



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 019

Le vendredi 19 février 2021

Président : M. Ron McKinnon



Comité permanent de la santé

Le vendredi 19 février 2021

• (1450)

[Traduction]

Le président (M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue, tout le monde, à la réunion numéro 19 du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Le Comité se réunit aujourd'hui pour étudier la situation d'urgence à laquelle les Canadiens font face avec la deuxième vague de la pandémie de la COVID-19.

J'aimerais souhaiter la bienvenue aux témoins.

Du Comité consultatif national de l'immunisation, nous recevons la Dre Caroline Quach-Thanh, présidente et professeure titulaire à l'Université de Montréal.

De l'Agence de la santé publique du Canada, nous accueillons Stephen Bent, directeur général; Kimberly Elmslie, vice-présidente principale; Bersabel Ephrem, directrice générale, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections; Cindy Evans, vice-présidente, Gestion des urgences; Dr Guillaume Poliquin, directeur général scientifique intérimaire; et Dr Roman Szumski, vice-président principal, Acquisitions thérapeutiques de vaccins contre la COVID-19.

Je souligne simplement que les témoins susmentionnés sont priés de faire leurs exposés sur les points suivants: a) les épidémies actuelles, les occurrences et la modélisation de la propagation des variants de la COVID-19 au Canada en ce qui concerne les calendriers prévus de déploiement de la vaccination; b) la capacité de surveiller la prévalence et la propagation des variants en situation d'urgence; c) les hypothèses actuelles du gouvernement fédéral concernant l'efficacité des vaccins contre les variants dans le contexte du portefeuille de vaccins du gouvernement fédéral; d) l'achat par le Canada de doses de rappel associées aux variants.

Conformément à la motion qui a demandé la convocation de ce groupe de témoins, je vais demander à la Dre Quach-Thanh de prendre la parole pendant sept minutes maximum, puis les témoins de l'Agence de santé publique du Canada auront la parole pour un maximum de 15 minutes.

Docteure Quach-Thanh, la parole est à vous pour sept minutes.

Dre Caroline Quach-Thanh (présidente et professeur titulaire, Université de Montréal, Comité consultatif national de l'immunisation): Merci beaucoup.

[Français]

Je tiens d'abord à remercier le président et les membres du Comité permanent de la santé de m'avoir invitée à témoigner.

Je suis pédiatre, microbiologiste-infectiologue et clinicienne-chercheuse au CHU Sainte-Justine et professeure titulaire au Département de microbiologie, infectiologie et immunologie de l'Université de Montréal. Mon expertise tant en clinique qu'en recherche est dans le domaine de la prévention des infections, de l'hôpital à la communauté, et elle s'étend également au domaine de la vaccination. Je suis titulaire de la Chaire de recherche du Canada de niveau 1 en prévention et contrôle des infections: de l'hôpital à la collectivité. Toutefois, je témoigne aujourd'hui à titre de présidente du Comité consultatif national de l'immunisation, ou CCNI, et je me limiterai donc au mandat de ce comité.

• (1455)

[Traduction]

Le Comité consultatif national de l'immunisation, ou CCNI, est un comité consultatif externe de l'Agence de la santé publique du Canada qui existe depuis 1964.

Le travail du CCNI et la participation au comité des 15 membres votants et du président se font sur une base volontaire et font l'objet d'un examen approfondi pour détecter tout conflit d'intérêts.

Le CCNI fait des recommandations à l'Agence de la santé publique du Canada sur les questions relatives à l'immunisation, pour la grande majorité, sur les vaccins qui ont été autorisés par Santé Canada. Dans un seul cas, le CCNI a été invité à faire des recommandations sur un vaccin non encore autorisé pour soutenir la préparation aux situations d'urgence, le vaccin contre l'Ebola.

Le CCNI fonde ses recommandations sur divers éléments, dont la charge de morbidité, les caractéristiques du vaccin telles que l'innocuité, l'immunogénicité et l'efficacité, l'éthique, l'équité, la faisabilité, l'acceptabilité et les facteurs économiques.

Afin de s'assurer que le CCNI dispose des compétences adéquates, il a élargi le nombre de ses membres votants ces dernières années pour inclure un spécialiste des sciences sociales, deux économistes de la santé et un épidémiologiste, et il consulte régulièrement le Groupe consultatif d'éthique en matière de santé publique.

Le CCNI utilise une approche systématique pour examiner la littérature médicale et la science des vaccins, ce qui peut prendre plus de temps qu'un examen narratif, mais garantit la reproductibilité et la qualité, de sorte que les provinces et les territoires sont confiants quant au produit de synthèse des connaissances qu'ils peuvent ensuite utiliser dans la formulation de leurs recommandations locales.

[Français]

Compte tenu du besoin croissant de recommandations pour la vaccination contre la COVID-19, le CCNI a augmenté la fréquence de ses rencontres, et il en tient parfois une par semaine. Le secrétariat qui soutient le CCNI au sein de l'Agence de la santé publique a travaillé de manière diligente afin de lui fournir les données nécessaires à la prise de décisions, au moyen, par exemple, de revues de la littérature scientifique, d'analyses éthiques et de tableaux d'options de gestion permettant diverses approches en fonction de l'épidémiologie provinciale et des valeurs propres à chacune des provinces.

Depuis le début de la pandémie, le CCNI a publié divers énoncés: une déclaration sur les priorités de recherche visant à orienter les essais randomisés de phase III des fabricants afin qu'ils répondent aux questions d'importance susceptibles de permettre au CCNI de faire des recommandations sur l'utilisation des vaccins pour les diverses populations, dont les populations vulnérables; quatre recommandations sur les groupes prioritaires à vacciner en diverses circonstances; et deux recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19, dont une pour chacun des vaccins autorisés par Santé Canada.

[Traduction]

Vu les questions sur les variants posées par le comité HESA et conformément au mandat du CCNI, je ne peux pas faire de commentaires sur le déploiement du vaccin. Cependant, le CCNI a des variants préoccupants, VP, à considérer, ayant ajouté au fil du temps de nombreuses questions de recherche dans nos recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19; la dernière version reste à être publiée. Ces questions de recherche alimentent à la fois le plan de travail du Réseau canadien de recherche sur l'immunisation et le nouveau groupe de référence pour la surveillance des vaccins — groupes de travail sur la sécurité et l'efficacité — afin de cerner les lacunes dans les connaissances et de tirer parti des cohortes ou des infrastructures de surveillance existantes pour répondre à ces questions.

Les questions suivantes portent sur les VP: quel est le rôle de l'immunité humorale par rapport à l'immunité cellulaire dans la prévention de l'échappement immunitaire des variants viraux? Comment les variants viraux influenceront-ils sur l'efficacité, l'efficacité, l'immunogénicité et l'innocuité d'un vaccin en ce qui concerne le décès, la maladie grave, la maladie symptomatique, l'infectiosité et la transmission? Quel est l'effet de l'utilisation de vaccins de rappel contenant des antigènes hétérologues et quel est le moment optimal pour la vaccination de rappel?

À ce stade, le CCNI a demandé que soient présentées des données sur l'efficacité des vaccins au Royaume-Uni, où le variant B.1.1.7 est le plus répandu pour le SRAS-CoV-2, dans un pays où les vaccins AstraZeneca et Pfizer-BioNTech sont tous deux utilisés avec un intervalle prolongé de 12 semaines. Les données ont été présentées confidentiellement au CCNI le 8 février 2021, après quatre semaines de suivi auprès des personnes ayant reçu le vaccin Pfizer. Public Health England fera de nouveau le point sur les résultats la semaine prochaine, lors de la réunion régulière du CCNI.

D'après les données tirées de la littérature, le CCNI considère que les vaccins à ARNm disponibles restent efficaces contre les VP apparus au Royaume-Uni. Les études montrent qu'après une dose de Pfizer-BioNTech, les sérums des participants présentaient un

large éventail de titres neutralisants contre le virus de type sauvage qui étaient légèrement réduits par rapport au variant B.1.1.7.

L'introduction de la mutation E484K dans un contexte de B.1.1.7 a entraîné une perte plus importante de l'activité de neutralisation. Les anticorps neutralisants étaient plus faibles chez les personnes âgées de 80 ans et plus, selon une étude distincte. Toutefois, la réponse des anticorps, aussi essentielle soit-elle, n'est pas le seul type d'immunité qui importe: l'immunité cellulaire joue également un rôle important dans la protection de la personne.

Comme il n'existe pas de corrélats de protection connus, et comme nous allons probablement assister à l'émergence d'autres nouveaux variants au fil du temps, il est primordial que le Canada et le monde entier investissent dans la surveillance et le suivi des variants, en repérant ceux qui sont préoccupants, en analysant la sensibilité des nouveaux variants à la neutralisation par le sérum des personnes vaccinées, en étudiant la protection des animaux contre l'attaque par de nouvelles souches et en séquençant les virus qui réussissent une percée infectieuse chez les personnes vaccinées. On pourra ainsi surveiller l'efficacité des vaccins en temps réel, tout en identifiant et en surveillant les VP.

La propagation du VP apparu en Afrique du Sud, le B.1.351, pourrait être plus préjudiciable. Les données récentes d'essais cliniques à caractère aléatoire où circulaient ces VP ont montré que bien que ces vaccins, les vaccins à base de vecteurs et Novavax, restent efficaces contre le variant B.1.1.7, ils ont une efficacité moindre contre le variant d'Afrique du Sud.

Les études de phase 3 qui ont été menées pour les vaccins à ARNm ont été réalisées à un moment où les VP n'étaient pas encore répandus. Cependant, nous savons que certains des principaux fabricants de vaccins travaillent déjà sur de nouvelles versions de leurs vaccins COVID-19 adaptées à la cible B.1.351 ou à d'autres variants. Le CCNI surveille les données et publiera une déclaration si un rappel ou une nouvelle dose est nécessaire, en tenant compte de tout nouveau candidat vaccin autorisé par Santé Canada.

Le CCNI surveille également l'utilisation des calendriers de vaccins hétérologues. Les résultats préliminaires d'une étude animale ont montré qu'une combinaison d'ARNm et d'AstraZeneca permettait d'obtenir une immunité à médiation cellulaire plus forte. Le Royaume-Uni a lancé une étude dans le cadre de laquelle l'AstraZeneca et le Pfizer seront administrés selon un calendrier mixte. Le recrutement a commencé au début du mois de février et le CCNI suivra les résultats de cette étude.

Depuis plus de 50 ans, le CCNI fournit au gouvernement du Canada des conseils d'experts fondés sur des données probantes en matière de vaccins. Les variants viraux ou les différentes souches de maladies ne sont pas un phénomène nouveau, et nous avons une longue tradition d'adaptation des programmes de vaccination à l'évolution des données dans des domaines tels que la grippe — où de nouveaux vaccins sont nécessaires chaque année — ou les maladies à pneumocoques, où différentes souches ont connu une évolution positive et négative, nécessitant des technologies vaccinales dynamiques et une refonte des programmes au fil des ans. Le CCNI est prêt à adapter ce nouveau programme de vaccination si nécessaire, à mesure que les données probantes évoluent.

Je vous remercie de votre attention et répondrai volontiers à vos questions, dans la mesure où elles concernent le mandat du CCNI.

• (1500)

Le président: Merci, docteur.

Nous allons maintenant entendre l'Agence de la santé publique du Canada pour 15 minutes, s'il vous plaît.

Mme Cindy Evans (vice-présidente par intérim, Gestion des urgences, Agence de la santé publique du Canada): Monsieur le président et honorables membres, je vous remercie de me donner l'occasion de vous parler des variants de la COVID-19 et des mesures que prend l'Agence de la santé publique du Canada pour protéger la population canadienne pendant cette pandémie.

J'aimerais commencer par quelques renseignements généraux sur les variants. Tous les virus connaissent des mutations au fil du temps. Il est donc normal que le virus qui cause la COVID-19 en connaisse aussi. Par mutation, je veux dire que le matériel génétique du virus change. Bien que tous les virus connaissent des mutations, ce ne sont pas toutes les mutations qui sont préoccupantes. Un variant préoccupant est une mutation qui pourrait avoir des effets sur certaines caractéristiques du virus. Un variant est jugé préoccupant lorsqu'il a une incidence sur la propagation de la maladie, la gravité de la maladie, les tests qui servent à détecter le virus, ou les vaccins et les traitements.

Nous travaillons avec nos partenaires internationaux, dont l'Organisation mondiale de la Santé, afin d'élargir nos connaissances sur les variants de la COVID-19 et de mieux comprendre les conséquences de leur propagation. Au cours des derniers mois, plusieurs variants préoccupants de la COVID-19 sont apparus à l'étranger. En date d'hier, nous savons que trois variants préoccupants sont présents au Canada — ceux identifiés pour la première fois au Royaume-Uni, en Afrique du Sud et au Brésil.

La situation des variants préoccupants au Canada continue d'évoluer rapidement. En date du 16 février, un total de 637 cas liés à des variants préoccupants dans les provinces avaient été signalés. Jusqu'à présent, aucun variant préoccupant n'a été détecté dans les territoires.

Dans la majorité des cas de variants signalés dans les provinces, il s'agit du variant provenant du Royaume-Uni. La majorité de ces variants sont liés à des voyages. Toutefois, il existe des preuves de propagation communautaire, car dans certains cas où il n'y avait pas de lien direct, ou indirect, avec des voyages ou des voyageurs internationaux.

Cinq provinces — la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario, le Québec et la Nouvelle-Écosse — ont signalé la présence du variant B.1.351 provenant de l'Afrique du Sud. Jusqu'à présent, le variant P.1 provenant du Brésil n'a été signalé qu'en Ontario.

Entre la mi-janvier et la mi-février 2021, 21 éclosions de COVID-19 au Canada ont été associées à un variant préoccupant. Ces éclosions sont survenues dans divers milieux, notamment les soins de longue durée, les lieux de travail, les soins de santé, les garderies, les écoles, les appartements résidentiels et les rassemblements sociaux.

L'Ontario a signalé la majorité de ces éclosions, soit un total de 13. Le Québec en a signalé quatre, l'Alberta, deux, et le Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador en ont chacun signalé une. Les variants préoccupants continuent de se transmettre au Canada, et il est probable qu'ils se répandront à grande échelle au fil du temps.

Nous continuons de suivre de près les variants émergents tant au Canada qu'à l'étranger. Et, à mesure que notre connaissance sur ces variants augmente, nous actualisons nos directives sur la gestion des cas et des contacts et les mesures communautaires. Les données probantes provenant d'autres pays montrent que l'activité de la COVID-19 peut être maîtrisée même lorsque la présence de variants préoccupants est généralisée.

Des mesures de santé publique strictes ainsi que des contrôles frontaliers rigoureux et un respect strict des pratiques de protection individuelle peuvent ralentir la propagation et l'incidence des variants préoccupants. Ralentir la propagation nous donnera le temps nécessaire pour que la population canadienne puisse être vaccinée.

Les fabricants de vaccins étudient les conséquences des variants connus sur l'efficacité de leurs vaccins. Selon certains rapports, certains types de vaccins pourraient être moins efficaces contre les variants préoccupants identifiés pour la première fois en Afrique du Sud et au Brésil. Cependant, compte tenu des données limitées sur les nouveaux variants préoccupants, de plus amples recherches devront confirmer les premiers résultats.

Alors que de nouveaux variants sont identifiés, il est plus important que jamais de suivre les mesures de santé publique recommandées.

Depuis le début de la pandémie, la sensibilisation du public et les communications jouent un rôle crucial dans la réponse du gouvernement à la COVID-19. Nous travaillons en étroite collaboration avec les provinces et les territoires, les partenaires de la santé publique, les organisations multiculturelles et autochtones, et d'autres intervenants, pour nous assurer que l'information est accessible pour l'ensemble des Canadiens et que les renseignements et les directives de santé publique les plus à jour sont disponibles selon différents modes de communication.

Je cède maintenant la parole à mon collègue, le Dr Guillaume Poliquin. Il vous parlera du séquençage, de la surveillance et des vaccins.

• (1505)

[Français]

Dr Guillaume Poliquin (directeur général scientifique par intérim, Laboratoire national de microbiologie, Agence de la santé publique du Canada): Je vous remercie.

Comme ma collègue l'a mentionné, je vais vous parler de séquençage, de surveillance et de vaccins.

Le Canada a une approche fédérale, provinciale et territoriale à l'égard de la surveillance des établissements de soins de santé de première ligne et des laboratoires de partout au pays. Cette approche a permis d'équiper efficacement le pays en vue de détecter les maladies respiratoires, y compris la COVID-19.

Nous avons travaillé avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec d'autres intervenants pour accélérer la capacité des tests de dépistage à détecter les cas de COVID-19 et de ses variants.

Grâce à une analyse continue des bases de données génomiques au Canada, le Laboratoire national de microbiologie surveille les cas de COVID-19 au Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires.

Depuis le début de la pandémie de COVID-19 au Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada ont collaboré avec Génome Canada et des partenaires provinciaux et territoriaux aux travaux liés au séquençage.

Le séquençage est utilisé pour déterminer l'ARN du virus afin d'aider à identifier les différents variants. Ces données sont un outil essentiel pour surveiller la manière dont le virus change et se propage. Cette méthode peut nous aider à détecter rapidement les variants émergents potentiels dont il faut se préoccuper.

En avril 2020, le gouvernement du Canada a versé 40 millions de dollars pour soutenir la création du Réseau canadien de génomique COVID-19, ou RCanGéCO. Cet investissement soutiendra les efforts de séquençage à l'échelle du pays afin d'aider à comprendre les variations génétiques du virus au fur et à mesure de son évolution.

Ces investissements précoces ont permis au Canada d'occuper une place de chef de file pour ce qui est de détecter rapidement les variants préoccupants qui apparaissent dans le monde entier et d'intervenir tout aussi rapidement. Le Laboratoire national de microbiologie et le Réseau canadien de génomique COVID-19 ont travaillé avec des scientifiques des gouvernements fédéral et provinciaux, des universités, des épidémiologistes et des cliniciens spécialistes des maladies infectieuses pour établir les priorités en matière de séquençage.

Ces activités visent à identifier les variants existants préoccupants en procédant de façon régulière à l'échantillonnage des cas positifs, notamment les cas de réinfection suspectés et les échecs vaccinaux. Le séquençage vise également les scénarios à haut risque qui pourraient signaler la présence de nouveaux variants préoccupants potentiels. Le Canada séquence plus de 5 % des cas positifs au pays, taux comparable à celui de la plupart des meilleurs programmes de surveillance d'autres pays. De plus, nous déployons des capacités supplémentaires afin d'atteindre notre objectif de 10 % et de réduire les temps de traitement.

Le Laboratoire national de microbiologie travaille avec des partenaires provinciaux pour accélérer le dépistage des cas positifs de variants préoccupants connus. La capacité de dépistage augmente dans de nombreuses provinces.

Parallèlement, l'Agence de la santé publique du Canada compile quotidiennement le nombre de variants préoccupants dans tout le Canada. Elle a aussi travaillé avec des partenaires provinciaux et territoriaux pour parvenir à des accords afin de suivre les cas ayant été désignés comme des variants préoccupants. Cet accord inclut l'échange de données épidémiologiques nécessaires aux analyses comparatives des cas qui ont pour souche un variant préoccupant et des cas qui n'en ont pas. Ces analyses nous permettent de détecter les caractéristiques pouvant nous aider à mieux comprendre la manière dont les mesures de santé publique doivent s'adapter à un variant préoccupant.

Pour soutenir davantage nos efforts, le gouvernement investit 53 millions de dollars dans une stratégie intégrée de détection des variants préoccupants. Cet investissement augmentera notre capacité de trouver les variants préoccupants et de suivre leur propagation au Canada. Il aidera également à intensifier rapidement les activités de surveillance, de séquençage et de recherche nécessaires pour éclairer les mesures à prendre en matière de santé publique.

Cette stratégie nationale associe la santé publique et le séquençage génomique à l'épidémiologie, à l'immunologie, à la virologie et à la modélisation mathématique. Grâce à ce partenariat, nous tirons parti de l'expertise et des laboratoires existants pour mener des enquêtes en matière de santé publique et prendre rapidement des mesures de santé publique.

• (1510)

Pour mettre en œuvre la stratégie, le Laboratoire national de microbiologie de l'Agence de la santé publique du Canada fournit 20 millions de dollars. RCanGéCO fournit 8 millions de dollars pour accroître le séquençage génomique et la capacité de fournir des données en temps réel. Les Instituts de recherche en santé du Canada fournissent quant à eux jusqu'à 25 millions de dollars pour intensifier la recherche canadienne afin d'améliorer notre compréhension des variants émergents. Cela aidera à fournir aux décideurs des conseils rapides sur la pharmacothérapie, l'efficacité des vaccins et d'autres stratégies de santé publique.

L'Agence de la santé publique du Canada a pour responsabilité de soutenir et de mettre en œuvre les recommandations du Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19. En s'appuyant sur les recommandations des experts de ce groupe de travail, les renseignements cliniques et les autorisations de Santé Canada, l'Agence a collaboré avec Services publics et Approvisionnement Canada ainsi qu'avec d'autres ministères pour élaborer une stratégie de vaccination fondée sur des données probantes qui vise à garantir un portefeuille diversifié de candidats vaccins contre la COVID-19 de premier plan.

Le portefeuille de candidats sert à fournir à chaque personne au Canada un accès à des vaccins sécuritaires et efficaces dès qu'ils sont disponibles.

Le Canada a été l'un des premiers investisseurs dans la technologie de mise au point du vaccin contre la COVID-19, et il a conclu des accords d'achat anticipé avec sept grands fabricants de vaccins. À ce jour, les vaccins de Pfizer et Moderna ont été autorisés par Santé Canada. Trois autres, soit AstraZeneca, Janssen et Novavax, ont déposé des demandes d'autorisation auprès de Santé Canada et d'autres progressent bien dans les essais cliniques. L'approche adoptée par le Canada pour sa stratégie en matière de vaccins a été conçue en tenant compte des incertitudes et des nombreux risques inhérents aux chaînes mondiales d'approvisionnement en vaccins ainsi que de la nature évolutive du virus et de ses répercussions sur les vaccins.

L'émergence mondiale actuelle de variants préoccupants a renforcé l'intérêt de disposer d'un portefeuille diversifié de vaccins. Le Canada surveille les preuves des répercussions qu'ont les variants préoccupants sur l'efficacité des vaccins de notre portefeuille.

L'Agence de la santé publique du Canada appuie grandement la prise de décisions fondées sur des données probantes et continue de travailler en étroite collaboration avec ses partenaires pour surveiller les données probantes sur tous les fronts. Par ailleurs, nous continuons à adapter nos efforts lorsque cela est nécessaire.

L'Agence travaille avec les provinces et les territoires, les partenaires internationaux, la communauté scientifique et les systèmes de santé pour recueillir des éléments probants sur les variants. Cela nous aidera à déterminer leur incidence sur les efforts d'immunisation du Canada et d'autres pays.

En même temps, l'Agence travaille avec ses partenaires fédéraux pour inciter les fabricants de vaccins à expliquer comment leurs vaccins offriront une protection contre les variants, y compris le besoin éventuel de doses de rappel.

Dans notre portefeuille actuel, nous avons obtenu suffisamment de vaccins pour que tout le monde au Canada ait accès à un vaccin autorisé d'ici septembre. Nous avons confiance en notre portefeuille de vaccins et nous reconnaissons qu'il n'est pas statique. Au fur et à mesure que nous en apprendrons davantage, nous adapterons la stratégie pour qu'elle continue d'être efficace.

Nous explorons activement toutes les options qui peuvent nous aider à renforcer notre portefeuille de vaccins et à répondre à nos besoins immédiats et à long terme. Nous veillons notamment à ce que tous les Canadiens aient accès à des vaccins de rappel, au besoin.

Dire que l'année dernière a été difficile est un euphémisme, mais nous avons parcouru un long chemin. Nous avons constaté l'effet positif des mesures de santé publique que nous avons mises en pratique. Elles sont efficaces et contribuent à prévenir la propagation de la COVID-19, y compris de ses variants préoccupants.

Ce n'est pas le moment d'abandonner. Nous sommes allés trop loin pour cela. Jusqu'à ce nous soyons tous vaccinés, il est plus important que jamais que nous maintenions les pratiques qui nous ont menés jusqu'ici.

Je vous remercie de votre attention.

• (1515)

[Traduction]

Le président: Avant de continuer, je tiens à souligner que chacun a le droit de participer pleinement à ces délibérations dans la langue officielle de son choix. Si, à un moment quelconque, il y a une interruption ou un problème avec les services d'interprétation, j'exhorte les membres concernés à en informer le président ou le greffier sans délai. Nous ferons de notre mieux pour corriger la situation.

De plus, je tiens à rappeler à tous les membres qu'ils doivent éteindre leur microphone lorsqu'ils n'ont pas la parole. Je présente mes excuses à l'interprète, car je semble être le pire pour le laisser allumer ici, alors je vais essayer de m'améliorer.

Sur ce, nous allons commencer notre période de questions. Si nous jouons bien nos cartes, je m'attends à ce que nous puissions probablement avoir trois séries de questions.

J'aimerais également souligner que je crois comprendre, docteur Quach-Thanh, que vous devez partir à 16 heures, heure de l'Est. Est-ce exact?

Dre Caroline Quach-Thanh: C'est exact. J'ai une autre réunion pour mon groupe. Je suis désolée.

Le président: Merci.

Cela étant, je recommande aux membres de s'assurer, s'ils ont des questions à poser à la Dre Quach-Thanh, de le faire dans les premières séries de questions.

Cela dit, nous allons commencer avec les conservateurs.

On vous écoute, madame Rempel-Garner. Vous avez six minutes.

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

Monsieur Szumski, je m'inquiète de notre capacité d'obtenir des doses de rappel de vaccins qui ciblent les variants. Les contrats que nous avons actuellement signés avec les fabricants de vaccins, plus particulièrement Pfizer et Moderna, prévoient-ils des doses de rappel, ou devons-nous négocier des contrats distincts pour ces doses?

Docteur Roman Szumski (vice-président principal, Direction générale de l'acquisition de vaccins, Agence de la santé publique du Canada): Monsieur le président, les contrats actuels ne font pas référence à la nécessité d'avoir des doses de rappel. Ce sera abordé dans les nouvelles conversations que nous engagerons avec les fournisseurs.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Avez-vous entamé les négociations avec les fournisseurs ou avec tout autre fournisseur pour les doses de rappel?

Dr Roman Szumski: Nous sommes en contact direct avec les fournisseurs et nous nous tenons au courant de leur suivi du rendement des vaccins et de leurs plans pour les doses de rappel ou les mises à jour de leurs vaccins. À l'heure actuelle, ils n'ont pas de doses de rappel pour en faire la distribution. Il faudra encore un certain temps pour cela, mais nous tenons des discussions régulières avec eux.

L'hon. Michelle Rempel Garner: La direction de l'acquisition des vaccins a-t-elle des préoccupations concernant l'un ou l'autre des contrats qui ont été signés en ce qui concerne l'efficacité contre les variants du Royaume-Uni et de l'Afrique du Sud?

Dr Roman Szumski: Monsieur le président, les vaccins que nous avons, les deux qui sont autorisés, sont ceux de Moderna et de Pfizer, qui sont très efficaces contre la souche de Wuhan, la souche initiale. S'ils présentent une altération de leur efficacité en raison de variants et qu'ils perdent une partie de leur efficacité de 10 à 20 %, voire un peu plus, ils resteront des outils et des vaccins très utiles que vous voudrez déployer à grande échelle dans votre population.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Y a-t-il un seuil d'efficacité où vous n'utiliseriez plus un vaccin original?

Dr Roman Szumski: Monsieur le président, il faudrait que je fasse appel à des experts pour comprendre quel est ce seuil, et ce serait une question de déploiement. Si les vaccins atteignent un stade où les experts conseillent de ne pas les déployer, il est clair qu'ils le suivront. Les personnes qui décident de déployer le vaccin apporteront ces modifications.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Merci.

Monsieur Ephrem, votre ministère a annoncé aujourd'hui de nouvelles projections concernant la pandémie. La modélisation montre que si l'épidémie initiale de COVID-19 ralentit, la trajectoire change considérablement lorsque de nouveaux variants sont pris en compte. Dans la modélisation qui a été publiée aujourd'hui, les projections prospectives, combien prévoit-on de personnes vaccinées?

• (1520)

Mme Bersabel Ephrem (directrice générale, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada): Je suggérerais que Mme Elm-slie réponde à cette question, car elle est la mieux placée pour y répondre.

Mme Kimberly Elmslie (vice-présidente principale, Programme d'immunisation, Agence de la santé publique du Canada): Nous devons vous communiquer les chiffres exacts à ce sujet. Je ne les ai pas dans mes notes pour le moment, mais ce sera facile pour nous de vous les communiquer très rapidement.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Pensez-vous qu'il soit problématique que ces chiffres aient été communiqués au public canadien sans que l'on puisse répondre à cette question?

Mme Kimberly Elmslie: Je n'ai tout simplement pas ces renseignements sous les yeux en ce moment. Je ne suis pas certaine si le Dr Poliquin...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Pouvez-vous, s'il vous plaît, présenter ces renseignements au Comité cette semaine?

Mme Kimberly Elmslie: Oui, absolument.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Merci.

Pouvez-vous également nous dire dans quelle mesure le déploiement des tests rapides a eu une incidence sur votre modélisation?

Mme Kimberly Elmslie: Je vais laisser le soin au Dr Poliquin de répondre à la question sur les tests, s'il vous plaît.

Dr Guillaume Poliquin: Monsieur le président, la modélisation qui a été présentée aujourd'hui porte sur des projections du nombre de cas auxquels on pourrait s'attendre, en fonction d'un certain nombre de conditions différentes.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Pourriez-vous présenter au Comité les conditions sur lesquelles vous avez émis des hypothèses concernant votre modélisation aujourd'hui?

Dr Guillaume Poliquin: Oui.

L'hon. Michelle Rempel Garner: D'ici la semaine prochaine?

Dr Guillaume Poliquin: Oui.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Merci.

Si le Canada au niveau fédéral avait un plan vigoureux pour le déploiement des tests rapides, cela changerait-il la modélisation que vous avez présentée aujourd'hui?

Dr Guillaume Poliquin: Nous vous reviendrons avec le nombre d'intrants qui entrent dans ces modèles devant être remis.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Pensez-vous qu'il est inquiétant que vous ne puissiez pas répondre à cette question à la séance d'aujourd'hui?

Dr Guillaume Poliquin: Monsieur le président, les modèles qui sont présentés sont des exercices de modélisation complexes qui comportent un certain nombre d'intrants différents. Il est difficile de...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Quels sont ces intrants?

Dr Guillaume Poliquin: Ils incluent les données sur la reproduction et un certain nombre de tendances, ainsi que l'interaction entre le déploiement de la vaccination et les modes de transmission attendus et diffus, si bien qu'il est difficile de démêler les hypothèses individuelles pour le moment.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Pourquoi la modélisation de la propagation des variants au Canada est-elle si différente de celle des autres pays? Pourquoi affichons-nous une tendance aussi importante, par opposition aux modèles qui ont été récemment publiés, par exemple, dans l'Union européenne ou aux États-Unis?

Dr Guillaume Poliquin: Monsieur le président, les modèles qui sont présentés comportent un certain nombre de scénarios diffé-

rents, y compris le travail sur les variants préoccupants dans une gamme de transmissibilité potentielle accrue. Le modèle qui a été présenté aujourd'hui affichait une augmentation de 50 % de la transmissibilité par rapport à la souche de type sauvage.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Le déploiement des tests rapides était-il pris en considération?

Dr Guillaume Poliquin: L'interaction des tests avec le nombre de cas est une action différente.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Ce facteur n'était donc pas inclus dans la modélisation d'aujourd'hui?

Dr Guillaume Poliquin: Nous vous reviendrons avec une série complète d'hypothèses modélisées aujourd'hui.

L'hon. Michelle Rempel Garner: L'inclusion de vaccins candidats non approuvés a-t-elle été prise en compte dans votre modélisation d'aujourd'hui?

Dr Guillaume Poliquin: De vaccins non approuvés?

L'hon. Michelle Rempel Garner: Oui, comme AstraZeneca ou J&J, ou avez-vous simplement supposé que nous suivions les programmes existants de Pfizer et de Moderna?

Dr Guillaume Poliquin: L'interaction des vaccins suppose un certain nombre d'hypothèses différentes, et nous vous les fournissons.

L'hon. Michelle Rempel Garner: D'ici à la semaine prochaine?

Dr Guillaume Poliquin: Oui.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je vous remercie.

Le président: Nous passons maintenant à M. Powlowski.

Monsieur Powlowski, vous disposez de six minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Nous sommes ici aujourd'hui pour parler des variants. Celui qui se propage le plus au Canada semble être le variant britannique. D'après ce que j'ai compris, ce variant peut être plus contagieux, mais les vaccins restent efficaces contre lui. À mes yeux, en ce moment, la plus grande question concernant la vaccination porte sur l'intervalle possible entre la première dose et la dose de rappel.

Je sais que Moderna a réalisé des études qui montrent qu'après une première dose, son vaccin est efficace à 92 %. Vous êtes probablement au courant des données en provenance du Québec, selon lesquelles les personnes âgées étaient protégées à 80 % après 3 semaines, et je pense que les travailleurs de la santé étaient protégés à 80 % au bout de 2 semaines. La stratégie adoptée par Québec est de prolonger le délai entre les deux doses. Certes, s'il est possible d'attendre trois mois avant d'administrer la deuxième dose, nous pourrions vacciner rapidement deux fois plus de personnes. J'ajouterais toutefois que je pense qu'Israël a des préoccupations par rapport à l'efficacité d'une seule dose chez les personnes âgées.

Les données sont contradictoires, mais j'aimerais savoir si l'Agence de la santé publique du Canada ou le CCNI feront des recommandations au sujet de l'intervalle entre la première et la deuxième dose. À l'heure actuelle, quelles sont les recommandations à cet égard?

Je vous remercie.

• (1525)

Dre Caroline Quach-Thanh: Je peux répondre, si vous le voulez bien, monsieur le président.

Comme vous l'avez vu, le CCNI avait recommandé, à partir des données disponibles au moment de la parution de sa déclaration, que les 2 doses soient données de préférence à l'intérieur d'un délai de 42 jours. Cette recommandation était fondée sur le fait que dans les 2 essais de phase 3, ceux de Pfizer et de Moderna, les participants ont reçu leur deuxième dose dans un intervalle de 21 ou 28 à 42 jours, en moyenne. Aujourd'hui, nous avons accès aux données du Royaume-Uni et du Québec, et nous savons que le Québec administre les deux doses dans un intervalle de trois mois.

Nous allons émettre une nouvelle recommandation; nous y travaillons actuellement. L'objectif principal est de trouver un équilibre entre l'avantage de protéger un plus grand nombre de personnes à 80 % et le risque que les répercussions sur la santé de la population soient plus grandes. Cependant, d'après moi, la question qui demeure sans réponse, c'est combien de temps dure la protection de 80 %. Nous avons donc demandé au Royaume-Uni de nous fournir la semaine prochaine une vue prolongée de leurs six semaines de suivi. Le Québec présentera également des données à jour sur l'efficacité des vaccins à une date ultérieure.

À mesure que nous avancerons, nous connaissons mieux notre marge de manœuvre, ce qui nous permettra de prolonger l'intervalle. Or il ne faut pas que l'efficacité des vaccins diminue au point où les variants risquent de devenir problématiques. Cet équilibre n'est pas facile à trouver sans données.

M. Marcus Powlowski: J'ai une deuxième question concernant l'efficacité des vaccins contre les variants. J'ai cru comprendre que Moderna et Johnson & Johnson travaillent déjà à modifier leurs vaccins. Cela semble assez facile à faire avec ces deux technologies. Les vaccins sont modifiés légèrement en fonction des changements mineurs de la protéine de spicule.

Allez-vous exiger que les fabricants soumettent leurs vaccins modifiés à des essais en trois phases, ou le processus habituel pourra-t-il être accéléré étant donné que la forme actuelle de ces vaccins semble sûre?

Dre Caroline Quach-Thanh: Le CCNI suivra les directives de Santé Canada. Nous espérons qu'il ne sera pas nécessaire de refaire les deux premières phases. La discussion est déjà en cours. Comme il n'y a pas de représentant de Santé Canada ici aujourd'hui, je ne sais pas si Mme Elmslie voudrait répondre.

Mme Kimberly Elmslie: Je dirais simplement que c'est une question pour l'organisme de réglementation de Santé Canada. Nous la transmettons à qui de droit et nous nous assurerons que vous receviez une réponse.

M. Marcus Powlowski: J'aimerais poser une question sur l'établissement de l'ordre de priorité. J'en profite pour saluer les services de police et pour leur exprimer mon soutien. Je sais que le CCNI a formulé des recommandations par rapport aux priorités.

Je me suis entretenu avec des policiers de Thunder Bay. Je sais donc qu'ils se trouvent dans une position difficile. Ils sont certainement très à risque. Ils n'ont pas le choix de poser leurs mains sur les gens et ils courent le risque de se faire enlever leur masque. Je ne suis pas certain, mais je crois qu'il y a eu des cas au sein de notre service de police, et beaucoup de membres du personnel ne pouvaient pas travailler. Le nombre de policiers est déjà limité. C'est un grave problème.

Je sais que les ambulanciers se font vacciner. Il en va de même pour certains membres du personnel des urgences, où je travaillais

avant, mais pas pour les policiers. A-t-on l'intention de les ajouter à la liste des personnes à immuniser en priorité?

Dre Caroline Quach-Thanh: Monsieur le président, la difficulté ici, c'est que ce sont les provinces et les territoires qui établissent l'ordre de priorité. Le CCNI a placé les travailleurs essentiels de première ligne, y compris les policiers, au stade 2 de son ordre de priorité. Ils sont dans la même catégorie que les ambulanciers et les autres travailleurs essentiels. Si la province où vous vous trouvez les met sur la liste, ils se feront vacciner. Ils font partie des personnes à immuniser en priorité.

Le président: Je vous remercie.

• (1530)

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

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

Je vais profiter de votre présence, docteure Quach-Thanh, pour vous poser des questions.

D'abord, je voudrais vous remercier d'être de nouveau parmi nous. Vous êtes venue nous voir à quelques reprises. J'espère que nous pourrions obtenir une copie de votre discours ainsi que de tous ceux prononcés aujourd'hui. Comme le vôtre était très technique, j'aimerais essayer de vulgariser un peu tout cela. Les gens ont des préoccupations. M. Powlowski a parlé tantôt de la question d'administrer une seule dose et de l'intervalle entre deux doses. On se demande s'il doit y avoir des vaccins de rappel.

Les données qui ont été présentées hier par l'Institut national de santé publique du Québec, ou INSPQ, étaient assez intéressantes. C'était une bonne nouvelle. Au fond, l'INSPQ nous disait que la première dose du vaccin était efficace à 85 % et que la deuxième ne ferait qu'augmenter l'efficacité de 10 %. De plus, la deuxième dose pourrait augmenter la durée de protection, mais on ne sait pas exactement quelle est cette durée. Par ailleurs, il n'est pas exclu qu'une seule dose puisse mener à une revaccination.

Dans la perspective où il faudrait effectivement vacciner le plus de gens possible pour atteindre l'immunité collective, que pensez-vous de cette nouvelle? Est-ce que la deuxième dose est nécessaire, selon vous? N'est-ce pas juste une prérogative d'une compagnie qui veut promouvoir sa marque de commerce et s'assurer d'avoir les bretelles et la ceinture pour que cela fonctionne? Ces données changent complètement la donne.

Dre Caroline Quach-Thanh: Je vous remercie de la question.

J'ai pris connaissance des données de l'INSPQ, et elles sont effectivement fort intéressantes. C'est déjà très bien d'avoir une efficacité de 85 % chez une population très âgée et très malade en Centre d'hébergement et de soins de longue durée, ou CHSLD.

Selon les données immunologiques, la deuxième dose permet aux anticorps de devenir plus matures et d'être ainsi beaucoup plus solides et avides. C'est comme si la clé était encore mieux adaptée à la serrure, ce qui permet une protection à plus long terme.

Le fait d'utiliser une seule dose comporte actuellement un risque puisque nous n'avons pas de données sur un programme à une dose. Nous finirons peut-être par en avoir.

Par exemple, nous avons des données sur le programme à une dose du vaccin de Johnson & Johnson, mais, pour le peu que nous en savons, le vaccin est légèrement moins efficace contre le variant d'Afrique du Sud. Ce fabricant est donc en train de faire des études concernant l'ajout d'une deuxième dose afin de voir si cela changera quelque chose.

Ce n'est pas tant l'ajout d'une tranche de 10 % d'efficacité qui nous incite à donner une deuxième dose. C'est vraiment pour assurer une protection à plus long terme. Nous ne voudrions pas avoir à recommencer sans cesse le processus de vaccination. Nous voulons que la population soit protégée contre les virus qui circulent.

Par ailleurs, l'étude publiée par l'INSPQ a été menée au Québec à un moment où nous n'avions pas de variants préoccupants. L'efficacité de 85 % a été établie seulement dans le cas du virus sauvage. Il va falloir continuer à faire le suivi. Comme le Dr De Serres l'a dit, quand on va voir que l'efficacité commence à diminuer, ce sera probablement le moment de donner la deuxième dose. Pour l'instant, le Québec prévoit un intervalle de trois mois entre les deux doses. Ainsi les premières livraisons permettront de vacciner beaucoup plus de gens.

M. Luc Thériault: Je précise que c'est dans la mesure où l'on a assez de vaccins et qu'on peut immuniser les gens.

Savez-vous à peu près à quel moment on pourrait atteindre l'immunité collective, sur une échelle de temps, non pas en pourcentage? Y a-t-il des scénarios qui indiqueraient que cela pourrait arriver en octobre ou en septembre? Si l'on y arrivait, quelles seraient les dispositions à prendre pour perpétuer cette immunité?

À l'heure actuelle, ce n'est pas compliqué, il faut vacciner tout le monde. Toutefois, lorsqu'on aura fait cela, quand devra-t-on revacciner les gens pour que nous puissions continuer à vivre avec ce virus?

• (1535)

Dre Caroline Quach-Thanh: C'est une excellente question, et ma boule de cristal est aussi valable que la vôtre.

Selon le rythme de livraisons de vaccins, j'ai l'impression que nous y arriverons à peu près à l'automne. Nous espérons qu'à peu près 85 % de notre population sera vaccinée à ce moment-là.

Par la suite, il va falloir voir quelle est la durée de protection de ce vaccin. Il faut être très honnête, les études de phase III ne nous permettent pas de connaître la durée de protection de ces vaccins. Les études ont démontré que la durée de protection était de 14 semaines. Il y a donc une protection d'à peu près trois mois après la deuxième dose.

C'est la surveillance continue qui est en cours qui va nous permettre de dire pendant combien de temps nous sommes protégés. Cela ne veut pas nécessairement dire qu'il sera nécessaire d'avoir un rappel sans arrêt. Cela va dépendre des variants et de la durée de protection.

Selon nos boules de cristal, qui sont aussi bonnes ou mauvaises que d'autres, nous risquons d'avoir besoin de vaccination chaque année, un peu comme pour la grippe, parce qu'il risque d'y avoir des modifications du virus.

M. Luc Thériault: Je comprends que mon temps de parole est écoulé. J'essaierai d'y revenir.

Le président: Je vous remercie.

[Traduction]

La parole est maintenant à M. Davies.

Monsieur Davies, vous disposez de six minutes.

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

Docteure Quach-Thanh, l'émergence de variants préoccupants hautement transmissibles augmente-t-elle la couverture vaccinale requise pour atteindre l'immunité collective au Canada?

Dre Caroline Quach-Thanh: Oui. L'immunité de groupe est basée sur le taux de reproduction. Celui du virus original était d'environ trois à quatre. Or le taux de reproduction des nouveaux variants est 50 % plus élevé; il se situe entre quatre et six. Par conséquent, près de 85 % de la population doit être vaccinée ou immunisée naturellement par la maladie pour atteindre l'immunité de groupe.

M. Don Davies: Je vous remercie.

Cela concorde avec les résultats des études réalisées par des chercheurs de l'Université d'East Anglia. D'après eux, pour faire passer le taux de reproduction du virus original à moins de 1, il faudrait immuniser 69 % de la population avec le vaccin de Pfizer ou 93 % de la population avec celui d'AstraZeneca. Cependant, en tenant compte du variant B.1.1.7, ils ont constaté que même si toute la population recevait le vaccin d'AstraZeneca, le taux de reproduction ne descendrait qu'à 1,325. Il faudrait administrer le vaccin de Pfizer à 82 % de la population pour freiner la propagation du nouveau variant.

L'Agence de la santé publique du Canada a-t-elle effectué de la modélisation semblable pour le Canada?

Dre Caroline Quach-Thanh: À l'heure actuelle, le CCNI ne fait pas de modélisation de ce genre. Nous nous concentrons plutôt sur le déploiement des vaccins et sur les groupes de personnes à vacciner en priorité afin de réaliser les plus grands gains possible sur le plan de la santé publique.

Nous pouvons certainement envoyer la question aux modélisateurs de l'ASPC.

M. Don Davies: Je vous en serais reconnaissant, merci.

Vous attendez-vous à ce que le variant britannique, le variant sud-africain ou le variant brésilien devienne la souche dominante du virus SRAS-CoV-2 au Canada? Le cas échéant, quand prévoyez-vous que cela arrivera?

Dre Caroline Quach-Thanh: Nous espérons vraiment que ce ne sera pas le cas, mais c'est une éventualité. À ce point-ci, le variant le plus répandu dans la majorité des provinces canadiennes semble être celui du Royaume-Uni. Nous employons diverses mesures de santé publique pour tenter de limiter la propagation de ce variant. Nous aurons peut-être plus de succès que d'autres pays puisque nous avons l'avantage d'être au fait de la présence de ce variant, mais sinon, il finira par prendre le dessus simplement parce qu'il est plus transmissible.

Jusqu'à maintenant, il n'y a pas eu beaucoup de cas du variant sud-africain, du moins pas au Québec. Je pense que le Dr Poliquin pourrait vous en dire plus sur la propagation des variants. C'est certainement une préoccupation.

M. Don Davies: Je vous remercie.

Pour ce qui est des chiffres, nous savons que des cas du variant B.1.1.7 ont maintenant été détectés dans les 10 provinces canadiennes. En date d'il y a 2 jours, les bureaux de santé canadiens avaient identifié 673 cas des variants B.1.1.7, B.1.351 et P.1 dans tout le pays. Selon les experts, le total réel se situe probablement dans les milliers puisque le dépistage des divers variants n'est pas fait de la même façon d'un océan à l'autre, et bien sûr, ce n'est pas tout le monde qui se fait tester.

À votre avis, notre compréhension de la prévalence des variants au Canada est-elle près de la réalité?

Dre Caroline Quach-Thanh: La perspective du CCNI n'a rien à voir avec cela. Je peux donc seulement répondre du point de vue du Québec, qui analyse tous les cas positifs pour vérifier s'ils sont causés par un variant.

Pour le reste du Canada, je m'en remets au Dr Poliquin.

• (1540)

Dr Guillaume Poliquin: En date de décembre, avec l'infrastructure existante, le Canada pouvait faire le séquençage d'environ 5 % des cas positifs. Des mesures sont prises actuellement en vue d'atteindre un pourcentage d'environ 10 % de l'ensemble des cas positifs dépistés au Canada. Cette initiative s'ajoute à celle du lancement de tests de dépistage visant à détecter rapidement la présence de variants préoccupants ayant une séquence génomique connue. Des efforts sont déployés par l'intermédiaire du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada, avec le soutien du Laboratoire national de microbiologie, dans le but d'analyser tous les cas positifs...

M. Don Davies: Pouvez-vous contextualiser votre réponse, docteur Poliquin? À mes yeux, 5 à 10 % des cas, ce n'est pas beaucoup. Pouvez-vous me répondre en termes simples? Notre mesure de la prévalence des variants est-elle plus ou moins exacte?

Dr Guillaume Poliquin: Pour répondre à votre question, deux stratégies sont employées: celle du séquençage et celle du dépistage des variants, qui utilise une technologie différente. Des efforts sont déployés pour faire en sorte que nous puissions analyser tous les cas positifs afin de détecter la présence de variants identifiés ayant une séquence génomique connue.

En ce qui concerne notre capacité globale de séquençage, nous nous comparons aux pays les plus avancés dans ce domaine, y compris le Royaume-Uni, et nous surpassons beaucoup d'autres territoires, incluant des pays européens.

M. Don Davies: D'accord.

Il y a deux jours, soit le 17 février, l'Agence de la santé publique du Canada a confirmé qu'elle surveillait des rapports selon lesquels deux variants du virus SRAS-CoV-2, ceux qui seraient apparus pour la première fois au Royaume-Uni et en Californie, auraient fusionné pour former un hybride fortement muté. Pouvez-vous nous parler des risques qu'un virus recombiné comme celui-là pourrait présenter?

Dr Guillaume Poliquin: Nous continuons à surveiller ce variant particulier et à en apprendre davantage sur sa biologie. Nous n'avons pas encore la certitude qu'il s'agit véritablement d'une recombinaison plutôt que d'une nouvelle mutation d'un variant préoccupant existant. Nous suivons la science de près afin de comprendre les répercussions éventuelles de ce variant.

M. Don Davies: Je vous remercie.

Le président: Cela conclut le premier tour de questions. Le premier intervenant du deuxième tour est M. Barlow, je crois.

La parole est à vous, monsieur Barlow. Vous disposez de cinq minutes.

M. John Barlow (Foothills, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vais m'adresser d'abord à la Dre Quach-Thanh. Vous avez dit dans votre déclaration que les vaccins déjà approuvés sont efficaces contre les variants dont nous avons connaissance. Pourtant, sur le site Web du CCNI, on peut lire qu'il n'existe pas de données probantes montrant que deux doses des vaccins approuvés offrent une protection efficace contre les variants.

Pouvez-vous clarifier, s'il vous plaît? Les vaccins déjà approuvés sont-ils efficaces contre les variants, oui ou non?

Dre Caroline Quach-Thanh: Ce que j'ai dit, c'est que d'après les études parues après la publication de notre déclaration, les vaccins de Pfizer et de Moderna semblent offrir une protection efficace contre le variant B.1.1.7. Les données concernant le variant sud-africain demeurent limitées. Les vaccins semblent rester efficaces contre le variant britannique, mais leur efficacité contre le variant sud-africain reste à déterminer.

M. John Barlow: Je vous remercie pour votre réponse, mais ce n'est pas ce qui est écrit dans la déclaration, même que d'après les termes de celle-ci... Ce qui y est écrit est différent; je vous encouragerais donc à y apporter des clarifications, comme vous venez de le faire en répondant à ma question.

Docteur Poliquin, vous avez dit dans votre déclaration que vous étiez en train de mettre sur pied une équipe formée de représentants de l'ASPC, de virologistes et d'épidémiologistes en vue d'élaborer une stratégie pour lutter contre les variants. Il me semble que tous les experts devaient savoir que le virus qui cause la COVID-19 allait muter et que les variants poseraient problème. C'est une des raisons pour lesquelles nous sommes ici aujourd'hui.

Je m'étonne qu'une telle mesure soit seulement prise maintenant, un an après le début de la pandémie. Pourquoi a-t-on attendu aussi longtemps avant de mettre sur pied une équipe responsable des variants? À mon avis, on aurait dû le faire il y a longtemps.

Dr Guillaume Poliquin: Le Canada a commencé à se préparer à détecter et à caractériser les variants en avril 2020, en investissant 40 millions de dollars dans l'initiative du RCanGéCO. Grâce à ce travail, nous avons été en mesure d'étudier l'émergence des premiers variants préoccupants, y compris celle du variant D.614G détecté l'été dernier, et de procéder à la caractérisation.

Ce que nous faisons maintenant, c'est tirer parti de nos premières réussites pour élargir notre capacité de séquencer les variants, de les étudier et d'en comprendre la propagation en mettant en place un rigoureux programme combiné de surveillance, qui comprend des ressources de laboratoire et d'épidémiologie, ainsi qu'un organe de recherche solide. Cette équipe pourra travailler rapidement sur un programme de recherche commun et fournir des données aux décideurs le plus synchroniquement possible en vue d'orienter l'élaboration de nouvelles politiques.

• (1545)

M. John Barlow: Merci beaucoup.

Ma prochaine question s'adresse peut-être aussi au Dr Poliquin. J'ai été très préoccupé par les questions que ma collègue a posées au début de la réunion... aucune hypothèse, comme l'incidence du dépistage rapide ou des nouveaux vaccins, n'est incluse dans la modélisation...

D'après vous, est-il irresponsable de rendre ces modèles accessibles à la population canadienne sans tenir compte des hypothèses, au moins pour les députés et les médias? Ne trouvez-vous pas cela irresponsable?

Dr Guillaume Poliquin: Monsieur le président, les modèles présentés illustrent notre compréhension du SRAS-CoV-2, qui continue de s'améliorer à mesure que la science évolue et que nous en apprenons davantage sur différents facteurs, y compris la transmission, le taux de reproduction et l'efficacité des vaccins. Les modèles sont mis à jour et ils sont présentés.

Les hypothèses sont disponibles et elles sont mises à la disposition des chercheurs et des personnes intéressées, en reconnaissant...

M. John Barlow: Je suis désolé, monsieur Poliquin, mais je ne dispose que d'un certain temps. Je comprends ce que vous dites, mais les Canadiens sont stressés. Des entreprises ferment leurs portes, des gens perdent leur emploi, et je pense qu'il est irresponsable de mettre ces renseignements uniquement à la disposition des chercheurs. Tous les Canadiens devraient avoir accès à ces renseignements, et ils auraient dû être transmis aux médias et aux députés qui participent à la séance — une séance qui, vous le saviez, allait avoir lieu —, avec la modélisation comme contexte relatif à la façon dont vous obtenez cette information.

Docteur Quach, vous pouvez peut-être me fournir une réponse à cet égard, ou peut-être que Dr Poliquin peut le faire. Une autre préoccupation majeure des Canadiens, dont je sais que nous entendons tous parler, est liée à la quarantaine obligatoire qu'ils doivent faire dans des hôtels, à leur retour de voyage. Y a-t-il des données qui confirment que la mise en quarantaine dans ces hôtels plutôt qu'à la maison réduit la propagation du variant de quelque manière que ce soit?

Dre Caroline Quach-Thanh: Je vais m'en remettre à quelqu'un d'autre pour la réponse à cette question, car cela dépasse vraiment le mandat du CCNI. Désolée.

Dr Guillaume Poliquin: Pour comprendre la propagation des variants, nous continuons de mettre à jour notre gamme de mesures de santé publique...

M. John Barlow: Pour l'instant, vous ne disposez d'aucune donnée prouvant que le fait de rester en quarantaine dans un hôtel réduit la propagation du virus?

Le président: Merci, monsieur Barlow. Nous allons permettre au témoin de répondre, puis nous poursuivrons nos délibérations.

La parole est à vous, docteur.

Dr Guillaume Poliquin: En ce moment, nous continuons de mettre à jour une série de mesures de santé publique, y compris notre politique frontalière, et de surveiller leur incidence sur la propagation des variants et l'introduction de variants préoccupants au Canada.

M. John Barlow: Donc, vous ignorez leur incidence. Merci.

Le président: Merci.

Nous allons maintenant céder la parole à M. Fisher.

Vous avez la parole pendant cinq minutes, monsieur.

M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Merci, monsieur le président.

Comme d'habitude, je remercie tous les témoins qui participent à la séance d'aujourd'hui. Nous accusons un peu en retard, et je m'en excuse.

J'adresse ma première question à l'ASPC. Nous voyons les livraisons de vaccins s'accélérer très rapidement ici. Elles ont quadruplé cette semaine, et elles vont continuer d'augmenter considérablement dans les semaines à venir. Nous savons que les provinces et les territoires sont responsables de la prestation des soins de santé et qu'il leur incombe de vacciner les Canadiens.

Je suis plutôt fasciné par la complexité de cette procédure. Pourriez-vous nous parler de la coordination du déploiement de nos vaccins avec les provinces et les territoires et nous dire à quoi ressemble exactement cette procédure? À mesure que nous avançons, nous devons mettre en place des sites de vaccination de masse. Votre organisation, c'est-à-dire l'ASPC, joue-t-elle un rôle à cet égard?

• (1550)

Mme Kimberly Elmslie: Du point de vue de la conduite d'une campagne de vaccination aussi vaste et complexe, je sais que tout le monde dans cette salle a conscience que cette entreprise est sans précédent pour nous. Toutefois, ce qui n'est pas sans précédent, c'est le fait que nous travaillons très dur chaque jour avec les provinces et les territoires et avec les responsables de la santé publique partout au pays à la préparation et à l'exécution de cette campagne.

En ce qui concerne cette entreprise, nous avons mis en place un centre national des opérations qui gère la logistique de la distribution et assure la livraison des vaccins 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Nous avons un comité composé de fonctionnaires fédéraux, provinciaux et territoriaux, et ces personnes, qui sont responsables de l'exécution sur le terrain des programmes de vaccination, expliquent deux fois par semaine, voire plus, les choses qu'elles voient sur le terrain afin qu'à l'échelle fédérale, nous puissions soutenir l'exécution des programmes de vaccination.

Comment le faisons-nous? Nous le faisons, par exemple, en veillant à ce que ces programmes disposent des types de seringues dont ils ont besoin pour vacciner les Canadiens. Lorsque l'entreprise Pfizer est passée d'un flacon de cinq doses à un flacon de six doses, nous avons fourni, à l'échelle fédérale, les seringues dont les provinces et les territoires avaient besoin pour pouvoir obtenir cette sixième dose. Nous travaillons également avec eux à chaque étape, afin d'étudier les questions d'efficacité et de sécurité.

Cela constitue une autre partie importante du déploiement d'une campagne de vaccination. Il ne s'agit pas seulement de vacciner les gens, mais aussi d'assurer la surveillance après la vaccination afin de déterminer l'effet de cette vaccination. Cela implique que nous utilisons, par exemple, les registres de vaccination qui se trouvent dans les provinces et les territoires et auxquels nous avons apporté un soutien supplémentaire afin que nous puissions obtenir de bonnes données et que les provinces et les territoires eux-mêmes soient en mesure de surveiller ce qui se passe sur leur territoire.

Parmi tous ces divers éléments de ce que j'appellerai l'infrastructure et la machinerie... ce sont deux choses qui sont en place depuis très longtemps. Comme l'a dit Dre Quach, chaque année, nous distribuons de 12 à 15 millions de vaccins contre la grippe dans tout le pays. Les provinces et les territoires les distribuent dans les cliniques, les cabinets de médecins et les pharmacies. Donc, nous sommes évidemment très bien préparés pour des entreprises de ce genre, qui sont plus complexes.

Nous avons tout renforcé afin de pouvoir être beaucoup plus informés dans notre exécution, et nous nous sommes entraînés. Nous avons fait, au cours de tables rondes, des démonstrations de validation de concept avec nos collègues, en réalisant des exercices de simulation et en faisant le genre de choses que l'on ferait pour se remettre en question les uns les autres au sujet des hypothèses. Et si cela se produisait? Comment allons-nous gérer cela? Toutes ces étapes font partie de la préparation que nous entreprenons régulièrement, en collaboration avec l'ensemble des provinces et des territoires.

M. Darren Fisher: Passons aux représentants du CCNI. Comme vous le savez, au Canada, nous adoptons l'approche « Équipe Canada ». Votre groupe joue-t-il aussi un rôle dans ce domaine, ainsi que dans l'élaboration de la logistique et de la façon dont nous augmenterons notre capacité?

Avez-vous un rôle à jouer à cet égard? Vos lignes directrices traitent-elles aussi de cet aspect?

Dre Caroline Quach-Thanh: Pas du tout. Nous ne participons pas au déploiement. C'est le Comité canadien d'immunisation qui s'occupe de cela, en collaboration avec les provinces et les territoires.

M. Darren Fisher: D'accord. Il n'y a pas de composante du CCNI qui s'occupe du moment où vous devrez intensifier vos efforts, lorsque le nombre de vaccins quadruplera ou lorsqu'il augmentera massivement au cours des prochaines semaines.

Dre Caroline Quach-Thanh: Non.

M. Darren Fisher: Merci.

Le président: Nous allons maintenant donner la parole à Mme Rempel Garner pendant cinq minutes.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Merci, monsieur le président.

Y a-t-il un participant à la réunion d'aujourd'hui qui a conseillé au gouvernement fédéral de mettre en œuvre l'exigence des hôtels de quarantaine pour prévenir la propagation des variants, plutôt que de mettre en œuvre un modèle de tests aux frontières, comme celui qui est en vigueur à l'aéroport de Calgary en ce moment? Quelqu'un l'a-t-il fait? Y a-t-il une direction générale de l'ASPC qui a donné ces conseils?

Mme Kimberly Elmslie: Nous vous fournirons cette information plus tard, c'est certain. Aucun d'entre nous n'a joué directement un rôle dans cette décision. Je pense donc qu'il est préférable que nous consultions notre groupe responsable de la quarantaine et que nous nous assurions que vous obtenez ces informations.

• (1555)

L'hon. Michelle Rempel Garner: Vous êtes tous les chefs des principaux services de l'ASPC. Quelles données ont été utilisées pour déterminer que des hôtels de quarantaine étaient une meilleure option pour arrêter la propagation des variants que le projet pilote à la frontière de Calgary, lequel utilise des tests rapides à l'arrivée?

Quelqu'un peut-il répondre à la question? Y a-t-il des données? L'un d'entre vous peut-il fournir...

Mme Kimberly Elmslie: Nous vous fournirons ces données plus tard.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Quand?

Mme Kimberly Elmslie: D'ici la semaine prochaine.

L'hon. Michelle Rempel Garner: D'accord.

De même, pourquoi diriez-vous, lors d'une réunion ayant eu lieu ce matin, qu'il est nécessaire de poursuivre les mesures de confinement, alors que nous disposons de tests rapides, de thérapies et de vaccins pour arrêter la propagation des variants? Quelles données ont été utilisées pour faire cette déclaration ce matin, lors de la conférence de presse à laquelle ont participé Dre Tam et Dr Njoo?

Dr Guillaume Poliquin: Je peux répondre à cette question, monsieur le président.

Il est important de se rappeler qu'un ensemble complet de mesures est nécessaire pour contrôler la pandémie, et que la présence de variants renforce encore la nécessité d'une approche diversifiée...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Merci, docteur Poliquin.

Pourquoi, si nous avons besoin d'un ensemble complet de mesures, les thérapies, les tests rapides et les vaccins n'ont-ils pas été mentionnés lors de la conférence de presse de ce matin — seules les mesures de confinement l'ont été?

Dr Guillaume Poliquin: Si nous nous penchons sur les points de comparaison internationaux en ce qui concerne la façon dont l'écllosion réagit dans un certain nombre de contextes différents, nous constatons que les vaccins, les mesures de santé publique et les tests sont tous intrinsèquement nécessaires pour contrôler l'écllosion, et que, compte tenu de l'incertitude causée par les préoccupations liées aux variants, il est important pour nous de continuer à maintenir ces mesures.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Combien de personnes doivent être vaccinées au Canada pour arrêter la propagation des variants britannique et sud-africain, selon la modélisation publiée ce matin? Quelqu'un peut-il répondre à la question?

Quelqu'un s'est-il préparé à répondre à cette question pendant une réunion portant sur la propagation des variants et l'efficacité des vaccins? Personne? Vous nous fournirez une réponse plus tard?

Dre Caroline Quach-Thanh: Je peux essayer de répondre à cette réponse. Je ne suis pas membre de l'ASPC, et je ne participe pas à l'exercice de modélisation. Je ne possède donc aucun renseignement privilégié sur le modèle. Je crois que ce que nous essayons de comprendre en ce moment, c'est l'efficacité réelle des vaccins et la mesure dans laquelle les vaccins dont nous disposons nous protègent contre les variants...

L'hon. Michelle Rempel Garner: D'accord. Donc, nous ne connaissons pas la réponse à cette question. Ce matin, une série de modélisations ont été rendues publiques, et l'ASPC s'est prononcée en faveur d'un plus grand nombre de mesures de confinement. Ce que j'entends ici, dans le cadre de la réunion, c'est que vous ne connaissez pas la réponse à cette question. Vous demandez aux entreprises de fermer leurs portes et aux autorités d'augmenter le nombre de mesures de confinement, mais vous ne savez pas combien de personnes doivent être vaccinées ni quelles hypothèses vous avez utilisées. Serait-ce là une caractérisation correcte de la façon dont vous vous êtes préparés pour la réunion d'aujourd'hui?

Dre Caroline Quach-Thanh: Eh bien, je ne réponds pas à cette question. Je vous dis simplement... vous m'avez demandé...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Un membre de l'ASPC...?

Dr Guillaume Poliquin: Monsieur le président, en ce qui concerne l'information présentée, ces modèles exigent que nos prévisions soient basées sur un certain nombre d'hypothèses différentes. À mesure que nous en apprenons davantage...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Mais vous n'avez pas...

Le président: Madame Rempel Garner, pourriez-vous s'il vous plaît permettre aux témoins de répondre?

Dr Guillaume Poliquin: En ce qui a trait aux intrants des modèles, par exemple, une hypothèse serait avancée quant au taux de reproduction du virus. Donc, 50 % augmentent le taux de reproduction.

L'hon. Michelle Rempel Garner: On pourrait empêcher le taux de reproduction de progresser en utilisant des outils comme des tests rapides et des vaccins, n'est-ce pas?

Dr Guillaume Poliquin: Le taux de reproduction est un aspect inhérent au virus.

L'hon. Michelle Rempel Garner: C'est vrai. Je veux dire, si nous avons des outils pour prévenir la propagation ou réduire le taux de reproduction, comme des tests rapides ou des vaccins, ces outils, en théorie, modifieraient la propagation, n'est-ce pas?

Dr Guillaume Poliquin: Cette question a une interaction importante avec l'efficacité des vaccins, par exemple. L'efficacité des vaccins, comme nous l'avons...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Donc, nous ne connaissons pas l'efficacité des vaccins?

Le président: Merci, madame Rempel Garner.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Merci.

Le président: Nous allons maintenant donner la parole à M. Kelloway pendant cinq minutes.

Veillez prendre la parole, monsieur.

M. Mike Kelloway (Cape Breton—Canso, Lib.): Je tiens à remercier les témoins de leur présence aujourd'hui et de leur témoignage.

Je partagerai également mon temps de parole avec le député Tony Van Bynen.

J'ai quelques questions à vous poser. La première est destinée à tous les membres de l'ASPC. Y aura-t-il un registre d'immunisation pour surveiller la couverture vaccinale des Canadiens? À quoi travaille-t-on?

• (1600)

Mme Kimberly Elmslie: Il y a déjà des registres d'immunisation qui sont utilisés dans toutes les provinces et tous les territoires du pays, y compris celui que le Nunavut élabore en ce moment, avec le soutien de l'Agence de la santé publique du Canada. Il s'agit de bases de données électroniques qui saisissent des renseignements sur l'immunisation de chaque personne. Elles sont utilisées pour la gestion clinique des personnes qui ont été vaccinées. Elles sont également utilisées à des fins de surveillance.

Ce que nous faisons à l'échelle nationale, c'est tirer parti des données de ces registres en travaillant avec chaque province et territoire en vue de compiler ces données pour produire nos estimations de la couverture vaccinale partout au pays, et en utilisant ces don-

nées pour contrôler l'innocuité et le suivi de la vaccination. Nous n'avons pas de registre national unique, mais la collecte des registres est administrée selon une approche normalisée que les provinces et les territoires approuvent. De cette façon, nous pouvons nous fier aux données que nous recueillons à partir de ces registres, et nous pouvons les utiliser pour orienter nos programmes à l'échelle nationale.

Ce qui importe, c'est que nous recherchions dans la population les tendances et les événements inhabituels en matière d'immunisation, puis que nous prenions des mesures à cet égard en collaboration avec les fabricants, avec nos collègues responsables de la réglementation et avec les provinces et les territoires, à mesure que nous avançons afin d'assurer l'intégrité du système global d'immunisation de notre pays.

Le président: Je suis désolé de vous interrompre, monsieur Kelloway.

Je tiens juste à signaler que Dre Quach-Thanh doit nous quitter à 16 heures.

Je la remercie d'avoir pris le temps de comparaître devant nous aujourd'hui et d'avoir patienté, compte tenu de tous les retards qui sont survenus.

Monsieur Kelloway, vous avez la parole.

M. Mike Kelloway: Merci, monsieur le président. Je partage mon temps de parole avec le député Tony Van Bynen. Donc, si vous êtes d'accord, je vais laisser M. Van Bynen poser aussi quelques questions.

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

Tout d'abord, je tiens à remercier tous ceux qui participent à ce dialogue. C'est formidable pour nous de pouvoir bénéficier d'avis scientifiques sur cette question complexe, de sorte que nous ayons l'avantage de disposer de faits plutôt que d'opinions pour contribuer à orienter le Parlement.

Nous avons beaucoup entendu parler des tests rapides. J'aimerais confirmer le nombre de tests rapides qui ont été distribués. J'ai également entendu dire que les tests rapides permettront de stopper ou d'empêcher la propagation des variants.

Tout d'abord, combien en avons-nous? Combien d'entre eux ont été distribués? Combien d'entre eux sont utilisés en ce moment, et comment le dépistage rapide permet-il d'arrêter la propagation de ces variants?

Cette question est adressée à quiconque dispose des renseignements nécessaires.

Dr Guillaume Poliquin: Pour ce qui est du nombre précis, un rapport quotidien est publié, et nous pouvons vous fournir l'état des lieux précis incluant les dernières données après la séance d'aujourd'hui.

Quant à l'incidence des tests antigéniques rapides sur les variants, il n'y a aucun lien direct entre les deux. Les tests de dépistage en général, qu'il s'agisse de tests antigéniques rapides ou autres, nous permettent de détecter les cas de SARS-CoV-2 au sein de la population canadienne. Partant de là, une intervention en santé publique est menée pour l'isolement et la recherche des contacts de ces personnes.

Si l'on dépiste un variant préoccupant chez quelqu'un, cette information peut être rapportée, mais il n'est pas possible de le faire directement à partir d'un test antigénique rapide. Ce test, comme tous les autres, sert au dépistage et à l'interruption de la chaîne de transmission.

• (1605)

M. Tony Van Bynen: C'est un élément des projections dont nous avons parlé plus tôt.

Aux fins du compte rendu, on aurait utilisé, en date d'hier, plus de 22,6 millions de tests de dépistage rapide.

On s'inquiète de plus en plus de la présence de certains variants de la COVID-19 dans la région de York, où se trouve ma circonscription. Si j'ai bien compris, nous investissons 53 millions de dollars pour lutter contre ces variants préoccupants dans le cadre d'une stratégie intégrée.

Pouvez-vous me fournir des détails sur cette stratégie et sur la façon dont le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et territoires pour cibler ces variants?

Dr Guillaume Poliquin: Les investissements de 53 millions de dollars visent une approche à volets multiples en réaction aux variants préoccupants, y compris la mise en œuvre d'un mécanisme fiable de dépistage rapide et une caractérisation accrue des variants préoccupants.

Il s'agit d'un partenariat entre le Laboratoire national de microbiologie, l'ASPC, le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada et RCanGéCO, soit le Réseau canadien de génomique COVID-19. Ainsi, nous regroupons tous ces renseignements, en plus de ceux des Instituts de recherche en santé du Canada ou IRSC, ce qui nous permet de comprendre l'étendue de la maladie, de cerner les cas et d'établir l'incidence possible de ces variants.

Le président: Merci.

La parole est à monsieur Thériault.

[Français]

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

M. Luc Thériault: Il est regrettable que la Dre Quach-Thanh ait dû quitter la réunion, mais je comprends très bien ses raisons.

Docteur Poliquin, vous avez mentionné plus tôt que vous faisiez non seulement un suivi de l'efficacité des vaccins de Pfizer, de BioNTech et de Moderna, mais aussi de ceux des autres candidats relativement aux variants. Est-ce exact?

Dr Guillaume Poliquin: C'est exact.

M. Luc Thériault: Vous faites déjà des essais de ce type avec les vaccins d'AstraZeneca, de Johnson & Johnson et de Novavax. Pourquoi faut-il autant de temps avant que les vaccins soient homologués et mis sur le marché? Si vous faites ces essais, c'est qu'ils ont une pertinence.

Dr Guillaume Poliquin: La stratégie intégrée permet de caractériser les variants dans nos laboratoires de microbiologie et de mieux comprendre les effets potentiels d'un vaccin sur les variants. Ces observations doivent être ajoutées aux données qui proviennent d'essais cliniques pour permettre de mieux comprendre les effets potentiels.

Pour ce qui est de la question liée au processus d'homologation, il serait préférable de la poser aux représentants de Santé Canada.

M. Luc Thériault: D'accord, je poserai cette question aux représentants de Santé Canada.

J'aimerais maintenant parler de la vaccination. Les variants représentent une menace, et personne ne sait s'il sera possible de les détecter adéquatement. Il y en a probablement beaucoup plus que ce qu'il est possible de détecter actuellement.

Selon vous, le rythme du programme de vaccination est-il acceptable?

Dr Guillaume Poliquin: Nous travaillons à améliorer notre capacité de détection des variants et la rapidité de leur caractérisation. Quant au lien entre notre capacité à détecter les variants et l'incidence sur le rythme du programme de vaccination, c'est une question un peu plus complexe. Nous continuons de suivre de près l'évolution des variants et leur incidence ici, au Canada.

M. Luc Thériault: Est-il encore pertinent de recourir à deux vaccins pour la vaccination? Cette question se posait à cause d'un manque de vaccins, mais pouvons-nous maintenant la laisser de côté? Avez-vous des données probantes sur le caractère opportun de vacciner en recourant à deux souches différentes?

• (1610)

Dr Guillaume Poliquin: J'aurais laissé la Dre Quach-Thanh répondre à cette question, mais elle a quitté la réunion, malheureusement. Mme Elmslie pourrait peut-être y répondre.

[Traduction]

Mme Kimberly Elmslie: Le président montre un carton rouge.

Le président: Si vous pouviez répondre à M. Thériault rapidement, je vous en saurais gré, avant que M. Davies prenne la parole.

Mme Kimberly Elmslie: Comme l'a déjà dit la Dre Quach-Thanh, des recherches sont en cours pour établir l'incidence de l'interchangeabilité des vaccins de même que la durée de l'immunisation. Et ces données deviennent accessibles très rapidement. Comme vous l'avez dit, le CCNI étudiera de nouvelles données du Royaume-Uni la semaine prochaine. Donc, comme le reste du monde, nous colligeons et évaluons les renseignements sur le schéma vaccinal en temps réel afin d'être prêts à faire ce genre de recommandations.

Les membres du CCNI cumulent une vaste expérience, ce qui explique pourquoi nous nous en remettons à eux à titre d'experts indépendants pour analyser ces données et nous conseiller sur l'intervalle d'administration des doses, sur l'efficacité d'une dose par rapport à celle de deux doses, ainsi que sur la durée de la protection, des questions qui demeurent très importantes d'un point de vue scientifique.

[Français]

Le président: Je vous remercie, madame Elmslie.

Je vous remercie, monsieur Thériault.

[Traduction]

La parole est maintenant à M. Davies pendant deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci.

Une étude en laboratoire menée récemment montre que le variant sud-africain pourrait réduire des deux tiers la capacité du vaccin de Pfizer à créer des anticorps neutralisants.

Moderna vient de publier des données comparables dans le *New England Journal of Medicine* qui montrent une chute des niveaux d'anticorps six fois plus importante au contact du variant sud-africain.

Faut-il craindre que cette réduction des anticorps neutralisants rende les vaccins de Pfizer et de Moderna inefficaces contre le variant B1351?

Dr Guillaume Poliquin: En ce qui a trait à la protection offerte par ces vaccins, il est important d'aborder l'effet des anticorps neutralisants dans un contexte plus large. Pour ce qui est du taux de neutralisation obtenu, c'est un des critères de mesure de l'efficacité. Toutefois, globalement, aucun seuil caractérisant une véritable protection n'a encore été établi.

À l'heure actuelle, on remarque une réduction notable des titres de neutralisation, mais le taux demeure élevé. Nous devons donc continuer à en surveiller l'incidence pendant les évaluations cliniques en cours.

M. Don Davies: AstraZeneca prévoit qu'une nouvelle version de son vaccin contre la COVID-19 sera prête à l'emploi d'ici le milieu ou la fin de 2021 de sorte à répondre aux préoccupations suscitées par les variants émergents qui pourraient être plus transmissibles ou résistants aux vaccins existants.

Est-ce que le Canada a accès à ce vaccin amélioré conformément aux modalités de notre entente bilatérale d'approvisionnement avec AstraZeneca?

Dr Roman Szumski: Monsieur le président, cela ne ferait pas partie des ententes actuelles et devrait donc faire l'objet de nouvelles négociations.

M. Don Davies: Merci.

Nous savons qu'environ 130 pays n'ont pas reçu une seule dose de vaccin à ce jour. Est-ce que cette absence de vaccination risque de rendre plus probable l'émergence de variants résistants aux vaccins?

Dr Guillaume Poliquin: L'interaction entre les vaccins et l'émergence de variants est une question complexe que nous gardons à l'œil. Il est à noter que l'émergence de variants préoccupants a commencé avant le déploiement des campagnes de vaccination, le premier cas remarquable étant le variant D614G en août 2020. Ainsi, tout en allant de l'avant, nous devons être prêts et continuer à investir dans notre capacité à détecter rapidement les variants préoccupants et à les comprendre, d'où les investissements de 53 millions de dollars dans la stratégie intégrée de variants préoccupants.

M. Don Davies: Je ne suis pas certain d'avoir...

• (1615)

Le président: Merci, monsieur Davies. Vous avez déjà utilisé trois minutes.

Nous entamons la troisième série de questions. La parole sera d'abord à M. Brassard pendant cinq minutes. Je vous en prie.

M. John Brassard (Barrie—Innisfil, PCC): Monsieur le président, je vais partager mon temps avec M. Maguire.

J'ai quelques questions rapides. Depuis des mois maintenant, les Canadiens entendent parler des deux doses, donc je souhaite obtenir une réponse à cette question. Est-ce que la décision de passer à une dose vient de l'ASPC ou du CCNI, ou s'agit-il plutôt d'une directive politique?

Mme Kimberly Elmslie: Si vous me le permettez, monsieur le président, aucune décision n'a été prise quant à l'administration d'une seule dose, puisque le CCNI a prodigué ses conseils sur un schéma vaccinal pour Pfizer et Moderna, et ceux-ci stipulent actuellement que l'intervalle entre les doses doit être d'au plus 42 jours.

Comme l'a déclaré la Dre Quach-Thanh, le CCNI obtient maintenant des données et des résultats de recherche du Québec, du Royaume-Uni et d'autres pays...

M. John Brassard: Madame Elmslie, il a été dit qu'une dose pourrait suffire. En fait, le Dr Njoo a déclaré qu'elle pourrait très bien suffire. D'où vient cette directive? Est-ce l'ASPC qui donne cette directive?

Mme Kimberly Elmslie: En contexte, il y a une différence entre dire qu'une dose pourrait suffire et affirmer qu'une dose suffit.

Des données préliminaires indiquent une grande efficacité après la première dose, mais nous avons besoin de plus de données pour comprendre la durée de cette efficacité et établir si elle va s'atténuer. C'est pourquoi la discussion sur l'intervalle des doses demeure à l'avant-plan au sein de la communauté scientifique, et c'est pourquoi le CCNI l'étudiera de nouveau à sa réunion de la semaine prochaine.

M. John Brassard: D'accord. Donc, quelle est l'incidence d'une dose sur le variant d'après les données que vous avez reçues jusqu'à maintenant? Avez-vous reçu la moindre donnée?

Mme Kimberly Elmslie: J'essaie de me souvenir si nous avons reçu des données sur l'effet du variant après une dose. Je vais devoir vérifier et vous revenir là-dessus. Je ne voudrais pas vous induire en erreur.

M. John Brassard: Vous ne m'induisez pas en erreur. Il s'agit de données de nature publique. Beaucoup de discussions ont porté sur l'efficacité d'une dose dans ce cas. Soit l'ASPC fait la promotion de cette idée, soit c'est quelqu'un d'autre. En fait, je suis surpris que vous n'en connaissiez pas la provenance.

Je cède la parole à M. Maguire.

Merci.

M. Larry Maguire (Brandon—Souris, PCC): Oui, je réfléchissais. J'imagine qu'il faut en savoir davantage à propos de la vaccination à une dose, puisque 82 % des décès ont eu lieu dans les établissements de soins de longue durée. Est-ce que les personnes dans ces établissements obtiendront une dose de rappel cet automne avant que la première dose de vaccin n'ait été administrée au grand public?

Est-ce que quelqu'un pourrait répondre à cela?

Mme Kimberly Elmslie: Je vous dirais que ces questions demeurent ouvertes. En tant que professionnels de la santé publique, nous tenons rigoureusement compte de la science et essayons de comprendre l'incidence des variants. Nous avons besoin de plus de données des pays qui mènent des recherches dans ce domaine. Nous avons commencé à recevoir ces données, et nous les analysons minutieusement. Bien sûr, c'est toujours de cette façon que nous formulons nos conseils, en nous fondant sur ces données. Actuellement, nous attendons plus de données sur...

M. Larry Maguire: S'agit-il de données strictement sur les personnes âgées ou sur tous les groupes d'âge? Je crois que la note d'information parlait de tous les groupes d'âge.

Quand les vaccins de Johnson & Johnson et d'AstraZeneca seront-ils approuvés au Canada?

Mme Kimberly Elmslie: La dernière question est de nature réglementaire, ce qui relève de nos collègues de Santé Canada.

Pour ce qui est de la première question, sur les groupes d'âge, cela dépend de la population étudiée, mais nous avons des données pour des groupes plus âgés.

M. Larry Maguire: Vous n'en avez pas pour des groupes plus jeunes, pour les personnes d'âge moyen?

Mme Kimberly Elmslie: Les données couvrent tout le spectre des âges, et c'est ce que nous allons étudier et ce que va étudier le CCNI la semaine prochaine d'après les nouvelles données de suivi pour ces groupes.

M. Larry Maguire: Veuillez m'excuser, mais le temps presse, donc est-ce que quelqu'un peut répondre à l'autre partie de la question, sur les vaccins de Johnson & Johnson et d'AstraZeneca?

• (1620)

Mme Kimberly Elmslie: Est-ce que c'était une question sur l'échéance?

M. Larry Maguire: Oui. On a soulevé qu'ils ne seraient même pas autorisés aux États-Unis avant la mi-mars. Est-ce vrai? Si c'est le cas, où en sommes-nous au Canada? Ce n'est que dans trois semaines.

Mme Kimberly Elmslie: Oui, et cette question relève de l'autorité réglementaire à Santé Canada.

M. Larry Maguire: Est-ce que quelqu'un peut répondre à cela?

Le président: Merci, monsieur Maguire.

Si quelqu'un souhaite répondre, je vous en prie, allez-y. Je ne vois personne, donc nous allons poursuivre.

La parole est à M. Powlowski.

Monsieur Powlowski, je vous en prie. Vous avez cinq minutes.

M. Marcus Powlowski: J'ai une question sur la combinaison de doses de différents vaccins.

La présidente du CCNI a soulevé ce point, mais il y a sûrement intérêt à peut-être combiner les vaccins, ce qui pourrait améliorer la protection. Je crois qu'elle a affirmé que le vaccin AstraZeneca suivi d'un vaccin à ARN messager a été mis à l'essai sur des modèles animaux et que cette combinaison améliorerait l'efficacité. Il me semble qu'elle a mentionné des études menées en Angleterre.

Savez-vous si de telles études sont envisagées au Canada et si elles obtiendraient du soutien financier du gouvernement? Je doute qu'il soit dans l'intérêt d'une entreprise qui produit un vaccin d'essayer toute combinaison, mais ce serait tout à fait dans l'intérêt public si des doses de différents vaccins pouvaient être combinées.

Mme Kimberly Elmslie: Je ne sais pas si le Dr Poliquin aimerait se prononcer là-dessus, mais comme vous l'avez dit, ces études sont en cours au Royaume-Uni et s'intéressent à la combinaison des vaccins de Pfizer et d'AstraZeneca dans le cadre d'une approche de vaccination à deux doses interchangeables. De ce point de vue, nous attendons les résultats de l'étude britannique.

Dr Guillaume Poliquin: J'ajouterais que la science des vaccins est certes un domaine d'intérêt constant, tant pour ce qui est des évaluations menées sur des modèles animaux que de la nécessité pour certaines de ces études d'effectuer des essais cliniques chez l'humain, ce qui est plus révélateur encore. Plus nous en appren-

drons sur les vaccins, les variants et leur interaction, plus les études envisagées se multiplieront.

M. Marcus Powlowski: Prenons la phase 3 des essais cliniques effectués. Je crois qu'elle a été menée aux frais des producteurs de vaccins.

Comme je l'ai dit, la combinaison de doses de vaccins différents ne semble pas dans l'intérêt financier des entreprises qui produisent des vaccins. Qui assurera le financement de ces essais cliniques pour établir s'il y a efficacité accrue des vaccins?

Dr Guillaume Poliquin: Il y a toute une gamme de mécanismes de financement pour entreprendre ce type d'études, y compris les essais précliniques qui peuvent être faits en laboratoire de même que les essais cliniques chez l'humain qui peuvent être financés par l'intermédiaire de différents mécanismes, ce qui comprend les IRSC. Le choix des sources de financement dépend de la méthodologie.

M. Marcus Powlowski: Je ne sais pas à quel point l'ASPC se penchera sur la question, mais il y a des études récentes qui avancent que le Bamlanivimab est efficace quand il est utilisé tôt. Si ma mémoire est bonne, les chiffres cités dans l'étude publiée dans le *New England Journal of Medicine* indiquent une baisse des visites à l'urgence et des hospitalisations de 4,5 % à 1,5 %, et de 14 % à 4,5 % chez les personnes à risque élevé, s'il est administré tôt.

Et pourtant, les cliniciens affirment avoir du mal à obtenir ce type de médicaments. Il me semble qu'il pourrait s'agir là d'une deuxième ligne d'attaque dans la lutte contre la COVID si les personnes qui sont à risque élevé après avoir contracté la maladie... Je présume que vous le savez, mais il y a eu des études sur les personnes dans les établissements de soins pour malades chroniques; elles montrent que si on l'administre de manière prophylactique aux personnes qui ne sont pas encore atteintes de la COVID, celles-ci sont moins susceptibles de contracter la maladie. Ce pourrait donc être utile dans les établissements où les risques de contracter la maladie sont élevés et où les personnes sont déjà à risque élevé si elles tombent malades, voire pour traiter les personnes qui sont à risque élevé dès qu'elles tombent malades.

L'ASPC va-t-elle déployer des efforts pour aider les provinces, dont c'est bien évidemment la responsabilité, à obtenir ce type de traitements plus tôt? Ou estimez-vous encore qu'il ne s'agit là que de conjecture?

• (1625)

Mme Bersabel Ephrem: Monsieur le président, je peux commencer, puis laisser M. Szumski conclure.

Le gouvernement du Canada a pu se procurer environ 17 000 doses de Bamlanivimab qui ont été distribuées dans l'ensemble des provinces et territoires à des fins d'utilisation selon leurs recommandations cliniques. Nous tentons également d'établir une collaboration entre Eli Lilly et les provinces et territoires afin de colliger davantage de données pour cerner où et quand ce médicament pourrait être utilisé.

C'est ce que nous avons fait jusqu'à maintenant. Je ne sais pas si vous vouliez ajouter quelque chose.

Le président: Merci, monsieur Powlowski.

C'est de nouveau au tour des conservateurs.

Madame Rempel Garner, allez-y, je vous en prie.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je vous remercie.

Lorsque le Dr Njoo a parlé d'une éventuelle directive sur les doses uniques, il a dit: « Chacun peut examiner les preuves et, évidemment, en fonction du contexte local et provincial, prendre ses propres décisions. »

La modélisation sur la propagation potentielle des variants publiée aujourd'hui tient-elle compte du fait que les provinces ont choisi d'utiliser une seule dose des vaccins Pfizer ou Moderna, et des taux d'efficacité contre les variants?

Dr Guillaume Poliquin: Pour être clair, la modélisation publiée aujourd'hui portait sur les courbes épidémiques et l'interaction potentielle de l'ajout de variants à ces dernières. Elle ne portait pas précisément sur l'impact des différents scénarios de déploiement des vaccins.

L'hon. Michelle Rempel Garner: D'accord. Donc, le déploiement des vaccins n'a pas été pris en compte dans la modélisation publiée aujourd'hui, c'est bien cela?

Dr Guillaume Poliquin: Les modèles d'aujourd'hui ne tiennent pas compte des différentes approches présidant au déploiement des vaccins. Plus précisément, on y compare les résultats d'une dose par rapport à deux doses.

L'hon. Michelle Rempel Garner: L'Agence de la santé publique du Canada délivrera-t-elle aux provinces... Lorsque l'agence dit que les provinces seront en mesure de prendre leurs propres décisions, a-t-elle toutefois l'intention de leur fournir des données et des recommandations sur l'efficacité d'administrer une dose plutôt que deux pour se protéger des variants?

Mme Kimberly Elmslie: Cela fait toujours partie de notre travail auprès des provinces et territoires. Ce que nous allons faire, c'est que nous allons apporter l'analyse reçue par l'intermédiaire du Comité consultatif national de l'immunisation. Nous apporterons l'analyse que nous faisons nous-mêmes...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Merci.

Cette analyse est-elle déjà terminée?

Mme Kimberly Elmslie: Cette analyse sera achevée lorsque nous aurons recueilli plus de données et que le Comité consultatif national de l'immunisation aura reçu plus de données de Public Health England et d'autres sources, la semaine prochaine. Il est donc prématuré de...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Par conséquent, le fait de dire que les provinces allaient être en mesure de prendre elles-mêmes cette décision était prématuré, non?

Mme Kimberly Elmslie: Non. Je dis qu'il est prématuré de présenter les données, car nous attendons toujours celles qui nous viennent d'ailleurs.

L'hon. Michelle Rempel Garner: D'accord. Il n'y a pas encore de données, c'est ce que vous dites.

Mme Kimberly Elmslie: Il existe des données issues de certains tests. Nous attendons que le Comité consultatif national de l'immunisation les examine et les synthétise pour nous, conformément à son mandat.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je vais changer de registre. Quelle partie de l'Agence de la santé publique du Canada a conseillé au gouvernement de mettre en place la mesure de quarantaine dans les hôtels comme meilleur moyen de contrôler les variants plutôt que d'étendre à l'échelle du pays le programme pilote à la frontière de l'aéroport de Calgary?

Mme Cindy Evans: Monsieur le président, je pourrais peut-être parler de manière générale des mesures que nous avons mises en œuvre aux frontières.

Lorsqu'il s'agit d'essayer de contrôler la pandémie, nous voulons des mesures de santé publique qui visent à prévenir la propagation dans les collectivités et l'importation de cas. Le Canada continue...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je m'intéresse plus particulièrement aux modèles comparatifs. Quelles données montrent que le modèle utilisé à l'aéroport de Calgary est moins efficace que la méthode consistant à mettre les gens en quarantaine dans un hôtel?

Quelqu'un peut-il me répondre? Y a-t-il des données à ce sujet?

Est-ce une décision politique ou une décision prise par l'Agence de la santé publique du Canada? L'agence a-t-elle conseillé le gouvernement, ou le gouvernement a-t-il conseillé l'agence concernant les quarantaines dans les hôtels?

L'agence a-t-elle dit au gouvernement que nous devrions faire des hôtels de quarantaine, et si oui, sur quelles données s'est-elle basée?

• (1630)

Mme Kimberly Elmslie: Monsieur le président, je pense avoir déjà indiqué que nous aimerions faire parvenir ces données au Comité ultérieurement et que nous nous engageons à le faire.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Si je pose la question, c'est simplement parce que nous avons ici la plupart des intervenants de la direction générale de l'Agence de la santé publique du Canada. L'agence a-t-elle conseillé au gouvernement de prendre des mesures de quarantaine dans les hôtels, ou le gouvernement a-t-il dit à l'agence de le faire?

Mme Cindy Evans: Lorsque nous nous penchons sur la prévention de l'importation de cas de COVID-19, cela inclut les préoccupations que nous aurions concernant l'influence des variants et l'augmentation des cas de variants...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Les quarantaines en milieu hôtelier sont donc plus efficaces que le projet pilote de Calgary.

Le président: Madame Rempel Garner, je vous rappelle qu'il convient de faire preuve de courtoisie et de mesure lors de l'interrogation des témoins. Je...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je sais aussi reconnaître une salade de mots quand on m'en sert une.

Le président: Madame Rempel Garner, c'est moi qui ai la parole.

Je vous demande de faire preuve de respect et de courtoisie envers les témoins, et de les laisser répondre à vos questions.

Je vous remercie.

L'hon. Michelle Rempel Garner: J'essaie également de faire preuve de respect envers le public canadien.

Je demande si l'Agence de la santé publique du Canada a conseillé le gouvernement sur les mesures de quarantaine en milieu hôtelier en se basant sur des données indiquant qu'elles étaient plus efficaces que la mesure pilote à la frontière appliquée à Calgary, ou si le gouvernement a demandé à l'agence de justifier cette directive.

Mme Cindy Evans: Ce que nous pouvons répéter, c'est qu'avec les mesures de santé publique, il est nécessaire d'avoir une approche multidimensionnelle. Une mesure unique ne saurait suffire à elle seule. C'est la combinaison de ces mesures — quarantaine efficace, mise en place de tests, ajout de tests avant l'arrivée, comme nous l'avons fait, et tests à l'arrivée — qui va nous aider à contrôler la pandémie.

Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Merci, madame Rempel Garner.

Nous passons maintenant à Mme Sidhu.

Madame Sidhu, allez-y je vous prie. Vous disposez de cinq minutes.

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

Merci à tous les témoins d'être ici aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à l'Agence de la santé publique.

Le Comité consultatif national de l'immunisation a publié de nouvelles directives actualisées à l'intention des Canadiens sur les efforts de vaccination pour lutter contre la COVID-19. Pouvez-vous nous donner une idée du travail qu'il a fallu pour élaborer et publier ces orientations?

Mme Kimberly Elmslie: Je serai heureuse de le faire.

Comme l'a indiqué la Dre Quach-Thanh, le Comité consultatif national de l'immunisation est un comité qui existe depuis longtemps et qui conseille le gouvernement du Canada et l'Agence de la santé publique depuis de nombreuses années sur l'utilisation optimale des vaccins dans la population. Il fait son travail en examinant les données scientifiques et les preuves disponibles. Ses membres sont des experts dans leurs domaines respectifs, à savoir l'immunologie, la pédiatrie, les maladies infectieuses, les sciences du comportement et l'économie. L'organisme consulte le Groupe consultatif en matière d'éthique en santé publique, et son travail consiste à examiner les avantages pour le public canadien d'approches particulières en matière de vaccination, ce qu'il fait en mettant à profit l'ensemble des données et la masse de savoir-faire dont il dispose.

Nous nous appuyons sur cette expertise — et sur l'indépendance du comité — pour façonner l'orientation dont les provinces et les territoires tiendront compte lors de leurs prises de décisions concernant la mise en œuvre de leurs programmes de vaccination.

Comme vous avez pu le voir, le comité publie des déclarations sur la situation de la COVID et il les met à jour au fur et à mesure que de nouvelles preuves sont apportées. L'analyse de données se fait selon des méthodes systématiques et elle est pour cette raison toujours conforme aux normes internationales. Le Comité consultatif national de l'immunisation est l'un d'une série de comités internationaux appelés GTCV, pour groupes techniques consultatifs nationaux pour la vaccination, lesquels travaillent ensemble et de manière indépendante pour fournir des conseils de portée tant mondiale que nationale sur l'utilisation optimale des vaccins.

Ici, au Canada, les avis du comité ont résisté à l'épreuve du temps. Nous sommes à même de constater la réussite des programmes de vaccination ainsi que le succès des efforts déployés pour prévenir les maladies évitables par la vaccination. Le Comité consultatif national de l'immunisation nous permet aussi de voir les domaines où la recherche doit être soutenue et ceux où nos efforts

ne sont pas à la hauteur pour garantir une protection efficace de la population contre les maladies évitables par la vaccination.

Merci.

Mme Sonia Sidhu: Merci, madame Elmslie.

J'ai remarqué que les personnes âgées racialisées figurent désormais dans la liste des personnes à vacciner en priorité. De nombreuses personnes âgées ont exprimé leur crainte d'être en danger. Pourriez-vous nous dire quel type de données est utilisé pour prendre ce genre de décision?

• (1635)

Mme Kimberly Elmslie: Oui. Le Comité consultatif national de l'immunisation utilise des données épidémiologiques. Il examine très attentivement comment les différents groupes sont touchés, tant en ce qui concerne la transmission des virus — en l'occurrence, le SRAS-CoV-2 — que les affections qui s'ensuivent, en particulier les cas graves, les hospitalisations et les décès.

Lorsque le comité analyse les différents sous-groupes, il constate que la COVID-19 touche certains d'entre eux de manière disproportionnée, notamment les communautés racialisées et les personnes âgées: plus d'affections, plus de cas graves, plus de décès. Ces constats ont une grande incidence sur les priorités qu'il cerne. Le comité est très préoccupé, comme nous le sommes à l'Agence de la santé publique, par l'équité dans le déploiement des vaccins à travers le pays, et c'est pourquoi il insiste pour utiliser un cadre d'équité pour l'élaboration de ses recommandations. Il veille en cela à s'assurer de ne pas laisser de côté des communautés ou des groupes particuliers, notamment ceux qui sont vulnérables. Comme nous le savons tous, lorsque nous veillons à ce que les populations vulnérables soient protégées contre des maladies infectieuses comme la COVID-19, nous protégeons tout le monde; nous protégeons les communautés.

Merci.

Mme Sonia Sidhu: Je vous remercie.

Docteur Szumski ou docteur Poliquin, le 9 février, Santé Canada a approuvé l'extraction de six doses des fioles de vaccins de Pfizer par rapport aux cinq précédemment approuvées. Pouvez-vous nous expliquer l'incidence que l'extraction de six doses au lieu de cinq aura sur l'étendue de la vaccination? Pensez-vous que cela aura une incidence sur la vitesse à laquelle nous serons vaccinés?

Dr Roman Szumski: Cela n'aura pas d'incidence importante sur la rapidité de livraison, mais cela permettra d'améliorer l'efficacité des stocks de vaccins disponibles à l'échelle mondiale.

Le président: Merci.

Nous passons maintenant à M. Thériault.

[Français]

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

M. Luc Thériault: Docteur Szumski, dans votre réponse à la question de Mme Sidhu, vous avez dit que cela n'avait pas d'incidence sur la rapidité de la vaccination, mais que cela en avait une sur son efficacité.

En quoi le fait de passer de cinq à six doses améliore-t-il l'efficacité de la vaccination?

[Traduction]

• (1640)

Dr Roman Szumski: Monsieur le président, je dois apporter une précision. Il améliore l'offre mondiale, en fin de compte.

En disant « efficacité », je ne faisais pas référence à la performance du vaccin. Le passage de cinq à six doses ne change rien à cela. Ce qui change, c'est que le nombre de vaccins qui peuvent être administrés à partir d'un lot de production donné augmente. En fin de compte, la quantité de vaccins disponibles pour tous est augmentée. La quantité globale réservée par contrat pour le Canada reste la même.

[Français]

M. Luc Thériault: Vous avez cependant dit que le fait de disposer d'une plus grande quantité de doses n'augmentait pas la rapidité de la vaccination. Selon moi, cela nous permettrait de l'accélérer.

Cela étant dit, en quoi est-ce plus efficace, si les gens qui doivent administrer le vaccin ne peuvent pas extraire les doses?

La décision a été prise le 9 février. Au début de février, M. Rick Hillier avait pourtant dit qu'il était impossible d'extraire la sixième dose dans 80 % des cas et que, pour certaines livraisons, on ne pouvait pas le faire du tout. Au Québec, c'était une fois sur cinq.

Outre le fait que c'est dans notre intérêt d'avoir plus de vaccins et de doses, en quoi est-ce plus efficace ou plus rapide, si l'extraction de toutes les doses pose des difficultés pratiques? Pourquoi avoir donné l'aval à cette décision et changé les paramètres d'un contrat?

Je comprends que les contrats relèvent de Services publics et Approvisionnement Canada. Cependant, en matière de santé publique et d'efficacité quant à la vaccination, les problèmes sur le terrain existent toujours. Colligez-vous tous ces problèmes à l'Agence de la santé publique?

Je vous demanderais de faire parvenir vos réponses par écrit au Comité, si le président décide qu'il ne reste pas assez de temps.

[Traduction]

Dr Roman Szumski: Très rapidement, monsieur le président, si vous me le permettez, les seringues particulières qui améliorent vos chances d'extraire les six doses sont distribuées avec les doses telles qu'elles sont acheminées actuellement. De plus, la formation approfondie qui a été mise à la disposition des professionnels de la santé dans tout le pays sera déterminante pour les aider à atteindre cet objectif.

[Français]

Le président: Je vous remercie, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous allons maintenant passer à M. Davies.

Monsieur Davies, vous disposez de deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Y a-t-il des discussions en cours à l'Agence de la santé publique du Canada sur la possibilité d'imposer des restrictions aux déplacements à l'intérieur du Canada afin d'éviter la transmission des variants préoccupants entre les régions?

Mme Cindy Evans: La compétence du gouvernement fédéral et de l'Agence de santé publique du Canada en ce qui concerne la Loi sur la quarantaine ne s'applique qu'à nos frontières fédérales. Par

conséquent, toute restriction des déplacements interprovinciaux est du ressort des provinces et des territoires.

M. Don Davies: L'Agence de la santé publique du Canada a-t-elle révisé ses orientations publiques sur le contrôle et la prévention des infections en réponse à l'émergence de variants préoccupants?

M. Stephen Bent (directeur général, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, Agence de la santé publique du Canada): Dans le cadre de nos orientations générales pour les mesures de santé publique, nous continuons à travailler avec les provinces et les territoires pour revoir nos orientations dans le contexte des variants. Cela inclut les cas où nous devrions apporter des modifications en fonction de nouvelles preuves ou des recherches disponibles. Nous sommes en train de poursuivre l'examen de la question des variants et d'apporter des modifications à nos orientations.

M. Don Davies: Si je peux me permettre d'être plus précis, avez-vous révisé vos orientations publiques en réaction à ces variants? Je présume que la réponse est que vous ne l'avez pas encore fait, mais que vous êtes peut-être en train de le faire. Est-ce exact?

M. Stephen Bent: Oui. Je dirais qu'à certains égards, nous avons apporté des modifications au cours des derniers mois, mais il est vrai que nous sommes présentement en train de revoir nos orientations avec les provinces et les territoires.

M. Don Davies: D'accord.

Maintenant, pour en venir à une question vraiment fondamentale, la gravité de la maladie causée par les nouveaux variants préoccupants diffère-t-elle de celle de la maladie causée par les souches du virus SRAS-CoV-2 qui dominaient précédemment?

Dr Guillaume Poliquin: La question de la gravité est l'un des marqueurs qui élèveraient un variant au rang de variant préoccupant. La mesure de l'augmentation de la gravité est un travail qui a été entrepris pour les trois variants préoccupants les plus signalés à ce jour. Les résultats préliminaires du Royaume-Uni suggèrent qu'il pourrait y avoir une augmentation de la gravité chez les personnes âgées touchées par le variant identifié en premier lieu au Royaume-Uni, mais pas chez les enfants. Or, comme il s'agit d'études épidémiologiques assez complexes qui doivent tenir compte de multiples facteurs, notamment la pression exercée sur les systèmes de santé, la précision des estimations subira un décalage à mesure que la science évoluera.

• (1645)

M. Don Davies: Je vais poser une dernière question. Quelle incidence, le cas échéant, l'émergence de nouveaux variants préoccupants a-t-elle eue sur la stratégie de vaccination du Canada?

Le président: Je demanderais aux témoins de répondre rapidement, s'il vous plaît.

Mme Kimberly Elmslie: Je dirais, monsieur le président, que l'émergence de variants préoccupants a assurément ajouté une dimension importante à tous les travaux que nous réalisons dans le cadre de notre stratégie de vaccination, puisque nous nous intéressons à l'effet qu'ils ont sur la transmission et sur la gravité de la maladie.

Bien entendu, cela ne change rien aux plans que nous avons pour le déploiement des vaccins; le déploiement se poursuit et il continue à suivre le plan convenu, mais lorsque nous examinons l'efficacité des vaccins, il ne fait aucun doute que nous tenons compte des variants préoccupants.

Le président: Merci.

Distingués membres du Comité, nous venons de terminer la troisième série de questions. Nous sommes presque à deux heures. Je me demande si vous voulez que nous passions à une quatrième série. Que ceux qui veulent une quatrième série de questions lèvent la main.

Je vois un certain nombre de mains se lever.

Je remercie les témoins. Nous allons poursuivre pour au moins une autre série de questions.

Nous allons commencer cette nouvelle série par les conservateurs. Je ne sais pas qui est sur la liste pour les conservateurs.

Madame Rempel Garner, pouvez-vous nous situer, je vous prie?

L'hon. Michelle Rempel Garner: Bien sûr. Je crois que je vais commencer, monsieur le président.

Aujourd'hui, je suis assez préoccupée par les données sur lesquelles on se fonde pour éclairer des décisions qui coûtent des billions de dollars à l'économie et qui influent sur la vie et la santé mentale des Canadiens. Je trouve cela extrêmement choquant. Je comprends que les gens essaient de faire de leur mieux, mais je trouve scandaleux que des personnes à ces échelons de la bureaucratie soient venues à cette réunion sans pouvoir fournir des renseignements de base sur la modélisation qui a été publiée pas plus tard que ce matin.

Je me demande simplement si quelqu'un de l'Agence de la santé publique du Canada, au sein de l'un de ces ministères, pourrait m'expliquer comment certaines décisions sont prises.

Commençons par les mesures relatives aux voyages. Comment la décision de placer les gens en quarantaine à l'hôtel a-t-elle été prise? Comment en est-on arrivé à cette décision? Est-ce l'Agence de la santé publique du Canada qui a conseillé la ministre? Qui a lancé cette discussion?

Mme Cindy Evans: Pour examiner les mesures à la frontière, nous tenons au sein de notre comité consultatif spécial d'importantes conversations auxquelles participent notre administratrice en chef de la santé publique ainsi que les médecins hygiénistes en chef de toutes les provinces. Il y a notamment été question des préoccupations concernant l'importation de cas au Canada. De même...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Quelles données...

Mme Cindy Evans: Monsieur le président, j'aimerais terminer ma réponse. De même, nous nous tournons vers d'autres administrations qui connaissent des problèmes avec les variants pour voir quelles mesures elles ont pu employer avec succès; il est clair que nous nous sommes penchés sur le modèle du Royaume-Uni.

• (1650)

L'hon. Michelle Rempel Garner: Quelles données ont donc été utilisées pour éclairer cette décision particulière? Le Royaume-Uni a-t-il fourni la preuve que les mesures qu'il avait mises en œuvre ont permis de stopper la propagation des variants?

Mme Cindy Evans: Monsieur le président, je vais commencer et ensuite je me tournerai peut-être vers un collègue pour parler de nos observations concernant le taux de positivité des cas importés.

Il est certain que nous examinerons les voyageurs qui arrivent et le taux de positivité que nous constatons chez eux, y compris les cas associés à des variants préoccupants. Ces observations auront une incidence sur les mesures de santé publique que nous mettrons

en œuvre et aussi sur ce que nous apprenons et savons au sujet de l'échéancier de...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Mon temps est limité, et ce n'est pas tout à fait ce dont je voulais parler.

Je me demande simplement quelles données ont montré que la mise en quarantaine dans un hôtel de quarantaine aurait un meilleur effet sur la santé publique que la mise en quarantaine chez soi.

Mme Cindy Evans: Comme je l'ai mentionné, il faut notamment adopter une approche à plusieurs niveaux dans nos mesures de santé publique et prévoir des mesures de quarantaine efficaces, en particulier en amont, lorsque la période infectieuse se développe, ce qui est un aspect important de cette...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Parfait. De quelles données s'est-on servi pour étayer ce commentaire ou ce point de discussion, et en particulier le fait que la mise en quarantaine à l'hôtel est préférable à la mise en quarantaine chez soi?

Mme Cindy Evans: Comme je l'ai dit, à l'Agence de la santé publique, nous nous sommes principalement appuyés sur notre connaissance des taux de variants observés et des taux de positivité des voyageurs qui arrivent au Canada. Nous nous sommes également fondés sur nos conversations avec nos médecins hygiénistes en chef concernant le respect des mesures de quarantaine et sur la façon d'imposer des mesures plus strictes pour réduire la propagation du virus dans les collectivités en lien avec les voyages.

Merci.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Pourriez-vous présenter au Comité la semaine prochaine les données que vous avez utilisées et qui montrent que la mise en quarantaine à l'hôtel serait plus efficace que la mise en quarantaine chez soi?

Ces données existent-elles?

Le président: Madame Rempel Garner, je ne crois pas que le témoignage de ce témoin ait porté sur cette question.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je m'adresse au témoin, par votre intermédiaire, monsieur le président. Son équipe pourrait-elle déposer auprès du Comité les données qu'elle a utilisées et qui montrent que la mise en quarantaine à l'hôtel est plus efficace que la mise en quarantaine chez soi?

Le président: Encore une fois, je ne pense pas que le témoin ait fait cette affirmation.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Mais je pose la question. Quelqu'un à l'Agence de la santé publique du Canada peut-il présenter des données qui montrent que la mise en quarantaine à l'hôtel est préférable, du point de vue de la santé publique, à la mise en quarantaine chez soi?

Mme Cindy Evans: Je me ferai un plaisir de transmettre cette question au ministère et de chercher...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Monsieur le président, pourrait-on présenter ces renseignements au Comité?

Mme Cindy Evans: Par souci de clarté, monsieur le président, et simplement pour présenter les raisons qui justifient cette...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Que pensez-vous de présenter au Comité les données relatives au respect de la quarantaine pour l'année écoulée?

Ces données existent-elles?

Mme Cindy Evans: Monsieur le président, nous nous ferons un plaisir de renvoyer cette question au ministère et de communiquer les renseignements disponibles concernant le respect des mesures de quarantaine.

Merci.

L'hon. Michelle Rempel Garner: S'est-on appuyé sur ces données pour prendre la décision de placer les gens en quarantaine dans un hôtel de quarantaine, ce qui, selon le Budget principal des dépenses, coûtera un quart de milliard de dollars? De quelles données s'est-on servi pour éclairer cette décision?

Un quart de milliard de dollars. Quelles données a-t-on utilisées?

Quelqu'un veut-il répondre? Qu'est-ce qu'un quart de milliard de dollars entre amis?

Quelqu'un veut-il répondre? Avez-vous des données? Non?

Le président: Merci, madame Rempel Garner.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: La parole est maintenant à M. Van Bynen.

Monsieur Van Bynen, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Tony Van Bynen: Merci, monsieur le président.

Le 23 octobre 2020, le gouvernement fédéral a annoncé le financement d'une entreprise biopharmaceutique, Medicago, dont le siège se trouve à Québec, pour ouvrir une installation de fabrication de vaccins dans cette ville. Le gouvernement fédéral a également annoncé récemment la signature d'un protocole d'entente avec Novavax pour étudier la possibilité de produire son vaccin contre la COVID-19 au Centre de production de produits biologiques du Conseil national de recherches du Canada une fois que Santé Canada aura approuvé le vaccin candidat et l'installation. Le 14 février 2021, on a annoncé que le gouvernement fédéral rencontrerait bientôt les gouvernements provinciaux pour discuter d'une collaboration sur le renforcement des capacités nationales de biofabrication.

Ma question s'adresse à la personne la mieux placée pour y répondre: à votre avis, dans quelle mesure ces initiatives contribueront-elles à l'approvisionnement du Canada en vaccins et combien de temps faudra-t-il pour les instaurer?

• (1655)

Dr Roman Szumski: Si je puis me permettre, monsieur le président, les initiatives décrites relèvent du portefeuille de l'industrie. Ce sont les responsables de ce ministère qui seraient les mieux placés pour répondre à ce type de questions.

M. Tony Van Bynen: D'accord.

À votre connaissance, y aurait-il des options dans le secteur privé pour produire les vaccins contre la COVID-19 à l'échelle nationale que le gouvernement fédéral aurait pu envisager plus tôt? Et si oui, quelles étaient ces options?

Dr Roman Szumski: Medicago est une société privée.

M. Tony Van Bynen: Oh, c'est vrai. D'accord. Merci.

Pouvez-vous décrire le paysage pharmaceutique et de bioproduction, passé et actuel, du Canada? Que devrions-nous faire pour nous rendre plus autosuffisants à l'avenir?

Dr Roman Szumski: Monsieur le président, encore une fois, la stratégie de biofabrication que le Canada privilégie relève du portefeuille de l'industrie.

M. Tony Van Bynen: Alors, parlons plutôt de l'efficacité du vaccin.

Veuillez expliquer le concept de l'immunité collective et quelle proportion de Canadiens est nécessaire pour établir cette immunité. Je sais que c'est une question complexe, mais nous entendons souvent ce terme. Pourriez-vous nous expliquer l'intention et l'incidence de ce concept?

Mme Kimberly Elmslie: L'immunité collective, comme vous l'avez mentionné, est un concept dont on entend beaucoup parler. Certains domaines scientifiques y attribuent des pourcentages et affirment que nous devons atteindre un certain niveau d'immunisation dans la population pour obtenir l'immunité collective. D'autres en parleront en termes temporels.

Du point de vue de la santé publique, nous sommes prudents sur le terrain lorsqu'il s'agit de nous prononcer sur un pourcentage particulier de la population nécessaire pour atteindre l'immunité collective, qui est essentiellement un stade où le virus ne peut plus se transmettre efficacement parce que les gens sont protégés. Soit ils ont été immunisés par un vaccin, soit ils l'ont été par une infection naturelle. Lorsque le virus n'a nulle part où aller, il ne peut plus continuer à se transmettre. Vous avez alors atteint l'immunité collective.

Elle protège les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées en raison, par exemple, de contre-indications. Des allergies peuvent les empêcher de recevoir le vaccin. Lorsque vous arrivez à un point où le virus n'a aucun moyen efficace de se transmettre entre les personnes, vous avez essentiellement atteint l'immunité collective. Vous constatez une baisse du niveau de la maladie dans la population et, bien sûr, de la transmission.

Nous surveillons tous ces indicateurs à l'Agence de la santé publique. Nous examinons l'efficacité des vaccins, les types de taux de transmission observés au sein de sous-groupes de la population, le facteur de reproduction, tous ces éléments. Comme vous l'avez dit, le concept est complexe, mais en même temps, assez simple. Nous examinerons ces indicateurs à mesure que le déploiement des vaccins se poursuit et que les mesures de santé publique continuent d'être mises en œuvre pour voir la propagation du virus diminuer.

Merci.

M. Tony Van Bynen: Merci.

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

Le président: Votre temps est écoulé, en fait. Merci, monsieur Van Bynen.

Revenons maintenant aux conservateurs. Madame Rempel Garner, c'est encore à vous?

L'hon. Michelle Rempel Garner: C'est au tour de M. Barlow.

Le président: Monsieur Barlow, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. John Barlow: Merci beaucoup, monsieur le président.

Ma question s'adresse peut-être à quelqu'un de l'Agence de la santé publique du Canada. Quel pourcentage de Canadiens doit être vacciné avant qu'on arrête d'imposer des mesures de confinement, des restrictions de voyage et des quarantaines?

Dr Guillaume Poliquin: Monsieur le président, je vais répondre, et Mme Elmslie aura peut-être d'autres commentaires à formuler.

Le niveau de protection nécessaire est une question dynamique, car nous continuons d'en apprendre concernant l'effet des variants préoccupants sur l'efficacité à long terme du vaccin. Nous devons également comprendre la durée de l'immunité dans la population, ainsi que l'effet sur la transmission. Il s'agit d'un nombre complexe qui pourrait changer au fil du temps, à mesure que la science évolue.

• (1700)

M. John Barlow: J'espère que les représentants de l'Agence de la santé publique du Canada ici présents comprennent à quel point ces mesures de confinement sont dévastatrices pour les Canadiens, non seulement pour les entreprises, mais aussi pour la santé financière et mentale des gens, qui est profondément touchée. Ce qui nous préoccupe, juste aujourd'hui, c'est qu'on ne fournisse aucune donnée pour justifier ces confinements.

Pourquoi ces renseignements ne sont-ils pas disponibles pour que je puisse dire à mes électeurs qu'on leur demande de se confiner plus longtemps pour la raison A, B et C?

Dr Guillaume Poliquin: Monsieur le président, sur la question des changements dans la dynamique de l'épidémie et de l'incidence des mesures de santé publique, comme on l'a déjà mentionné, on a publié aujourd'hui une modélisation qui montre un certain nombre de scénarios différents, notamment le maintien des mesures de santé publique actuelles et l'accélération...

M. John Barlow: Monsieur Poliquin, je suis désolé. Je n'aime pas interrompre, mais je peux peut-être reformuler ma question. Quand le saurez-vous? Pouvez-vous nous dire quand vous disposerez de données suffisantes pour comprendre combien de Canadiens devront être vaccinés avant que nous ayons une immunité collective acceptable et que nous n'ayons plus de raisons de nous confiner? Quand disposerez-vous de ces données?

Dr Guillaume Poliquin: Monsieur le président, c'est une question dont la réponse change au fur et à mesure que nous connaissons mieux l'interaction de ce virus. Nous en apprenons quotidiennement sur la dynamique de la transmission, et nous devons maintenant tenir compte de la complexité supplémentaire introduite par les variants préoccupants, qui ont des propriétés différentes et des effets différents sur la transmission. Il s'agit de questions dynamiques qui continuent à être mises à jour et explorées au fur et à mesure que nous en apprenons davantage.

M. John Barlow: D'accord. Merci.

Ce que je comprends, c'est que vous disposez de ces données... En fait, je n'ai pas entendu cela aujourd'hui, mais l'Agence de la santé publique du Canada et le gouvernement du Canada — le gouvernement libéral — ont apparemment les données nécessaires pour imposer la fermeture des frontières et des restrictions de voyage et pour placer les gens en quarantaine à l'hôtel. Vous avez ces données, mais vous n'avez pas les données disponibles qui nous permettraient de dire aux Canadiens quand la vie pourra reprendre son cours normal, quand les entreprises canadiennes pourront rouvrir et quand les Canadiens pourront retourner au travail. Nous n'avons pas ces données. C'est bien ce que vous dites?

Dr Guillaume Poliquin: Monsieur le président, sur cette question, les données ne sont pas un concept figé. Nous continuons d'en apprendre davantage, de nous perfectionner dans ce domaine et de mieux comprendre la dynamique de la transmission. La modélisa-

tion qui a été publiée aujourd'hui montre un certain nombre de scénarios différents, dont un où entrent en jeu des variants préoccupants qui entraînent une hausse de 50 % de la transmissibilité au Canada. Nous constatons à partir de ces données que les mesures de santé publique sont un élément nécessaire pour parvenir à contrôler les épidémies chez nous.

M. John Barlow: Très bien. Je comprends, mais cette situation a des répercussions très réelles sur les Canadiens, et ils ont besoin de réponses.

J'ai une dernière question que je voudrais essayer de poser, monsieur le président, si j'ai le temps. Nous avons entendu aujourd'hui des points de vue très différents, selon moi. Si nous avons le meilleur accès au monde aux vaccins, ce qu'on ne cesse de nous dire — même si, en réalité, nous n'avons pas de vaccins en main, on ne cesse de nous dire que nous y avons accès — alors pourquoi rationnons-nous maintenant ces vaccins?

Nous avons entendu dire aujourd'hui que nous pourrions prolonger le délai entre la première et la seconde dose et même que nous n'aurons peut-être pas du tout besoin de cette seconde dose. Pourquoi y a-t-il un tel changement entre les renseignements que nous avons entendus au cours des dernières semaines et ceux que nous entendons aujourd'hui? Pourquoi ce changement si marqué? Si nous disposons de tous ces vaccins, pourquoi les rationner? Et pourquoi ne recevrons-nous potentiellement qu'une seule dose au lieu de deux?

Mme Kimberly Elmslie: C'est une question d'évolution de la science. C'est aussi simple que cela. Nous en apprenons davantage sur l'efficacité des vaccins. Nous en apprenons davantage sur l'efficacité d'une dose ou deux. Cette évolution est tout à fait prévisible pendant que nous observons la réaction de la population aux vaccins et l'interaction des vaccins avec notre population. Pour être tout à fait claire, c'est nous, dans le monde entier, qui apprenons grâce à la science comment utiliser les vaccins le plus efficacement possible. C'est l'objet de cette conversation.

Lorsque l'utilisation de Moderna et Pfizer a été autorisée au Canada, elle l'a été en fonction des données des essais cliniques que les entreprises ont présentées à l'autorité de réglementation. Une fois que le vaccin est utilisé dans une population, comme pour tous les vaccins, on examine alors son efficacité dans le monde réel et on commence à comprendre si la manière dont le vaccin est administré à la population peut être révisée ou non, et si les adaptations que l'on pourrait apporter présentent des avantages significatifs pour la santé publique. Si c'est le cas, on peut alors modifier son utilisation. Si on constate que les choses évoluent dans la mauvaise direction, on modifie à nouveau son utilisation. Il s'agit carrément de l'évolution de la science.

• (1705)

Le président: Merci.

La parole est maintenant à M. Fisher.

Vous avez cinq minutes.

M. Darren Fisher: Merci beaucoup, monsieur le président.

Madame Elmslie, je tiens à vous remercier d'avoir mis le doigt sur le problème. En effet, il s'agit de l'évolution de la science. Cela explique beaucoup de choses. Depuis le début, nous sommes aux prises avec une situation qui évolue rapidement. Je sais que toutes les personnes qui prennent soin des Canadiens et qui veillent à leur santé et à leur sécurité sont constamment à l'affût de nouvelles données.

Je pense que nous sommes tous d'accord, au Comité, pour dire que nous devons faire tout notre possible pour protéger les Canadiens contre la COVID, en particulier compte tenu des nouveaux variants. Un nouveau cas de COVID, c'est déjà un de trop. Je tiens à remercier tous les témoins d'aujourd'hui pour le travail qu'ils accomplissent chaque jour, car j'ai bien l'impression que cela fait partie de leur quotidien. C'est votre réalité depuis probablement un an.

Vous n'avez pas eu l'occasion de répondre à toutes les questions qui vous ont été posées. Les députés sont très pressés par le temps. Nous avons beaucoup de contraintes de temps, et vous n'avez pas pu répondre à toutes les questions. Vous avez parlé notamment de l'importance d'une approche multidimensionnelle pour contrôler et prévenir la COVID-19.

Puisque j'ai déjà commencé avec vous, madame Elmslie, je me demande si vous pourriez nous en dire davantage sur cette approche multidimensionnelle et nous expliquer comment nous devons prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des Canadiens.

Mme Kimberly Elmslie: Voilà un sujet qui me passionne. Je crois que c'est le cas pour tous les professionnels de la santé publique. Face à une épidémie, à une pandémie ou à une crise de santé publique, il faut utiliser tous les leviers dont on dispose pour interrompre la transmission et sauver des vies. Dans cette optique, quand nous parlons d'une approche multidimensionnelle, nous faisons allusion à notre trousse d'outils, qui comprend notamment des vaccins et des mesures de santé publique. Avec le temps, nous avons appris à quel point ces mesures de santé publique sont efficaces, que ce soit pour la souche sauvage du vaccin ou pour les variants. Nous savons très clairement que le port de masques, la distanciation physique et le lavage des mains — toutes ces mesures de santé publique — sont efficaces. C'est pourquoi cela fait partie intégrante de notre réponse à plusieurs volets.

Bien entendu, nous comptons aussi sur les Canadiens, et nous savons qu'ils font des sacrifices et ne ménagent aucun effort pour que nous puissions freiner la propagation de ce virus sous toutes ses formes.

La santé publique est un sport d'équipe. Nous le savons, et nous devons travailler en collaboration avec l'ensemble de la société pour nous attaquer à ce problème très complexe. Nous n'avons pas toutes les réponses et nous ne prétendons pas les avoir. Personne ne les a. Mais ce que nous faisons chaque jour, c'est obtenir plus de données, faire des analyses et essayer des choses. Parfois, il s'agit de prendre un risque et d'essayer quelque chose, puis de recueillir des données au fur et à mesure pour voir si les interventions en santé publique, fondées sur les meilleures données, fonctionnent ou non. Voilà donc la situation dans laquelle nous nous trouvons en ce moment. Il en est ainsi depuis le début de cette pandémie. Nous adopterons la même démarche dans le cadre des campagnes de vaccination en cours, tout en renforçant les mesures de santé publique et en collaborant avec les Canadiens au sein des collectivités pour qu'ils continuent à avoir confiance dans les vaccins qui sont distri-

bués et auxquels ils auront bientôt accès, à mesure que le nombre de vaccins disponibles au pays augmentera.

Je vais m'arrêter là. Je me suis sans doute un peu trop laissé emporter. Bref, je crois fermement que nous utilisons nos leviers, que nous les ajustons au besoin, que nous nous appuyons sur des données probantes et que nous les appliquons avec grande efficacité, partout au Canada, pour venir à bout de cette pandémie dévastatrice.

• (1710)

M. Darren Fisher: En tout cas, je tiens à vous remercier infiniment, vous et toutes les autres personnes qui font un travail très semblable au vôtre.

J'aimerais également profiter de l'occasion — si vous me le permettez, monsieur le président, car je sais que mon temps de parole est presque écoulé — pour remercier les responsables de la santé publique des provinces et des territoires qui, depuis un an, travaillent en équipe pour veiller à la santé et à la sécurité des Canadiens. C'est absolument incroyable. Ici, en Nouvelle-Écosse, nous avons obtenu de très bons résultats dans notre lutte contre la COVID. Bien entendu, nous avons dû prendre des mesures de santé publique assez musclées. Nous avons mobilisé la collectivité et, en somme, les Canadiens ont accepté bon nombre des suggestions faites par leurs merveilleux responsables de la santé publique dans tout le pays. Je tiens donc à les saluer tous dans les 10 dernières secondes qui me restent.

Merci beaucoup, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Fisher.

[Français]

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

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

Je voudrais dire aux témoins que les réponses qu'ils pourront nous acheminer par écrit dans les prochains jours seront tout aussi importantes que celles qu'ils peuvent nous donner aujourd'hui. C'est important qu'ils comprennent nos préoccupations.

Parmi tous les gens qui sont avec nous aujourd'hui, personne n'aurait pu, le 19 février 2020, imaginer la trame narrative de la crise que nous sommes en train de vivre. Personne n'aurait pu prétendre savoir non plus qu'on poserait autant de questions sur l'efficacité des vaccins, puisque la possibilité de créer un vaccin en aussi peu de temps n'était même pas envisagée. Il y a donc des aspects négatifs et des aspects positifs. Je vais aborder l'un de ces aspects négatifs.

Lors de l'une des réunions du Comité, j'avais demandé à la Dre Tam si, avec le recul, elle était d'avis qu'elle aurait dû recommander plus rapidement la fermeture de la frontière, qui est l'une des plus grandes sur la planète. Elle avait fini par répondre oui. Il faut toujours être modeste et humble quand on aborde une crise comme celle-là, à moins d'avoir la science infuse. L'Agence de la santé publique du Canada a donc une responsabilité quant à la gestion des frontières dans le cadre de la gestion de la pandémie ainsi qu'une responsabilité en matière de consultation et de services-conseils.

Cette semaine, la frontière terrestre était ouverte. Le Québec était inquiet au sujet de la semaine de relâche à venir et il avait demandé un resserrement des règles. Pour nous, au Québec, la semaine de relâche a été le facteur déterminant dans la propagation du virus.

Madame Evans, avez-vous colligé les problèmes liés aux postes frontaliers qui sont survenus cette semaine, notamment au bureau frontalier terrestre de Lacolle? Les avez-vous corrigés?

[Traduction]

Mme Cindy Evans: Il y a maintenant des exigences en matière de dépistage avant l'arrivée au Canada par les frontières terrestres. Ces exigences sont entrées en vigueur le 15 février, comme le député vient de le souligner.

[Français]

M. Luc Thériault: Il paraît qu'il y a de la fraude.

Le président: Je vous remercie, monsieur Thériault.

M. Luc Thériault: Je constate que vous ne semblez pas être au courant des problèmes qui sont survenus cette semaine, madame Evans. Nous pourrions vous en faire part.

Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Thériault.

Nous passons maintenant à M. Davies.

Monsieur Davies, vous avez deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci.

Plusieurs provinces ont récemment assoupli les mesures de contrôle de la COVID-19 ou envisagent de le faire, malgré la propagation des variants préoccupants partout au Canada.

L'Agence de la santé publique du Canada a-t-elle une position à ce sujet? Est-ce une bonne idée que les provinces assouplissent les mesures de contrôle alors que nous assistons à l'émergence et à la propagation des variants préoccupants?

Dr Guillaume Poliquin: Merci, monsieur le président.

C'est là une question complexe. Je vais peut-être parler de la modélisation qui a été présentée, et M. Bent aura peut-être d'autres observations à faire.

D'après notre modélisation, l'introduction des variants est un facteur qui influe sur la courbe épidémique. Nous observons que les différents degrés de maintien ou d'assouplissement des mesures de santé publique pourraient également avoir des répercussions sur la trajectoire des éclosions à contrôler.

Sur ce, j'aimerais céder la parole à M. Bent pour qu'il explique l'évolution de la situation.

• (1715)

M. Stephen Bent: Merci.

Histoire de poursuivre sur la lancée de ma collègue, Mme Elm-slie, je dirai que les mesures font effectivement partie d'une trousse d'outils. Au palier provincial et territorial, les autorités adoptent une approche régionale fondée sur le nombre de cas de COVID et les défis qui touchent certaines collectivités.

Dans une perspective d'avenir, j'imagine que cette approche sera maintenue dans le cadre de notre surveillance des taux d'infection à la COVID-19 et du nombre d'hospitalisations, ainsi que d'autres mesures de surveillance importantes qui contribuent à éclairer la prise de décisions en matière de santé publique à l'échelle provinciale, territoriale et locale pour gérer la COVID-19.

M. Don Davies: D'accord.

Nous savons que l'un des attributs de ces variants préoccupants, c'est leur transmissibilité accrue. Franchement, ce sont des virus plus infectieux. Je m'interroge sur la relation entre la transmissibilité et les conseils en matière d'équipement de protection individuelle. L'Agence de la santé publique du Canada a-t-elle des observations à faire sur la façon dont les variants peuvent avoir une incidence sur notre utilisation de l'équipement de protection individuelle? Nous savons que cela a donné du fil à retordre aux Canadiens dès le début. Je me demande s'il existe des directives que les Canadiens doivent ou devraient suivre en ce qui a trait au port de masques ou à toute autre précaution qu'ils peuvent prendre en matière d'équipement de protection individuelle.

M. Stephen Bent: De manière générale, nous savons que les mesures que nous avons mises en place fonctionnent. Les recherches et les données probantes que nous allons recueillir et continuer à utiliser nous aideront à fournir des conseils aux Canadiens sur la manière d'adapter les mesures que nous avons instaurées.

En ce qui concerne le port de masques, nous continuons à revoir les conseils que nous prodiguons aux Canadiens. C'est ce que nous avons fait récemment. Nous continuons à surveiller le travail qui se fait dans d'autres pays et dans le milieu de la recherche. Pour ce qui est des masques, nous sommes toujours d'avis qu'un masque non médical à plusieurs couches, y compris une couche filtrante, demeure une approche très efficace et très utile pour réduire la propagation de la COVID-19.

Comme je l'ai mentionné, nous continuons à surveiller les activités qui sont menées ailleurs dans le monde. À la lumière des données probantes dont nous disposons aujourd'hui, nous estimons toujours que, dans le contexte des variants préoccupants, les recommandations actuelles concernant le port de masques restent pertinentes.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Voilà qui conclut le quatrième tour. Nous avons dépassé de beaucoup les deux heures que nous avions proposées pour cette réunion.

Je me demande si le Comité souhaite lever la séance à ce stade-ci.

M. Tony Van Bynen: J'en fais la proposition, monsieur le président.

Le président: Cela semble être la volonté du Comité. Je vous remercie tous.

Merci à nos témoins d'avoir été des nôtres aujourd'hui et d'avoir fait preuve de patience, malgré tous les retards que nous avons subis plus tôt. Je vous remercie de vos témoignages.

Merci à tous. Nous nous reverrons la semaine prochaine.

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>