



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 019

Le lundi 2 mai 2022

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le lundi 2 mai 2022

• (1600)

[Traduction]

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

Bienvenue à la 19^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Aujourd'hui, nous nous réunissons pendant deux heures pour entendre des témoins dans le cadre de notre étude sur la situation d'urgence à laquelle les Canadiens font face avec la pandémie de la COVID-19. Avant de présenter les témoins d'aujourd'hui, j'aimerais faire quelques rappels sur les réunions hybrides.

La réunion d'aujourd'hui se déroule en format hybride, conformément à l'ordre de la Chambre du 25 novembre 2021. Conformément à la directive du Bureau de régie interne du 10 mars 2022, toutes les personnes qui assistent à la réunion en personne doivent porter un masque, à l'exception des députés qui sont à leur place pendant les délibérations.

Je sais que la plupart — sinon la totalité — de nos témoins ont déjà comparu devant le Comité auparavant. Vous connaissez donc très bien certaines des directives habituelles.

Veuillez attendre que je vous reconnaisse par votre nom avant de prendre la parole. Tous les témoins d'aujourd'hui comparaissent par vidéoconférence. Veuillez cliquer sur l'icône du microphone pour l'activer, et mettez-le en sourdine lorsque vous ne parlez pas. L'interprétation est offerte. Au bas de votre écran, vous avez le choix entre le parquet, l'anglais ou le français. Je tiens à vous rappeler que vous devez vous abstenir de faire des captures d'écran ou de prendre des photos de votre écran. Bien entendu, toutes les délibérations d'aujourd'hui seront diffusées sur le site Web de la Chambre des communes.

J'aimerais informer les membres du Comité que, conformément à notre motion de régie interne, tous les témoins ont effectué les essais de connexion requis avant la réunion.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue aux représentants de l'Agence de la santé publique du Canada qui sont avec nous aujourd'hui. Il s'agit du Dr Harpreet Kochhar, président, de la Dre Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique, du Dr Howard Njoo, sous-administrateur en chef de la santé publique et vice-président par intérim, Direction générale des programmes des maladies infectieuses, de Cindy Evans, vice-présidente, Direction générale de la gestion des mesures d'urgence, de Stephen Bent, vice-président par intérim, Groupe de travail sur la vaccination contre la COVID-19 et de Jennifer Lutfallah, vice-présidente, Direction générale de la sécurité de la santé et des opérations régionales.

Je vous remercie tous de votre travail. Je vous remercie également de votre présence.

Docteur Kochhar, je crois comprendre que vous ferez une déclaration préliminaire. Si je comprends bien, vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

Bienvenue au Comité.

Dr Harpreet S. Kochhar (président, Agence de la santé publique du Canada): Je vous remercie, monsieur le président.

Merci d'avoir invité des représentants de l'Agence de la santé publique du Canada à faire le point sur la pandémie de COVID-19.

Nous sommes heureux d'être ici. Aujourd'hui, je suis accompagné de la Dre Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique et du Dr Howard Njoo, sous-administrateur en chef de la santé publique. Je suis également accompagné de Mme Cindy Evans, vice-présidente, Direction générale de la gestion des mesures d'urgence, de Stephen Bent, vice-président par intérim, Groupe de travail sur la vaccination contre la COVID-19 et de Mme Jennifer Lutfallah, vice-présidente, Direction générale de la sécurité de la santé et des opérations régionales.

Depuis la dernière mise à jour présentée au Comité, d'importants changements sont survenus partout au pays. Cependant, une chose n'a pas changé, et c'est que la COVID-19 est toujours largement répandue. L'incidence de la maladie demeure élevée au Canada, et le sous-variant BA.2 représente maintenant plus de 90 % des variants séquencés. Toutefois, certains signes semblent indiquer que la transmission atteindra bientôt un sommet dans certaines administrations.

Nous nous attendons à d'autres variations au cours des prochains mois, mais le maintien d'une stratégie combinant la vaccination à d'autres mesures peut assurer une meilleure protection à l'avenir. On parle ici de continuer à prendre des précautions individuelles, comme porter un masque, améliorer la ventilation et rester chez soi en cas de symptômes ou de résultat positif à un test de dépistage. Cela signifie aussi qu'il faut maintenir une bonne protection de base contre les formes graves de la maladie en recevant toutes les doses de vaccin contre la COVID-19, y compris les doses de rappel. C'est donc un moment crucial pour nous assurer que nous et nos proches sommes à jour en ce qui concerne la vaccination systématique et pour rattraper les vaccins qui ont été manqués ou retardés pendant la pandémie, car ces vaccins nous aident à rester en bonne santé de l'enfance à l'adolescence et pendant l'âge adulte.

Au total, en janvier 2022, plus de 74 millions de doses de vaccin contre la COVID-19 avaient été administrées au Canada. Je suis heureux d'annoncer que ce nombre s'élève maintenant à plus de 83 millions de doses. À l'échelle nationale, plus de 89 % des personnes admissibles au Canada, c'est-à-dire les personnes âgées de cinq ans et plus, ont reçu au moins une dose d'un vaccin contre la COVID-19. Environ 81 % de la population a reçu deux doses de vaccin et en date du 29 avril, plus de 18 millions de Canadiens ont reçu une dose de rappel.

À l'heure actuelle, le Comité consultatif national de l'immunisation recommande fortement une première dose de rappel chez les adultes de 18 ans et plus et chez les adolescents de 12 à 17 ans qui sont le plus à risque de conséquences graves ou d'exposition.

De plus, le CCNI recommande qu'une première dose de rappel puisse désormais être offerte à toute personne âgée de 12 ans et plus dans un contexte de risque épidémiologique accru. Le CCNI recommande également que les deuxièmes doses de rappel soient rapidement déployées et qu'on donne la priorité aux personnes qui sont susceptibles d'en bénéficier le plus, c'est-à-dire les résidents des établissements de soins de longue durée ou d'autres milieux de vie collectifs pour personnes âgées, ainsi que les adultes de 80 ans et plus vivant dans la collectivité. En ce moment, le Canada dispose de suffisamment de doses de rappel de vaccin à ARNm pour tous les Canadiens admissibles.

Les perspectives internationales de la COVID-19 ont évolué. Notre approche à la frontière aussi. La dernière fois que j'ai comparé devant le Comité, toutes les personnes qui venaient au Canada devaient se soumettre à un test de dépistage de la COVID-19 avant d'arriver à la frontière. Toutefois, le 28 février dernier, nous avons élargi les options relatives à l'exigence de tests préalables à l'entrée au Canada. Puis, le 1^{er} avril, nous avons éliminé cette exigence pour les voyageurs entièrement vaccinés et le 25 avril, nous avons éliminé l'exigence relative aux tests de dépistage préalables à l'entrée pour les enfants non vaccinés ou partiellement vaccinés de 5 à 11 ans qui sont en compagnie d'un parent, d'un beau-parent, d'un grand-parent, d'un gardien ou d'un tuteur entièrement vacciné. Les tests de dépistage préalables à l'entrée au Canada demeurent toutefois requis pour les voyageurs partiellement vaccinés ou non vaccinés de 12 ans et plus.

Nous continuons de surveiller nos frontières et d'évaluer les risques. De plus, nos mesures demeurent souples et adaptables, afin de pouvoir faire face à de futurs scénarios.

[Français]

Nous sommes à un tournant de la pandémie. Nous passons à une gestion durable. Les progrès ne seront peut-être pas linéaires. En même temps, nous nous préparons à de futures vagues et à la pire des éventualités.

J'encourage tout le monde à maintenir à jour sa vaccination contre la COVID-19, y compris à recevoir une dose de rappel.

• (1605)

Il faut être conscient des risques dans sa communauté et continuer à suivre des pratiques de protection individuelle, comme porter un masque et rester chez soi en cas de maladie.

Combinées, ces mesures contribueront à nous protéger pour la suite des choses.

[Traduction]

Le président: Je vous remercie beaucoup, docteur Kochhar.

Nous allons maintenant commencer les séries de questions. Nous entendrons d'abord les conservateurs. M. Barrett a la parole. Il a six minutes.

M. Michael Barrett (Leeds—Grenville—Thousand Islands et Rideau Lakes, PCC): Je vous remercie beaucoup, monsieur le président.

Je remercie tous les représentants de l'Agence de la santé publique du Canada qui sont ici aujourd'hui.

Je vous remercie, docteur Kochhar, de votre déclaration préliminaire. Vous avez parlé de la modification aux exigences d'entrée qui est récemment entrée en vigueur. J'aimerais savoir s'il existe des documents à cet égard, par exemple un schéma de décision ou des points de référence établis qui ont été utilisés pour arriver à cette décision et qui serviront à orienter les décisions futures.

Docteur Kochhar, si de tels documents existent, seriez-vous en mesure de les faire parvenir au Comité?

Dr Harpreet S. Kochhar: Nous continuons de surveiller l'épidémiologie, le taux de vaccination au Canada et les outils dont nous disposons — par exemple, l'offre de produits thérapeutiques comme le Paxlovid — et tous ces éléments sont pris en considération lorsque nous assouplissons nos mesures frontalières. Ce sont les éléments dont nous tenons compte lorsque nous modifions notre position à la frontière.

M. Michael Barrett: Je vous remercie, docteur, de votre réponse. Je vais laisser la question ouverte, monsieur. Après votre comparaison d'aujourd'hui, si vous ou votre personnel pensez qu'il existe des documents qui seraient utiles pour informer le Comité et les Canadiens au sujet de ce processus de prise de décisions et qui pourraient fournir un peu plus de précisions à cet égard, je vous invite à les faire parvenir au Comité.

Plus de deux ans après le début de la pandémie, les exigences en matière de tests pour les voyages internationaux sont toujours en vigueur. Cela a créé de sérieux goulots d'étranglement dans les plus grands aéroports du Canada, notamment d'importantes retenues d'avion à la porte d'embarquement et des retards dans le débarquement des passagers. Cela mine la capacité du Canada à attirer des touristes, ce qui a des répercussions en aval sur les relations commerciales et les relations en matière d'investissements avec d'autres pays, nos alliés et nos partenaires.

Que fait l'Agence de la santé publique du Canada pour mettre à jour ou supprimer les anciens processus à la frontière, notamment les tests aux arrivées internationales, afin de veiller à ce que ces arriérés ne se produisent pas pendant la haute saison touristique estivale et par la suite? Il y a certainement des arriérés à l'heure actuelle.

Dr Harpreet S. Kochhar: Monsieur le président, j'invite ma collègue Jennifer Lutfallah à répondre à cette question, car elle gère les activités à la frontière.

Mme Jennifer Lutfallah (vice-présidente, Direction générale de la sécurité de la santé et des opérations régionales, Agence de la santé publique du Canada): Nous sommes conscients des retenues à la porte qui se sont produites dans tout le pays. Un certain nombre de facteurs contribuent à ces retenues. En ce qui concerne votre question sur les tests, comme vous le savez, nous sommes passés à un système de sélection aléatoire, ce qui a permis de réduire considérablement le nombre de personnes soumises à des tests dans les aéroports, ce qui réduit le nombre de personnes dans ces aéroports. Les personnes non vaccinées, comme vous le savez, continuent de se soumettre à des tests dans le cadre de notre programme de dépistage à la frontière.

D'après ce que je comprends, il y a encore des personnes qui n'ont pas rempli le formulaire ArriveCAN, et ces personnes sont donc renvoyées à l'ASPC, ce qui crée des goulots d'étranglement, en quelque sorte, dans ces aéroports.

Nous travaillons avec nos partenaires fédéraux, ainsi qu'avec les autorités aéroportuaires et les transporteurs aériens, pour veiller à ce que ces personnes remplissent leur formulaire ArriveCAN avant l'embarquement, ce qui réduira le nombre de personnes dans les aéroports. Nous espérons que ces mesures, ainsi que d'autres mesures que nous continuons d'évaluer avec l'ASFC et Transports Canada, nous permettront d'être prêts pour la période estivale.

M. Michael Barrett: Je vous remercie, monsieur le président, et je remercie la témoin de sa réponse.

En plus de ralentir l'arrivée des voyageurs, nous avons également vu apparaître des preuves que ce type de test de dépistage à l'arrivée n'est pas efficace. En effet, je constate que peu de pays continuent d'utiliser les tests à l'arrivée. Je vais poser deux questions, car il ne me reste qu'une minute et demie.

Pourquoi l'ASPC continue-t-elle d'utiliser cette méthode? Les contrôles sont importants, mais pourquoi continuons-nous d'utiliser cette méthode dans les plus grands aéroports du Canada? Deuxièmement, les tests sur les eaux usées constituent un meilleur outil d'alerte précoce que les tests à l'arrivée et j'aimerais donc savoir si l'ASPC prend des mesures pour élargir l'utilisation de la surveillance des eaux usées.

• (1610)

Dr Harpreet S. Kochhar: Permettez-moi d'abord de mentionner que les tests après l'arrivée sont en fait un outil très important pour nous permettre de surveiller la prévalence de la COVID-19 chez les voyageurs entièrement vaccinés qui arrivent, et en particulier pour surveiller les nouveaux variants qui pourraient être préoccupants, car c'est ainsi que nous les suivons et que nous pouvons prendre des mesures. De plus, nous identifions les voyageurs pour lesquels des activités de vérification de la conformité et de l'application de la loi sont requises. Donc, s'ils ne sont pas adéquatement vaccinés, ils sont envoyés à l'IQD ou ils doivent faire un test le 1^{er} jour et le 8^e jour. C'est un élément important pour nous et nos programmes.

Le test des eaux usées est un outil que nous avons utilisé dans les villes, où nous utilisons beaucoup d'autres méthodes. Les grandes villes ont été en mesure de tester leurs eaux usées et de nous donner un signal d'alerte précoce sur ce qui circule dans ces collectivités. Par conséquent, les choix individuels et l'offre des outils au sein de la collectivité peuvent être améliorés, par exemple en veillant à ce que le masque soit utilisé ou à ce que les gens prennent des précautions particulières lorsqu'ils se rendent dans un environnement cu-

mulatif. Mais les eaux usées continuent de faire partie de notre boîte à outils.

Le président: Je vous remercie, docteur Kochhar et je vous remercie également, monsieur Barrett.

La parole est maintenant à Mme Sidhu. Elle a six minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie également tous les témoins d'être ici aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à la Dre Tam.

Docteur Tam, cette pandémie a eu des répercussions importantes sur la santé mentale de toute la population. Par exemple, les personnes âgées sont isolées sur le plan social et les jeunes sont également touchés. Comment pouvons-nous mieux aborder la question de la santé mentale des Canadiens, en particulier dans certaines populations vulnérables?

Dre Theresa Tam (administratrice en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Monsieur le président, je remercie la députée de sa question.

C'est une question extrêmement importante, car la santé mentale est manifestement très importante. La santé générale de la population — même avant la pandémie — est une question que nous devons aborder de façon plus concertée, mais la pandémie a eu un impact très important sur la santé mentale de nombreuses populations, et pas seulement parce que les gens s'inquiètent au sujet du virus. Ces répercussions sont aggravées par l'impact des perturbations sur notre vie, notre routine de travail, les difficultés financières, l'isolement social, la peine et le deuil causés par la perte d'être chers, et l'accès réduit aux services et aux soutiens offerts.

Ces répercussions ont été particulièrement graves pour certains groupes, notamment les travailleurs de la santé de première ligne dont l'état de santé mentale s'est détérioré pendant la pandémie, les Canadiens racialisés et d'autres qui ont été touchés par les déterminants sociaux de la santé et l'accès inéquitable aux services. Je pense qu'il s'agit d'un problème important, tout comme la crise de surdose d'opioïdes et d'autres substances, qui se déroule en parallèle et qui ne fait que s'aggraver.

La réponse à cette situation doit comporter plusieurs volets. À cet égard, nous avons quelques nouvelles approches novatrices qui, selon moi, permettront d'améliorer les résultats en matière de santé mentale pendant la pandémie et par la suite. Par exemple, la plateforme Espace mieux-être Canada et l'application Mieux-être ont permis à de nombreux Canadiens, y compris des jeunes, d'avoir accès à des services en temps réel par l'entremise de ce qu'on appelle les « soins par étapes », dans le cadre d'une série de mesures. Je crois que le budget de 2021 prévoyait un financement, soit 10 millions de dollars sur trois ans, pour aider l'Agence de la santé publique à soutenir des projets qui visent à promouvoir la santé mentale, surtout auprès des personnes les plus touchées par la pandémie.

Comme je l'ai dit, puisque les travailleurs de la santé et les fournisseurs de services essentiels de première ligne ont été gravement touchés par le trouble de stress post-traumatique et les traumatismes, on a prévu 50 millions de dollars sur deux ans, à compter de 2021. Ces projets commencent au printemps — du moins je l'espère. Nous sommes maintenant au printemps, et nous voulons donc être en mesure d'examiner comment ces divers programmes peuvent soutenir nos travailleurs de première ligne qui ont été touchés et qui sont épuisés.

Bien entendu, on a grandement investi dans Jeunesse, J'écoute, la ligne d'aide téléphonique pour les jeunes. On a également augmenté la capacité des centres de crise et un financement supplémentaire a été accordé au Service canadien de prévention du suicide.

• (1615)

Mme Sonia Sidhu: Je vous remercie, docteur Tam. Ma prochaine question porte sur la vaccination.

Les données montrent qu'il existe toujours des lacunes dans la couverture de la vaccination contre la COVID-19. Le ministre de la Santé a récemment rendu visite au médecin hygiéniste, le Dr Lawrence Loh, à Peel, et nous avons discuté de la façon de continuer à encourager les Canadiens à se faire vacciner.

Selon vous, comment pouvons-nous continuer à encourager les Canadiens à se faire vacciner contre la COVID-19?

Dre Theresa Tam: Merci pour la question.

Les vaccins restent la pièce maîtresse de la lutte contre la COVID-19, et il importe vraiment de continuer à encourager l'injection des deux premières doses mais, également des doses de rappel, maintenant, pour mettre à jour la protection vaccinale.

On peut expliquer différemment les raisons pour lesquelles, par exemple, moins de gens ont reçu de doses de rappel que les deux premières. Il faut mieux le comprendre et mieux répondre au phénomène. Je suis convaincue que, sur le terrain, dans la municipalité régionale de Peel, certains services locaux de santé évoqueront les différentes difficultés éprouvées par différents groupes démographiques.

Il est certain qu'on se défie des décideurs, des fonctionnaires de la santé publique et de l'État dans certains groupes qui ont été victimes d'injustices. Il y a la confiance excessive dans l'efficacité de seulement deux doses, quand nous savons que l'arrivée du variant omicron oblige à actualiser sa protection par la dose de rappel, quand on y est admissible. La commodité et l'accès restent un problème pour beaucoup, ce qui a amené les autorités sanitaires locales à employer de nombreuses mesures pour améliorer l'accès, par des cliniques mobiles ou le recours à des pharmaciens... j'en profite pour remercier les pharmaciens de leur appui à la vaccination.

La diversité de l'information et la désinformation n'aident en rien. Un facteur vraiment important est de faire circuler des renseignements crédibles avec le concours des dispensateurs des soins de santé, et c'est ce qu'a fait le service de santé publique pour bien conseiller les clients des dispensateurs.

En raison de la crise de confiance, nous avons essayé de revêtir d'une certaine autorité les notables de la communauté, y compris les chefs spirituels et d'autres dignitaires de confiance pour augmenter le taux de vaccination. Il faut faire feu de tout bois, tout comme pour les deux premières doses.

Je vous rappelle que si, récemment, vous avez eu la COVID, vous pouvez vous faire vacciner, conformément aux recommandations, mais vous attendez trois mois avant de recevoir la dose de rappel. Le virus omicron risque de ne pas fournir, à lui seul, une protection constante contre une infection ultérieure. C'est donc, également, une question de confiance.

On pourrait augmenter le taux de vaccination des enfants de cinq à onze ans. Que les parents se rassurent: plus de 3 millions de doses ont été injectées à de petits Canadiens, et aucun voyant n'est passé au rouge. Dans le monde entier, beaucoup d'enfants ont été vaccinés. Nous encourageons donc les parents à trouver des réponses à leurs questions et à faire vacciner leurs enfants.

Le président: Je remercie la Dre Tam et Mme Sidhu.

[Français]

C'est maintenant le tour de M. Garon.

Monsieur Garon, vous avez la parole.

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

Je remercie nos invités de leur présence.

Docteur Tam, en ce qui a trait à la réaction des gens à l'égard des vaccins, la situation a bien évolué. Il semble y avoir beaucoup plus de confusion qu'avant. Les gens pensent que chaque dose de rappel sera la dernière. Ils pensaient que la première dose de rappel serait suffisante et ils sont souvent surpris d'en avoir besoin d'une troisième et d'une quatrième. Aujourd'hui...

Le président: Monsieur Garon, je suis désolé de vous interrompre.

• (1620)

[Traduction]

Chers collègues, nous entendons le timbre. Nous sommes tenus de suspendre la réunion, sauf s'il y a consentement unanime pour le faire pendant une période donnée. Que plaît-il au Comité de faire?

M. Michael Barrett: Monsieur le président, je propose de terminer le premier tour.

Le président: Très bien. Ce qui signifie MM. Garon et Davies.

Est-ce acceptable? Tout le monde est-il d'accord pour attendre le fin de l'intervention de M. Davies?

Des députés: D'accord.

Le président: Merci.

[Français]

Vous pouvez recommencer, monsieur Garon.

M. Jean-Denis Garon: Quand on discute avec les gens, qu'on consulte les médias et qu'on observe les attitudes des gens vis-à-vis de la vaccination, on se rend compte que les gens sont de plus en plus confus. Ils pensaient qu'une dose de rappel serait suffisante et ils sont surpris d'en avoir besoin d'une troisième et d'une quatrième.

Aujourd'hui, on assiste à une baisse de confiance chez plusieurs Québécois et Canadiens, et chacun en vient à développer sa propre théorie en lien avec la durée et l'efficacité des vaccins, entre autres.

Que pourrait-on faire pour améliorer la communication scientifique? Que fait-on présentement?

Ne serait-il pas approprié, par exemple, d'annoncer à l'avance aux Canadiens et aux Québécois à quelle fréquence ils vont devoir recevoir une dose de rappel?

Quel travail l'Agence de la santé publique du Canada fait-elle quant à ce type de communication?

[Traduction]

Dre Theresa Tam: Monsieur le président, je vais répondre.

La question est très importante. Bien sûr, nous en apprenons graduellement davantage sur le virus et les vaccins. La durée de protection que procurait le vaccin, que nous avons considérée comme excellente après les deux premières doses, a vraiment diminué à l'apparition du variant Omicron. Le virus subit lui-même des modifications.

Il importe vraiment de communiquer aux Canadiens des renseignements actualisés, dès que nous les détenons. Santé Canada, dans son autorisation de vaccins, y compris de rappel, et le Comité consultatif national de l'immunisation s'occuperont d'adapter les recommandations à l'augmentation des connaissances.

C'est ce qui s'est passé, et les Canadiens ont retrouvé leurs manches pour les deux premières doses. On semble mieux comprendre l'importance des vaccins de rappel, et tous les médecins-chefs et le Comité consultatif national de l'immunisation ont encore publiquement recommandé le vaccin de rappel aux plus de 17 ans, compte tenu des éléments de preuve changeants; et l'attente de trois mois, même si on a été infecté, avant le vaccin de rappel. Ce message est beaucoup plus clair, à mon avis, que lorsqu'on était encore en train d'apprendre à connaître les répercussions du variant Omicron et des doses de rappel.

Le message est maintenant très clair, et j'espère que tous les Canadiens recevront le vaccin de rappel, mais l'apprentissage ne cesse jamais. Nous nous préparons à une éventuelle réapparition de différents variants et nous devons vérifier l'efficacité des vaccins contre ceux qui apparaissent. On ne peut rien savoir d'avance. Nous devons également nous préparer, pour l'automne et l'hiver, à une saison de maladies respiratoires pendant laquelle, les Canadiens devraient se le rappeler, les gouvernements recommanderont peut-être aussi des doses supplémentaires.

Le plus important est de maintenir ouvertes les voies de communication et, comme je l'ai dit, de donner les moyens aux dispensateurs de soins et aux autres personnalités de confiance pour qu'ils communiquent des renseignements crédibles.

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Merci beaucoup, docteur Tam.

Parlons d'un autre aspect de la situation. On voit l'été arriver, on voit le tourisme recommencer, on voit le flot de voyageurs recommencer à augmenter. C'est très bien. Nous en sommes contents pour nos régions et pour notre économie. Cependant, on sait que toutes les questions de restrictions sanitaires, qui relèvent évidemment des provinces, ont parfois érodé la cohésion sociale, alors on est un peu plus réticent à imposer de nouvelles restrictions.

Quelles sont vos prévisions sur la trajectoire de la pandémie? Je sais que vous n'avez pas de boule de cristal, mais je voudrais savoir comment vous entrevoyez les mois d'été et d'automne qui s'en viennent.

[Traduction]

Dre Theresa Tam: Nous, ainsi que d'autres médecins-chefs, avons qualifié cette période de transitoire. J'espère que la phase aiguë extrême, la phase critique de la pandémie, est derrière nous, mais nous nous dirigeons vers un état de plus grande stabilité. Comme nous n'y sommes pas encore, nous ne pouvons pas encore prédire le moment de l'arrivée des vagues ni la nature des variants à venir.

Il se peut que ce virus soit saisonnier, qu'il fluctue comme celui de la grippe, mais nous l'ignorons. Nous devons maintenir notre surveillance et nos voies d'information, comme je l'ai dit, durant tout l'automne et tout l'hiver prochains, après quoi nous pourrions faire le bilan.

Mais, grâce à la bonne couverture vaccinale, dans l'ensemble — bien sûr, les vaccins de rappel restent nécessaires —, le degré d'immunité est élevé. Vous avez peut-être vu certains des résultats postérieurs à la vague Omicron, qui révèlent que, à l'échelle du globe et dans notre pays on constate une augmentation du degré d'immunité de la population. C'est de bon augure pour le non-confinement de notre société.

Désormais, l'important est l'état de préparation. Tenez-vous prêts. Préparez-vous à l'apparition d'un variant désagréable qui, non seulement, sera très contagieux, mais qui pourra aussi avoir des effets très graves. Préparez-vous à cette possibilité. Je pense que, actuellement, nous avons de meilleures chances de revenir partiellement à la normale.

Les Canadiens qui ont retenu toutes ces excellentes mesures de santé publique, de protection personnelle, devraient songer à les maintenir, pour se protéger, non seulement contre la COVID-19, mais contre le virus de la grippe et d'autres virus des voies respiratoires, qui sont de retour. Il s'agit d'acquiescer des habitudes personnelles pour réduire la nécessité d'appliquer des mesures de santé publique de plus en plus contraignantes pour la liberté.

• (1625)

[Français]

Le président: Je vous remercie, monsieur Garon.

[Traduction]

Monsieur Davies, vous disposez de six minutes.

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

Je remercie les témoins d'être des nôtres.

Docteur Tam, le 12 avril, il y a un peu plus de deux semaines, vous avez dit:

Ça dépend de l'endroit, mais, effectivement, on peut dire que le Canada est dans la sixième vague, en général... Partout, on a observé une augmentation du nombre de cas de COVID-19.

Docteur Tam, d'après vous, avons-nous atteint le stade endémique de la COVID-19?

Dre Theresa Tam: Non. Dans ma dernière réponse, j'ai dit que nous étions dans une transition. En temps d'endémie, le phénomène est plus prévisible, si vous préférez. Nous n'y sommes pas encore. Nous devons donc être prudents.

Nous sommes toujours dans la sixième vague du variant BA.2.

M. Don Davies: Merci, docteur.

D'après vous, est-il prématuré de mettre fin à l'obligation fédérale du port du masque?

Dre Theresa Tam: Ce n'est pas à moi d'en décider. J'encourage tout le monde, obligation ou pas, à continuer de porter le masque à l'intérieur, quand on n'est pas en présence de personnes qui font partie de la même bulle familiale.

M. Don Davies: Si vous permettez, vous êtes bien l'administratrice en chef de la santé publique du Canada. Si vous, vous l'ignorez, à qui est-ce que je peux poser la question? Alors je vous la repose.

Est-il prématuré de mettre fin à l'obligation fédérale du port du masque? Vous pouvez répondre *oui, non* ou *je ne sais pas*.

Dre Theresa Tam: Au maximum de la sixième vague, non, je ne crois pas que nous devions mettre fin au port du masque.

M. Don Davies: Merci, docteur.

Dans l'actualisation la plus récente de l'Agence de la santé publique du Canada sur l'épidémiologie et la modélisation de la COVID, publiée le 1^{er} avril, il y a un mois, on donnait un aperçu d'un scénario réaliste pour l'avenir, défini par une transmission continue, interrompue par des vagues intermittentes, ainsi qu'un scénario pessimiste, celui de l'apparition d'un virus sévère, échappant à la réponse immunitaire de l'hôte, auquel, je crois, vous avez fait allusion.

D'après vous, quelle est la probabilité du scénario pessimiste?

Dre Theresa Tam: Impossible de le prédire, parce que, selon ce scénario, le virus peut passer plus ou moins sous le radar, peut-être en se développant dans un hôte immunodéficient...

M. Don Davies: Docteur Tam, permettez que je clarifie ma question. Je sais que c'est imprévisible, mais je me demande...

C'est votre modélisation. L'Agence de santé publique l'a-t-elle chiffrée ou quantifiée, dans une certaine mesure, ou n'avez-vous absolument aucune idée?

J'essaie seulement de découvrir si l'Agence a fait des projections de son éventuelle probabilité.

Dre Theresa Tam: Je ne crois pas que nous connaissions la probabilité, et ce n'est pas de la modélisation. C'est de la planification de scénarios dans un dessein de clarification. Il faut tenir compte des deux scénarios. Nous ne savons vraiment rien, mais ça pourrait incontestablement survenir, et nous devons nous y préparer.

M. Don Davies: Merci.

Au début du mois, Santé Canada a confirmé la péremption, depuis janvier, de près de 1,5 million de doses de vaccins anti-COVID-19 conservées dans nos stocks nationaux. Au début de la pandémie, nous avons éprouvé un problème en raison de l'équipement de protection individuelle également périmé.

Comme le Canada n'a donné que 14,2 millions de doses excédentaires de vaccins sur les 50 millions promises à COVAX pour avant la fin de l'année, pourquoi les avons-nous laissées se périmer?

• (1630)

M. Stephen Bent (vice-président par intérim, Groupe de travail sur la vaccination contre la Covid-19, Agence de la santé publique du Canada): Monsieur le président, je peux répondre à la question.

L'Agence de la santé publique du Canada travaille en collaboration très étroite avec les provinces et les territoires pour harmoniser les stratégies d'acquisition et d'affectation avec leurs besoins et demandes. Le Canada s'efforce ensuite d'offrir à l'étranger les éventuelles doses excédentaires à ses besoins par l'entremise de COVAX, si leur durée de conservation est suffisante.

Le Canada s'est engagé à donner l'équivalent de 200 millions de doses à COVAX d'ici la fin de 2022. La priorité ira au placement de doses par COVAX, mais le Canada prendra d'autres moyens, notamment des dons multilatéraux et, s'il le faut, bilatéraux, pour assurer la livraison des vaccins à ceux qui en ont le plus besoin.

Nous collaborons aussi avec COVAX...

M. Don Davies: Ne le prenez pas mal, mais j'ai peu de temps. Si vous ne répondez pas à ma question, je préfère que vous me préveniez.

J'ai demandé pourquoi on avait laissé se périmer 1,5 million de doses, et non quelles dispositions nous avons prises avec les provinces ou COVAX.

M. Stephen Bent: Nous collaborons très étroitement avec Affaires mondiales Canada et des organismes internationaux comme COVAX pour débloquer les doses dès que nous le pouvons, pour qu'elles servent dans d'autres pays qui en auraient besoin. Nous en avons offert à COVAX, qui cherche des pays où les placer. Faute d'en trouver d'admissibles, nous conservons les doses jusqu'à leur péremption.

M. Don Davies: Comme vous dites, aucun pays admissible n'a été trouvé pour le Canada. Nous avons donc choisi d'en laisser se périmer 1,5 million, faute de trouver un pays qui en aurait besoin? Est-ce bien votre réponse?

M. Stephen Bent: Je proposerais de poursuivre la collaboration avec COVAX pour trouver d'éventuels preneurs et un délai de réponse aussi long que possible.

M. Don Davies: Merci.

Docteur Kochhar, vous avez parlé d'actualisation et donné un exemple du vaccin antigrippal. Je suis curieux d'en savoir davantage sur l'efficacité d'un troisième ou même d'un quatrième vaccin de rappel. Aidez-moi à comprendre et pardonnez mon ignorance si je comprends mal.

Les vaccins à ARNm ont été créés pour réagir à la protéine du spicule du premier variant de la COVID-19, Alpha. Des variants échappent par mutation à la réponse immunitaire de l'hôte. Par définition, ils divergent de ce premier variant. Nous sommes ainsi passés aux variants Bêta, Delta, Gamma, Omicron, et autres.

Aidez-moi à comprendre comment un vaccin de rappel, qui stimule les anticorps pour reconnaître la protéine originelle du spicule du variant Alpha peut aider à provoquer une immunité efficace contre un virus qui a sensiblement changé depuis le début?

Le président: Docteur Tam, le temps de monsieur Davies est écoulé, mais pourriez-vous répondre brièvement? Sinon, peut-être pourriez-vous répondre par écrit, mais veuillez prendre quelques secondes, s'il vous plaît.

Dre Theresa Tam: Oui, je prends cette question.

Malgré les modifications subies par la protéine du spicule chez différents variants, jusqu'à Omicron, deux doses de vaccins ont conservé une excellente efficacité vaccinale contre les principaux variants, malgré notre surveillance de la diminution de l'immunité. À l'arrivée du variant Omicron, même s'il semblait sensiblement différent du Delta et des variants antérieurs, d'après nos estimations de l'efficacité des vaccins, un vaccin de rappel procurait au moins une fourchette de protection initiale de 60 % contre l'infection et la maladie symptomatique, et plus de 90 % d'efficacité vaccinale contre une forme grave, grâce à la troisième dose. Ça pourrait diminuer au cours du temps, mais il n'y a pas lieu de déchanter.

Le président: Merci, docteur Tam.

Je suspends les travaux pour la durée du vote. Nous nous revoions après.

• (1630) _____ (Pause) _____

• (1710)

Le président: Nous reprenons.

Merci à tous, et merci à nos témoins de leur patience.

Nous allons poursuivre nos travaux jusqu'à probablement 18 heures, à moins que le Comité adopte une motion d'ajournement.

Il nous reste environ 45 minutes, et nous allons reprendre les questions. La prochaine personne à poser des questions est M. Ellis, du Parti conservateur, qui dispose de cinq minutes.

Vous avez la parole, monsieur Ellis.

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

Je remercie les témoins de leur patience malgré les manigances du gouvernement — malheureusement.

Cela étant dit, je vais entrer dans le vif du sujet.

Par l'entremise du président, docteur Tam, je me pose une question. En ce qui concerne certaines des questions qui ont été posées précédemment, serait-il dans l'intérêt de l'ASPC...? Pourriez-vous soumettre un arbre décisionnel indiquant les personnes qui prendraient les décisions à l'Agence de la santé publique du Canada? Nous avons eu de la difficulté à comprendre qui prend les décisions. Si vous pouviez nous soumettre cela sous une forme simple, ce serait excellent.

Deuxièmement, serait-il juste de dire que c'est le premier ministre qui prend la décision définitive en ce qui concerne les obligations vaccinales fédérales? C'est un simple oui ou non, madame.

Dre Theresa Tam: Ce serait une décision du Cabinet.

M. Stephen Ellis: C'est une décision du Cabinet. Bon, d'accord.

Comme je l'ai dit, j'aimerais bien voir votre arbre décisionnel en une page. Ce serait formidable si vous pouviez nous l'envoyer.

En ce qui concerne l'obligation vaccinale qui vise les employés fédéraux, et les employés qui ne sont pas vaccinés, j'essaie de comprendre les critères et les mesures que vous utiliserez. Nous avons posé cette question plusieurs fois.

Concentrons-nous plus particulièrement sur les employés fédéraux non vaccinés. Il pourrait s'agir d'un scientifique fédéral qui travaille seul. Quel mal y aurait-il, s'il travaille seul? Je n'en vois au-

cun. Deuxièmement, quels sont les repères et les paramètres que vous allez utiliser pour permettre à ces personnes non immunisées de retourner au travail?

Dr Harpreet S. Kochhar: Je vais amorcer une réponse avant de céder la parole à la Dre Tam.

En ce qui concerne l'obligation vaccinale fédérale, nous avons concentré notre attention sur de multiples facteurs, comme je l'ai mentionné précédemment: la situation épidémiologique mondiale et nationale; la couverture vaccinale ainsi que la nouvelle variante préoccupante qui circule; la disponibilité de tests rapides; ainsi que la disponibilité de diverses solutions thérapeutiques. Tous ces éléments nous orientent et nous permettent de voir jusqu'où nous pouvons aller en ce qui concerne notre capacité de laisser les personnes non vaccinées retourner au travail.

Encore une fois, à ce stade, l'obligation vaccinale fédérale relève expressément du Secrétariat du Conseil du Trésor, et nous avons une couverture vaccinale de près de 99 % pour les employés de la fonction publique — au moins.

• (1715)

M. Stephen Ellis: Merci, docteur Kochhar. Je comprends cela. Nous avons entendu cela très souvent.

Je trouve un peu méprisant que personne ne soit prêt à divulguer explicitement quels sont ces repères. Vous venez de dire que vous en avez.

Je vais oser dire qu'il y a trois médecins dans ce comité — sans vouloir minimiser le travail de mes autres collègues —, mais on nous dit souvent que cette science complexe ne peut pas être expliquée. Je trouve cela difficile à croire. Il est clair que vous vous appuyez sur une certaine forme de science.

Auriez-vous l'amabilité de déposer ici, au comité de la santé, la science sur laquelle vous vous appuyez? Vous devez avoir cela. Vous venez de dire que c'était le cas. Pouvons-nous voir cela? C'est un simple oui ou non. Est-ce que nous le pouvons, oui ou non?

Dr Harpreet S. Kochhar: Nous continuons en fait à utiliser...

M. Stephen Ellis: Monsieur, je vais vous interrompre parce qu'il ne me reste plus beaucoup de temps. C'est un simple oui ou non. Pouvons-nous voir les repères et les mesures que vous utilisez? Ils ne doivent pas être si compliqués. Envoyez-moi simplement ceux qui concernent l'obligation vaccinale des employés fédéraux pour savoir qui peut retourner au travail sans être vacciné. Est-ce que cela existe, et est-ce que nous pouvons y avoir accès?

Dr Harpreet S. Kochhar: Je répondrai simplement que nous tenons compte d'un certain nombre de facteurs...

M. Stephen Ellis: Oui. Dites-moi ce qu'ils sont et donnez-moi la liste de ces facteurs. C'est tout ce que je demande. Vous savez ce qu'ils sont parce que vous les utilisez, alors j'aimerais les voir.

Au nom des Canadiens qui, comme l'a dit la Dre Tam, manquent de confiance et sont devenus complaisants, pourriez-vous me donner la liste des points de référence que vous utilisez? Vous l'avez. Je sais que vous l'avez. Vous venez de le dire. Pourrions-nous avoir cette liste, ici au Comité, s'il vous plaît? C'est simple.

Dr Harpreet S. Kochhar: Nous nous pencherons là-dessus pour fournir un avis, monsieur le président.

M. Stephen Ellis: Je ne sais pas vraiment ce que cela signifie. Est-ce un oui ou un non?

Dr Harpreet S. Kochhar: Nous allons essayer de rassembler l'information et de vous la soumettre par écrit.

M. Stephen Ellis: Vous allez déposer un document au Comité.

Dr Harpreet S. Kochhar: Oui.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup. Wow, c'était tout simplement charmant. Je vous en suis très reconnaissant.

Il ne me reste plus de temps, alors je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Vous avez obtenu ce que vous vouliez, monsieur Ellis. Merci.

Monsieur van Koeverden, c'est à vous, pour cinq minutes.

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

J'aimerais beaucoup entendre nos témoins, alors je vais essayer de poser une question brève.

Ma question, pour quiconque est prêt à y répondre, porte sur le taux de positivité à l'arrivée. Je suis simplement curieux de savoir si le taux de positivité des gens qui arrivent d'un voyage à l'étranger à divers points d'entrée du Canada s'est reflété dans le taux de positivité ultérieur au pays, y a ressemblé ou a même permis de le prédire. Nos tests à l'arrivée ont-ils confirmé la prédiction de cas au Canada?

Dr Harpreet S. Kochhar: Monsieur le président, je vais commencer.

En ce qui concerne le taux de positivité, il a varié avec le temps. J'ai les dernières statistiques. Par exemple, du 10 au 16 avril, le taux de positivité des tests chez les voyageurs entièrement vaccinés était de près de 3,27 % pour ceux qui sont arrivés par avion et de 2,4 % pour ceux qui sont arrivés par voie terrestre. Là encore, nous avons comparé ces chiffres avec ceux des voyageurs partiellement vaccinés ou non vaccinés, pour lesquels le taux de positivité des tests était de 2,25 % pour ceux qui sont arrivés par avion et de 5,8 % pour ceux qui sont arrivés par voie terrestre. Nous continuons de suivre les taux de positivité des tests aux frontières, qui restent considérablement plus élevés que ceux que nous avions avant l'apparition du variant Omicron, et c'est pour nous un moyen de continuer à surveiller le taux de positivité des voyageurs entrants afin de pouvoir ajuster nos mesures de santé publique.

• (1720)

M. Adam van Koeverden: Merci, docteur Kochhar.

Si je comprends bien, ce que vous dites, c'est que le taux de tests positifs pour la COVID-19 demeure plus élevé chez les voyageurs entrants que dans la population générale.

Mme Jennifer Lutfallah: Si vous permettez que je réponde, le président vous a fourni les taux de positivité, lesquels tendent à refléter les tendances que nous avons observées à l'échelle nationale. Pendant la phase Omicron, nous avons constaté une augmentation assez importante du taux de positivité chez les voyageurs qui franchissaient les points d'entrée terrestres. Donc, pour répondre à votre question, la tendance semble être la même.

M. Adam van Koeverden: Merci. C'est ce que je voulais savoir: si le taux de positivité des tests à la frontière ressemblait aux augmentations constatées dans le pays.

La deuxième partie de ma question porte sur le nombre disproportionné d'enfants de moins de cinq ans qui ont été admis à l'hôpi-

tal récemment. C'est assez alarmant. Les chiffres sont élevés. Je pense que, selon les derniers chiffres que j'ai vus, les enfants de la catégorie des « moins de cinq ans » arrivaient au troisième rang, ce qui est choquant si l'on considère que leur catégorie d'âge n'englobe que cinq années, alors que l'une des autres catégories d'âge est celle des « plus de 65 ans ».

Avez-vous des idées sur ce qui est nécessaire pour veiller à ce que les membres les plus jeunes et les plus vulnérables de notre société soient protégés contre la COVID-19?

Dre Theresa Tam: Monsieur le président, je vais répondre à cette question.

C'est exact. Nous observons certains des taux d'infection et d'hospitalisation les plus élevés chez les très jeunes enfants. Les populations les plus âgées présentent toujours les risques les plus élevés, mais il n'est pas étonnant que les jeunes enfants qui tombent malades, ayant des voies respiratoires plus petites, puissent être plus malades que les autres, comme c'est le cas avec d'autres virus respiratoires. De plus, bien sûr, comme nous le savons tous, les enfants de moins de cinq ans ne sont pas vaccinés à ce stade.

Je pense qu'il y a au moins une bonne nouvelle, à savoir qu'un fabricant, Moderna, a soumis une demande à Santé Canada, et nous espérons donc qu'ils pourront eux aussi bénéficier à l'avenir de la protection que le vaccin offre. Les autres — les parents, les enfants plus âgés, les personnes qui les entourent — peuvent également contribuer à protéger ce groupe d'âge en prenant toutes les autres mesures dont j'ai parlé si souvent, comme la vaccination et le port du masque, afin de réduire la transmission à ce groupe d'âge.

Le président: Merci, docteur Tam et monsieur van Koeverden.

[Français]

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

M. Jean-Denis Garon: Merci.

Docteur Tam, est-il juste de dire que la plupart des nouveaux variants auxquels on fait face proviennent souvent de pays en développement, où le taux de vaccination est extrêmement faible? Dans ce contexte, si c'est vrai, est-ce que les efforts faits à l'international pour augmenter la vaccination dans ces pays, incluant l'effort canadien, sont suffisants?

Dre Theresa Tam: Je vous remercie de votre question.

[Traduction]

Je pense que la chose la plus importante est le système de surveillance mondial, comme vous l'avez dit. Parce que la surveillance s'est améliorée et que la génomique s'est améliorée, nous sommes en mesure de surveiller ces variants.

Oui, il est tout à fait possible que ces variants proviennent de pays où le taux de vaccination est faible, mais je pense que ce virus évolue. Avec la pression de nature immunologique que nous exerçons sur ce virus, que ce soit par le vaccin ou par une infection antérieure, le virus s'adapte continuellement.

Il peut provenir d'un pays où le nombre de virus et de transmissions est plus élevé — c'est vrai —, mais nous devons nous rappeler que le virus peut tout à coup provenir d'un endroit auquel on ne s'attend pas, y compris peut-être d'un hôte immunodéprimé.

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Le temps étant compté, je veux essentiellement savoir si, au moment où on se parle, vous jugez que les efforts sont suffisants pour vacciner l'ensemble de ces pays qui n'ont pas les moyens de se payer des vaccins, contrairement aux pays du G7 ou du G20.

• (1725)

[Traduction]

Dre Theresa Tam: Je pense qu'il faut en faire plus, et il ne s'agit pas seulement de fournir un certain nombre de vaccins. Il s'agit d'être capable de soutenir la vaccination de la population. Il y a la confiance et d'autres problèmes qui expliquent que les vaccins ne soient pas utilisés. En ce moment, l'offre est supérieure à la demande.

Je sais que cela revient à une autre question posée précédemment. Nous devons mieux comprendre et soutenir les autres pays et leurs populations, et aider les autorités locales à accroître le recours aux vaccins. Ce n'est pas seulement une question d'offre.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Garon.

[Traduction]

Monsieur Davies, c'est votre tour, pour deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Docteure Tam, la semaine dernière, le directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, a déclaré ce qui suit lors d'une conférence de presse:

Étant donné que de nombreux pays réduisent le dépistage, l'OMS reçoit de moins en moins d'information sur la transmission et le séquençage.

De ce fait, nous sommes de moins en moins capables de déceler les schémas de transmission et d'évolution.

Or, le virus ne disparaîtra pas simplement parce que les pays ne le cherchent plus.

Il continue de se propager, d'évoluer et de tuer...

Lorsqu'il s'agit d'un virus mortel, le bonheur n'est pas dans l'ignorance.

L'OMS renouvelle son appel à tous les pays pour qu'ils maintiennent la surveillance.

Docteure Tam, étant donné que bien des provinces et territoires ont réduit l'accès aux tests PCR après l'émergence du variant Omicron, croyez-vous que le Canada dispose actuellement d'un système suffisamment robuste pour surveiller la progression de la COVID-19 et l'émergence de nouveaux variants préoccupants?

Dre Theresa Tam: Je vous remercie de cette question.

Je pense que, oui, on a réduit le nombre de tests — et par là, j'entends les tests PCR — qui sont réalisés dans le pays, mais bien sûr, les tests rapides sont entrés en jeu. Nous ne disposons pas d'échantillons provenant de ces tests rapides pour la recherche de variants ou le séquençage, mais un grand nombre d'échantillons sont prélevés chaque jour et nous pouvons faire du séquençage.

Nous continuons de faire du séquençage à un rythme assez élevé qui nous permet de détecter des variants plus rares, mais nous devons maintenir ce rythme. Bien sûr, dans le cadre de la surveillance des eaux usées, nous pouvons, en plus des copies virales, utiliser la métagénomique pour étudier les variants dans les eaux usées.

M. Don Davies: Merci, docteure Tam.

Docteure Tam, vous avez un peu abordé ce sujet lors de mon dernier tour. Je suis curieux de savoir si la protection offerte par la troisième dose de rappel du vaccin à ARN messenger s'estompe à un rythme similaire à celui de la deuxième dose.

Dre Theresa Tam: Nous devons bien sûr observer ce phénomène au fil du temps, car pour de nombreuses personnes, la dose de rappel est très récente. Ce que nous constatons, c'est que les troisièmes doses augmentent la protection contre l'infection ou la maladie symptomatique et, par conséquent, la transmission, mais cette protection diminue avec le temps. Nous essayons simplement de définir la vitesse à laquelle ce déclin se produit. Nous avons besoin d'un peu plus de temps, mais la protection diminue et vous pouvez toujours être infecté.

L'efficacité du vaccin contre une forme grave de la maladie a atteint des niveaux très élevés, supérieurs à 90 %. Même avec le temps, cette efficacité ne diminue que progressivement. Il nous faut donc plus de temps pour déterminer la durée de la protection. Elle semble assez bonne pour le moment, mais nous ferons bien sûr le point sur la situation au fil du temps.

Le président: Merci, docteure Tam et monsieur Davies.

C'est maintenant au tour de Mme Goodridge, qui dispose de cinq minutes.

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

Merci à tous les témoins. C'est formidable de vous voir comparaître devant le Comité.

L'une des principales questions que je reçois fréquemment au bureau de ma belle circonscription de Fort McMurray—Cold Lake porte sur le moment où seront levées les obligations en matière de masques et de vaccins pour les secteurs sous réglementation fédérale. Je sais que de nombreuses personnes ont posé des questions sur les cibles, mais je me demande ce que vous pensez que je devrais dire à mes électeurs qui m'appellent pour m'interroger à ce sujet.

Dr Harpreet S. Kochhar: Comme je l'ai mentionné précédemment, concernant l'obligation vaccinale du gouvernement fédéral, par exemple, le Conseil du Trésor du Canada est responsable de la politique sur les vaccins pour la fonction publique. Encore une fois, ce sont eux qui examinent tous les éléments de la politique et les autres aspects de la santé publique. Tout cela est basé sur la science et les conseils...

Mme Laila Goodridge: C'est fantastique pour les fonctionnaires, mais pour ma circonscription, qui est située dans le Nord, nous devons essentiellement prendre l'avion pour aller à peu près partout. Le gouvernement fédéral et l'ASPC exigent une preuve de vaccination.

Les personnes non vaccinées qui veulent aller à des funérailles à Toronto ne peuvent pas le faire. Les gens sont vraiment curieux de savoir quand vous allez mettre cela à jour, car aucun autre pays allié n'exige que les gens soient vaccinés pour voyager dans leur propre pays. Est-ce qu'il y a des objectifs établis à cette fin?

• (1730)

Dr Harpreet S. Kochhar: Ce que je peux dire, c'est que nous évaluons en permanence l'épidémiologie, la couverture vaccinale et les autres mesures de santé publique qui peuvent assurer la protection. C'est une discussion dynamique que nous avons au sujet des conseils de santé publique, ce qui nous permettra de continuer à prendre des décisions fondées sur la science à cet égard.

Mme Laila Goodridge: C'est fantastique, mais juste pour que vous le sachiez tous, plus de 3 600 kilomètres séparent Fort McMurray ou Cold Lake de Toronto. Je vais utiliser Toronto comme exemple, car vous êtes au courant. J'ai de nombreux électeurs qui me contactent parce qu'ils veulent aller... Ils ne viennent généralement pas de ces collectivités. Ils viennent d'ailleurs. Malheureusement, ils ont des parents qui tombent malades et ils doivent prendre l'avion, mais à cause des règles du gouvernement en place, ils ne peuvent pas aller voir leurs parents qui sont en train de vivre leurs derniers jours.

Je demande un peu de compassion et de compréhension. Les habitants des collectivités rurales et isolées ont souvent des besoins différents des habitants des centres urbains. Ils ne peuvent pas simplement monter dans une voiture et se rendre rapidement à destination. Cette situation a un effet réel sur la vie des Canadiens ordinaires dans des collectivités comme celles de ma circonscription, et dans tout le nord du Canada.

Pouvez-vous faire quelque chose en particulier pour vous assurer que cet enjeu est pris en compte?

Dr Harpreet S. Kochhar: Je compatis avec les gens de ces collectivités qui ne peuvent pas s'occuper de leur famille et vaquer à d'autres aspects de leur vie quotidienne. Nous sommes déterminés à fournir les conseils et à obtenir les décisions appropriées, en fonction des recommandations en matière de santé publique, tout en continuant de protéger la population contre la transmission de la COVID-19. Nous continuons de tendre vers cet objectif.

Mme Laila Goodridge: Dans ce cas, pourriez-vous à tout le moins envisager une simplification du processus pour les personnes qui ont des exemptions médicales, qui ont été exemptées par des médecins? Une de mes électrices, qui est infirmière, a une allergie de type anaphylactique aux vaccins. Le processus qu'elle devait suivre pour pouvoir prendre l'avion était si cher et si long qu'elle a failli manquer les funérailles de son père. On parle d'une personne qui a servi la population en tant qu'infirmière de première ligne tout au long de la pandémie.

Ces exigences sont totalement inhumaines. Pouvez-vous au moins examiner des façons d'offrir plus de clarté pour les personnes qui ont une exemption médicale?

Dr Harpreet S. Kochhar: Encore une fois, nous continuons de travailler avec nos collègues, avec Transports Canada, qui est aussi responsable des vols intérieurs. Nous continuons de prodiguer des conseils à cet égard afin de favoriser la prise de décisions quant au soutien approprié à offrir dans toutes ces situations.

Le président: Merci, madame Goodridge et docteur Kochhar.

Nous passons maintenant à M. Hanley, pour cinq minutes.

Allez-y, s'il vous plaît.

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

Le Dr Njoo est-il toujours parmi nous? Oui.

Docteur Njoo, je vais changer de thème. Concernant les maladies infectieuses, je me demande quelles sont, à votre avis, les priorités qui ont été délaissées parce que nous avons dû mettre l'accent sur la pandémie ces deux dernières années. En outre, comment l'Agence compte-t-elle rattraper le retard accumulé pour certaines priorités liées aux maladies infectieuses?

Dr Howard Njoo (sous-administrateur en chef de la santé publique et vice-président par intérim, Direction générale des programmes des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada): Je vous remercie de la question, monsieur Hanley.

Je peux dire que oui. Ce n'est pas seulement pour les maladies infectieuses. La pandémie de COVID-19 a entraîné beaucoup de conséquences involontaires et de dommages collatéraux, comme je les appelle, notamment l'accès aux soins de santé pour d'autres maladies infectieuses, et pour une série de maladies que je qualifierais de non transmissibles, comme la santé mentale, etc. Nous le savons tous. La crise des opioïdes est aussi une très importante priorité, évidemment.

Quant aux maladies infectieuses, je dirais que les priorités qui ont probablement le plus souffert et que nous devons remettre à l'avant-plan sont celles qui touchent de façon indue et disproportionnée les populations vulnérables, les populations marginalisées et racialisées, et les populations qui n'ont pas les mêmes ressources que beaucoup de nous — plus privilégiés — pour lutter contre certaines maladies infectieuses.

Prenons la tuberculose comme exemple. Il va sans dire que les populations autochtones, en particulier les populations du Nord et les Inuits, sont plus gravement touchées. Nous continuons de travailler avec elles, mais nous avons évidemment dû puiser dans les maigres ressources pour lutter contre la COVID-19, et il faut absolument reprendre la lutte contre la tuberculose.

Il y a aussi ce que j'appelle les infections transmises sexuellement et par le sang, comme le VIH-sida. La pandémie mondiale qui dure depuis si longtemps n'est sans doute pas près de disparaître, et nous devons reprendre la lutte contre le VIH et toutes les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Enfin, je dirais que la résistance aux antimicrobiens est une autre priorité. Nous faisons des progrès, mais nous devons certainement y accorder beaucoup plus d'attention à l'avenir. La pandémie de COVID-19 est l'enjeu très réel du moment, mais je dirais que la résistance aux antimicrobiens, que l'OMS a même inscrite sur sa liste des 10 principales menaces futures, pourrait devenir une pandémie à évolution plus lente si nous n'y prêtons pas attention. Pouvez-vous imaginer vivre dans une ère préantibiotique? Imaginez un tel recul au Canada, et que nous ne puissions plus recourir aux antimicrobiens et aux antibiotiques comme nous le faisons actuellement.

Voilà, essentiellement, certaines questions liées aux maladies infectieuses que nous examinons. Je pourrais continuer longtemps, évidemment. À cela s'ajoutent les changements climatiques, notamment, et leur incidence sur la propagation des maladies infectieuses et la répartition des vecteurs. La maladie de Lyme et d'autres maladies ont manifestement une répartition beaucoup plus vaste maintenant, et plus de Canadiens sont touchés en raison des changements climatiques.

La portée est vaste, comme vous pouvez le constater, et nous avons maintenant l'intention de commencer à nous attaquer à d'autres menaces infectieuses en plus de la COVID-19.

Merci.

• (1735)

M. Brendan Hanley: Merci beaucoup.

Je suis heureux que vous ayez mentionné la résistance aux anti-microbiens, car c'est évidemment un enjeu qu'il ne faut pas perdre de vue.

Cette question s'adresse à Mme Evans, peut-être.

Je constate que dans le budget de 2022, l'Agence a reçu plus de 400 millions de dollars pour la surveillance et l'évaluation des risques. En cette Semaine de la sécurité civile, je me demande si vous pourriez nous dire en quoi ce financement pourrait contribuer à renforcer la surveillance dans une perspective de gestion, d'intervention et de préparation pour les possibles phases futures de cette pandémie, mais aussi, ce qui est tout aussi important, pour d'autres menaces et pandémies de maladies infectieuses, aussi rapidement que possible.

Merci.

Mme Cindy Evans (vice-présidente, Direction générale de la gestion des mesures d'urgence, Agence de la santé publique du Canada): Je vous remercie de la question.

Vous faites bien sûr référence au financement prévu dans le budget de 2022, qui servira à un large éventail d'activités. Nous sommes très satisfaits des mesures que nous prendrons relativement à nos systèmes d'alerte précoce, et nous progresserons sur un certain nombre de questions soulevées dans le rapport du groupe d'experts externe.

De façon plus générale, la mise en place d'une évaluation plus intégrée des risques suscite de l'intérêt à l'Agence, comme cela a aussi été souligné, et nous pourrions mettre cela en oeuvre grâce aux investissements réservés à cette fin. De plus, nous ferons un examen élargi et horizontal de nos programmes de surveillance pour assurer leur progression.

Je vous remercie.

Le président: Merci, monsieur Hanley et madame Evans.

Chers collègues, nous avons fait deux séries de questions complètes. On m'informe que certains députés doivent incessamment partir pour d'autres obligations. Nous avons donc trois options.

Nous pouvons soit avoir une motion pour lever la séance maintenant, soit accepter de continuer, étant donné que la salle est à nous. Nous avons le soutien administratif.

Une troisième option à laquelle vous n'avez peut-être pas pensé consiste à poursuivre la séance à quorum réduit. Ceux qui doivent absolument partir pourront le faire, sachant que nous fonctionnons selon les règles applicables en cas de quorum réduit, qui empêchent toute présentation de motion, à l'exception de la levée de séance.

J'aimerais avoir votre avis. Souhaitez-vous terminer maintenant, continuer ou poursuivre avec un quorum réduit? Nous avons les ressources nécessaires, mais certains députés ont des conflits d'horaire.

Allez-y, monsieur Barrett.

• (1740)

M. Michael Barrett: Merci, monsieur le président.

S'il y avait consentement unanime pour continuer à quorum réduit, je pense que cela répondrait aux préoccupations des députés conservateurs.

Le président: Y a-t-il consentement pour la tenue d'une autre série de questions avec un quorum réduit?

La parole est à M. Davies.

M. Don Davies: Monsieur le président, avant de répondre à cette question, j'aimerais qu'on sache de quoi il en retourne. La séance se poursuivrait jusqu'à quelle heure? Le député du Bloc et moi sommes seuls. Nous aimerions avoir d'autres gens pour...

Le président: Je crois savoir que nous avons du personnel de soutien jusqu'à 18 h 30. Je propose simplement que nous fassions une autre série de questions, ce qui se terminerait dans 24 minutes, si tout le monde respecte le temps imparti.

M. Don Davies: Comment est-ce réparti? Dites-vous que chaque parti a droit à six minutes?

Le président: Non. Le troisième tour irait comme suit: cinq minutes pour les conservateurs, cinq minutes pour les libéraux, puis deux minutes et demie, deux minutes et demie, cinq et cinq.

Allez-y, monsieur Lake.

L'hon. Mike Lake (Edmonton—Wetaskiwin, PCC): Si nous faisons seulement cinq, cinq, deux et demi, et deux et demi, cela nous amène à 18 heures, soit l'heure à laquelle nous devons finir de toute façon, selon ce que vous avez dit.

Le président: Oui. Nous pouvons fonctionner ainsi avec un quorum réduit.

Vous avez le dernier mot, monsieur Davies. C'est sûrement satisfaisant.

M. Don Davies: C'est formidable, monsieur le président.

Le président: Très bien. Nous fonctionnons maintenant à quorum réduit. Aucune motion n'est autorisée, sauf pour lever la séance.

Nous commençons la prochaine série de questions avec M. Lake, pour cinq minutes.

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

Dans sa première série de questions, la députée libérale a parlé de santé mentale. Si je ne me trompe pas, la Dre Tam a parlé des dépenses gouvernementales au titre des services en santé mentale dans le dernier budget. Pour que ce soit clair, quel est le montant exact du Transfert canadien en matière de santé mentale prévu pour 2020-2022 dans le dernier budget?

Dr Harpreet S. Kochhar: Docteure Tam, voulez-vous répondre à cette question?

Dre Theresa Tam: Je pense que je devrais consulter Santé Canada pour répondre à cette question. Cela ne relève pas de la compétence de l'Agence.

L'hon. Mike Lake: Juste pour que ce soit clair, personne à l'Agence de la santé publique ne sait combien d'argent est réservé au Transfert canadien en matière de santé mentale dans le dernier budget. Personne, à l'Agence de la santé publique du Canada, ne connaît la réponse à...

Dr Harpreet S. Kochhar: Je dirais que selon les renseignements que nous avons, il n'y a pas eu de transferts réservés explicitement à la santé mentale, mais le budget de 2021 comprend du financement pour le soutien en cas de crise de santé mentale, et d'autres mesures que nous avons intégrées au soutien en santé mentale, par exemple.

L'hon. Mike Lake: Juste pour que ce soit clair, j'ai ici le dernier programme électoral libéral pour les élections qui ont eu lieu il y a quelques mois seulement. On y promet 4,5 milliards de dollars pour le Transfert canadien en matière de santé mentale. Dans l'évaluation des coûts de ce programme, il est très clairement indiqué — c'était il y a quelques mois seulement — qu'on promet 250 millions de dollars pour le Transfert canadien en matière de santé mentale en 2021-2022.

Ai-je mal lu le budget? Ces 250 millions de dollars ont-ils été affectés à cette fin? C'était une promesse il y a quelques mois, lors de l'élection.

Dr Harpreet S. Kochhar: Je pense que c'est une question dont nous devrions discuter avec nos collègues de Santé Canada.

Monsieur le président, si vous le préférez, nous pouvons vous répondre par écrit ultérieurement.

L'hon. Mike Lake: Ce serait très bien.

Pourrais-je avoir des précisions? Des questions sur les décisions en matière de politiques ont été posées plus tôt. Une telle décision est-elle prise par Santé Canada, par l'Agence de la santé publique du Canada, ou par le cabinet? Je parle de la décision de ne pas financer le Transfert canadien en matière de santé mentale à hauteur de 250 millions de dollars comme promis dans le programme électoral des libéraux il y a quelques mois seulement.

• (1745)

Dr Harpreet S. Kochhar: Je crois comprendre que ce genre de chose ferait l'objet de discussions au Cabinet. Notre rôle consiste à donner notre avis à ce sujet.

Cela dit, je ne suis pas certain de pouvoir répondre directement à cette question.

L'hon. Mike Lake: D'accord. J'ai une dernière question.

Selon ce que vous savez de l'entente entre le NPD et les libéraux — et le député néo-démocrate qui est ici pourrait peut-être répondre à cette question —, j'aimerais savoir si, au moment de la conclusion de l'entente, les députés néo-démocrates de la coalition, ou peu importe comment on qualifie cette entente, ont accepté de ne pas inclure les 250 millions de dollars pour le Transfert canadien en matière de santé mentale.

Monsieur Davies, voulez-vous répondre?

M. Don Davies: Certainement. La réponse est non.

L'hon. Mike Lake: Merci. J'ai terminé.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Lake.

Nous passons maintenant à M. Powlowski, pour cinq minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Merci.

Docteur Tam, docteur Njoo, M. Davies et moi examinons ces questions depuis longtemps.

Vous êtes tous des spécialistes en santé publique. Je ne raconte pas cette histoire pour vous, mais pour ceux qui, parmi les personnes présentes dans la salle du Comité, ne la connaissent pas.

On raconte probablement cette histoire au début de chaque cours de santé publique: Londres, années 1800. Une épidémie de choléra fait rage. Le Dr Snow, un très sage médecin, considère qu'il est préférable d'empêcher les gens de tomber malades que d'avoir à les guérir. Il fait barrer l'accès à un puits au milieu de Londres et met ainsi fin à l'épidémie de choléra.

Cela illustre parfaitement que mieux vaut prévenir que guérir. C'est beaucoup plus efficace et moins cher. Bref, c'est une meilleure chose à faire.

Nous avons fait de l'excellent travail jusqu'à maintenant grâce aux principes de santé publique, à la vaccination et à la distanciation sociale. Je dois dire que, sous la direction de l'Agence de la santé publique du Canada, les Canadiens s'en sont bien sortis. Grâce à ces mesures de santé publique, le taux de mortalité au Canada correspond au tiers du taux aux États-Unis et à la moitié, environ, du taux de pays comme la France, l'Italie et l'Allemagne. Je pense toutefois que cela a manifestement eu des répercussions sur la dette nationale et la santé mentale. À cela s'ajoutent les troubles civils.

Je me demande — et je vous pose cette question — si nous ne devrions pas commencer à envisager un changement de cap. Nous avons exploité la carte de la santé publique le plus qu'il était possible. Nous devrions peut-être commencer à changer d'orientation en essayant de mettre en place des mesures visant à empêcher les gens de tomber très malades, c'est-à-dire protéger les personnes âgées en leur offrant une troisième ou une quatrième dose de vaccin, si nécessaire.

En outre, nous pourrions nous améliorer du côté des traitements. Il existe d'assez bons traitements, comme le Paxlovid et le remdesivir, qui sont peu utilisés. Le public ne les connaît pas vraiment, et les gens ne savent pas que les personnes à haut risque qui tombent malades devraient peut-être suivre un traitement.

Nous avons peut-être bouclé la boucle. Normalement, les mesures de santé publique sont moins coûteuses et sont le meilleur moyen de s'attaquer à un problème, mais on commence peut-être à considérer le traitement comme la solution la moins coûteuse.

J'aimerais avoir votre avis à ce sujet. Devrions-nous en faire plus du côté du traitement, protéger les personnes les plus vulnérables et délaissier quelque peu les mesures de santé publique coûteuses?

Dre Theresa Tam: Je vous remercie de la question.

À ce stade, plus de deux ans après le début de la pandémie, nous sommes armés de vaccins et, bien que nous en apprenions encore sur le virus, je crois que nous sommes beaucoup plus susceptibles de trouver cet équilibre. C'est ce que les médecins hygiénistes en chef de partout au pays tentent d'atteindre. Ils essaient de doser les effets de la pandémie, mais aussi de réduire les répercussions négatives de certaines des mesures. Je crois que les mesures de santé publique sont assouplies partout au pays et on comprend que, à moins que la situation ne l'exige à tout prix, seules les mesures les moins restrictives sont imposées — comme le port du masque et d'autres — afin de réduire les effets.

Les traitements contribuent à réduire les conséquences graves et à éviter que les personnes les plus à risque, qui ne réagissent pas bien aux vaccins... C'est une mesure complémentaire. Les vaccins demeurent toutefois, à mon avis, un des outils les plus importants de notre gestion continue de la COVID-19.

• (1750)

M. Marcus Powlowski: Si je me fie à votre réponse, vous croyez que les traitements sont importants. Diriez-vous que nous les utilisons aussi efficacement que possible? Je pratique encore la médecine clinique à l'occasion et, selon mon expérience, la grande majorité des gens ne sont pas conscients de leur existence, et leur accès est loin d'être aisé.

Dre Theresa Tam: Oui, le système de santé élargi est en train d'apprendre comment déployer cet outil. Bien entendu, de la perspective du gouvernement fédéral, nous nous sommes acquittés de notre devoir de leadership en nous procurant les vaccins et en préparant les partenaires en les orientant sur l'utilisation optimale du médicament.

Le déploiement n'est pas facile parce qu'il faut rapidement administrer le médicament aux patients et parce qu'ils doivent obtenir un diagnostic, mais des idées novatrices voient le jour partout au pays. Vous avez entendu parler du cas du Québec où les pharmaciens peuvent prescrire le traitement. Les autres provinces s'assurent que les médecins qui traitent les patients les plus à risque — ceux qui souffrent de certains types de cancer ou d'autres affections médicales chroniques par exemple — savent comment se procurer ces médicaments.

Je continue à encourager les membres de la population les plus à risque à déterminer, au niveau local, comment avoir accès au médicament à l'avance, avant d'en avoir besoin.

Nous allons nous améliorer au fur et à mesure où nous continuons à recevoir des doses.

Le président: Merci, docteur Tam et monsieur Powlowski.

[Français]

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

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

Le Dr Powlowski vient de nous parler éloquentement de prévention. Or, pour faire de la prévention, il faut des effectifs médicaux et, pour avoir des effectifs médicaux, il faut des ressources.

Ces ressources ont été largement accaparées par les patients atteints de la COVID-19 au cours des dernières années. Les provinces ont dû faire du délestage à cause du manque de ressources et, parfois, certaines personnes ont même été privées d'accès à des médecins, notamment en vue de prévenir des maladies chroniques.

L'Agence de la santé publique du Canada considère-t-elle que le manque d'effectifs des provinces est un problème de santé publique?

[Traduction]

Dre Theresa Tam: Je pourrais répondre en premier. Santé Canada joue un rôle de premier plan en rassemblant les provinces, les territoires et nos ministres à discuter des effectifs de la santé. Il s'agit probablement là d'une des grandes priorités dans les échanges et les discussions avec les provinces à l'avenir, ce qui comprend les

titres de compétences et la formation et la reconnaissance d'une main-d'oeuvre médicale internationale.

Tous ces enjeux revêtent une importance cruciale, et je veux simplement souligner que c'est vrai pour les effectifs en santé, mais aussi pour les effectifs de la santé publique en général. C'est probablement l'un des enjeux et défis les plus critiques pour les systèmes de santé du Canada.

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Vous semblez dire que l'on considère effectivement que c'est un problème important d'avoir privé de soins un grand nombre de patients en raison de la mobilisation des professionnels de la santé pour traiter les cas de COVID-19. Êtes-vous d'avis, alors, que d'augmenter les ressources financières, notamment pour les systèmes de santé des provinces, serait une façon de résoudre ce problème de santé publique?

[Traduction]

Dre Theresa Tam: L'élément crucial pour remédier à la COVID est de prendre toutes les mesures que nous venons de mentionner, y compris les vaccins et la protection des travailleurs de la santé selon différentes sévérités de mesures. Si nous ne luttons pas contre la COVID-19, le système de santé ne sera pas en mesure de réduire les arriérés de chirurgies et les autres difficultés. Il faut adopter cette approche précise pour que le système de santé rattrape son retard et réduise certains arriérés.

Pour ce qui est des transferts en santé ou des ressources humaines en santé, je crains de ne pas être la mieux placée pour faire des commentaires. Nous pourrions faire appel à nos collègues de Santé Canada et au ministre pour connaître certains des futurs plans.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Garon.

[Traduction]

Merci, Docteur Tam.

Le dernier député à poser des questions à cette réunion sera M. Davies.

La parole est à vous, monsieur Davies, pendant deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci. Je ressens l'obligation de préciser aux fins du compte rendu qu'il n'y a pas de gouvernement de coalition au Canada. Les néo-démocrates et les libéraux ont conclu une entente de confiance et de soutien. Je le dis pour la gouverne de ceux qui valorisent l'exactitude.

Docteur Tam, j'aimerais savoir ce que vous pensez de l'immunité acquise par l'infection. Les données que j'ai examinées — et les immunologues à qui j'ai parlé sont d'accord — tendent à prouver que la durée et la force de l'immunité acquise par l'infection peut évaluer — voire surpasser dans certains cas — l'immunisation de la vaccination, surtout des vaccins à ARNm.

J'aimerais connaître votre opinion sur le sujet et peut-être demander pourquoi la politique canadienne en matière de santé ne reconnaît aucunement l'immunité acquise par l'infection.

• (1755)

Dre Theresa Tam: Je crois que nos connaissances sur l'immunité provenant des infections et des vaccins en sont à leurs balbutiements. La situation dépend aussi du variant.

Je crois que, pour les variants ayant précédé Omicron, les données démontrent qu'une infection entraînait une robuste immunité. Il faut surveiller la durée et la qualité de la réponse immunitaire, mais Omicron a complètement changé la donne.

Omicron présente de nombreux aspects quelque peu différents. La maladie peut être bénigne, et il est possible que seule la voie respiratoire soit infectée avant que le corps ne commence à lutter contre le virus. De plus, l'immunité aux variants d'Omicron pourrait grandement varier, alors nous en sommes encore au stade de l'apprentissage.

Il est également important de comprendre ce que nous appelons « l'immunité hybride. » Certaines études — qui sont très rares présentement — démontrent que les personnes non vaccinées qui se font infecter sont plus susceptibles d'être de nouveau infectées par Omicron. C'est moins probable pour une personne vaccinée qui se fait infecter, peut-être parce que le corps de la personne vaccinée génère plus d'anticorps neutralisants. Ce type de questions demeurent toutefois sans réponses.

La question n'est pas simple, et la réponse pourrait varier selon le variant.

M. Don Davies: Me reste-t-il du temps, monsieur le président?

Le président: Oui, très peu. Allez-y.

M. Don Davies: Mardi dernier, Moderna a annoncé qu'une dose de rappel que la compagnie met au point pour cibler le variant Bêta a généré une meilleure réponse immunitaire contre différents variants du virus, y compris Omicron. Le gouvernement fédéral prévoit-il s'approvisionner en doses du vaccin bivalent de Moderna qui cible le variant Bêta?

Dre Theresa Tam: Je vais commencer, puis M. Bent, responsable de l'approvisionnement, pourra compléter ma réponse.

Je pense qu'il est très important d'étudier les essais cliniques des vaccins bivalents de Moderna. Nous sommes impatients de voir les données — nous espérons que ce sera le mois prochain — sur la souche historique du bivalent et sur la souche d'Omicron, mais la preuve de concept avec la souche du variant Bêta est prometteuse.

Je sais que, en vertu de nos ententes contractuelles, nous avons prévu des dispositions pour acheter de nouvelles formulations de vaccins.

Je ne sais pas si M. Bent a quelque chose à ajouter.

M. Stephen Bent: Non, je peux seulement réitérer les propos de Dre Tam voulant que nos ententes actuelles avec Moderna nous permettent d'accéder à de nouvelles formulations si elles sont approuvées par l'organisme de réglementation.

Merci, monsieur le président.

Le président: Je vous remercie tous deux.

Voilà qui met fin à la période de questions.

J'aimerais remercier tous les témoins de leur patience suite à la réunion qui a commencé et terminé en retard. Nous ne pouvons qu'imaginer à quel point vous êtes occupés, alors votre indulgence est grandement appréciée, tout comme votre service envers les Canadiens. Merci énormément d'avoir comparu à notre comité.

Chers collègues, avant de conclure, je veux signaler que nous allons poursuivre les témoignages de témoins pour notre étude sur la COVID mercredi, mais nous n'avons pas reçu de listes de témoins de la part de tous les partis. S'ils ne s'empressent pas de nous en fournir une, leurs places seront données aux partis qui ont déjà fourni leurs propositions de témoins. À la suggestion des analystes, la réunion sera scindée en deux: nous consacrerons une heure aux témoins et l'autre heure à planifier les travaux du Comité et nos activités plus tard dans le calendrier.

Je crois que c'est tout. Nous serons prêts pour mercredi. La consigne s'appliquera aux réunions après celle de mercredi. Le message est de bien vouloir fournir vos listes de témoins, je vous prie.

Plaît-il au Comité de lever la séance?

Des députés: D'accord.

Le président: La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la Loi sur le droit d'auteur. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre des communes.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la Loi sur le droit d'auteur.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the Copyright Act. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the Copyright Act.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>