tâche a été très difficile ici, dans la région de York. Je sais que notre personnel de santé publique travaille très fort et qu'il s'est réellement efforcé de fournir la capacité de recherche nécessaire étant donné le nombre de cas positifs dans la région. Nous entendons maintenant parler des applications de recherche des contacts et de leur utilisation potentielle dans une situation comme celle à laquelle nous faisons face actuellement. Pourriez-vous nous dire si les applications de recherche des contacts pourraient aider les efforts actuellement déployés dans nos unités de santé publique?

• (1830)

Dre Theresa Tam: Je vous remercie de votre question.

De très nombreuses personnes travaillent certainement très fort dans le cadre de la crise actuelle. Je représente tout simplement la pointe de l'iceberg du système de santé publique.

Vous avez raison lorsque vous dites que la recherche des contacts est une compétence fondamentale du secteur de la santé publique. Les services de santé publique locaux ont renforcé leur capacité, et nous avons avisé les provinces qu'elles devaient nous le faire savoir si elles n'ont pas suffisamment de personnel pour faire la recherche des contacts. Nous avons également dressé une liste de personnes-ressources. Je sais qu'on a énormément augmenté la formation donnée, par exemple, aux étudiants, aux étudiants en médecine ou aux professionnels de la santé à la retraite, afin de renforcer la capacité de recherche des contacts. Mais nous sommes également là pour les aider, ainsi que les fonctionnaires fédéraux, qui pourraient également leur venir en aide. Différentes listes de personnes-ressources sont donc proposées aux provinces et aux territoires.

En ce qui concerne l'application utilisée, je pense que si l'on se fie à ce qui se passe dans d'autres pays, il faut que la population soit prête à utiliser la recherche des contacts. Certaines applications demandent aux Canadiens de s'inscrire, et il faut qu'un grand nombre de personnes participent pour qu'elles fonctionnent. Je crois que les provinces et les territoires s'intéressent à ce projet et nous avons facilité des discussions sur les options offertes. C'est certainement un dossier à suivre.

Par exemple, l'Alberta a commencé à utiliser une application. Les intervenants de cette province tentent de convaincre un plus grand nombre de personnes de s'inscrire dans l'application, mais à ce jour... Je crois qu'on tente toujours de recruter un plus grand nombre de personnes au Canada. Je pense que les Canadiens doivent participer à cette conversation pour mieux comprendre les répercussions de ce projet. Toutefois, la protection de la vie privée est d'une importance primordiale dans l'utilisation de ces applications.

Mme Helena Jaczek: Je vous remercie.

Quel pourcentage de couverture pensez-vous qu'il faudrait pour qu'une telle application soit efficace? Combien de personnes devraient s'y abonner et l'utiliser?

Dre Theresa Tam: Tout dépend de la configuration exacte de l'application ou de la technologie employée, car je pense qu'il existe différentes solutions. Je vais devoir poser la question à quelqu'un qui est spécialiste en la matière pour vous donner la réponse.

Je sais pertinemment que le nombre de contacts à retracer pour rompre la chaîne de transmission de l'infection peut varier selon le niveau de transmission communautaire. Il pourrait être nécessaire de retracer entre 50 et 60 % des contacts pour arrêter la chaîne de transmission. Vous pouvez donc comprendre qu'il faut un nombre important de personnes inscrites à l'application pour que les contacts soient même avisés.

Mme Helena Jaczek: Merci.

Nous savons tous que nous prenons des décisions à la lumière de l'information dont nous disposons à ce moment. C'est donc en fonction de ces connaissances que nous prenons nos décisions. Voilà qui nous mène à la question de l'accessibilité des données.

Un certain nombre de témoins qui ont comparu devant le Comité disent que même si vous parlez d'une grande collaboration avec les provinces et les territoires, il y a un réel manque d'uniformité dans les données de santé publique qui sont accessibles au public en temps réel. Certains se demandent pourquoi la définition d'un cas n'était pas la même pour chaque province, et pourquoi les outils d'auto-évaluation variaient.

Compte tenu de ces éléments et de certaines des remarques que vous avez entendues cet après-midi, diriez-vous qu'il faut vraiment créer un système pancanadien de surveillance de la santé publique?

Dre Theresa Tam: Tout d'abord, je dirais que la lacune dans les données constitue un défi. Il s'agit notamment d'un problème de capacité, possiblement à différents niveaux du système de santé publique. Nous avons bel et bien le Réseau pancanadien de santé publique. En fait, nous disposons déjà de nombreux systèmes de surveillance nationaux, ou fédéraux-provinciaux-territoriaux, mais nous devons améliorer...

Nous avons donné des définitions d'un cas à l'échelle nationale, mais il incombe aux provinces et aux territoires de les consulter, puis de nous rendre des comptes en fonction de ces définitions. Cela dit, il y a parfois des variations, et nous avons des lacunes à combler du côté des données. Il s'agit d'un élément essentiel pour la suite des choses, y compris, selon moi... Par exemple, beaucoup de gens ont demandé une ventilation des données selon l'origine ethnique et le statut d'Autochtone. Je sais que certaines instances gouvernementales se penchent là-dessus, mais il s'agit sans contredit d'une lacune.

Le président: Merci, madame Jaczek.

Nous allons maintenant écouter M. Webber.

Je dois rectifier mes propos. J'ai dit que les deux dernières interventions dureraient six minutes, mais c'est faux. Nous allons maintenant revenir à notre temps d'intervention habituel de cinq minutes pour M. Webber, puis pour M. Kelloway.

Monsieur Webber, vous avez la parole cinq minutes.

• (1835)

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les intervenants d'aujourd'hui de leurs remarques liminaires.

Docteur Tam, je souhaite moi aussi commencer par dire que j'ai beaucoup de respect pour le travail que vous avez accompli. Nous vous remercions du temps et de l'énergie que votre équipe et vous avez investis ces derniers mois. Je sais également que vos régulières apparitions publiques ne font qu'augmenter votre charge de travail, mais nous vous en sommes très reconnaissants.

Docteur Tam, vous avez parlé de la suite des choses dans votre discours d'ouverture. Vous avez dit que toutes les instances gouvernementales sont déterminées à collaborer en vue d'adopter une approche commune et fondée sur des données probantes pour lever prudemment les mesures de santé publique, dans l'objectif premier de protéger la santé des Canadiens, et en tenant compte des différences régionales.

J'aimerais parler des chirurgies électives dans tout le pays. Nous savons que ces interventions chirurgicales non urgentes ont été mises en attente partout au Canada, alors que nous nous préparons à recevoir une vague de cas de COVID-19 dans les hôpitaux du

pays. Malheureusement, nous sacrifions ainsi la santé et le bien-être de plusieurs milliers de Canadiens qui ont d'autres problèmes de santé tout aussi importants.

Les Canadiens s'attendent à ce que le gouvernement fédéral prenne les devants sur cette question, étant donné que les provinces se fient à ses conseils pour s'orienter durant la pandémie. La semaine dernière, le Dr Paul Dorian a dit à notre comité que ces annulations coûtent des vies. Il affirme être personnellement au courant de quatre décès survenus en une semaine seulement dans un hôpital de la région de Toronto, si j'ai bien compris.

Docteur Tam, à quel moment prévoyez-vous un retour prudent des chirurgies électives partout au pays?

Dre Theresa Tam: Compte tenu des différences régionales, nous avons collaboré avec le comité consultatif spécial pour définir les critères sur lesquels les autorités peuvent se fonder pour assouplir les mesures de santé publique.

Tous les médecins-hygiénistes en chef étaient bien au fait des conséquences imprévues des mesures de santé publique. Certaines d'entre elles sont assurément négatives, alors que d'autres sont positives.

Nous avons également fourni des conseils sur les domaines dont les règles doivent être assouplies en premier. Les services médicaux non urgents en font partie. Il s'agit de la tranche initiale de secteurs que les autorités examineront. Je pense que des provinces ont déjà commencé à reprendre certaines de ces activités, mais cela fait partie du mandat des provinces et des territoires.

M. Len Webber: En ce qui a trait aux conséquences imprévues, docteur Tam, pouvez-vous nous dire combien de chirurgies électives ont été reportées? Êtes-vous au fait de ces chiffres, par hasard? Combien de décès au Canada ont été attribuables au report de ces chirurgies électives en raison de la COVID? Il y a deux questions ici.

Dre Theresa Tam: C'est un domaine sur lequel j'ai beaucoup insisté auprès de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Vous avez peut-être remarqué que Statistique Canada a publié, dans ses rapports, les chiffres du premier trimestre relatifs à la surmortalité. Bien sûr, l'épidémie commençait tout juste au Canada au premier trimestre. Les données de Statistique Canada sur le mois d'avril nous donneront une idée de la surmortalité.

Au sein du comité consultatif spécial, nous avons également discuté de certains renseignements clés que nous aimerions obtenir de ces organismes afin de pouvoir examiner les principales conséquences imprévues. Ce travail est en cours.

M. Len Webber: Merci.

Dans un autre ordre d'idées, vous savez peut-être que le comité de la santé s'est réuni deux fois par semaine au cours de la pandémie, et que la ministre de la Santé a dit que nous réalisons maintenant un travail fort important.

Docteur Tam, puisque c'est la première fois que vous comparez devant le comité de la santé depuis le début de la pandémie, j'aimerais savoir si vous portez attention aux témoignages qui sont donnés ici, étant donné qu'ils sont souvent en contradiction avec les actions et les priorités du gouvernement.

Docteur Tam, pouvez-vous nous dire plus particulièrement quels témoignages de notre comité vous avez écoutés, et quelle en a été l'incidence sur vos décisions?

• (1840)

Dre Theresa Tam: Beaucoup d'eau a coulé sous les ponts, et je vais peut-être revoir les comptes rendus pour savoir à quand remonte ma dernière comparaison. Je pense qu'il était question du budget des dépenses. Je crois que ma dernière présence remonte au 11 mars, et beaucoup de choses se sont passées depuis.

À l'Agence, nous avons une équipe qui nous tient au courant des résultats et des activités du Comité. Vos travaux sont fort importants, étant donné que la crise est d'une grande complexité et qu'il faut se pencher sur de nombreuses dimensions du problème et obtenir les points de vue de différents secteurs et de nombreux Canadiens aussi.

Je pense qu'il est absolument essentiel que ces discussions aient lieu et que nous tirions des leçons de certaines délibérations. Bien sûr, bon nombre de témoignages proviennent de travailleurs de la santé en première ligne et portent sur le genre de soutien dont ils ont besoin.

Du point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada, une bonne partie de notre travail consiste à donner des lignes directrices. Par ailleurs, le travail gigantesque réalisé par de nombreux ministères pour obtenir de l'équipement de protection individuelle, par exemple, s'inspire de certaines de vos délibérations sur la façon de mieux protéger le personnel de front. Il s'agit ici d'une partie seulement des délibérations.

Comme nous l'avons déjà dit, en ce qui concerne les répercussions importantes sur les foyers de soins de longue durée et les personnes âgées, il est de la plus haute importance que la société canadienne ait une bonne discussion sur la manière de mieux faire les choses à l'avenir.

Le président: Merci, monsieur Webber.

Monsieur Kelloway, nous allons maintenant vous céder la parole pour cinq minutes.

M. Mike Kelloway (Cape Breton—Canso, Lib.): Merci, monsieur le président.

Avant de poser mes questions, je tiens à remercier chacun des témoins de leurs efforts de recherche inlassables et de leur dévouement à la lutte contre la COVID-19. Vous entendre parler aujourd'hui ne fait que me confirmer qu'Équipe Canada réunit les bonnes personnes sur le terrain et que nous allons traverser cette crise ensemble.

J'ai trois questions, et nous verrons si nous pouvons aborder chacune d'entre elles.

Ma première question s'adresse à la Dre Nemer.

Docteur Nemer, je crois savoir que le Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 a l'intention de superviser et d'appuyer les tests sérologiques au Canada au cours des deux prochaines années afin de déceler la présence du virus au sein de la population générale et de certains groupes qui sont plus susceptibles d'être infectés.

Pouvez-vous décrire le rôle du Groupe de travail dans la supervision et l'appui de ce genre de tests au Canada? Aussi, quel est le rôle des provinces, des instituts de recherche et d'autres joueurs dans le travail du Groupe?

Dre Mona Nemer: Il s'agit d'un groupe de travail fort important. Le travail sera réalisé en collaboration avec les provinces, les hôpi-

taux universitaires et un certain nombre de réseaux existants au Canada, comme le réseau de l'étude sur le vieillissement, et ainsi de suite. Le Groupe de travail vise vraiment à coordonner la collecte des données — je suis très impressionnée que nous parlions autant des données — et à s'assurer que toutes les bonnes données sont recueillies. En somme, il s'agit d'harmoniser les méthodes et de faire en sorte que tout le monde utilise les bons outils et les bons tests. Il y a beaucoup de tests qui donnent plus de résultats positifs que négatifs, ou qui ont une sensibilité moindre, et ainsi de suite.

Le Groupe a un rôle de coordination, mais le travail sera évidemment effectué à l'échelle locale dans les hôpitaux de recherche, de même qu'en collaboration avec les représentants locaux de l'Agence de la santé publique au sein du Groupe de travail.

M. Mike Kelloway: Docteur Nemer, les groupes de personnes vulnérables et ceux qui vivent dans les régions rurales du Canada seront-ils également testés?

Dre Mona Nemer: Oui, tout à fait. C'est avec plaisir que je vous informe qu'il y aura un Cercle autochtone afin de travailler avec les collectivités autochtones. Des efforts sont déjà déployés pour examiner ce qui se passe chez les enfants, et des études longitudinales sur les travailleurs de la santé sont réalisées pour voir à quel moment ils sont devenus immunisés, jusqu'à quand ils le sont, et ainsi de suite.

Un certain nombre d'études semblables sont en cours. Je ne peux pas me souvenir de chacune, mais nous avons déjà commencé le travail.

M. Mike Kelloway: Merci beaucoup.

Docteur Strong, alors qu'un certain nombre de groupes au Canada mènent des recherches pour trouver un vaccin contre la COVID-19, l'Université Dalhousie dans ma province de la Nouvelle-Écosse a été la première à obtenir l'autorisation de réaliser des essais cliniques. Pouvez-vous me dire de quelle manière les Instituts de recherche en santé du Canada aideront les chercheurs de l'université dans le cadre de leurs travaux?

Dr Michael Strong: Il y a deux éléments de réponse. D'une part, grâce à l'initiative originale d'intervention rapide, nous fournissons des fonds aux chercheurs de Dalhousie qui participent au projet. D'autre part, nous avons participé activement à la conception des études qui seront requises pour connaître l'efficacité du vaccin, en collaboration avec nos collègues d'Innovation, Sciences et Développement économique Canada, du Conseil national de recherches du Canada, de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada.

Nous savons que ces études seront d'abord dirigées par Dalhousie, mais à l'heure actuelle, nous sommes en train de nous prononcer sur un grand nombre de subventions pour lesquelles nous pensons voir cette synthèse entrer en jeu.

• (1845)

M. Mike Kelloway: Excellent.

Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

Le président: Vous avez deux minutes.

M. Mike Kelloway: Merveilleux.

Ma prochaine question s'adresse à vous, docteur Grandvaux, de la Société canadienne pour la virologie. La semaine dernière, j'ai lu sur le site de la CBC que le nouveau coronavirus est en train de muter. Pouvez-vous nous dire ce que cela signifie pour la lutte contre le virus et son repérage? La mutation du virus va-t-elle aider ou entraver les efforts déployés à l'échelle internationale dans la lutte contre la COVID-19?

Dre Nathalie Grandvaux: Le virus subit effectivement des mutations, mais la bonne nouvelle au sujet de la COVID, c'est que celles-ci sont beaucoup moins fréquentes que dans le cas de l'influenza, par exemple. Sa mutagenicité est plutôt faible. Cela ne veut toutefois pas dire qu'il n'y aura aucune conséquence, car il suffit d'une seule mutation pour avoir des répercussions.

En ce qui concerne les mutations qui ont été observées, nous ignorons pour l'instant ce qu'elles induisent. Nous savons qu'il existe deux grandes souches. La première provient d'une mutation qui est survenue en Europe, tandis que l'autre est la souche originale qui provient de la Chine. Une mutation peut avoir une incidence sur la transmissibilité. Elle peut avoir un effet sur l'efficacité d'un vaccin, si nous en découvrons un, mais il n'y a aucun moyen de le prédire. C'est une possibilité. Elle est mince, mais réelle.

Le président: Merci, monsieur Kelloway.

M. Mike Kelloway: Merci.

Le président: En fait, il restait une minute et demie plutôt que deux.

M. Mike Kelloway: Aucun problème.

Le président: Nous allons maintenant écouter M. Thériault, qui a deux minutes et demie.

[Français]

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

Je vais m'adresser à la Dre Grandvaux. Je vais essayer de poser une question brève pour lui laisser du temps pour répondre.

On dit qu'on est en train de gérer le temps, qu'il n'y a ni vaccin ni médicaments antiviraux. On commence à voir des tests sérologiques. On se rend aussi compte que la traçabilité est importante et que le dépistage n'est pas suffisant. La Dre Nemer disait tantôt qu'il fallait rattraper les retards.

Docteur Grandvaux, vous avez mentionné lors de l'une de vos conférences qu'on se battait contre quelque chose qu'on ne connaissait pas, et vous avez dit tout à l'heure qu'on avait largué la recherche fondamentale.

Quelles seraient, à ce stade-ci, les grandes leçons à tirer de cet épisode pour ne pas refaire les mêmes erreurs?

Dre Nathalie Grandvaux: C'est une très bonne question.

Il faut continuer à financer la recherche. Le seul moyen de combattre un ennemi qu'on ne connaît pas, c'est-à-dire le prochain virus, est d'en connaître le plus possible sur plusieurs types de virus. Il faut continuer de laisser les chercheurs faire des recherches les plus larges possible sans les diriger. Quand on dirige, on va forcément dans une direction précise. Pour pouvoir aller dans une direction précise, il faut la connaître, et ce n'est pas le cas lorsqu'il s'agit d'une future pandémie émergente.

Il faut soutenir la recherche fondamentale diversifiée et écouter la science. Il y a eu beaucoup de rapports, notamment de l'Organisation mondiale de la santé, ou OMS, et de différents instituts de re-

cherche, selon lesquels cette menace existait. On n'a pas écouté les chercheurs, pas juste au Canada, mais dans le monde entier. Il faut apprendre de cela. Il faut faire une veille scientifique plus marquée et donner les moyens d'y répondre.

M. Luc Thériault: Êtes-vous optimiste quant à la possibilité de trouver un vaccin, ou croyez-vous plutôt qu'il faudra vivre avec ce virus et axer la recherche davantage sur les médicaments antiviraux?

Dre Nathalie Grandvaux: Je crois au vaccin. Il y a énormément d'efforts qui sont faits et on va finir par en trouver un, mais on ne peut pas prédire quand.

Selon moi, les antiviraux sont essentiels. Je ne vous cacherai pas que la base de ma recherche personnelle est le développement d'antiviraux à plus large spectre, et il y a une raison à cela. Il faut connaître le prochain virus pour pouvoir le combattre et trouver un vaccin. Il y aura toujours des délais. Avec des antiviraux et des molécules, on peut aider les personnes atteintes en attendant le vaccin. Si l'on peut soulager les symptômes avec des antiviraux et diminuer les répercussions du virus sur les patients, on pourra attendre un vaccin avec plus de sérénité.

• (1850)

M. Luc Thériault: Pour terminer, j'imagine que...

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci.

[Traduction]

Le président: Monsieur Davies, vous avez deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci.

Comme vous le savez, docteur Tam, plus de 80 % des décès liés à la COVID-19 au Canada sont survenus dans les foyers de soins de longue durée. Pourquoi l'Agence de la santé publique du Canada a-t-elle attendu jusqu'au 13 avril avant de diffuser les lignes directrices provisoires sur la protection et le contrôle de la maladie COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée?

Dre Theresa Tam: Les principes fondamentaux de la prévention et du contrôle des infections ont toujours prévalu; ils existaient déjà. Les précautions font déjà l'objet de nombreuses publications. Quant à la gestion des virus qui se propagent par gouttelettes de salive, à l'instar du coronavirus... Tous ces renseignements étaient disponibles.

Toutefois, l'expérience était fondamentale au sein des établissements de soins de longue durée, mais il n'y avait alors aucune directive particulière. Il s'agissait plutôt d'une orientation de base et plus générale. Nous avons profité de l'occasion pour demander aux spécialistes qui ont géré ces situations d'élaborer des lignes directrices, étant donné que ce serait fort utile.

Nous y avons également intégré des faits nouveaux sur la transmission présymptomatique et asymptomatique, ce qui a permis de recommander le port de masques et d'équipements de protection individuelle pendant toute la durée du quart de travail, ce qui était également nouveau à ce moment. Cela coïncidait avec l'évolution des données probantes aussi.

M. Don Davies: Docteur Tam, vous avez cosigné en 2006 un rapport sur la préparation du Canada advenant une pandémie, dont le titre est toujours d'actualité: *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé*. Ce document exhortait le gouvernement canadien de prendre des mesures pour assurer un approvisionnement constant pendant 16 semaines — ce qui représente deux vagues pandémiques — d'équipements de protection individuelle, comme des masques N95, des blouses, et ainsi de suite, notamment parce que votre rapport indique qu'il y aura des pénuries de matériel et de fournitures pendant la pandémie. Pourtant, selon les lanceurs d'alerte de l'Agence, la Réserve nationale de secours ne comptait, le 12 février 2020, que 94 000 masques chirurgicaux, 100 000 masques N95 et 400 000 écrans faciaux, entre autres. Cela équivaut à une semaine d'utilisation en Ontario seulement.

En tant qu'administratrice en chef de la santé publique au Canada, pouvez-vous me dire ce qui explique que le Canada n'ait pas réussi à assurer un approvisionnement constant pendant 16 semaines d'équipements de protection individuelle avant l'écllosion de COVID-19, comme vous l'avez vous-même déterminé et recommandé en 2006?

Le président: Docteur Tam, n'oubliez pas votre microphone, s'il vous plaît.

Dre Theresa Tam: D'accord.

Il s'agit bien sûr d'un plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. Comme vous le savez, le système de santé canadien ne relève pas seulement du fédéral, mais aussi des provinces et des territoires, et chaque province possède sa propre réserve. Il s'agit d'une recommandation à l'intention du pays.

La Réserve nationale de secours...

M. Don Davies: Sauf votre respect, docteur Tam, la recommandation était destinée au gouvernement canadien. Vous recommandiez au gouvernement canadien d'avoir un approvisionnement de 16 semaines.

Le président: Monsieur Davies, ne posez plus de questions, s'il vous plaît.

Docteur Tam, veuillez s'il vous plaît répondre.

Dre Theresa Tam: Encore une fois, on a pleinement enclenché le Système de la réserve nationale d'urgence pour acheminer toutes les fournitures dont nous avons besoin, et il y avait une pénurie mondiale. Je pense qu'à l'avenir, j'aimerais qu'on soutienne le Système de la réserve nationale d'urgence et le système de santé publique dans son ensemble. Vu ce que nous savons sur l'approvisionnement à l'étranger, la population canadienne et le gouvernement peuvent décider dans quelle mesure ils veulent que nous emmagasinions des fournitures à l'avenir. Nous allons beaucoup apprendre, comme je viens tout juste de le dire.

Le président: Merci, monsieur Davies.

Voilà qui met fin au deuxième tour. Nous allons commencer le troisième.

Madame Jansen, je vous prie de commencer. Vous avez cinq minutes.

Mme Tamara Jansen (Cloverdale—Langley City, PCC): Merci, monsieur le président.

J'aimerais poser mes questions à la Dre Tam.

Le 31 janvier, Mme Marnie Johnstone, directrice générale de l'Agence de la santé publique du Canada, a envoyé un courriel pour dire que des stocks dans la réserve nationale d'urgence, y compris certains dont la date de péremption était en février et en mars, pouvaient être donnés sans compromettre l'approvisionnement au Canada.

Nous savons maintenant que l'évaluation de nos besoins en équipement de protection individuelle effectuée par Mme Johnstone était totalement erronée. Quelles données de modélisation a-t-elle utilisées pour affirmer que le don de stocks n'allait pas compromettre l'approvisionnement au Canada?

• (1855)

Dre Theresa Tam: À ce moment-là, l'idée appliquée — et partout dans le monde — consistait à endiguer l'écllosion à sa source, ce qui signifie qu'il fallait la contrôler autant que possible à sa source en Chine. C'était essentiel, et le gouvernement fédéral a donc fait un don.

Mme Tamara Jansen: Je me demande juste quelle sorte de données elle utilisait pour décider que cela ne nuirait pas à l'approvisionnement au Canada.

Dre Theresa Tam: Je ne pense pas pouvoir répondre. Tout ce que je peux dire, c'est que cet équipement de protection individuelle aurait probablement été inutilisable, pour ainsi dire, selon les normes appliquées à ce moment-là, dans un délai très court.

Mme Tamara Jansen: Mais le courriel donne l'impression que nous avons des stocks sur le point d'être périmés, et nous en avons amplement à côté. Quoi qu'il en soit, passons à autre chose.

Je peux voir dans son courriel qu'elle était pressée de les faire parvenir à la Croix-Rouge à temps pour le départ vers la Chine de l'avion de rapatriement. Elle mentionne des signatures officielles et affirme qu'on pouvait les obtenir plus tard et ne pas s'en faire à ce sujet. Est-il possible que son empressement à agir avant le départ de l'avion ait contribué à une erreur aussi grave?

Dre Theresa Tam: Pas nécessairement, mais, comme nous l'avons dit, des stocks périmés ou presque périmés n'auraient normalement pas servi dans le contexte canadien. Depuis...

Mme Tamara Jansen: Mais nous avons déjà besoin de ces stocks périmés au Canada, malheureusement.

Quoi qu'il en soit, passons...

Dre Theresa Tam: Depuis, nous faisons toutefois tout ce que nous pouvons pour nous en servir, y compris à l'aide des directives de Santé Canada sur les stocks périmés, et même en stérilisant de nouveau de l'équipement. Nous ne ménageons donc aucun effort à cette fin.

Mme Tamara Jansen: Je vais poursuivre.

Le 25 janvier, l'OMS a déterminé que le risque d'une écllosion mondiale de COVID-19 était modéré, et l'ASPC a quant à elle parlé d'un risque faible au Canada. C'était en fait le même jour où le premier cas a été découvert en Ontario. Le 2 février, l'OMS a dit que le risque était dorénavant élevé.

Le 17 février, le Cabinet a adopté un décret qui dit, et je cite: « [...] que l'introduction ou la propagation de [la COVID-19] présenterait un danger grave et imminent pour la santé publique au Canada [...] » Pourtant, après cette date, vous avez continué de répéter que le danger était faible au pays.

Pourquoi n'avez-vous pas tenu compte de la conclusion officielle, à savoir que la maladie présentait un « danger grave et imminent »? Que sont selon vous les conséquences d'avoir mené les Canadiens à penser que le danger était faible?

Dre Theresa Tam: D'entrée de jeu, à partir du moment où nous avons été mis au courant de l'écllosion à Wuhan, nous avons multiplié les préparatifs parce que nous n'avions... On ne savait pas ce qui allait se produire.

Mme Tamara Jansen: Mais qu'est-ce qui explique la différence entre...

Dre Theresa Tam: L'évaluation du risque à ce moment-là...

Mme Tamara Jansen: Quelle est la différence entre ce que vous avez dit et ce que disaient tous les autres?

Dre Theresa Tam: Selon l'évaluation effectuée à ce moment-là, le risque de transmission au pays était faible puisque nous avions peu de cas au Canada. Ce n'était donc pas à l'échelle mondiale...

Mme Tamara Jansen: Le Cabinet a pourtant parlé d'un « danger grave et imminent ».

M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): J'invoque le Règlement, monsieur le président. Elle a posé la question. Laissons la témoin répondre, s'il vous plaît.

Dre Theresa Tam: Je pense que nous étions tous au courant du risque possible, mais si vous étiez au Canada à ce moment-là, comme il n'y avait pas de transmission communautaire, le risque était faible.

Notre évaluation du risque était aussi beaucoup plus précise, ce qui signifie que...

Mme Tamara Jansen: Désolée. Je m'excuse; je me demande juste pourquoi le Cabinet a parlé d'un danger « grave et imminent », mais pas vous. C'est ma question. Je ne comprends pas la différence.

Dre Theresa Tam: Je pense avoir dit depuis le début que c'est une situation grave et que nous devons nous préparer. J'ai mis en branle tout le système de santé publique à partir du moment où nous avons entendu parler du virus. Nous devons nous préparer à la possibilité que la situation devienne extrêmement grave.

À ce moment-là, la transmission au pays n'était pas... C'est le risque que nous tentions d'évaluer. Il aurait été différent à Wuhan ou ailleurs. Le risque n'y est pas le même.

Mme Tamara Jansen: Jusqu'au début d'avril, vous affirmiez que les personnes asymptomatiques ne devraient pas porter de masque parce que cela ne fonctionnait pas ou que c'était nuisible. Vous avez ensuite changé d'avis le 6 avril et affirmé que c'était une bonne protection supplémentaire. Vous avez maintes fois répété aux Canadiens que la COVID-19 ne se transmettait pas entre humains, mais la Dre Maria Van Kerkhove de l'OMS a admis le 13 avril que, d'entrée de jeu, dès la première notification reçue le 31 décembre, comme il s'agissait d'une grappe de cas de pneumonie, ils ont immédiatement pensé, comme c'est un pathogène respiratoire, qu'il pourrait évidemment y avoir une transmission entre humains.

Les Canadiens sont confus. Pourquoi nous a-t-on dit que la science a les réponses? Les Canadiens se tournent vers vous puisque vous êtes la scientifique en chef de l'État. Ils ne comprennent pas pourquoi votre message a autant changé. Pourquoi avez-vous attendu aussi longtemps avant de dire aux Canadiens que

les masquent fonctionnent, comme en témoignent les preuves scientifiques?

● (1900)

Dre Theresa Tam: Beaucoup de points distincts ont été abordés. La transmission entre humains a toujours été une possibilité. Au début, nous ne savions tout simplement pas si c'était un événement zoonotique, mais la transmission entre humains est rapidement devenue évidente, et la mesure dans laquelle c'était...

Mme Tamara Jansen: En effet, l'OMS était manifestement de cet avis.

Le président: Merci, madame Jansen. Votre temps est écoulé, mais je vais laisser la témoin répondre à votre question.

Dre Theresa Tam: À propos du port de masques, comme je viens tout juste de le dire, les recommandations sont formulées en collaboration avec d'autres médecins hygiénistes en chef et le comité consultatif spécial. Nous nous sommes penchés sur les données probantes qui évoluaient.

J'estime qu'il est très raisonnable, et je suis certaine que tous les chercheurs seraient d'accord, de tenir compte des nouvelles données à mesure que nous progressons. Nous avons tenu compte d'études — même s'il n'y en avait pas beaucoup — sur la transmission asymptomatique et la transmission présymptomatique, mais aussi sur la possibilité d'une couche de protection supplémentaire. Je crois qu'il est raisonnable de tenir les Canadiens au courant des dernières recommandations.

Les recommandations continueront d'évoluer, à mesure que nous en saurons davantage.

Le président: Merci.

Nous passons maintenant à Mme Sidhu. Je vous en prie. Vous avez cinq minutes.

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

Merci à tous les témoins. Docteure Tam, nous vous sommes reconnaissants du travail que votre équipe et vous-même accomplissez. Merci beaucoup.

Ma première question est pour la Dre Tam. La Colombie-Britannique a effectué un sondage en ligne sur la sérologie pour obtenir de plus amples renseignements sur l'incidence de la maladie sur les citoyens. Quelle est la valeur de ce genre de sondage? Pensez-vous qu'un plus grand nombre de provinces devraient envisager d'en faire autant?

Dre Theresa Tam: Eh bien, je pense que la participation des citoyens est très importante compte tenu de leur rôle essentiel pour stopper la transmission. Nous nous intéressons beaucoup à l'étude menée en Colombie-Britannique. Je pense que nous devons mieux comprendre la réalité canadienne.

Je souligne également — et je ne sais pas si le Dr Strong des IRSC veut en parler — que, conformément à la recherche biomédicale, il se fait aussi de la recherche en sciences sociales et dans d'autres domaines pour comprendre le point de vue des Canadiens. Par exemple, on examine ce que les Canadiens pensent de la recherche des contacts.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Ma prochaine question est pour Mme Elmslie. Nous avons entendu la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, qui avait des préoccupations au sujet des directives de l'ASPC concernant l'équipement de protection individuelle dans les établissements de soins de santé. Pouvez-vous nous expliquer le travail que vous faites avec des professionnels de la santé pour établir ces directives et ces normes? Quel genre de données probantes votre équipe utilise-t-elle pour établir ces directives nationales?

Mme Kim Elmslie (vice-présidente, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada): Chaque fois que nous élaborons des directives, nous commençons par un examen des données scientifiques. Nous recourons ensuite à un vaste réseau d'intervenants pour nous aider à interpréter les données et à cerner des lacunes dans les connaissances, et nous nous servons du résultat pour élaborer des directives.

Nous travaillons également avec des groupes comme la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers ainsi qu'avec d'autres syndicats, car ils donnent des points de vue importants à partir de leur connaissance de ce qui se produit sur le terrain. L'interprétation de la science peut faire l'objet de débats, mais nous tenons toujours compte du point de vue des travailleurs dans les discussions. Nous écoutons leurs questions et leurs préoccupations afin de les présenter aux experts. C'est une démarche un peu itérative pour parvenir, au bout du compte, à l'ensemble de directives que nous considérons, selon notre évaluation à l'Agence de la santé publique du Canada, comme les plus importantes, les plus fiables et les plus exactes qui soient à ce moment-là. Elles sont provisoires parce que nous examinons et analysons toujours les données, ce qui peut donner lieu à des mises à jour ou à des modifications de nos directives.

L'autre chose que nous faisons pour garder le contact avec les syndicats d'infirmières et d'infirmiers ainsi que d'autres syndicats d'un bout à l'autre du pays, c'est une réunion hebdomadaire pendant laquelle nous invitons ces intervenants à faire part de leur expérience. Je profite de l'occasion pour faire le point sur les directives que nous élaborons et sur d'autres dossiers de l'Agence. Ils se servent très généreusement du temps accordé pour exprimer leurs préoccupations et mentionner à l'Agence les dossiers dans lesquels ils aimeraient que plus d'efforts soient déployés.

C'est un dialogue très important que nous maintenons. On n'est pas toujours d'accord, mais l'important, c'est que nous nous écoutions attentivement les uns les autres. En fait, les opinions exprimées par la Fédération canadienne des syndicats des infirmières et des infirmiers dans le cadre de ce processus nous ont permis de préciser des aspects des directives qui portaient peut-être à confusion, et d'adapter des aspects auxquels, selon nous, nous pouvions apporter d'importants changements d'après leurs interventions.

● (1905)

Mme Sonia Sidhu: Pouvez-vous expliquer les directives relatives aux soins à domicile?

Mme Kim Elmslie: Nous avons recouru au même processus pour élaborer les directives relatives aux soins à domicile. Nous avons réuni les experts en nous servant des données probantes, et nous avons rassemblé les communautés qui travaillent dans le domaine pour nous assurer que les directives leur seront grandement utiles sur le plan pratique. Ce que nous avons appris, c'est que les directives techniques doivent souvent être utilisées dans des formats différents afin que les gens puissent les appliquer facilement

sur le terrain. Dans le contexte des soins à domicile, il est très important que ces travailleurs importants soient bien soutenus lorsqu'ils font leur travail dans différents contextes. Nos directives s'appuient toujours sur ce que nous avons appris, sur ce que nous savons et sur la meilleure façon de les adapter pour répondre aux besoins de ces travailleurs afin d'assurer leur clarté et leur pertinence autant que possible.

Le président: Merci.

Monsieur Jeneroux, allez-y, pour cinq minutes.

M. Matt Jeneroux: Merci, monsieur le président.

Monsieur le président, avant de passer à mes questions, j'aimerais revenir à la chronologie des événements et à la Dre Tam. Le 26 janvier, le Laboratoire national de microbiologie a reçu son premier cas, et une grande partie des décisions prises... Le premier cas au Canada remonte au 26 janvier. Il y a des questions sur le rôle que joue l'Agence de la santé publique au pays et l'empressement dont elle a fait preuve, étant donné que certaines des décisions prises jusqu'à maintenant ne remontent qu'à la fin de février ou au mois de mars.

Cela dit, je veux poser certaines de mes questions, notamment au sujet de l'approvisionnement en équipement de protection individuelle. Nous avons envoyé 16 tonnes d'équipement de protection individuelle à la Chine en février. La Chine a-t-elle entièrement remplacé l'équipement qui lui a été envoyé?

Dre Theresa Tam: Je ne sais pas exactement comment répondre à cette question. Je sais qu'il y a différents dons. Je n'ai pas particulièrement participé à la logistique de ce dossier. Je peux vous transmettre la réponse.

M. Matt Jeneroux: Avons-nous fait un suivi des 16 tonnes? Il serait formidable de savoir si nous sommes près de les récupérer.

Selon un rapport de 2011, l'Agence de la santé publique avait 11 entrepôts de la Réserve nationale stratégique d'urgence, la RN-SU, répartis d'un bout à l'autre du Canada. Ce même rapport de 2011 disait qu'il y avait 1 300 sites préétablis contenant des fournitures. Mme Sally Thornton, une vice-présidente qui relève de vous à l'Agence de la santé publique et qui est responsable de la RNSU, a dit qu'il n'y avait que 1 000 de ces sites en 2012. Combien y en avait-il au début de cette pandémie?

Dre Theresa Tam: Mme Sally Thornton est la vice-présidente la plus au fait des chiffres précis de la RNSU. Je pense que vous devriez sans aucun doute accepter ses chiffres. Je sais que beaucoup de ces sites préétablis avaient des lits de camp et des couvertures, essentiellement, mais pas d'équipement de protection individuelle ni aucune contre-mesure médicale.

● (1910)

M. Matt Jeneroux: Pourriez-vous, ou Mme Thornton, nous faire parvenir le nombre, docteur Tam, de sites que nous avons encore parmi les 1 000 de 2012?

Dre Theresa Tam: Oui, nous pouvons vous le faire parvenir, mais encore une fois, c'était de petites quantités de fournitures rappelant l'après-guerre froide, je crois, donc...

M. Matt Jeneroux: Je pense juste qu'il serait utile de réunir tous les éléments, si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

Comme il me reste peu de temps, je vais procéder rapidement. Dans des documents obtenus par le Comité et une note d'information du 10 février, il est écrit que l'Agence de la santé publique mène un sondage sur l'approvisionnement en équipement de protection individuelle dans les provinces et les territoires pour cerner les régions vulnérables et assurer un approvisionnement adéquat. À quelle date ce sondage a-t-il commencé?

Dre Theresa Tam: Je vais devoir vous transmettre la réponse. Je sais que le sondage se poursuit de manière très assidue, mais je vais devoir vous transmettre la date précise.

M. Matt Jeneroux: Est-ce que c'était avant ou après le 4 février? Le savez-vous?

Dre Theresa Tam: Non. Nous allons vous revenir à ce sujet.

M. Matt Jeneroux: J'avais demandé une copie de cette enquête à Mme Sally Thornton. J'espère qu'à deux, vous allez réussir à nous la transmettre. Elle avait accepté de nous en remettre une copie et nous avons hâte d'en lire les résultats.

Croyez-vous que la participation du Dr Bruce Aylward à une réunion du Comité nous aiderait dans notre étude sur la réponse du gouvernement à la COVID-19?

Dre Theresa Tam: Je crois que le Comité est libre d'inviter les témoins qu'il souhaite entendre. Le Dr Aylward travaille pour l'OMS et a joué un rôle de premier plan dans son intervention. Il ne fait pas partie de l'Agence. Il ne travaille pas au Canada, alors je pense... Je suis certaine que les représentants de l'OMS sont invités à témoigner devant des comités comme le vôtre, alors je vous dirais d'inviter les témoins que vous jugez utiles.

M. Matt Jeneroux: À titre de précision, monsieur le président, j'aimerais dire au témoin que le Comité a invité le Dr Aylward, mais qu'il a refusé l'invitation à plusieurs reprises. Nous avons dû lui transmettre une assignation à comparaître officielle pour qu'il témoigne devant nous.

Cela me donne l'impression que l'OMS ne prend pas au sérieux notre invitation à témoigner devant le Comité. Si la Dre Tam ou la ministre Hajdu pouvaient exercer une certaine pression sur le Dr Aylward ou les membres de l'OMS afin qu'ils prennent le Comité au sérieux, nous vous en serions reconnaissants, parce que nous avons voté à l'unanimité en vue de le recevoir. Nous avons aussi voté à l'unanimité pour l'assignation à comparaître. J'espère que dans le cadre d'une prochaine conversation, vous encouragerez le Dr Aylward à venir témoigner devant le Comité.

Le président: Merci, monsieur Jeneroux.

Monsieur Van Bynen, vous disposez de cinq minutes. Allez-y.

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

Docteur Tam, je vous remercie de vous joindre à nous aujourd'hui. Je vous remercie aussi pour votre dévouement envers les Canadiens pendant cette pandémie, alors que certains remettent maintenant en question des décisions que vous avez prises en fonction des connaissances dont vous disposiez à un certain moment.

Je vous remercie de revenir témoigner devant le Comité afin de faire le point sur la situation. Vous avez fourni plusieurs mises à jour sur la modélisation. Avez-vous de nouvelles mises à jour pour le Comité aujourd'hui? Je vous promets d'écouter votre réponse, parce que je souhaite sincèrement l'entendre.

Dre Theresa Tam: Ce que veulent le plus savoir les décideurs et les Canadiens, c'est où nous en sommes et si la situation s'améliore. De toute évidence, selon toutes nos indications, l'épidémie est au ralenti.

Nous avons notamment étudié la baisse du nombre de cas. Le nombre de cas confirmés au cours des sept derniers jours, comparativement aux sept jours précédents, a diminué d'environ 13 %. En regardant ce qu'on appelle le temps de doublement, on constate que l'épidémie a connu une croissance exponentielle à ses débuts. Ainsi, le temps de doublement était d'environ trois jours, ce qui est très rapide. Aujourd'hui, cet indicateur est presque inutile parce que le temps de doublement est de 30 à 60 jours et plus; ainsi, le taux de croissance ou le doublement ralentit de manière significative.

Il y a un indicateur qui intéresse tout le monde, et qu'on appelle le taux de reproduction réel. Il permet de déterminer si un Canadien transmet la maladie à moins d'un autre Canadien. Le cas échéant, la chaîne de transmission sera brisée.

Ce chiffre est peut-être moins important à l'échelle nationale qu'à l'échelle régionale, parce que nous avons des épidémies régionales, mais à l'heure actuelle, ce taux est inférieur à un, et cette tendance se maintient. Toutefois, le taux varie grandement d'une province à l'autre.

Bon nombre d'administrations ne comptent aucun cas de transmission communautaire ou arrivent à contrôler l'épidémie, mais nous surveillons l'Ontario et le Québec, parce que ces deux provinces comptent environ 85 % des cas et 94 % des décès. Il est très important de suivre le ralentissement du taux d'infection, d'hospitalisation et de décès dans ces provinces.

En gros, si l'on regarde la situation d'un point de vue régional, ce qui est très différent, toutes les provinces présentent une baisse dans leurs projections. Le message que je veux transmettre, c'est que nous sommes optimistes, mais que nous devons être très prudents, parce que si nous assouplissons les mesures pour la prochaine étape... La modélisation nous montre divers scénarios associés à l'assouplissement des mesures de santé publique. Nous savons donc ce que nous pouvons nous permettre de faire ou non. C'est ce qu'on a vu en Colombie-Britannique. Les modélisateurs travaillent tous très fort sur cela. Si des cas resurgissent, nous allons devoir agir très, très vite. C'est pourquoi nous misons sur le dépistage et la recherche des contacts.

• (1915)

M. Tony Van Bynen: Malgré ce qu'on entend au sujet de ce qui a été fait ou non, pouvez-vous me confirmer que le Canada aplattit la courbe?

Dre Theresa Tam: Oui. Les mesures collectives prises par tout le monde au Canada — notamment tous les citoyens qui ont suivi les conseils de santé publique — nous ont permis de contenir la première vague, mais il ne faut pas oublier qu'il y a encore des éclosons en Ontario et au Québec, surtout dans certaines zones chaudes, alors la bataille n'est pas encore gagnée, et nous devons être très prudents.

Les gestes de tous les membres de la population comptent. La maladie est à ce point complexe que le gouvernement à lui seul ne peut pas la contrôler. La société dans son ensemble doit continuer de nous aider.

M. Tony Van Bynen: Docteur Tam, au cours de la fin de semaine, vous nous avez annoncé une bonne nouvelle: 50 % des gens qui ont attrapé la COVID-19 au Canada sont maintenant guéris. Bien que ce soient de bonnes nouvelles, nous n'en avons pas encore fini avec l'écllosion, et je crois que vous partagez mon inquiétude: avec le beau temps et la diminution du nombre de cas, plus de gens seront tentés de reprendre leurs activités habituelles.

Quel conseil donneriez-vous aux Canadiens afin qu'ils trouvent un équilibre et puissent maintenir une pratique efficace et sécuritaire tout en profitant du beau temps?

Dre Theresa Tam: Vous devez suivre les conseils des autorités de santé publique locales, parce que les activités permises varient d'une région à l'autre du Canada, mais tout le monde s'entend sur l'importance des activités extérieures pour la santé physique et mentale. Le risque de transmission est plus faible à l'extérieur. La transmission se fait surtout à l'intérieur, dans des endroits bondés où il est difficile de garder une distance de deux mètres.

Mon message pour tous les Canadiens, c'est de sortir de façon sécuritaire. Vous devez toujours maintenir une distance physique, rester avec les membres de votre ménage, vous laver les mains, ne pas toucher votre visage et porter un masque si vous ne pouvez pas maintenir les deux mètres de distance lorsqu'il y a plus de gens. Toutes ces couches de protection permettront aux gens de profiter de l'air frais à l'extérieur.

Le comité consultatif spécial a eu une bonne discussion au sujet de la réouverture des diverses entreprises, entre autres, parce que le risque de transmission se trouve à l'intérieur. Les entreprises feront très attention au nombre de clients qu'elles peuvent accueillir à l'intérieur dans le respect des mesures de santé publique. Il faut encourager les gens à profiter de l'extérieur, mais de façon sécuritaire.

• (1920)

Le président: Merci.

La parole est maintenant à M. Desilets. Vous disposez de deux minutes et demie.

[Français]

M. Luc Desilets (Rivière-des-Mille-Îles, BQ): Je vous remercie, monsieur le président.

D'abord, je tiens à remercier les témoins d'être avec nous pour éclairer les membres de notre comité.

J'aimerais faire un tout petit préambule. Aujourd'hui, c'est la Journée mondiale des médecins de famille, la Journée de l'inhalothérapeute et la Journée des préposés aux bénéficiaires. Je profite donc de cette tribune pour souligner ces événements. Nous saluons tous ces gens et les remercions.

Ma première question s'adresse malheureusement à la Dre Tam.

Je dis « malheureusement », docteur Tam, puisque nous ne vous lâchons pas.

On parle actuellement d'un certificat d'immunité. J'aimerais vous entendre parler rapidement de cela. Êtes-vous d'accord quant à cette question, sur le plan éthique ou sur d'autres plans?

[Traduction]

Dre Theresa Tam: À l'heure actuelle, d'autres experts invités ont dit que nous ne connaissons pas assez l'immunologie du virus. S'il se comporte comme d'autres virus, les gens seront immunisés s'ils

ont des anticorps. Nous ne savons pas dans quelle mesure et pour combien de temps. Selon l'épidémiologie locale, certains de ces résultats peuvent être de faux positifs ou ne détecteront pas les anticorps, même si vous en avez. C'est pourquoi le groupe de travail sur l'immunité et les chercheurs qui étudient le système immunitaire humain sont si importants en vue de répondre à certaines de ces questions. Ainsi, nous ne pouvons pas interpréter les résultats de ces tests.

Vous avez aussi soulevé un point important: l'éthique. Si l'on sépare les gens qui ont des anticorps de ceux qui n'en ont pas, cela signifie qu'il y aura une certaine stigmatisation, d'une façon ou d'une autre, à l'égard des gens qui ont été infectés ou non. C'est un point très important, qu'étudiera le groupe de travail sur l'immunité.

[Français]

M. Luc Desilets: Je comprends.

S'il y avait une deuxième vague ou une deuxième souche, est-ce que le certificat serait valide ou non?

[Traduction]

Dre Theresa Tam: Encore une fois, cela dépend si les anticorps répondent ou non aux changements, et si les tests doivent être adaptés en conséquence, mais je crois qu'à l'heure actuelle, rien n'indique qu'il y aura une deuxième souche, comme l'ont dit d'autres experts. Il faut absolument suivre la situation, parce que c'est important non seulement pour les tests de dépistage d'anticorps, mais aussi pour le développement du vaccin.

Si les caractéristiques du virus changent, il est possible que l'interprétation du test ou son efficacité doivent être réévaluées.

Le président: Merci.

La parole est maintenant à M. Davies. Vous disposez de deux minutes et demie. Allez-y.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Docteur Tam, le 28 avril, les premiers ministres du Canada ont publié une déclaration commune sur le relancement de l'économie, qui présentait les critères et les mesures devant être en place, notamment des « capacités suffisantes pour dépister, rechercher et isoler tous les cas », et contrôler la propagation du virus.

Docteur Tam, puisque le Canada ne réalise que 30 000 tests par jour environ, croyez-vous que les provinces et les territoires respectent ce critère?

Dre Theresa Tam: Il faut voir les indicateurs de façon plus large, mais tout le monde est d'avis qu'il faut accroître la capacité de dépistage; c'est important. Nous continuons d'accroître la capacité en matière de santé publique.

À l'échelle locale, les responsables doivent être en mesure de déterminer si la capacité sur le terrain est suffisante pour détecter les nouveaux cas, s'il y a réapparition de la maladie.

Nous travaillons à la mise à jour des directives de laboratoire — nous y avons fait référence également — afin de trouver une façon d'offrir le dépistage aux personnes qui présentent des symptômes moins importants, mais aussi afin de réduire les seuils de dépistage dans certaines conditions associées à un risque élevé. Je sais que certaines provinces ont commencé à tester plus largement dans les communautés. Elles devraient faire partie de systèmes de surveillance ou d'études pilotes pour nous permettre de recueillir des données sur les résultats associés à ces conditions.

• (1925)

M. Don Davies: J'aimerais continuer sur ce sujet, docteur Tam, puisque je n'ai pas beaucoup de temps.

Nous avons réalisé un peu plus d'un million de tests. Nous savons que la ville de Wuhan teste jusqu'à un million de personnes par jour et que nous testons beaucoup moins que d'autres administrations comme l'Allemagne et la Corée du Sud, qui ont eu de nouvelles grappes de cas.

Pourquoi effectuons-nous si peu de tests de dépistage? Est-ce en raison d'un manque de capacité des laboratoires? D'un manque de trousse de dépistage? Pourquoi le Canada reste-t-il à 30 000 tests alors que vous dites que nous devrions procéder à environ 60 000 tests par jour? Comment pouvons-nous y arriver?

Dre Theresa Tam: Selon une analyse des provinces et des territoires, les laboratoires ont la capacité de réaliser 60 000 tests par jour. Les laboratoires de certaines provinces ne fonctionnent pas au maximum de leur capacité. Ils ont la capacité d'effectuer un dépistage de pointe, mais ne le font pas parce qu'ils n'ont que très peu d'activité. Ces administrations procèdent au déconfinement en conséquence.

Dans certaines régions, surtout celles où l'activité est importante, je sais que les administrations tentent d'accroître le nombre de tests réalisés, surtout en Ontario et au Québec.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Voilà qui met fin à notre troisième série de questions.

Je remercie tous les témoins pour leur temps, leurs exposés et bien sûr leur expertise.

Je remercie aussi les membres du Comité d'être restés attentifs pendant trois heures et de parler ouvertement de ces questions.

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>