



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 024

Le jeudi 11 mars 2021

Président : M. Ron McKinnon



Comité permanent de la santé

Le jeudi 11 mars 2021

• (1835)

[Traduction]

Le président (M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.)): La séance est ouverte.

Bienvenue à tous à la 24^e séance 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 COVID-19.

Je tiens à rappeler que chacun a le droit de participer à ces délibérations dans la langue officielle de son choix. Si vous éprouvez des difficultés à entendre l'interprétation, avertissez-nous aussitôt pour que nous puissions régler le problème.

Je souhaite la bienvenue aux témoins. Du Comité consultatif national de l'immunisation, nous accueillons la Dre Caroline Quach-Thanh, présidente et professeure titulaire, Université de Montréal. Du ministère de la Santé, nous accueillons le Dr Marc Berthiaume, directeur, Direction générale des produits de santé et des aliments, Direction des produits thérapeutiques, Bureau des sciences médicales. De l'Agence de la santé publique du Canada, nous accueillons Mme Kimberly Elmslie, vice-présidente, Direction générale de l'immunisation; le Dr Howard Njoo, sous-administrateur en chef de la santé publique; et le Dr Guillaume Poliquin, directeur général scientifique par intérim, Laboratoire national de microbiologie.

Je signale aux intervenants que je vais utiliser ces cartes pour indiquer que votre temps de parole est presque écoulé. Comme d'habitude, je vais brandir la carte jaune environ une minute avant la fin de votre temps de parole. Je vais utiliser la rouge lorsque votre temps sera écoulé, et si vous la voyez, veuillez conclure sans tarder.

Sur ce, nous allons poursuivre nos exposés. Nous allons commencer par la Dre Caroline Quach-Thanh.

Docteur, vous avez la parole pour 10 minutes.

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

[Français]

Monsieur le président et membres du Comité permanent de la santé, je vous remercie de cette nouvelle invitation à témoigner à votre comité, cette fois à propos de l'utilisation du vaccin d'AstraZeneca pour les adultes âgés de 65 ans et plus.

Les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation, ou CCNI, émises le 1er mars 2021, étaient les suivantes.

Une série complète de vaccins contre la COVID-19 actuellement autorisés devrait être proposée aux personnes appartenant au

groupe d'âge autorisé sans contre-indications au vaccin. Dans le contexte d'un approvisionnement en vaccins limité, les premières doses du vaccin à ARN messenger contre COVID-19 devraient être réservées en priorité aux populations clés énumérées dans le document « Orientations sur l'administration prioritaire des premières doses de vaccin contre la COVID-19 » du CCNI.

En raison de l'efficacité supérieure rapportée dans les essais cliniques, le vaccin à ARN messenger contre la COVID-19 est recommandé de manière préférentielle aux personnes appartenant au groupe d'âge autorisé sans contre-indications, en particulier aux personnes présentant le plus grand risque de maladie grave et de décès et le plus grand risque d'exposition à la COVID-19.

Dans le contexte d'un approvisionnement en vaccins limité, le vaccin contre la COVID-19 d'AstraZeneca peut être proposé aux personnes âgées de 18 à 64 ans sans contre-indications si les avantages d'une vaccination précoce l'emportent sur les limitations d'une vaccination avec un vaccin moins efficace; la facilité du transport, de l'entreposage et de la manipulation de ce vaccin assure l'accès à la vaccination qui peut être autrement difficile; le consentement éclairé comprend une discussion sur les options actuellement disponibles et sur le calendrier des futurs vaccins.

• (1840)

[Traduction]

Lorsqu'il a formulé ses recommandations, le CCNI avait évalué les données des essais cliniques randomisés soumis par le fabricant, ce qui signifie deux études de phase un/deux, une étude de phase deux/trois et une étude de phase trois, ainsi qu'une étude sur l'efficacité dans la vie réelle réalisée en Écosse par Vasileiou et ses collaborateurs intitulée « Effectiveness of first dose of COVID-19 vaccines against hospital admissions in Scotland: national prospective cohort study of 5,4 million people ». C'est une préimpression, ce qui signifie que cette étude n'a pas encore été examinée par les pairs.

Les données d'un essai de phase trois en cours aux États-Unis ne sont pas encore disponibles. Il convient de noter que la FDA attend ces résultats pour prendre une décision sur l'autorisation. Les données des essais cliniques présentées étaient difficiles à interpréter, car on a utilisé à la fois un régime faible dose/dose standard et un régime dose standard/dose standard dans les essais, un intervalle varié entre les doses, et recruté des participants de plus en plus âgés après avoir ciblé les adultes de 18 à 55 ans.

Les estimations de l'efficacité du vaccin contre les cas confirmés de COVID-19 survenant au moins 15 jours après la deuxième dose, selon l'intervalle entre les doses, suggèrent une augmentation de l'efficacité du vaccin avec un intervalle croissant entre les doses de vaccin, mais les intervalles de confiance sont grands et se chevauchent. En résumé, un intervalle de confiance de 95 % signifie que nous sommes convaincus à 95 % que la véritable valeur — dans ce cas, l'efficacité du vaccin — correspondra à ces limites.

Lorsque les intervalles de confiance autour d'une estimation ponctuelle se chevauchent dans une étude donnée, cela signifie que les deux estimations pourraient être les mêmes. Dans ce cas, l'efficacité du vaccin avec un intervalle entre les doses de quatre à huit semaines était de 55,7 %, avec un intervalle de confiance à 95 % de 39 % à 68 %, tandis que l'efficacité du vaccin avec un intervalle supérieur à 12 semaines était de 81,6 %, avec un intervalle de confiance à 95 % de 47 % à 94 %, donc les deux intervalles se chevauchent.

Une analyse de sous-groupe de l'efficacité du vaccin par rapport à la première occurrence confirmée de COVID-19 au moins 15 jours après la deuxième dose a montré que, pour tous les intervalles entre les doses, l'estimation ponctuelle de l'efficacité du vaccin variait autour de 60 % pour le groupe d'âge plus jeune — c'est-à-dire de 18 à 64 ans — avec un intervalle de confiance qui n'incluait pas zéro. Cela signifie qu'un vaccin est vraiment efficace, comparativement à 43 % pour les 65 ans et plus, avec un grand intervalle de confiance incluant zéro, ce qui signifie que l'efficacité réelle du vaccin pourrait être nulle.

À la lumière de ces données, le CCNI a estimé qu'il était plus sécuritaire, compte tenu de la disponibilité de deux autres vaccins à ARNm très efficaces chez les personnes de 65 ans et plus, de recommander les vaccins à ARNm dans ce groupe d'âge et de ne pas recommander le vaccin AstraZeneca pour les personnes de 65 ans et plus. Nous attendons d'autres données, y compris l'essai clinique en cours aux États-Unis.

Le CCNI a également examiné l'étude écossaise, car ces données étaient disponibles. Cette étude, qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen par les pairs, est une étude de cohorte d'observation prospective en temps réel, réalisée au niveau national en Écosse, à l'aide de données administratives qui sont toutes couplées. La cohorte comptait 5,4 millions de personnes. Les auteurs ont étudié les premières doses des vaccins Pfizer-BioNTech ou AstraZeneca. Les auteurs ont évalué l'efficacité — c'est-à-dire l'effet du vaccin dans la vie réelle, par opposition à l'efficacité, qui étudie l'effet dans un essai clinique randomisé — par rapport à l'admission à l'hôpital avec la COVID-19 comme principal diagnostic dans les 28 jours suivant un test PCR positif pour le SRAS-CoV-2.

Au cours de la période d'étude, 35 % des participants ont été vaccinés, principalement parmi les premiers groupes prioritaires âgés de 80 ans et plus. Les personnes plus jeunes ont davantage reçu le vaccin Pfizer, tandis que les personnes de 80 ans et plus ont davantage reçu le vaccin AstraZeneca. Les auteurs ont signalé une efficacité du vaccin statistiquement significative par rapport aux admissions liées à la COVID-19 chez ceux qui ont reçu une première dose de l'un ou l'autre des deux vaccins, qui a augmenté au fil du temps jusqu'à un sommet du 28^e jour au 34^e jour après la vaccination.

Bien que ces données semblent prometteuses, le Comité n'a pas été en mesure d'expliquer pourquoi l'efficacité du vaccin était si

élevée si tôt. Aux jours 7 à 13, l'efficacité déclarée était déjà de 70 %, avec un intervalle de confiance à 95 % de 63 % à 76 %. Cela a soulevé des questions sur la validité méthodologique de l'étude. De plus, compte tenu du contexte de la vaccination ciblée et du plan d'étude, le CCNI a considéré qu'il y avait un risque élevé de biais et que les personnes vaccinées n'étaient probablement pas comparables aux personnes non vaccinées. Compte tenu de ces incertitudes, le CCNI a décidé que cette étude n'était pas assez solide pour modifier la politique et a maintenu sa recommandation de ne pas utiliser le vaccin AstraZeneca pour les personnes de 65 ans et plus pour le moment.

Peu de temps après la publication des recommandations du CCNI, deux autres études sur l'efficacité réelle ont été préimprimées. Le comité s'est réuni hier, le 10 mars, pour en discuter et décider si ces nouvelles données changeraient les recommandations. Un énoncé mis à jour, qui comprendra les données réelles, sera publié le plus tôt possible.

● (1845)

[Français]

En ce qui a trait à l'autorisation de Santé Canada, on se doit de réaliser que Santé Canada et le Comité consultatif national de l'immunisation, bien que relevant tous les deux de la ministre de la Santé, n'ont aucun lien hiérarchique l'un envers l'autre. Santé Canada a comme rôle d'autoriser des indications d'utilisation particulières d'un produit qui se doit d'être sécuritaire, immunogène, efficace et de qualité appropriée. Pour ce faire, il révisé les données précliniques, les données des essais cliniques et les renseignements sur la fabrication soumis par les fabricants ainsi que les données de surveillance post-commercialisation.

Une fois un vaccin autorisé, le CCNI entre en jeu. Le rôle du CCNI, qui est à la fois un comité technique et un organisme consultatif, a comme objectif de recommander des stratégies de vaccination pour promouvoir la santé, prévenir et contrôler les maladies infectieuses et se préparer aux urgences de santé publique ou intervenir dans un tel cas. Pour ce faire, il révisé toutes les données probantes pertinentes et accessibles sur les vaccins en question dans le contexte de considérations de santé publique, pour ensuite prendre en considération non seulement les caractéristiques des vaccins et le fardeau de la maladie, mais également les notions d'éthique, d'équité, d'acceptabilité et de faisabilité, s'alliant régulièrement le soutien de modélisateurs mathématiques, ce qui permet d'évaluer les effets de diverses stratégies.

Le CCNI peut formuler des recommandations hors homologation lorsqu'il existe un besoin manifeste étayé par une analyse éthique de santé publique.

[Traduction]

Dans ce contexte particulier, le CCNI a examiné les avantages d'administrer le vaccin COVID-19 plus tôt aux Canadiens par rapport aux limites de l'administration d'un vaccin qui, selon les données disponibles, est moins efficace. À partir de la modélisation mathématique, diverses stratégies ont été étudiées. Dans le cadre d'essais cliniques, les vaccins à ARNm ont démontré une plus grande efficacité que le vaccin AstraZeneca. Toutefois, dans le contexte de l'approvisionnement limité, le CCNI a tenu compte de facteurs supplémentaires au moment d'évaluer les options de vaccination contre la COVID-19.

La modélisation interne examinée par le CCNI, fondée sur les projections de l'approvisionnement au Canada, a indiqué qu'un programme comprenant à la fois des vaccins à ARNm et le vaccin AstraZeneca pourrait avoir des avantages à court terme sur le plan de la santé publique — prévenir les maladies symptomatiques, les hospitalisations et les décès — lorsque le vaccin d'AstraZeneca est offert plus tôt aux adultes de 18 à 54 ans au lieu d'attendre un vaccin à ARNm pendant les périodes de transmission de l'épidémie. Les avantages pour la santé publique du vaccin AstraZeneca plus tôt, seulement aux personnes de 55 à 64 ans étaient moins certains, étant donné les temps d'attente plus courts prévus pour obtenir le vaccin à ARNm. La modélisation a supposé que les vaccins n'avaient aucun effet sur la prévention de la transmission, car il n'y a pas encore de preuve à cet effet.

La population qui a reçu un vaccin COVID-19 à faible efficacité aura une protection contre la maladie de la COVID-19 plus tôt que si elle avait attendu que les vaccins à ARNm soient disponibles. Toutefois, ces populations pourraient finir par avoir une protection moindre, selon la durée de la protection des deux vaccins, car une plus grande proportion de la population demeurera vulnérable. Selon les stratégies de vaccination, les iniquités en santé pourraient être exacerbées si ce tort potentiel n'est pas pris en compte lors de la mise en œuvre du programme de vaccination dans les populations qui présentent des facteurs de risque croisés de maladies graves et d'exposition.

Les vaccins COVID-19 à ARNm ont des exigences plus difficiles en matière d'entreposage et de transport que le vaccin AstraZeneca, ce qui peut limiter les lieux où le vaccin peut être offert. Il est possible de réduire la réticence vaccinale en offrant le vaccin COVID-19 à des endroits plus pratiques. Cet élément a été jugé important dans la décision de savoir qui devrait recevoir le vaccin AstraZeneca.

[Français]

J'espère que ces explications ont permis au Comité de comprendre la réflexion qui a eu lieu au CCNI en regard de la prise de décision et des recommandations émises le 1^{er} mars dernier.

Je vous remercie de votre attention. Je répondrai à vos questions avec plaisir.

[Traduction]

Le président: Merci, docteur Quach-Thanh.

Nous allons maintenant passer au ministère de la Santé, avec le Dr Marc Berthiaume, directeur, Direction générale des produits de santé et des aliments.

Allez-y, vous avez 10 minutes.

Dr Marc Berthiaume (directeur, Bureau des sciences médicales, Direction des produits thérapeutiques, Direction générale des produits de santé et des aliments, ministère de la Santé): Bonsoir, monsieur le président.

Je m'appelle Marc Berthiaume et je suis directeur du Bureau des sciences médicales à la Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada.

Je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant le Comité aujourd'hui. Je suis heureux d'avoir l'occasion de discuter des normes élevées de Santé Canada pour le processus d'approbation des vaccins et, en particulier, de répondre aux questions concernant

l'approbation du vaccin AstraZeneca pour les personnes de plus de 65 ans.

Je tiens d'abord à souligner que Santé Canada n'autorise les vaccins que s'ils satisfont aux exigences rigoureuses du ministère en matière d'innocuité, d'efficacité et de qualité.

Comme pour les autres vaccins, Santé Canada a mené des examens scientifiques indépendants et approfondis pour déterminer que les avantages l'emportent sur les risques pour le vaccin AstraZeneca contre la COVID-19 mis au point en partenariat avec l'Université d'Oxford, ainsi que la version du vaccin AstraZeneca du Serum Institute of India, parrainé au Canada par Verity Pharmaceuticals.

Santé Canada a rigoureusement évalué les données disponibles provenant d'essais cliniques et de données probantes réelles et a déterminé que ce vaccin est sans danger pour les adultes de 18 ans et plus.

Nous avons également collaboré avec l'Agence européenne des médicaments à l'examen du vaccin AstraZeneca, dans le cadre de son processus ouvert. Cette initiative permet aux organismes de réglementation de confiance à l'extérieur de l'Union européenne, comme Santé Canada, de collaborer et d'échanger de l'information tout au long du processus d'examen.

Tous les organismes de réglementation qui ont autorisé le vaccin AstraZeneca ont accordé des indications pour adultes sans restriction.

Même s'il existe peu d'information provenant des essais cliniques pour calculer son efficacité chez les personnes de 65 ans et plus, l'autorisation de Santé Canada pour une vaste population adulte a pris en considération les données disponibles sur les réactions immunitaires. Des études sur l'utilisation réelle du vaccin, ainsi que des données sur le profil d'innocuité du vaccin provenant de millions de personnes qui l'ont reçu, commencent à faire ressortir des preuves prometteuses.

En plus des données probantes concrètes encourageantes qui montrent déjà des avantages en ce qui concerne les résultats comme l'hospitalisation, il est important de noter qu'il n'y a pas eu de problème d'innocuité dans ce groupe d'âge. Il n'y a eu aucun problème dans les études cliniques, où environ 700 personnes de plus de 65 ans ont reçu le vaccin, ni chez le grand nombre de personnes âgées qui ont été vaccinées à ce jour dans d'autres pays qui ont également autorisé le vaccin AstraZeneca et qui l'administrent à des personnes de plus de 65 ans.

Plus précisément, au cours du premier résumé de la période de production de rapports sur l'innocuité du 1^{er} au 31 janvier 2021, des données sur l'innocuité étaient disponibles pour plus de 3,7 millions de personnes qui ont reçu le vaccin, et aucun problème d'innocuité n'a été relevé. Un risque d'anaphylaxie est apparu plus récemment, et il est en train d'être ajouté à la monographie du produit.

Santé Canada est au courant des rapports sur les effets indésirables en Europe, y compris les décès, à la suite de l'immunisation au moyen du vaccin AstraZeneca, en particulier les événements thromboemboliques comme les caillots sanguins. Nous surveillons la situation et travaillons en étroite collaboration avec les organismes de réglementation nationaux pour recueillir des renseignements, y compris l'Agence européenne des médicaments, dont le comité de sécurité a lancé une enquête accélérée. À l'heure actuelle, nous ne croyons pas qu'il s'agit d'un nouveau problème d'innocuité qui aura une incidence sur le déploiement du vaccin au Canada. Ce genre d'événements démontre que notre système de sécurité rigoureux fonctionne bien pour cerner les problèmes et commencer rapidement à enquêter.

Santé Canada assure aux Canadiens que les avantages de la vaccination l'emportent sur les risques. Nous nous attendons à recevoir d'autres renseignements sur les essais cliniques en cours et la surveillance post-commercialisation au cours des prochains mois. S'il faut apporter d'autres changements sur le plan de l'innocuité ou de l'efficacité, Santé Canada prendra les mesures nécessaires.

Entre-temps, le ministère a fait preuve de transparence en ce qui concerne les données qui ont été prises en considération et a tenu compte des données limitées sur l'efficacité pour les personnes de plus de 65 ans dans son document d'application de la réglementation, y compris la monographie du produit.

• (1850)

[Français]

Je tiens à souligner que tous les vaccins contre la COVID-19 ont été autorisés au Canada en vertu d'un arrêté d'urgence approuvé en septembre 2020, ce qui nous permet d'accélérer l'examen des traitements et des vaccins pour lutter contre la COVID-19, tout en maintenant un niveau élevé d'examen scientifique.

Grâce à cet arrêté d'urgence, Santé Canada est en mesure d'approuver de nouveaux vaccins sur la base des preuves disponibles, avec des exigences administratives et des demandes plus souples. Il permet également de procéder à des examens continus, ce qui permet à un fabricant de vaccin de soumettre sa demande d'autorisation avant d'avoir terminé tous les essais cliniques. Cela signifie qu'il peut soumettre les données requises au fur et à mesure qu'elles deviennent disponibles. En outre, l'arrêté d'urgence donne à Santé Canada le pouvoir d'appliquer des conditions pour exiger du fabricant qu'il continue à fournir des informations sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité du vaccin une fois celui-ci commercialisé.

Nous disposons également d'un solide système de surveillance post-commercialisation pour contrôler l'innocuité des vaccins contre la COVID-19. Une fois qu'un vaccin est sur le marché, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada surveillent tout effet indésirable après l'immunisation, en collaboration avec les provinces et les territoires, les partenaires internationaux et les fabricants. L'arrêté d'urgence donne le pouvoir d'imposer des conditions à toute autorisation, à tout moment, comme la réalisation d'évaluations supplémentaires des informations d'innocuité. Nous prendrons rapidement des mesures si des problèmes d'innocuité sont découverts.

Toutes les décisions réglementaires de Santé Canada sont indépendantes et fondées uniquement sur des données scientifiques et des preuves. Nos équipes spécialisées dans l'examen des vaccins contre la COVID-19 sont composées d'experts scientifiques et réglementaires expérimentés, y compris des scientifiques et des mé-

decins ayant de nombreuses années d'expérience dans l'examen de vaccins. Ensemble, ces mesures ont permis à Santé Canada d'autoriser plusieurs essais cliniques au Canada pour les vaccins contre la COVID-19, ainsi que pour cinq vaccins: Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca, la version d'AstraZeneca produite par le Serum Institute en Inde et Janssen.

Dans le cadre de notre engagement continu envers l'ouverture et la transparence, Santé Canada a publié sur son portail des vaccins et traitements contre la COVID-19 des renseignements détaillés sur les vaccins autorisés liés à la COVID-19, y compris des monographies de produits canadiens et des sommaires de décisions réglementaires qui fournissent un résumé de haut niveau des preuves qui ont été examinées pour appuyer l'autorisation des vaccins.

Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada fournissent des mises à jour hebdomadaires sur les événements indésirables signalés à la suite de l'immunisation. Notre réponse à la pandémie est guidée par les sciences et les recherches les plus récentes. Nous continuons aussi à surveiller de près les nouveaux variants viraux et à travailler avec les fabricants et les organismes de réglementation internationaux pour évaluer les effets des nouveaux variants sur l'efficacité des vaccins et fournir des conseils aux fabricants.

Santé Canada, dans le cadre du Consortium Access qui comprend également nos homologues réglementaires au Royaume-Uni, en Australie, en Suisse et à Singapour, a élaboré et publié en collaboration avec ces derniers des lignes directrices destinées à l'industrie et portant sur notre approche réglementaire commune pour autoriser la mise à jour des vaccins existants pour lutter contre les nouveaux variants.

Les Canadiens peuvent être assurés que le processus d'examen de chaque vaccin a été rigoureux et qu'il existe des systèmes permettant de continuer à surveiller l'innocuité et l'efficacité des vaccins liés à la COVID-19 après leur autorisation. Les vaccins sont essentiels à la réponse du Canada à la pandémie et à sa lutte contre la COVID-19. L'autorisation de ces vaccins supplémentaires, qui répondent aux normes rigoureuses d'innocuité, d'efficacité et de qualité de Santé Canada, fournit des outils supplémentaires pour lutter contre cette pandémie le plus rapidement possible.

Je vous remercie.

• (1855)

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Berthiaume.

Nous passons maintenant à l'Agence de la santé publique du Canada, qui aura collectivement 15 minutes pour s'exprimer. Nous allons commencer par Mme Elmslie, vice-présidente de la Direction générale de l'immunisation.

Madame Elmslie, vous avez la parole.

• (1900)

Mme Kimberly Elmslie (vice-présidente, Direction générale de l'immunisation, Agence de la santé publique du Canada): Merci beaucoup, monsieur le président. Bonsoir, mesdames et messieurs.

Ce soir, je parlerai du rôle du Comité consultatif national sur l'immunisation dans le système d'immunisation du Canada. Comme vous le savez, le CCNI est un organisme externe spécialisé qui fournit des conseils indépendants à l'Agence de la santé publique du Canada sur l'utilisation optimale des vaccins autorisés au Canada. Le CCNI est en opération depuis plus de 50 ans en tant que groupe consultatif technique national sur l'immunisation et est largement respecté par les provinces et les territoires ainsi qu'au niveau international.

Le CCNI est composé d'experts dans les domaines de la pédiatrie, des maladies infectieuses, de l'immunologie, de la pharmacie, des soins infirmiers, de l'épidémiologie, de la pharmacoeconomie, des sciences sociales et de la santé publique, provenant de partout au Canada. Dans le contexte de la COVID-19, la stratégie fédérale, provinciale et territoriale du Canada en matière de pandémie désigne le CCNI comme organisme faisant autorité pour donner des conseils sur la priorisation des vaccins contre la pandémie et la conception des programmes de santé publique relatifs aux vaccins. Ses recommandations sont conçues pour soutenir les objectifs de la réponse de santé publique en cas de pandémie, qui sont de réduire au minimum les maladies graves et la mortalité globale, tout en minimisant les perturbations sociétales résultant de la COVID-19.

Les conseils du CCNI relatifs à la COVID-19 sont axés sur la priorisation stratégique des vaccins, ainsi que sur les orientations spécifiques aux vaccins et le classement des produits en vue d'une utilisation clinique. Les recommandations éclairent la planification des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en vue d'une répartition efficiente, efficace et équitable des vaccins contre la COVID-19. Le CCNI examine minutieusement les données disponibles lorsqu'il élabore ses recommandations. Cela inclut la prise en compte des caractéristiques des vaccins, telles que l'innocuité, l'efficacité, l'immunogénicité et l'efficience. Le CCNI intègre également des facteurs programmatiques, tels que l'économie, l'éthique, l'équité, la faisabilité et l'acceptabilité.

Les directives du CCNI sont de nature consultative. Les décisions relatives à la planification et à la mise en œuvre des programmes d'immunisation relèvent de la compétence des administrations provinciales et territoriales. Les provinces et les territoires déterminent comment utiliser les vaccins autorisés contre la COVID-19, en fonction de leurs propres besoins et circonstances, en particulier les considérations de santé publique, l'épidémiologie locale, la capacité du système de santé et la logistique de la gestion des vaccins.

Le CCNI est soutenu par un secrétariat hébergé au sein de l'ASPC. Bien que les membres du CCNI ne soient pas des employés du gouvernement et demeurent externes au gouvernement fédéral, le Secrétariat soutient les réunions et les délibérations du Comité, l'examen scientifique rigoureux des preuves et l'élaboration des déclarations du CCNI et des produits de communication destinés aux prestataires de soins de santé et au public. Ce soutien du Secrétariat est nécessaire, car les membres du comité sont des bénévoles, occupant d'importants rôles cliniques et de santé publique à plein temps.

Le CCNI complète l'expertise de ses nombreux membres en engageant largement les intervenants dans l'élaboration de ses recommandations impliquant de nombreux organismes de liaison. Le Comité canadien d'immunisation, qui est une table fédérale, provinciale et territoriale, participe activement à de nombreux points du travail du CCNI. Lors de la rédaction des directives sur les vaccins

COVID-19, y compris le vaccin AstraZeneca, le CCNI a sollicité la contribution du Comité consultatif spécial sur la COVID-19, qui est composé de médecins hygiénistes en chef provinciaux et territoriaux et d'autres hauts fonctionnaires.

Il y a une distinction importante à faire entre le rôle du CCNI et la fonction de Santé Canada en tant qu'organisme national de réglementation du Canada. Il n'est pas rare que le CCNI fasse des recommandations plus ou moins larges que les conditions d'utilisation approuvées par Santé Canada. Le CCNI est différent de Santé Canada, qui ne dicte pas la pratique de la médecine ni ne fait de recommandations sur la manière dont les vaccins devraient être utilisés dans les différents groupes d'âge et sous-populations pour des raisons de santé publique.

Conformément à son mandat d'optimiser les avantages de l'immunisation pour la santé publique au Canada, le CCNI a toujours formulé des recommandations préférentielles sur l'utilisation de vaccins dans les populations clés contre les maladies. Quelques exemples incluent les vaccins contre la grippe et le zona. En formulant ses recommandations, le CCNI prend également en considération d'autres vaccins disponibles au Canada et peut faire des recommandations préférentielles en fonction du contexte actuel. Sa situation est différente de celle de Santé Canada qui, en tant qu'autorité réglementaire, examine chaque vaccin indépendamment pour évaluer s'il existe suffisamment de preuves de son innocuité, de son efficacité et de la qualité de sa fabrication pour répondre aux exigences réglementaires d'autorisation.

- (1905)

Les cliniciens sont habitués à consulter à la fois la monographie de produit et les conseils du CCNI lorsqu'ils prennent leurs décisions cliniques en matière de vaccins pour les patients. Ils ne s'attendent pas à ce qu'ils soient identiques, sachant qu'ils sont motivés par des perspectives différentes.

Les recommandations du CCNI viennent compléter les indications réglementaires avec du contexte tiré de la situation réelle et des renseignements sur les stratégies de santé publique en fonction des données disponibles et changeantes. Le Comité révisé ses recommandations lorsque nécessaire, en fonction des nouvelles données et de l'évolution du contexte.

Sur la scène mondiale, d'autres pays s'appuient également sur leurs groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination respectifs pour obtenir des conseils d'experts sur la COVID-19. Par l'intermédiaire du secrétariat du CCNI au sein de l'ASPC, le CCNI est bien relié aux GCTNV internationaux. Le Canada préside actuellement le réseau mondial des GCTNV, un forum soutenu par l'Organisation mondiale de la Santé où ces groupes partagent des données et collaborent sur des plans de travail.

Le secrétariat du CCNI communique régulièrement avec les pays, bilatéralement et par l'entremise du réseau mondial des GCTNV, afin de se tenir informé des développements internationaux liés à la COVID-19.

L'ASPC s'attend à ce que différentes approches soient adoptées dans le monde entier en réponse à la COVID-19. Chaque pays élabore des programmes de vaccination qui s'inspirent de l'épidémiologie locale, des valeurs, des préférences, de l'infrastructure sociale et des systèmes de santé locaux. Naturellement, ces considérations varient considérablement d'un pays à l'autre.

Comme vous le savez tous, les données concrètes sur la COVID-19 et l'efficacité des vaccins évoluent en temps réel. Le CCNI continuera à suivre de près et à examiner les preuves émergentes et révisera ses recommandations au fur et à mesure que l'information sera disponible.

Je tiens à remercier le président et les membres du Comité de me donner l'occasion de discuter de cette question.

Merci.

Le président: Merci, madame Elmslie.

Quelqu'un d'autre de l'ASPC souhaite-t-il prendre la parole?

Mme Kimberly Elmslie: Nous n'avons rien à ajouter pour le moment, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup.

Dans ce cas, nous allons commencer la période de questions.

Nous allons commencer par Mme Rempel Garner, s'il vous plaît, pour six minutes.

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

Je m'adresse au Dr Berthiaume, de Santé Canada. Est-ce que Santé Canada craint que certains groupes d'âge ou certains groupes démographiques présentent un risque accru d'embolie pulmonaire ou de TVP après avoir reçu une dose du vaccin AstraZeneca?

Dr Marc Berthiaume: Une enquête est en cours en Europe sur les événements thromboemboliques. On pense qu'ils pourraient être liés à certains lots de vaccins, mais il faut poursuivre les investigations.

À l'heure actuelle, on ne s'inquiète pas au Canada du risque potentiel d'effets indésirables de thromboembolie avec le vaccin AstraZeneca. Je pourrais ajouter, à titre d'information complémentaire, qu'au Royaume-Uni, où 11 millions de doses du vaccin AstraZeneca ont été administrées, aucun risque de thromboembolie n'a été signalé.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Merci.

Docteure Quach-Thanh, le Dr Berthiaume a passé la plus grande partie de son exposé à parler de l'innocuité du vaccin AstraZeneca, mais je crois comprendre que votre recommandation contre l'utilisation du vaccin AstraZeneca chez les personnes âgées était liée à son efficacité. Est-ce exact?

Dre Caroline Quach-Thanh: C'est exact.

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

Les autres vaccins qui ont été approuvés au Canada — les deux vaccins à ARNm ainsi que le vaccin Johnson & Johnson — sont-ils plus efficaces pour les personnes de 65 ans et plus?

Dre Caroline Quach-Thanh: Si vous prenez les deux vaccins à ARNm, leur efficacité est en fait de près de 95 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus. En ce qui concerne le vaccin Johnson & Johnson, le CCNI n'a pas examiné toutes les données, alors notre recommandation n'a pas encore été publiée, mais nous avons des données sur les personnes de 65 ans et plus qui sont statistiquement significatives, ce qui signifie que l'intervalle de confiance à 95 % n'inclut pas zéro.

• (1910)

L'hon. Michelle Rempel Garner: Bien.

Dans vos commentaires, vous avez parlé de la prise de décisions dans le contexte d'un approvisionnement limité. Croyez-vous que le manque d'approvisionnement en vaccins au Canada à ce jour, combiné à la menace des variants, a joué un rôle dans la décision du gouvernement d'approuver le vaccin AstraZeneca pour les personnes de 65 ans et plus, malgré votre recommandation?

Dre Caroline Quach-Thanh: Je pense qu'il faudrait poser la question à Santé Canada pour ce qui est des raisons exactes.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Certainement.

Monsieur Berthiaume, je vais vous poser la même question. Le manque, ou l'approvisionnement limité de vaccins à ARNm, a-t-il joué un rôle dans votre décision de ne pas tenir compte des conseils du CCNI?

Dr Marc Berthiaume: Non, ce n'est pas le cas. Santé Canada a fondé sa décision sur un certain nombre d'éléments. Il y avait des preuves d'immunogénicité, c'est-à-dire que les personnes de plus de 65 ans participant à des études sur l'immunogénicité produisaient des anticorps lorsqu'on leur administrait ce vaccin. La rareté des données est liée au petit nombre de personnes qui ont participé à des essais cliniques et qui étaient âgées de 65 ans et plus, et cela se reflète dans la monographie du produit...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Mais toutes choses étant égales par ailleurs, ce que nous venons d'entendre, c'est que les vaccins à ARNm sont beaucoup plus efficaces pour les personnes de 65 ans et plus que ceux d'AstraZeneca, alors pourquoi Santé Canada n'a-t-il pas recommandé de prioriser le vaccin Pfizer pour ce groupe d'âge et celui d'AstraZeneca pour d'autres groupes d'âge, où le niveau d'efficacité serait plus élevé?

Dr Marc Berthiaume: Si vous faites une comparaison, par exemple, avec les antibiotiques pour la pneumonie, Santé Canada approuverait un ensemble d'antibiotiques pour la pneumonie, mais ne dirait pas nécessairement « celui-ci est meilleur que celui-là ». Ensuite, les lignes directrices de pratique de différents experts guideraient la prise de décisions cliniques.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Mais dans ce cas-ci, compte tenu de l'approvisionnement limité, du confinement de l'économie et du fait que les variants constituent manifestement une menace, ne serait-il pas judicieux que Santé Canada tienne compte de la population la plus vulnérable lorsqu'il recommande à qui administrer les vaccins en priorité?

Dr Marc Berthiaume: La stratégie de Santé Canada consiste à disposer d'un portefeuille de vaccins qui offrent des caractéristiques différentes. Par exemple, le vaccin AstraZeneca a une caractéristique très intéressante, que les autres n'ont pas, et c'est que la fiole, une fois que vous prélevez la première dose, peut être réfrigérée et utilisée pour d'autres patients pendant 48 heures, contre seulement six heures pour les trois autres...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Mais...

Le Dr Marc Berthiaume: Laissez-moi terminer, s'il vous plaît.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Bien sûr. Mon temps est très limité. Il ne me reste qu'une minute et demie.

Dr Marc Berthiaume: D'accord. Désolé.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Vous pouvez déposer votre réponse auprès du Comité si vous le souhaitez, même si aucun de vos collègues ne le fait régulièrement.

Pendant la minute qu'il me reste, vous et d'autres fonctionnaires du gouvernement fédéral avez dit que c'est la province qui décide des recommandations qu'elle veut suivre, essentiellement. Ne craignez-vous pas qu'une balkanisation des recommandations relatives aux vaccins à l'échelle du Canada risque d'engendrer une réticence vaccinale ou d'inciter les gens de 65 ans et plus à ne pas se faire vacciner en raison du manque de clarté et de conseils du gouvernement?

Dr Marc Berthiaume: Je pense que cette question s'adresse à mes collègues de l'ASPC.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Allez-y.

Mme Kimberly Elmslie: Merci beaucoup. Je vais peut-être commencer.

Dans le contexte de la stratégie de vaccination et de la nécessité de veiller à ce qu'il y ait une stratégie diversifiée et à ce que les vaccins soient disponibles partout au pays, ce qui est important, c'est que les provinces et les territoires administrent aux Canadiens des vaccins efficaces.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Ne craignez-vous pas que le manque de clarté des conseils donnés n'engendre une réticence vaccinale?

Mme Kimberly Elmslie: Nous avons fourni des conseils clairs aux Canadiens dans le cadre de notre collaboration avec les provinces et les territoires. Nous continuerons de le faire.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je dirais que non. Dans quelle mesure des avis contradictoires sont-ils clairs?

Mme Kimberly Elmslie: Il y aura des conseils qui changeront avec le temps. C'est exactement ce qui se produit à mesure que la science se précise et que nous avons les résultats de plus en plus d'études. Nous pouvons nous attendre à voir des changements dans les conseils.

Il est vraiment important de continuer à fournir le plus d'information possible, de reconnaître qu'il y aura des changements et d'informer le public que les choses changeront à mesure que les preuves changeront.

Le président: Merci, madame Rempel Garner.

Nous allons maintenant passer à Mme Sidhu, pour six minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Je remercie tous les témoins d'être parmi nous aujourd'hui. Je sais que vous avez tous travaillé très fort pour tous les Canadiens. Merci beaucoup.

Monsieur le président, d'ici la fin du mois, nous aurons reçu 8,5 millions de doses de vaccins contre la COVID. D'ici juillet, nous aurons reçu 36,5 millions de doses de vaccin. Cela ne comprend même pas celui de Johnson & Johnson.

Ma première question s'adresse à la Dre Quach. Beaucoup de Canadiens nous écoutent, et certaines données présentées par les experts peuvent être difficiles à comprendre. En termes simples, d'après toutes les données que vous avez examinées, quelle est l'efficacité du vaccin d'AstraZeneca?

● (1915)

Dre Caroline Quach-Thanh: Pour ce qui est de l'efficacité, elle est de 60 % pour les 18 à 64 ans et d'environ 40 % pour les personnes âgées. Cependant, lorsqu'on examine l'efficacité, on constate qu'elle est de 70 à 80 % pour prévenir les hospitalisations et les décès, ce qui est comparable aux autres vaccins.

Il s'agit de données du monde réel dont la qualité n'est pas aussi élevée que ce que nous voyons habituellement dans les essais cliniques randomisés, mais ce sont les données dont nous disposerons pour aller de l'avant avec le déploiement des vaccins. C'est ce que nous examinons également.

Pour ce qui est de prévenir les complications, ce vaccin fonctionne.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Docteur Quach, par souci de clarté, pensez-vous que les Canadiens devraient choisir d'attendre un vaccin particulier, ou devraient-ils prendre le premier qui leur est offert?

Dre Caroline Quach-Thanh: En ce moment, je pense que vous devez prendre tout ce qui vous est offert, parce que c'est maintenant que vous risquez d'être infecté, alors que la transmission dans la communauté est élevée. Si vous attendez jusqu'en juin ou juillet, lorsque votre tour viendra pour le vaccin à ARNm par exemple, vous risquez d'être infecté d'ici là.

Nous espérons que les Canadiens les plus vulnérables aux infections et aux complications pourront se faire vacciner le plus rapidement possible.

Mme Sonia Sidhu: Docteur Berthiaume, pouvez-vous nous parler des données dont Santé Canada tient compte lorsqu'il formule des recommandations sur l'admissibilité à un vaccin? De toute évidence, vous avez examiné les données cliniques qui sont arrivées en continu. Recueillez-vous des renseignements d'autres sources?

Dr Marc Berthiaume: Lorsque nous examinons une présentation, comme pour le vaccin AstraZeneca, nous l'évaluons en fonction des données fournies par le fabricant. Pour cette présentation précise, le fabricant a fourni les données de quatre essais cliniques, dont deux étaient les plus importants pour notre analyse. Il a également fourni les données du monde réel de l'Écosse comme élément de preuve à prendre en considération pour l'approbation de son vaccin.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Comme nous le savons, le CCNI a récemment fait savoir que la deuxième dose pourrait être administrée efficacement avec un intervalle plus long. Pour l'un ou l'autre des témoins, l'extension de l'intervalle de vaccination contre la COVID-19 suscite-t-elle des préoccupations particulières pour une population ou un groupe en particulier?

Dre Caroline Quach-Thanh: Pour ce qui est de l'extension de l'intervalle, les personnes les plus vulnérables dans les établissements de soins de longue durée, par exemple, sont probablement celles pour lesquelles nous n'augmenterions pas l'intervalle. La raison pour laquelle le CCNI ne l'a pas dit explicitement, c'est que lorsque nous avons parlé à nos homologues, les provinces et les territoires ont tous dit que la majeure partie de leur population était déjà vaccinée.

Cependant, lorsque nous examinons les données fournies par le Québec, la Colombie-Britannique et le Royaume-Uni, nous constatons que même dans ces populations très fragiles, l'efficacité du vaccin est encore de 80 % jusqu'à huit semaines, et ne semble pas diminuer avec le temps. C'est l'une des raisons pour lesquelles cette recommandation a été faite.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Cela dit, pensez-vous que les recommandations dont nous avons discuté mettront des Canadiens en danger?

Dre Caroline Quach-Thanh: Je pense qu'il faut vraiment tenir compte des risques et avantages, comme nous le disions. Notre objectif est de vacciner le plus grand nombre de Canadiens possible avec la première dose, avec une efficacité globale d'environ 80 %, ce qui peut ensuite aider à contrôler la pandémie et à réduire l'impact des variants sur la transmission.

Bien sûr, si nous avons beaucoup de vaccins et que nous pouvions les administrer rapidement, nous n'essayerions pas de prolonger l'intervalle. Je pense également que cet intervalle est d'une durée limitée. Cela ne veut pas dire que tous les Canadiens recevront leurs deux doses à quatre mois d'intervalle. Cela signifie que maintenant, pour pouvoir utiliser les vaccins que nous recevons, qui sont encore en quantité limitée, nous espérons que la première dose sera administrée au plus grand nombre de personnes possible, et lorsque le reste des vaccins arrivera, à ce moment-là, nous pourrons raccourcir l'intervalle à environ six semaines.

• (1920)

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Monsieur le président, me reste-t-il du temps?

Le président: Vous avez 40 secondes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Puis-je demander une précision? La procédure le permet-elle? Le témoin a dit quelque chose... ou suis-je dans l'erreur? Docteur Quach-Thanh, je pense que c'est vraiment important...

Un député: Monsieur le président, j'invoque le Règlement. Il ne peut pas intervenir...

Le président: Que tout le monde se calme.

Docteur, vous aurez du temps au troisième tour.

M. Marcus Powlowski: N'a-t-on pas la possibilité de demander un éclaircissement au sujet d'un témoignage?

Le président: Cela interrompt le...

M. Marcus Powlowski: Je pense que c'est tout à fait au cœur de ce dont nous parlons.

M. John Barlow (Foothills, PCC): Monsieur le président, il a un temps de parole. C'est tout.

Le président: Monsieur, nous ne pouvons pas le permettre pour le moment. Si un de vos collègues veut partager son temps avec vous, ça va, mais pour le moment, le temps de parole de tous les partis est bien défini.

Mme Sonia Sidhu: Monsieur le président, je vais partager mon temps de parole avec M. Powlowski.

Le président: Très bien, madame Sidhu, il vous reste 40 secondes.

Monsieur Powlowski, vous avez 40 secondes.

M. Marcus Powlowski: Merci, madame Sidhu.

Je pense que c'est vraiment important et probablement que la plupart des membres du Comité n'ont pas remarqué cela. Une grande partie de la population ne comprend peut-être pas la différence.

Docteur Quach-Thanh, vous avez parlé de l'efficacité par rapport à l'efficience, et les chiffres sont très différents. Pouvez-vous encore une fois clarifier cela pour que nous comprenions la diffé-

rence entre ces deux termes? Quelle est l'efficacité par rapport à l'efficience?

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

L'efficacité signifie l'impact du vaccin dans le cadre d'un essai clinique randomisé où l'on choisit la population — en ce sens que l'on a des critères d'inclusion et d'exclusion très stricts. Habituellement, votre population est en meilleure santé que lorsque vous utilisez le vaccin dans le monde réel.

L'efficience est l'impact d'un vaccin lorsqu'il est distribué au niveau de la population, ce qui signifie que tout le monde est vacciné. Vous avez des patients immunodéprimés, des personnes qui ont des problèmes médicaux sous-jacents et des personnes mal nourries qui ne réagissent peut-être pas aussi bien à un vaccin. On s'attend toujours à ce que le taux d'efficience soit un peu inférieur à l'efficacité parce qu'il y a une population beaucoup plus variée chez qui le vaccin ne fonctionne peut-être pas aussi bien que lorsque vous sélectionnez les participants à une étude selon des critères très stricts.

Le président: Merci, docteur.

[Français]

Nous passons maintenant à M. Thériault.

Monsieur Thériault, vous disposez de six minutes.

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

Docteur Berthiaume, pourquoi ne pas avoir homologué le vaccin d'AstraZeneca en y ajoutant un avertissement concernant les 65 ans et plus?

Dr Marc Berthiaume: Le vaccin d'AstraZeneca a été approuvé parce que Santé Canada considérait qu'il avait suffisamment d'information pour recommander l'utilisation chez les 65 ans et plus. Ce que je peux mentionner, c'est que...

M. Luc Thériault: Excusez-moi de vous interrompre, docteur Berthiaume. Vous avez dit qu'il y avait suffisamment d'information. Qu'est-ce que cela veut dire?

Dr Marc Berthiaume: Cela veut dire qu'il y a suffisamment de preuves. Santé Canada prend une décision sur la base des preuves qui lui sont soumises.

M. Luc Thériault: D'accord. À l'évidence, le Comité consultatif national de l'immunisation, le CCNI, nous dit qu'il est efficace à 43 %, n'est-ce pas?

Qui doit tenir compte du Comité consultatif? L'Agence de la santé publique du Canada doit enrayer une pandémie. Elle a deux instances. On vise l'obtention de vaccins, mais quand il est question du vaccin d'AstraZeneca, on se renvoie la balle.

Des gens, au Québec, disent que le vaccin a été homologué. Cependant, il a été homologué sans avertissement en ce qui a trait à son efficacité sur les 65 ans et plus. Lorsqu'on nous parle de la pertinence du vaccin, on nous dit que cela fait partie d'une stratégie de vaccination basée sur la rareté de la ressource.

S'il n'y a pas de rareté de la ressource, est-ce que l'homologation se fait quand même? Est-elle faite sans avertissement? En d'autres mots, pourquoi avoir homologué ce vaccin?

Dr Marc Berthiaume: Comme j'ai essayé de l'expliquer tantôt, il y a plusieurs données à prendre en compte lorsqu'on examine l'efficacité du vaccin d'AstraZeneca. Par exemple, dans des groupes de 600 à 700 patients de 65 ans et plus qui comprenaient un groupe placebo et un groupe ayant reçu le vaccin, il n'y a eu aucune hospitalisation parmi les personnes vaccinées et huit hospitalisations parmi celles n'ayant pas reçu le vaccin.

Quand on examine l'efficacité d'un vaccin, on prend en compte différents facteurs, tels que la prévention de l'infection asymptomatique et la prévention de l'infection symptomatique. La plupart des données sur l'efficacité dont nous avons discuté jusqu'à maintenant aujourd'hui concernaient l'efficacité contre l'infection symptomatique.

Ensuite, il y a l'efficacité contre les cas d'hospitalisation et de décès. C'est un aspect important de l'efficacité d'un vaccin. Pour ce qui est du vaccin d'AstraZeneca, non seulement les données provenant des essais cliniques, mais aussi celles sur l'efficacité dans le monde réel ont démontré que c'est un vaccin qui permet de prévenir et de réduire de façon considérable les cas graves et sévères, comme ceux qui engorgent les hôpitaux et causent des décès.

• (1925)

M. Luc Thériault: Ce que vous nous dites, c'est que, même si l'efficacité du vaccin est à 43 % chez les 65 ans et plus, cela permet de prévenir les formes graves de la maladie.

Est-ce que la décision d'offrir ce vaccin est optimale pour l'ensemble des gens? La décision de l'offrir sans donner d'avertissement ne vient-elle pas d'une certaine façon créer de l'incertitude chez les gens, qui en éprouvent justement à l'heure actuelle?

Aujourd'hui, nous apprenions qu'il y avait un problème. Qui va prendre une décision? Sûrement pas le Comité consultatif national sur l'immunisation, ou CCNI, car il est consultatif.

Est-ce que ce sera l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada?

Qui va prendre la décision de suspendre l'utilisation de ce vaccin, comme en Norvège, au Danemark et en Islande?

Pourquoi n'avez-vous pas appliqué le principe de précaution?

Dr Marc Berthiaume: L'efficacité de 43 % que je mentionnais n'était pas statistiquement significative, parce qu'il y avait trop peu de cas.

Ce que je pourrais ajouter, c'est que l'Agence...

M. Luc Thériault: Attendez, est-ce que vous me dites que, présentement, le CCNI dit qu'il n'est pas recommandé d'utiliser un vaccin à 43 % d'efficacité et que vous n'en tenez pas compte parce que les données ne sont pas significatives?

Dr Marc Berthiaume: Ce que je dis, comme l'a expliqué la Dre Quach-Thanh, c'est que les 43 % ont un intervalle de confiance très étendu, allant même dans le négatif.

Même si le taux qui a été obtenu est de 43 %, il ne s'agit pas d'une valeur statistiquement fiable à cause du trop petit nombre de cas dans l'étude.

M. Luc Thériault: Les nouvelles études qui vont probablement être examinées dans les prochains jours vont nous donner un son de cloche un peu plus précis, mais vous n'avez pas répondu à ma question.

Qui, selon le principe de précaution, va suspendre la vaccination jusqu'à ce que l'on fasse la lumière sur les effets indésirables du vaccin?

Dr Marc Berthiaume: Vous faites référence à un...

M. Luc Thériault: Est-ce vous qui prenez la décision?

Dr Marc Berthiaume: Monsieur Thériault, j'aimerais bien répondre à votre question.

Vous faisiez référence à des cas de troubles thrombo-emboliques en Europe. La vaccination de certains groupes a été suspendue dans certains pays, mais l'administration du vaccin d'AstraZeneca n'a pas été suspendue complètement en Europe. Le vaccin fait actuellement l'objet d'une investigation.

Ce qu'il faut se dire, c'est que, quand on donne un vaccin à des millions de personnes, il va arriver qu'il y aura...

M. Luc Thériault: Je comprends ça...

Dr Marc Berthiaume: ... des troubles thrombo-emboliques qui vont se...

M. Luc Thériault: Je comprends cela, monsieur Berthiaume. Je n'ai pas beaucoup de temps.

Cependant, pour revenir au principe de précaution, ce n'est pas parce que nous pouvons administrer le vaccin de façon sécuritaire ici que nous ne pouvons pas attendre les développements en lien avec un problème survenu ailleurs. Qu'est-ce qui presse autant?

Mettez-vous dans la peau d'une personne de 70 ans qui voit tout cela dans les nouvelles et à qui l'on dit non, il n'y a pas de consentement à signer pour le vaccin, vous prenez simplement ce qu'on vous donne.

Ne pense-t-on pas que le message véhiculé en matière de santé publique pourrait créer de l'incertitude chez les gens qui se sentent en confiance?

Est-ce que vous tenez compte de cela?

Qu'est-ce que cela enlève, dans le processus de vaccination, d'attendre qu'on fasse la lumière sur les effets indésirables du vaccin, qui sont quand même importants?

Dr Marc Berthiaume: Les cas dont vous parlez avec troubles thrombo-emboliques en Europe font l'objet d'un examen.

Santé Canada est en communication directe avec les agences européennes. S'il y avait un problème d'innocuité émergent lié à cela, Santé Canada prendrait les mesures nécessaires en ce qui concerne la vaccination...

M. Luc Thériault: Qu'est-ce que vous en savez présentement?

Vous ne pouvez rien affirmer à ce sujet.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: Comme vous ne pouvez rien affirmer à ce sujet, vous devriez retirer temporairement le vaccin par précaution.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous allons maintenant passer à M. Davies.

Monsieur Davies, vous avez six minutes.

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

Docteur Quach-Thanh, le 1^{er} mars, il y a environ 10 jours, le CCNI a dit au sujet du vaccin Oxford-AstraZeneca qu'il ne recommandait pas son utilisation chez les personnes de 65 ans et plus en raison de l'information limitée sur l'efficacité de ce vaccin dans ce groupe d'âge à l'heure actuelle.

Maintenez-vous cette affirmation?

• (1930)

Dre Caroline Quach-Thanh: Vous me demandez si je maintiens toujours la déclaration que nous avons publiée le 1^{er} mars. Comme nous l'avons dit, nous examinons les données. Nous nous sommes réunis hier...

M. Don Davies: Je ne vous demande pas si vous examinez les données. Je vous demande si vous maintenez cette affirmation.

Dre Caroline Quach-Thanh: À l'heure actuelle, oui, parce que nous sommes en train d'examiner les données.

M. Don Davies: Merci.

Madame Elmslie, vous avez parlé de changements au fil du temps. La raison pour laquelle nous tenons cette réunion ce soir, c'est qu'il y a une contradiction simultanée dans les recommandations, parce qu'à peu près au même moment, Santé Canada a résumé la justification de son autorisation du 26 février. Quelques jours à peine avant que le CCNI ne dise ce qu'il a dit, Santé Canada a déclaré ce qui suit: « L'efficacité chez les personnes âgées de 65 ans et plus est étayée par les données d'immunogénicité, les données probantes provenant du monde réel et l'expérience post-commercialisation dans les régions où le vaccin a été déployé, qui suggèrent à ce stade un bénéfice potentiel et aucun problème d'innocuité. »

Comment expliquez-vous cela? Le CCNI nous dit qu'il n'y a pas suffisamment de preuves de l'efficacité, et Santé Canada dit, en même temps, aux Canadiens que les données confirment l'efficacité. Aidez-moi à comprendre cette contradiction et à savoir qui les Canadiens devraient croire.

Mme Kimberly Elmslie: Je dirais que le CCNI et ses experts, ainsi que Santé Canada et ses experts examinent les données. Du point de vue de l'approche réglementaire, le Dr Berthiaume peut très bien en parler dans le contexte de la prise de décisions sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité des vaccins qui sont autorisés au Canada. Le CCNI examine la question du point de vue de l'utilisation optimale du vaccin au Canada.

M. Don Davies: Non, ce n'est pas le cas. J'ai lu une citation dans laquelle les deux groupes parlaient de l'efficacité. L'un ne parlait pas de l'utilisation et l'autre de l'efficacité; les deux parlaient de l'efficacité. Le CCNI a dit qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves; Santé Canada a dit qu'il y en avait.

Je vais passer à ce que la Dre Nathalie Grandvaux, professeure de biochimie et de médecine moléculaire, a dit au Comité cette semaine:

L'agence homologue les vaccins d'après les données des essais cliniques, puis le Comité consultatif national de l'immunisation ajuste les recommandations de leur emploi d'après les données du terrain, à mesure qu'on les connaît.

Il va sans dire que les messages discordants des deux organismes, dernièrement, engendrent une confusion majeure, incompréhensible pour la plus grande partie de la population. Et on ne tient pas compte de la confusion supplémentaire causée par les différentes opinions des comités consultatifs des provinces.

... Comprenez que des messages qui se contredisent sont susceptibles de miner la confiance envers la campagne de vaccination, et on ne peut pas risquer de voir la

population se détacher de l'immunisation au moyen des vaccins sûrs et efficaces à notre disposition.

Est-elle dans l'erreur, madame Elmslie?

Mme Kimberly Elmslie: Elle n'a pas tort, dirais-je. Il est important de toujours rechercher la clarté et la convergence dans nos messages. En tout cas, c'est notre objectif.

Dans cette situation, à mesure que la science évolue, il n'est pas toujours possible d'arriver exactement en même temps, ce que nous devons accepter. Les Canadiens doivent comprendre — et je pense qu'ils comprennent — que la science évolue très vite, à un rythme très rapide, et que les experts du Comité consultatif national de l'immunisation, le CCNI, et de Santé Canada suivent de près la situation pour formuler leurs meilleures recommandations dans l'intérêt de tous les Canadiens.

M. Don Davies: Passons donc à la preuve en temps réel.

Docteur Berthiaume, le Danemark, la Norvège et l'Islande ont annoncé aujourd'hui la suspension temporaire de l'utilisation du vaccin Oxford-AstraZeneca par mesure de précaution, après le signalement « de cas graves de caillots sanguins » chez les personnes ayant reçu le vaccin AstraZeneca contre la COVID-19. Cela fait suite à une décision similaire prise en début de semaine en Autriche, où les autorités enquêtent sur le décès d'une personne et la maladie d'une autre après qu'elles ont reçu des doses.

Santé Canada est-il en train d'enquêter sur ces signalements d'effets indésirables possibles? À votre avis, Santé Canada devrait-il suspendre temporairement l'utilisation du vaccin Oxford-AstraZeneca à titre de précaution, le temps d'étudier ces rapports? Sinon, pourquoi pas?

Dr Marc Berthiaume: Je vous remercie de votre question.

Comme l'a très bien expliqué la Dre Quach, les données des essais cliniques sont très solides. Si vous regardez les données générées pour le vaccin AstraZeneca, vous verrez que 24 000 personnes ont participé aux essais cliniques, et que le niveau d'effets indésirables graves qui ont été décelés n'était pas différent entre les vaccinés et le groupe de contrôle, si bien que nous avons des données solides pour établir que le vaccin lui-même ne présente pas de problème d'innocuité.

En Europe, il y a eu des rapports d'accidents thromboemboliques, qui font l'objet d'enquêtes. Les autorités de réglementation devront établir s'il y a un lien de causalité entre ces situations et le vaccin.

• (1935)

M. Don Davies: Je sais ce qui s'est passé. Ce n'est pas qu'ils mènent une enquête; ils l'ont suspendue. Je viens de vous nommer quatre pays qui ont suspendu l'utilisation du vaccin. Ce n'est pas seulement une enquête.

J'aimerais passer à autre chose. La semaine dernière...

Le président: Monsieur Davies, merci.

M. Don Davies: Je dois dire, monsieur le président, que vous avez accordé deux pleines minutes de plus aux libéraux et une pleine minute au Bloc. Je les chronométrais et je sais que c'est bien le cas. J'aimerais poser une autre question, en toute justice.

Le président: Je ne pense pas qu'il est exact que j'ai donné deux minutes aux libéraux. Certes, il arrive parfois que les réponses dépassent le temps alloué, et j'essaie de ne pas couper court, mais vous aurez une autre occasion au prochain tour.

Voilà qui met fin à notre premier tour de questions. Nous allons attaquer le deuxième tour, en commençant par M. Barlow, pour cinq minutes, s'il vous plaît.

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

Je vais poursuivre avec les questions de M. Davies. Savons-nous, docteur Berthiaume ou docteur Quach, si nous avons des vaccins AstraZeneca provenant du lot qui a causé les problèmes en Europe et en Scandinavie avec les caillots sanguins? Savons-nous si le Canada a des vaccins provenant de ce lot?

Dr Marc Berthiaume: Je vous remercie de votre question.

Oui, nous connaissons la réponse. C'est non, nous n'avons pas les mêmes lots ici au Canada.

M. John Barlow: L'Organisation mondiale de la Santé et la Food and Drug Administration ont fixé la norme minimale d'efficacité à 50 % pour le vaccin AstraZeneca. Est-ce la même chose à Santé Canada ou à l'ASPC, l'Agence de la santé publique du Canada?

Dr Marc Berthiaume: Cette norme a été adoptée à l'échelle internationale.

M. John Barlow: Si nous avons la même norme de 50 % au Canada, pourquoi approuvons-nous l'utilisation du vaccin AstraZeneca, qui n'a pas satisfait à cette norme minimale ici?

Dr Marc Berthiaume: Le vaccin AstraZeneca a démontré une efficacité de 100 % aux essais cliniques pour prévenir les hospitalisations. Il y a donc des preuves d'efficacité. Pour les cas symptomatiques, les données n'étaient pas suffisantes, parce qu'il n'y avait pas assez, vu que le nombre de patients participant aux études cliniques était trop faible.

M. John Barlow: À ce sujet, docteur Berthiaume, vous semblez créatif avec les chiffres. Selon nos statistiques, AstraZeneca a 43 % d'efficacité. Donc, la réponse est soit que nous approuvons l'utilisation d'AstraZeneca, dont l'efficacité est de 43 %, soit que nous n'avons pas suffisamment de données. J'ai l'impression que vous approuvez l'utilisation d'un vaccin qui ne répond pas à la norme internationale. C'est soit 43 %, soit rien.

Dr Marc Berthiaume: Permettez-moi un commentaire à ce sujet, je vous prie. La norme de 50 % s'applique à l'efficacité globale du vaccin. Elle n'est pas sujette à une analyse des sous-populations. L'efficacité globale du vaccin AstraZeneca est de 62 % et, lorsque les doses sont espacées, elle pourrait être de presque 78 %, selon certains indices.

M. John Barlow: Vous touchez là le problème qu'ont tous les membres de notre comité — et je dirais même la grande majorité des Canadiens — c'est-à-dire que chaque fois que nous posons des questions à ceux qui devraient être les experts, nous obtenons des réponses différentes, des chiffres différents, des statistiques différentes.

Je ne dis pas que vous manipulez les chiffres, mais vous trouvez moyen de faire en sorte qu'AstraZeneca entre dans un créneau très étroit où la vaste majorité des Canadiens... Il y a confusion ici. Lorsque nous voyons ce qui se passe en Europe et en Scandinavie, votre groupe donne des réponses très différentes à chacun des

membres de notre comité, que ce soit moi, M. Davies ou M. Thériault...

Dr Marc Berthiaume: Les renseignements de Santé Canada...

M. John Barlow: Je ne vous ai pas posé de question.

Dr Marc Berthiaume: Je suis désolé.

M. John Barlow: Ça va.

Je m'adresse au Dr Berthiaume ou à la Dre Quach. La ministre de la Santé s'est-elle inquiétée de la confusion et des répercussions qu'elle aura sur la réticence à se faire vacciner ou sur les craintes des Canadiens? La ministre a-t-elle discuté avec Santé Canada ou avec l'ASPC des craintes que suscite cette confusion?

• (1940)

Dre Caroline Quach-Thanh: Je peux vous dire que la ministre de la Santé ne nous a rien dit. Nous ne sommes pas stupides: nous savons que les recommandations conflictuelles poseront problème. C'est pourquoi nous voulons tenir des séances d'information technique ou quelque chose du genre pour expliquer les divergences.

Le problème, c'est que notre comité est indépendant. Certes, nous aimerions bien tous dire la même chose, mais viser l'uniformité nous obligerait, en cas de désaccord, à nous conformer. Je ne suis pas certaine qu'il faut nécessairement viser l'harmonie.

M. John Barlow: Je dirais que c'est le contraire, docteur Quach-Thanh. Les Canadiens demandent des éclaircissements. Lorsque deux organisations auxquelles nous devrions faire confiance nous donnent deux réponses différentes, vous comprendrez les craintes et les inquiétudes que cela suscite chez les Canadiens.

J'ai le temps de poser une dernière question.

La date d'expiration du vaccin AstraZeneca qu'on nous a administré est au début d'avril. Y a-t-il des données qui montrent que plus la date d'expiration est proche, plus l'efficacité du vaccin diminue? Y a-t-il des données qui montrent que l'efficacité est la même à la date d'expiration que la semaine précédente?

Dr Marc Berthiaume: La réponse est que les produits pharmaceutiques ou les vaccins sont aussi bons le premier jour qu'à la dernière date avant l'expiration. Donc, oui, du point de vue de la qualité, le vaccin est aussi bon que si la date d'expiration était encore loin.

Le président: Merci, monsieur Barlow.

Nous passons maintenant à M. Van Bynen.

Allez-y, vous avez cinq minutes.

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

J'aimerais prendre un instant pour souligner le premier anniversaire de la déclaration de la pandémie de la COVID-19, ainsi que les vies qui ont changé, au Canada, dans certains cas pour toujours. Aujourd'hui, je rends hommage à tous ceux qui ont perdu des êtres chers et des amis, et à nos héros des soins de santé qui sont en première ligne de ce combat depuis le tout début, ainsi qu'à nos scientifiques, dont certains sont ici aujourd'hui. Je tiens à vous remercier tous d'être des nôtres.

Ma première question s'adresse au Dr Njoo. Certains Canadiens ignorent peut-être la raison pour laquelle les vaccins contre la COVID-19 doivent se donner en deux doses pour atteindre les niveaux très élevés d'immunité. Pouvez-vous nous expliquer comment chacun d'entre nous sera immunisé contre la COVID-19 grâce à la vaccination? Commençons par la première dose, avant de parler de la deuxième.

Dr Howard Njoo (sous-administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Merci beaucoup de votre question. Je demanderais également à la Dre Quach-Thanh d'ajouter ses commentaires, parce que le CCNI, la Dre Quach-Thanh et les autres membres ont analysé les éléments de preuve pour voir exactement ce que révèlent les données réelles, comparativement aux données des essais cliniques que Santé Canada a, bien sûr, utilisées pour approuver le vaccin.

D'après les très bonnes données probantes qui ont été présentées... par exemple, même les données canadiennes sur ce qui s'est passé en Colombie-Britannique et au Québec dans le cas du haut niveau de protection accordé aux résidents des établissements de soins de longue durée après même une seule dose. Partant des principes de vaccinologie et d'immunologie, nous savons que l'immunité ne disparaît normalement pas complètement après quelques mois. En tout cas, ce n'est pas l'expérience des autres pays qui permet de le croire.

C'est pourquoi... Et je m'en remettrais certainement à la Dre Quach-Thanh. On a recommandé de prolonger l'intervalle jusqu'à quatre mois. Comme l'a dit la Dre Quach-Thanh, cela ne signifie pas que tous les Canadiens devront attendre exactement quatre mois après leur première dose. Tout dépend de la cadence de l'approvisionnement, car, bien sûr, nous prévoyons recevoir encore bien des millions de doses à compter du deuxième trimestre.

Au total, dans la perspective de la santé de la population, on pense... En tout cas, les médecins hygiénistes en chef des provinces et des territoires, qui ont entendu l'exposé du CCNI il y a une huitaine, s'entendent généralement pour trouver logique de vacciner rapidement le plus grand nombre de Canadiens avec cette première dose, étant donné le niveau élevé de protection, pour obtenir ce niveau global de protection de la population. Il est certain qu'au fur et à mesure de l'arrivée de plus grandes quantités de doses on pourra administrer cette deuxième dose.

Tel est le résultat final global quant à la façon dont les provinces et les territoires suivent les conseils du CCNI. De toute évidence, dans leur propre contexte, ils sont en train de l'opérationnaliser dans le meilleur intérêt de leur population.

M. Tony Van Bynen: Merci.

J'aimerais partager mon temps avec M. Powlowski, mais je tiens à clarifier un point. Docteur Njoo, les doses sont administrées selon les avis de médecins professionnels, et non pas à tour de rôle. C'est exact?

• (1945)

Dr Howard Njoo: Au bout du compte, oui, administrer un vaccin est une décision médicale clinique. C'est un acte médical entre un professionnel de la santé et le patient. En contexte idéal normal, il y a toujours un consentement éclairé. Le patient est évidemment informé des risques et des bienfaits. Il s'agit d'une interaction individuelle entre le médecin ou le fournisseur de soins de santé et le patient.

Je pense que ce dont vous parlez également, c'est qu'au niveau de la population, dans une perspective de programme, en tout cas avec la mise en œuvre des programmes de vaccination dans chaque province et territoire, la position globale en opérationnalisation a tenu compte de cette perspective de la population.

Merci.

M. Tony Van Bynen: Merci.

Je cède la parole à M. Powlowski.

Le président: Monsieur Powlowski, vous avez 45 secondes.

M. Marcus Powlowski: J'aimerais poser une question au sujet de l'association entre le vaccin AstraZeneca les thromboses veineuses profondes ou les embolies pulmonaires, dites TVP et EP, respectivement. Il est vrai que certaines des très nombreuses personnes qui ont reçu le vaccin ont fait une EP ou une TVP, mais cela ne signifie pas grand-chose. À un endroit comme Thunder Bay, qui compte 100 000 habitants, l'hôpital régional voit peut-être de cinq à dix TVP ou EP par jour.

Combien de personnes ont fait une TVP ou une EP, et comment cela se compare-t-il avec la fréquence globale dans la population générale? D'après ce que j'entends, cette association n'est pas des plus impressionnantes.

Dr Marc Berthiaume: Excusez-moi; est-ce une question?

Le président: Répondez brièvement, s'il vous plaît.

Dr Marc Berthiaume: Ce que j'essayais de dire tout à l'heure, c'est que ces événements se produisent naturellement dans la population. Pour établir un lien entre le vaccin et l'événement, il faut d'abord déterminer si le taux d'occurrence de l'événement est plus élevé que son occurrence naturelle dans la population, ce qui n'a pas été fait jusqu'à maintenant.

Le président: Merci.

Merci, monsieur Powlowski.

Nous allons maintenant passer à M. Maguire.

Allez-y, vous avez cinq minutes.

M. Larry Maguire (Brandon—Souris, PCC): Merci, monsieur le président.

Je vais peut-être partager mon temps avec certains de mes collègues qui ont des questions également.

Docteur Quach, vous avez dit que vous examiniez... Vous êtes un comité indépendant, cela ne fait pas de doute, mais vos décisions sont publiques. Vous êtes des experts dans ces domaines, et le public le sait. Ne croyez-vous pas que le public retient son souffle pour recueillir chaque mot qui sort de votre bouche? Les contradictions ici ont certainement laissé sceptique le public canadien quant à ce qu'il devrait faire pour ce qui est des vaccins. Nous avons parlé de la réticence vaccinale. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet?

Dre Caroline Quach-Thanh: Oui, absolument.

Nous devons comprendre que Santé Canada autorisera un vaccin ou un médicament, et que ce n'est pas la première fois que les lignes directrices cliniques différeront de ce qui a été autorisé. Dans ce cas particulier, Santé Canada a jugé que le vaccin était assez sûr et efficace pour tous les groupes d'âge, et c'est ce qu'il a décidé. Les données dont nous disposions ne justifiaient pas que nous utilisions AstraZeneca chez les 65 ans et plus. Je comprends que, depuis, des preuves concrètes ont émergé. Je le répète, nous nous sommes réunis hier pour discuter de ces données.

Il est possible qu'à un certain moment donné, nous divergions d'opinion, mais je demanderais aux membres de votre comité s'ils auraient préféré que nous nous trompions avec Santé Canada, même si, à notre avis, nous n'étions pas prêts à faire cette recommandation.

Nos recommandations s'appuient sur de multiples considérations, y compris l'examen d'autres vaccins disponibles. Comme je l'ai dit, nous avons deux vaccins à ARNm qui étaient très efficaces chez les 65 ans et plus, et notre modèle mathématique nous a démontré que la recommandation que nous avons proposée était parfaitement sensée et celle avec laquelle le comité était à l'aise.

M. Larry Maguire: De l'autre côté, nous parlions tout à l'heure du délai, en disant que quelques jours peuvent faire une différence et faire changer les avis. Il s'agissait de deux jours et de points de vue divergents au cours de cette période de deux jours. Je sais que la science extrapole dans tout ce processus depuis un an, mais pour que le public comprenne que le changement a eu lieu avant même que les vaccins AstraZeneca nous arrivent... Pouvez-vous nous dire pourquoi?

• (1950)

Dre Caroline Quach-Thanh: Si nous avons su que la santé publique d'Angleterre allait publier ses preuves concrètes le lendemain, et qu'elle montrerait une telle efficacité pour prévenir l'hospitalisation, nous aurions attendu une journée de plus. Il est facile, en rétrospective...

M. Larry Maguire: Cela vous aurait-il fait changer d'avis?

Dre Caroline Quach-Thanh: Comme je l'ai dit, nous nous sommes penchés là-dessus, et nous mettrons nos recommandations à jour, mais nous ignorons ce qui nous tombe sous les yeux. C'est impossible, si bien qu'à un moment donné, il faut dire: « Telles sont les données que nous avons ». Nous avons dit à l'Agence de la santé publique du Canada que nous voulions faire une recommandation pour AstraZeneca dans les jours suivant l'approbation de Santé Canada, étant donné que les vaccins allaient être utilisés au Canada et que, par conséquent, les provinces et les territoires devaient savoir comment les utiliser.

M. Larry Maguire: Vous aviez sans doute des renseignements indiquant que certains de ces produits n'avaient pas été utilisés dans certains secteurs de la société, dans certains groupes d'âge, pour certaines races, chez des personnes présentant des problèmes de santé, et dans d'autres secteurs. Pourquoi avez-vous recommandé de ne pas administrer le vaccin aux plus de 65 ans si vous saviez que d'autres secteurs n'avaient pas eu d'essais?

Dre Caroline Quach-Thanh: Je ne suis pas sûre de bien comprendre votre question.

M. Larry Maguire: Ma foi, il n'y a pas eu de contrôle d'efficacité dans certains des groupes d'âge plus jeunes. Bien sûr, vous ne deviez pas l'administrer aux plus de 65 ans, mais...

Dre Caroline Quach-Thanh: Nous avons des données pour les 18 à 64 ans, avec un intervalle de confiance qui n'incluait pas zéro. Alors je ne sais pas à quoi vous faites allusion.

M. Larry Maguire: Vous ne les aviez pas, mais alors vous savez qu'il y avait des points de vue contradictoires quelques jours avant de prendre vos décisions.

Dre Caroline Quach-Thanh: Le fait que Santé Canada et nos recommandations ne concordent pas n'a rien de contradictoire, à mon avis. Santé Canada examine les données selon un paradigme différent. Nous examinons les données en sachant ce que nous avons d'autre dans notre portefeuille. Santé Canada ne classe pas un produit par rapport à un autre; c'est nous qui faisons cela.

Le président: Merci, monsieur Maguire.

Nous passons maintenant à M. Fisher.

Monsieur Fisher, vous avez cinq minutes.

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

Je commence toujours par remercier les témoins lorsque je prends la parole au Comité. Je dois vous dire combien je suis heureux d'avoir des experts et des scientifiques de la trempe de ceux qui font partie de ce groupe, les représentants de Santé Canada et les membres du CCNI, qui prennent ces décisions et formulent ces recommandations pour les provinces et les territoires, à la place des politiciens. Mon Dieu, dans quel état nous serions. Merci beaucoup de tout ce que vous faites.

À propos du CCNI, nous avons appris qu'il y a plus de 50 ans qu'il donne des conseils d'experts indépendants, que les provinces et les territoires apprécient depuis tout ce temps. C'est absolument...

J'aimerais m'adresser à la Dre Quach-Thanh.

S'agissant de la santé et de la sécurité des Canadiens, nous savons que nous devons compter, comme je l'ai dit, sur les experts scientifiques. Il est impératif de laisser les décisions médicales aux professionnels de la santé, je le répète, plutôt qu'aux politiciens. Les Canadiens ont besoin de savoir que les vaccins qu'ils reçoivent sont sécuritaires et que les recommandations pour leur utilisation s'appuient sur ce qui est le mieux pour eux et pour les autres Canadiens à l'échelle du pays.

Docteur Quach-Thanh, pourriez-vous nous en dire un peu plus sur le rôle du Comité consultatif national de l'immunisation? Pour qui le CCNI fait-il ses recommandations et quels facteurs pesez-vous au moment de les formuler?

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

Essentiellement, les recommandations du CCNI s'adressent aux provinces et aux territoires, qui peuvent les appliquer à leurs propres priorités en matière d'épidémiologie, de compétence gouvernementale, de logistique, etc. Une fois diffusées, nos recommandations sont regroupées et intégrées dans le GCI, le Guide canadien d'immunisation, qu'utilisent les fournisseurs de soins de santé.

Le problème dans le cas de la pandémie, c'est que tout change tellement vite que le GCI ne dit rien du vaccin contre la COVID. Les professionnels de la santé examinent les déclarations pour essayer de comprendre l'historique de notre recommandation. C'est ce qui se passe, mais un peu de décalage, de sorte que nous avons décidé que les déclarations seraient utilisées, en même temps, par les professionnels de la santé et les provinces et les territoires.

Habituellement, le CCNI ne s'adresse pas directement aux Canadiens. Nous sommes là pour appuyer les mesures de santé publique. Il pourrait être plus compliqué de demander aux gens d'essayer de tout comprendre. Nous savons que le langage utilisé n'est pas celui du profane. Il est ce que comprennent la santé publique et les fournisseurs de soins de santé. Même à ce niveau, certains fournisseurs de soins de santé nous ont dit qu'ils n'étaient pas certains de comprendre les différences entre les recommandations fermes du CCNI et ses simples conseils, parce que cela s'adressait aux provinces et aux territoires.

Les éléments que nous pesons pour faire une recommandation sont le fardeau de la maladie et les caractéristiques du vaccin, comme l'innocuité, l'immunogénicité, l'efficacité, mais aussi, comme madame Elmslie l'a dit, l'éthique, l'équité, l'acceptabilité, la faisabilité, la modélisation mathématique et l'économie, lorsqu'on en vient là. À ce stade-ci, l'économie n'a pas trouvé sa place dans les décisions du CCNI sur les vaccins, parce que nous allons utiliser ces vaccins de toute façon, peu importe le coût.

Lorsque nous examinons tous ces éléments, il peut arriver qu'un peu d'efficacité soit sacrifiée à la capacité de vacciner plus de Canadiens, parce que, dans notre modèle mathématique, lorsque nous comparons diverses possibilités et divers scénarios, c'est la solution qui semble optimale.

Avons-nous toujours raison? Je ne saurais dire que nous avons parfaitement raison. Les choses évoluent. Nous formulons des recommandations éclairées par nos connaissances, et nous travaillons vraiment là-dessus avec une bonne foi généreuse... Nous ne cachons rien; il se trouve seulement que, cette fois-ci, nous n'avons pas dit la même chose, Santé Canada et nous.

Comme je l'ai dit, ce n'est pas la première fois que cela se produit. C'est la première fois que le public le remarque.

• (1955)

M. Darren Fisher: Merci.

Me reste-t-il du temps, monsieur le président?

Le président: Il vous reste 30 secondes.

M. Darren Fisher: Dans une certaine mesure, madame Elmslie, l'opposition contribue à semer cette confusion. Elle ne cesse de dire que Santé Canada a fait fi des avis du CCNI.

Vous pourriez peut-être nous dire en quoi les mandats du CCNI et de Santé Canada sont totalement différents.

Mme Kimberly Elmslie: Bien sûr, je vais demander au Dr Berthiaume de vous parler du mandat de réglementation, mais comme vous le savez, Santé Canada a le mandat de réglementer les vaccins et, par conséquent, passe en revue les données des essais cliniques, les données du fabricant, pour comprendre et évaluer la qualité, l'efficacité et l'innocuité des vaccins.

Le CCNI, bien sûr, utilise des données semblables et examine également les données réelles au fur et à mesure de leur disponibilité. Le CCNI a pour mandat de faire appel à l'expertise de ce comité,

qui est très multidisciplinaire, pour donner des conseils aux provinces et aux territoires sur la façon d'utiliser les vaccins autorisés au Canada.

M. Darren Fisher: Les provinces ont le choix d'appliquer ces conseils ou pas. Ce sont elles qui décident si elles vont suivre les conseils du CCNI.

Mme Kimberly Elmslie: C'est tout à fait exact.

Le président: Monsieur Fisher, votre temps est écoulé.

M. Darren Fisher: Merci.

Le président: Merci.

[Français]

Nous allons poursuivre avec M. Thériault.

Vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Luc Thériault: Monsieur le président, il y a eu un problème d'interprétation.

Personnellement, cela me rassure que le CCNI ne soit pas complaisant, qu'il rende des avis selon les données scientifiques à sa disposition et que cela ne corresponde pas à ce que nous voudrions entendre. Cela me va parfaitement.

L'Agence de la santé publique du Canada doit, quant à elle, s'assurer qu'il y a adhésion au message. Pour qu'il y ait adhésion au message, la confiance de la population doit être au rendez-vous. Nous sommes donc en situation de vaccination, devant laquelle nous n'avons pas de choix. On nous dit de prendre ceci ou cela.

Madame Elmslie, n'éprouvez-vous pas un petit malaise à la pensée que 300 000 doses du vaccin d'AstraZeneca qui s'en viennent sont périmées?

De plus, en raison de ses effets adverses, certains pays ont décidé d'arrêter son administration jusqu'à ce que la lumière soit faite là-dessus. N'éprouvez-vous pas un malaise à ce sujet?

N'est-il pas rare de recevoir 300 000 doses d'un vaccin qui soient périmées en moins d'un mois?

• (2000)

[Traduction]

Mme Kimberly Elmslie: L'innocuité des vaccins est, bien sûr, la priorité absolue à l'Agence de la santé publique du Canada et dans nos travaux avec nos collègues de Santé Canada.

[Français]

M. Luc Thériault: Veuillez m'excuser, mais l'interprétation ne fonctionne pas.

[Traduction]

Mme Kimberly Elmslie: Dans cette perspective, le système d'innocuité au Canada est très solide. Nous avons un système qui fonctionne avec les fabricants, les provinces et les territoires...

Le président: Pardon, madame Elmslie. Pourriez-vous replacer votre microphone au bon endroit?

Oui, absolument, monsieur Thériault. Si vous avez un problème, invoquez le Règlement immédiatement et nous y verrons.

Dites quelques mots, madame Elmslie, et nous verrons si l'interprétation fonctionne.

Mme Kimberly Elmslie: L'interprétation fonctionne-t-elle maintenant?

Le président: Monsieur Thériault, pourriez-vous lever le pouce?

[Français]

M. Luc Thériault: Oui, cela fonctionne, maintenant.

[Traduction]

Le président: Merci.

Monsieur Thériault, je recommence à compter votre temps de parole.

Allez-y, madame Elmslie.

Mme Kimberly Elmslie: Merci.

Si vous me le permettez, je conclurai rapidement en disant que le système d'innocuité au Canada est très solide. Il surveille attentivement tous les signaux et fait enquête sur les effets secondaires qui se manifestent après l'administration des vaccins contre la COVID-19.

Le Dr Berthiaume...

[Français]

M. Luc Thériault: Cela ne répond pas à ma question. Veuillez m'excuser, je n'ai peut-être pas été clair.

Dans les nouvelles, on parle de 300 000 doses qui seront périmées le 2 avril. Santé Canada ne tient pas compte des recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation quant à l'utilisation du vaccin d'AstraZeneca.

Le président: Monsieur Thériault...

M. Luc Thériault: Vous n'avez pas de préoccupations quant à l'adhésion au message et à la confiance dans la vaccination?

C'était le temps supplémentaire qui m'était alloué, monsieur le président?

Le président: Oui.

M. Luc Thériault: D'accord. Peut-on tout de même avoir une réponse?

[Traduction]

Le président: Monsieur Thériault, je vous ai donné plus de temps, mais nous aurons une réponse à la question, après quoi nous passerons à M. Davies.

Veuillez répondre à la question. Merci.

Mme Kimberly Elmslie: Je vous remercie de la question.

Si je comprends bien, vous parlez des doses de vaccin qui arrivent au Canada et de leur utilisation dans le délai prévu. Comme le Dr Berthiaume l'a signalé, ces doses sont utilisables dès leur arrivée et jusqu'à leur date d'expiration. Nous n'avons pas d'inquiétude quant à la perte de l'efficacité.

J'ai peut-être mal interprété votre question.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous allons maintenant passer à M. Davies.

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

M. Don Davies: Merci.

Madame Elmslie, la semaine dernière, on a confirmé que 300 000 des 500 000 doses du vaccin AstraZeneca que le Canada a reçues du Serum Institute of India expireront dans un mois à peine. Un autre pays ou un autre acheteur a-t-il rejeté ces doses?

Mme Kimberly Elmslie: Je n'ai pas d'information là-dessus. Je serai certainement heureuse de vous revenir avec une réponse, mais je ne suis pas au courant.

M. Don Davies: Merci.

Madame Quach-Thanh, à la lumière de la recommandation du CCNI qui déconseille l'utilisation du vaccin chez les 65 ans et plus, croyez-vous que ces doses seront administrées avant leur expiration?

Dre Caroline Quach-Thanh: Je l'espère, mais la distribution est l'affaire des provinces, si bien que je n'ai pas mon mot à dire là-dessus.

M. Don Davies: J'aimerais maintenant aborder la question de la prolongation à quatre mois du délai d'administration de la deuxième dose.

Cole Pinnow, président de Pfizer, a déclaré cette semaine à notre comité:

Toutes les recherches menées à ce jour sur notre vaccin ont été effectuées avec deux doses administrées à 21 jours d'intervalle. Comme nous l'avons souligné précédemment, la recommandation mise en place par le CCNI au Canada est la seule au monde à préconiser la prolongation de l'intervalle entre les doses.

Et il ajoute:

Les données réelles que nous avons vues et qui ont été utilisées pour militer en faveur de la prolongation des intervalles entre les doses concernaient des populations beaucoup plus jeunes. Le fait est que nous n'avons pas de données après deux mois pour savoir quelle sera l'incidence d'une seule dose.

La prolongation de l'intervalle à quatre mois est-elle un choix responsable pour les populations d'âinés à la lumière de ce que M. Pinnow a dit au Comité?

Dre Caroline Quach-Thanh: Comme je l'ai dit, vous avez raison. Nous avons pour jusqu'à deux mois de données, y compris des données sur les résidents des établissements de soins de longue durée, chez qui l'efficacité du vaccin dépasse les 80 %. Selon ces données, le vaccin ne perd pas de son efficacité avant deux mois.

La modélisation nous a montré que, même si nous devons inclure une perte d'efficacité de 5 % après un certain temps, l'avantage, exprimé en baisse du nombre d'hospitalisations et de la mortalité dans l'ensemble du Canada dépasserait toujours les inconvénients.

• (2005)

M. Don Davies: Eh bien, c'est votre hypothèse fondée sur des modèles, et non sur des données.

Dre Caroline Quach-Thanh: Mais vous savez quoi? La pandémie nous oblige parfois à prendre des décisions difficiles.

M. Don Davies: Je vous l'accorde. J'essaie de comprendre sur quoi nous nous basons.

Voici ma dernière question. La Dre Mona Nemer dit à ce sujet que cela revient maintenant essentiellement à une expérience au niveau de la population. Selon elle, il est très important de nous en tenir, sans rien bricoler, aux données et à l'excellente science qui nous donne ces vaccins fantastiques.

S'agit-il d'une « expérience au niveau de la population »?

Dre Caroline Quach-Thanh: Sachez que pendant la pandémie, tout est plus ou moins une « expérience au niveau de la population ». Lorsque nous décidons de confiner, et lorsque nous décidons de faire autre chose, nous n'avons pas nécessairement les données. Nos décisions reposent sur des données incomplètes, et c'est pour quoi il y a des experts qui vont extrapoler ce qu'ils savent d'autres situations pour tâcher de prendre la meilleure décision.

Je sais bien que si nous avions ces données, ce serait parfait, mais si nous attendons de les avoir, il sera impossible de relancer l'économie, d'essayer de vacciner la population et de ramener les enfants à l'école. À un moment donné, il est souvent plus facile de ne pas décider ou de s'en tenir aux indications de l'étiquette, mais cela ne veut pas dire qu'au bout du compte, le résultat sera meilleur pour notre population.

Faites-moi confiance. Si je pouvais m'en tenir à l'étiquetage, je le ferais. Ma vie serait beaucoup plus facile aujourd'hui. Mais je ne pense pas, et le comité non plus, que c'était la meilleure chose à faire pour la population canadienne, et c'est pourquoi nous avons voulu recommander d'essayer d'administrer les premières doses au plus grand nombre possible de personnes, et de leur donner les deuxièmes doses lorsque nous les aurons.

Comme nous l'avons dit, l'intervalle maximal est de quatre mois. Cela ne veut pas dire qu'il faut s'en tenir à quatre mois; cela veut seulement dire qu'on a jusqu'à quatre mois pour essayer de bloquer la pandémie le plus vite possible et de combattre les variants qui commencent à se manifester au Canada.

Le président: Merci, monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Ce n'était en fait qu'environ deux minutes de plus.

Nous allons maintenant commencer le troisième tour, avec Mme Rempel Garner.

Madame Rempel Garner, vous avez cinq minutes.

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

Pour reprendre les commentaires de M. Davies, docteur Quach-Thanh, avez-vous des données que vous pouvez déposer auprès de notre comité pour démontrer les bienfaits qui l'emportent, avez-vous dit, sur les risques possibles associés à l'intervalle de quatre mois?

Dre Caroline Quach-Thanh: Le CCNI a publié la semaine dernière un bulletin présentant le pour et le contre de cette recommandation. Nous aurons plus de données dans cette déclaration lorsque les provinces auront publié les leurs. À ce stade-ci, nous avons reçu les données, mais c'est en vertu d'une entente de confidentialité, et nous attendons qu'elles soient rendues publiques pour mettre à jour cette déclaration.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Auriez-vous fait cette recommandation si l'approvisionnement en vaccins Pfizer avait été plus abondant?

Dre Caroline Quach-Thanh: Bien sûr que non.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Le 7 janvier, la Gazette de Montréal disait:

Les vaccins Pfizer et Moderna utilisent une nouvelle technologie, et il n'est pas sûr que ce qui a fonctionné jadis fonctionnera encore.

« Mon intuition est que, avant six semaines, il n'y aura pas de problèmes », a dit la Dre Quach-Thanh. « Puis-je dire qu'il n'y a toujours pas de problèmes avant 12 semaines après cela? Je n'en suis pas sûre. »

La recommandation de quatre mois est-elle une « intuition »?

Dre Caroline Quach-Thanh: C'est basé sur les données que nous avons du Royaume-Uni, de la Colombie-Britannique et du Québec, selon lesquelles, jusqu'à huit semaines, l'efficacité est très bonne. Comme je l'ai dit, nous n'avons pas de données pour jusqu'à quatre mois, en ce qui concerne l'efficacité, mais nous avons des données de modélisation et nous avons une expertise en immunologie. La décision a été très difficile à prendre, mais...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Mais vous n'auriez pas pris cette décision s'il y avait eu des vaccins à ARNm.

Dre Caroline Quach-Thanh: Si nous avions eu assez de vaccins pour vacciner rapidement tous les Canadiens, ou en tout cas les plus à risque, avec deux doses, nous n'aurions pas eu à prolonger l'intervalle. C'est certain.

L'hon. Michelle Rempel Garner: C'est intéressant.

Vous avez commencé à parler de l'utilisation du vaccin Pfizer. Vous avez dit que l'intervalle de quatre mois était un usage non indiqué sur l'étiquette. C'est bien cela?

Dre Caroline Quach-Thanh: Absolument.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je passe à Santé Canada.

Y aurait-il des considérations contractuelles si l'on voulait recommander le vaccin Pfizer pour une utilisation non indiquée sur l'étiquette?

• (2010)

Dr Marc Berthiaume: Je ne connais pas les détails du contrat. Ils ont été négociés par Services publics et Approvisionnement Canada.

L'hon. Michelle Rempel Garner: À ce sujet, j'aimerais interrompre mon intervention un instant, monsieur le président.

J'invoque le Règlement. Nous avons demandé que le Dr Roman Szumski, vice-président principal, de la Direction générale de l'acquisition de vaccins, comparaisse devant le comité dans le cadre de cette motion. Pourriez-vous me dire pourquoi il n'est pas ici ce soir?

Le président: Tous les témoins demandés ont été invités, mais ils n'ont pas tous pu venir.

Je signale également que la sonnerie se fait entendre. Nous avons donc besoin du consentement unanime pour poursuivre. Je pense que nous pourrions peut-être faire le reste de notre troisième tour. Je vais demander au Comité si c'est qu'il souhaite.

Veut-on essayer d'en finir avec ce tour de questions avant de suspendre la séance pour le vote?

L'hon. Michelle Rempel Garner: Bien sûr.

Le président: Je vois que tout le monde est d'accord, alors nous allons poursuivre. S'il semble que nous sommes trop près du fil, nous nous arrêterons alors.

Merci à tous. Poursuivons.

Madame Rempel Garner, vous avez la parole.

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

Docteur Quach-Thanh, savez-vous combien de doses de vaccins Pfizer il nous faudrait au premier trimestre pour éviter les recommandations que vous avez faites?

Dre Caroline Quach-Thanh: Il faudrait demander à l'Agence de la santé publique du Canada combien de personnes se sont retrouvées dans les catégories à risque élevé. Elle a ces données. Moi, je ne les connais pas par cœur.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Madame Elmslie, pourriez-vous les déposer, de préférence plus rapidement, sans que je doive présenter une motion pour l'exiger — disons dans la prochaine semaine?

Mme Kimberly Elmslie: Oui, nous allons faire part de cette demande au ministère. Merci.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Très bien.

Madame Elmslie, notez que je vais peut-être devoir présenter des motions pour obliger votre comité à fournir les renseignements que vous avez promis, mais que nous n'avons toujours pas reçus. Je trouve cela inacceptable.

Docteur Berthiaume, avez-vous eu des contacts avec Pfizer ou Santé Canada au sujet de la décision de faire passer de trois à quatre mois l'intervalle entre les doses? Vous a-t-on donné un avis quelconque à ce sujet?

Dr Marc Berthiaume: Je suis désolé. Je ne suis pas certain de comprendre la question. Les discussions entre Santé Canada et Pfizer portaient sur l'approbation, et elles se poursuivent au sujet des données et de l'innocuité, mais la façon dont les doses sont administrées dans les provinces n'est pas une question qui est écrite...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Merci. Voici ma dernière question, pour le temps qu'il me reste.

Docteur Quach-Thanh, dans sa recommandation de porter à quatre mois l'intervalle entre les doses du vaccin Pfizer, le CCNI a-t-il envisagé la possibilité, évoquée dans un récent article paru dans *The Lancet*, de voir apparaître des variants résistant à la vaccination?

Dre Caroline Quach-Thanh: Oui, et les immunologues que nous avons consultés ont dit que le risque était théorique et qu'ils ne voyaient pas en quoi la prolongation de l'intervalle augmenterait le risque d'apparition de variants. L'important...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Pourriez-vous déposer ces données auprès du Comité la prochaine semaine?

Dre Caroline Quach-Thanh: C'était une discussion, mais je peux essayer de vous mettre quelque chose par écrit.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Merci.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, madame Rempel Garner.

Nous allons maintenant passer à M. Kelloway.

Allez-y, monsieur, vous avez cinq minutes.

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

Avant de poser mes questions, je tiens à remercier tous les témoins du travail qu'ils font au nom des Canadiens, et je les remercie d'avoir répondu à toutes les questions ce soir. À mon avis, il est facile de critiquer les plans de distribution, les recommandations et les décisions et, dans certains cas, de faire peur aux gens à propos des vaccins. Cependant, j'ai entièrement confiance en vous, et je sais que vous avez à cœur l'intérêt supérieur de tous les Canadiens. Je vous suis vraiment très reconnaissant pour le travail que vous

faites. À mon avis, vous n'êtes pas seulement des chefs de file au Canada, mais des chefs de file dans le monde.

Je vais commencer par la Dre Quach-Thanh. Je suppose qu'il s'agit là d'un scénario pratique, et c'est un peu la façon dont nous fonctionnons ici, dans Cap-Breton—Canso. Ici, en Nouvelle-Écosse, nous avons commencé à vacciner les personnes âgées de plus de 80 ans. Ma mère a reçu sa lettre la semaine dernière. Nous en sommes tous très heureux.

Quand j'ai pris rendez-vous pour un vaccin, j'ai constaté que la période d'attente entre la première et la deuxième dose est maintenant de 105 jours, plutôt que deux à trois semaines.

Je pense que vous l'avez souligné, mais ce sera l'occasion pour vous d'approfondir la question. Je me demande si vous pouvez expliquer au Comité — et, tout aussi important, à celles et ceux qui suivent nos délibérations de la maison — pourquoi le CCNI recommande d'espacer la première et la deuxième doses du vaccin contre la COVID-19 d'une période pouvant atteindre 105 jours. De plus, pouvez-vous nous donner plus de détails sur ce qui a changé depuis les recommandations initiales?

• (2015)

Dre Caroline Quach-Thanh: Je vais commencer par la dernière partie de votre question.

Ce qui a changé depuis la recommandation initiale, c'est que les données provenant du Royaume-Uni, du Québec et de la Colombie-Britannique montrent qu'après huit semaines entre les deux doses, nous avons toujours une efficacité supérieure à 80 %, même dans les foyers de soins de longue durée, ce qui, pour nous, était un signe que ces vaccins sont en fait très bons.

Comme je l'ai dit, dans la modélisation mathématique, nous avons réduit l'efficacité du vaccin dans le temps, ce qui... selon une courbe plus ou moins prononcée. Quelle que soit la perte d'efficacité, le scénario consistant à administrer une dose de vaccin au plus grand nombre de Canadiens possible est celui qui permet le plus de réduire le nombre d'hospitalisations et de décès, surtout si la vaccination se fait maintenant, parce que ce qui est important, c'est maintenant. La Nouvelle-Écosse est peut-être une excellente province, car il n'y a pas beaucoup de transmission, mais dans d'autres provinces, c'est endémique.

Nous voulons réduire la transmission le plus rapidement possible pour réduire le risque d'apparition des variants. Un variant apparaît quand le virus se reproduit et commet une erreur, une erreur qui est en fait bonne pour lui. S'il se reproduit moins, parce qu'il se transmet moins, alors le risque que des variants n'apparaissent est réduit. À partir des données, nous avons décidé de prolonger l'intervalle pour permettre d'administrer la première dose au plus grand nombre de personnes possible.

L'important dans tout cela est que nous ayons des systèmes de surveillance efficaces afin d'avoir des données en temps réel sur ce qui se passe. Au Québec, en Colombie-Britannique et en Alberta, et probablement aussi en Nouvelle-Écosse, les gens peuvent dire: « Nous en sommes maintenant à neuf semaines de vaccination et l'efficacité du vaccin est de X. Nous pouvons continuer. Nous en sommes maintenant à 10 semaines et l'efficacité du vaccin est de Y. Nous pouvons continuer. » Il est alors facile de dire, dès qu'on constate une diminution d'efficacité n'importe où: « Nous commençons à administrer la seconde dose maintenant. »

Tout ce que cela veut dire, c'est que les vaccins sont là et qu'au lieu de réduire le rythme pour les adultes de moins de 60 ans, pour les gens qui ont des problèmes médicaux sous-jacents entre 18 et 59 ans, on utilise les vaccins disponibles pour les inoculer maintenant aux 70 ans et plus qui ont reçu une première dose.

Nous avons la capacité de suivre l'efficacité d'un vaccin pas à pas, et c'est à partir de là que nous pouvons dire... Nous n'avons pas toutes les données. Je vous mentirais si je vous disais que nous savons tout, mais nous avons la capacité de modifier nos recommandations rapidement, et les provinces le font très bien.

M. Mike Kelloway: Merci, docteur.

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

Le président: Vous avez 40 secondes.

M. Mike Kelloway: Je vais essayer de poser ma question.

Je suis sûr que bon nombre d'entre vous connaissent le célèbre scientifique français et pionnier de la vaccination Louis Pasteur, qui a dit: « Ne vous laissez pas atteindre par le scepticisme dénigrant et stérile. » Je pense que cette citation est pertinente aujourd'hui.

Docteur Njoo, ne craignez-vous pas que les questions d'innocuité que soulève le report de la seconde dose, malgré les données scientifiques claires et les preuves disponibles, ne contribuent à la réticence vaccinale? Essentiellement, comment pouvons-nous rassurer les Canadiens que tous les vaccins dont l'utilisation est approuvée au Canada sont sûrs et efficaces?

Dr Howard Njoo: Merci beaucoup de votre question sur la réticence vaccinale. De toute évidence, il s'agit d'une question complexe qui comporte de nombreuses facettes relativement à l'amélioration de la confiance des Canadiens à l'égard des vaccins. Il y a de multiples facettes.

Tout d'abord, grâce à nos collègues de Santé Canada nous avons l'un des systèmes de réglementation les plus respectés et les plus rigoureux au monde. Je pense que les Canadiens ont l'assurance que tout vaccin approuvé au Canada est à la fois sûr et efficace. Je pense que c'est la première étape.

Il est certain que les campagnes de masse et les conférences de presse auxquelles beaucoup participent, dont la Dre Tam et moi-même, sont également importantes, car elles renforcent les messages déterminants destinés aux Canadiens au sujet de l'importance de la vaccination et de ses avantages sur le plan de la protection.

Nous reconnaissons également — et je pense que c'est un point clé qui n'a peut-être pas été soulevé — qu'en matière de diffusion de l'information destinée de permettre aux Canadiens de se sentir plus à l'aise face aux vaccins... Ce n'est pas grâce à moi personnellement. Je pense que les Canadiens font confiance à leur fournisseur de soins de santé. L'une des choses importantes que nous faisons également, grâce à des webinaires et autres, c'est de donner les outils nécessaires aux professionnels et aux fournisseurs de soins de santé de première ligne pour qu'ils se sentent habilités et soient en mesure de fournir des renseignements crédibles afin que leurs patients puissent prendre une décision éclairée au sujet de la vaccination. Je pense que c'est une étape clé.

Nous reconnaissons aussi qu'il peut y avoir différents degrés de réticence ou d'hésitation face à la vaccination au sein de certaines communautés racialisées. Il est par conséquent aussi très important de collaborer avec les chefs de file de ces communautés. C'est ce que nous avons, par exemple, constaté dans différentes communau-

tés autochtones. Les dirigeants se sont manifestés, ils se sont fait vacciner, ont affiché le message dans les médias sociaux pour dire: « Regardez, j'ai reçu mon vaccin. Je suis protégé. Ma famille est protégée. C'est bon pour moi. C'est bon pour tout le monde. » Voilà le genre de choses que nous faisons.

Je dirais aussi qu'au bout du compte, chaque Canadien a une certaine responsabilité. Il se trouve qu'Internet est un outil puissant où circulent beaucoup de désinformation et mauvaises informations. Il est également très important de savoir comment utiliser Internet de façon responsable et ne pas tomber dans les pièges à clics pour rendre toute désinformation virale.

Enfin, je tiens à dire que...

• (2020)

Le président: Docteur, je vais devoir vous interrompre.

Dr Howard Njoo: C'est très bien. Merci beaucoup.

Le président: Nous revenons maintenant à Mme Rempel Garner pour cinq minutes.

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

Docteur Quach-Thanh, pourquoi a-t-on choisi quatre mois comme intervalle posologique pour le vaccin Pfizer? Pourquoi pas trois ou cinq? Pourquoi quatre?

Dre Caroline Quach-Thanh: C'est une excellente question.

La modélisation nous a montré que l'intervalle idéal serait de six mois si nous voulions obtenir le plus de gains en termes de diminution des hospitalisations pour les Canadiens. Cependant, quand nous avons envisagé une période de six mois en fonction des approvisionnements prévus, on nous a dit que nous n'aurions jamais besoin de plus de quatre mois parce que nous aurions suffisamment de doses pour cela.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Donc, on a simplement choisi quatre mois en fonction d'un calendrier d'administration du vaccin?

Dre Caroline Quach-Thanh: Sur la base de l'administration des vaccins et de la modélisation mathématique.

L'hon. Michelle Rempel Garner: D'accord, il n'y avait donc pas de données scientifiques... On s'est uniquement fondé sur un calendrier d'approvisionnement, le calendrier du désespoir.

Dre Caroline Quach-Thanh: Il y a une base scientifique, mais vous avez raison de dire que la période de quatre mois — et non de quatre mois et demi ou cinq — a été fondée sur les approvisionnements.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Whoah! Je suis un peu choquée.

Ne pensez-vous pas que les Canadiens puissent craindre que vos décisions ne soient fonction des calendriers d'approvisionnement plutôt que de données cliniques solides?

Dre Caroline Quach-Thanh: En fait, nous avons envisagé un intervalle de six mois sans penser qu'il serait nécessaire d'aller jusqu'à six mois. Vous pouvez consulter la documentation. Des vaccinsologues de renom, comme Stanley Plotkin aux États-Unis, recommandent également de retarder la deuxième dose aussi longtemps que nécessaire pour donner la première dose au plus grand nombre de personnes possible.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Mais les Américains seront tous vaccinés d'ici le 1^{er} mai, alors c'est un peu...

Dre Caroline Quach-Thanh: C'est parce qu'ils ont...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Ils sont approvisionnés, n'est-ce pas?

Dre Caroline Quach-Thanh: Ils le sont.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Et pas nous.

Voilà le cœur du problème. Pour reprendre les mots de la Conseillère scientifique en chef, nous menons une expérience démographique fondée sur un intervalle de vaccination qui ne repose pas sur des données parce que nous avons échoué sur le plan de l'approvisionnement.

Est-ce que je me trompe?

Dre Caroline Quach-Thanh: Je ne peux pas vous dire comment fonctionne l'approvisionnement. Ce n'est pas mon...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Nous ne sommes pas approvisionnés et nous avons donc été contraints d'opter pour cette solution parce que nous n'avons pas les doses nécessaires.

Dre Caroline Quach-Thanh: Compte tenu de la rareté des vaccins, il faut prendre la meilleure décision possible.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Cela me renverse. Je sais que ce n'est pas de votre faute. Je comprends la situation dans laquelle vous vous trouvez, et elle doit être difficile.

Dre Caroline Quach-Thanh: Je ne peux pas dire que c'est facile, effectivement.

L'hon. Michelle Rempel Garner: À ce sujet, je pense que vous et moi partageons quelque chose, parce que je reçois des appels à mon bureau de gens qui me disent: « Que devrais-je faire? Devrais-je opter pour le vaccin AstraZeneca? Ma mère devrait-elle prendre le vaccin AstraZeneca? » Évidemment, je ne peux pas me prononcer dans un sens ou dans l'autre; je dois me fier aux conseils scientifiques. Je vous entends dire une chose et Mme Elmslie dit que tout change tous les jours, et j'ai l'impression que l'absence de protocole et les défauts d'approvisionnement créent une confusion dans la population canadienne. C'est vraiment difficile.

Je vais me tourner vers le Dr Njoo.

Le ministre vous a-t-il donné des directives pour élaborer un meilleur protocole de communication, compte tenu de la débâcle entourant les avis contradictoires et la balkanisation des lignes directrices provinciales sur la posologie et la disponibilité des doses?

Dr Howard Njoo: Merci beaucoup pour cette question.

Si j'ai bien compris votre question, je vous répondrais par la négative, soit que la ministre ne m'a donné aucune directive personnelle en matière de communication. Je pense que c'est assez clair...

• (2025)

L'hon. Michelle Rempel Garner: Mais ne pensez-vous que des directives serait nécessaires? On dirait qu'il règne une certaine confusion dans le public. Ne pensez-vous pas qu'un meilleur protocole de communication s'imposerait à ce stade-ci?

Dr Howard Njoo: Je pense qu'en ce qui concerne le risque dans les communications, nous pourrions toujours faire mieux. Je pense que même moi...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Que feriez-vous de mieux? Que diriez-vous à la personne qui est vraiment confuse en ce moment, qui écoute ce témoignage et qui se dit que nous allons très loin dans l'intervalle entre deux doses parce que nous n'avons pas suffisamment de vaccins?

Dr Howard Njoo: Je dirais qu'il faut s'adresser à un professionnel de la santé de confiance parce que...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Et c'est qui ce professionnel? Vous? Le CCNI?

Dr Howard Njoo: Non, c'est le médecin de famille de la personne...

L'hon. Michelle Rempel Garner: En quoi le médecin de famille...

Dr Howard Njoo: ... qui administrerait le vaccin?

L'hon. Michelle Rempel Garner: Alors, maintenant, ce sont les médecins.

Dr Howard Njoo: La décision reviendrait évidemment aux programmes des provinces et des territoires qui ont décidé des niveaux de vaccination de la population...

L'hon. Michelle Rempel Garner: J'ai l'impression que tout le monde se renvoie la balle.

Dr Howard Njoo: Tout dépend des professionnels de la santé et des patients.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Ce ne sont donc pas les médecins. Ce n'est pas l'ASPC.

M. Tony Van Bynen: J'invoque le Règlement, monsieur le président. Si la députée ne veut pas entendre la réponse, elle ne devrait peut-être pas poser la question.

L'hon. Michelle Rempel Garner: C'est simplement que je suis très frustrée, monsieur le président. Je pense que beaucoup de Canadiens le sont aussi. Je comprends que tout le monde a une lourde tâche, mais on assiste à une vraie partie de ping-pong. Il faut, je pense, que quelqu'un assume ses responsabilités, peut-être la ministre.

Le président: Merci, madame Rempel Garner.

Il m'apparaît évident que nous ne pourrions pas terminer ce tour avant les votes. Je propose donc que nous suspendions la séance et que nous reprenions dès que nous pourrions tous revenir ici après le vote. Nous allons reprendre avec M. Powlowski qui sera suivi de M. Thériault et de M. Davies.

Sur ce, chers collègues, la séance est suspendue pour...

M. Don Davies: Monsieur le président, j'invoque rapidement le Règlement. Je peux voter virtuellement. Je ne sais pas si mes collègues le peuvent. Si nous pouvons tous voter virtuellement, pourquoi ne pourrions-nous pas poursuivre la séance? Il me faudra 30 secondes pour voter virtuellement sur mon téléphone.

Quelqu'un de nous doit-il être présent à la Chambre pour voter, ou pouvons-nous tous voter virtuellement?

Le président: Si nous voulons faire cela, il faudra le consentement unanime. Nous pouvons tous voter virtuellement. Je pense qu'aucun de nous ne se trouve à proximité de la Chambre.

Je ne suis toujours pas certain à 100 % que toute la technologie a été mise au point, alors je suis beaucoup plus à l'aise d'être connecté à la session Zoom. Cependant, je vais demander au Comité s'il y a consentement unanime pour poursuivre les débats et voter virtuellement. La suspension ne durera probablement que 20 ou 25 minutes.

M. Don Davies: C'est aussi par respect envers les témoins qui nous consacrent leur temps. Il semble qu'il ne nous reste qu'une dizaine de minutes de toute façon, n'est-ce pas?

Le président: Il faut que je regarde ce que j'ai ici.

M. Chris d'Entremont (Nova-Ouest, PCC): Il nous reste 10 minutes et 48 secondes.

Le président: Oui, nous n'avons donc pas le temps pour la question de M. Powlowski, ainsi que pour la vôtre et celle de M. Thériault. Nous devons...

M. Don Davies: Monsieur le président, je suis désolé, mais je voulais dire qu'il ne nous reste qu'une dizaine de minutes pour poser des questions.

Le président: C'est ce que je veux dire aussi. Je ne pense pas que nous ayons... Nous pourrions essayer de faire le forcing, je suppose.

Plaît-il au comité de continuer un peu plus longtemps?

M. Tony Van Bynen: Je ne suis pas d'accord, monsieur le président. Malheureusement, il s'agit d'un vote très important pour la Chambre. S'il y a des problèmes dans le système, je veux que ma voix soit entendue. Je veux donc signer et être présent.

Le président: Merci, monsieur Van Bynen.

Nous allons suspendre la séance et reprendre dès que nous pourrions tous revenir ici après le vote. Cela ne devrait pas être trop long. Je présente mes excuses aux témoins.

La séance est suspendue.

• (2025)

(Pause)

• (2120)

Le président: Nous reprenons la séance.

Je remercie les témoins d'être restés avec nous pendant le vote. C'est le prix à payer pour participer aux travaux du Comité.

Le greffier du Comité (M. Jean-François Pagé): Un instant, monsieur le président. L'interprétation n'est pas prête.

Le président: D'accord.

Je disais aussi de belles choses.

Le greffier: C'est un problème technique du côté des interprètes.

M. Tony Van Bynen: Monsieur le président, ma vidéo ne semble pas fonctionner non plus. Je devrais peut-être recommencer.

Le président: Je préférerais ne pas attendre que vous recommenciez. Nous pouvons vous entendre et nous avons une belle photo de vous à l'écran. Pour moi, c'est suffisant.

Allons-y. Sommes-nous prêts du côté de l'interprétation?

Le greffier: Pas encore, monsieur le président. Il nous faut 30 secondes.

Le président: D'accord. Merci.

Le greffier: Monsieur le président, tout va bien. Allez-y.

Le président: Merci, monsieur le greffier.

Comme je l'ai dit, nous reprenons la 24^e séance du Comité permanent de la santé et poursuivons notre étude des conséquences de la pandémie de COVID-19.

Je tiens à remercier les témoins d'être restés pendant que nous suspendions la séance pour aller voter. Cela fait partie du prix à payer pour participer à nos travaux. Nous sommes bien sûr tout à fait conscients du temps et des efforts que vous consacrez tous les jours, alors nous vous sommes très reconnaissants d'avoir pu rester avec nous.

Sur ce, nous allons reprendre notre troisième tour de questions avec M. Powlowski.

Monsieur Powlowski, vous avez la parole. Vous avez cinq minutes.

M. Marcus Powlowski: Je pense que Mme Rempel Garner a posé une question fondamentale. Les Canadiens veulent savoir si c'est un bon vaccin. Devrais-je le recommander à mes parents, s'ils ont la possibilité d'obtenir ce vaccin, ou à mon frère, qui a beaucoup de problèmes médicaux sous-jacents? Je pense que la réponse est oui. Malheureusement, durant cette réunion, les choses sont aussi claires que du jus de boudin, parce que les chiffres s'entrechoquent. Je pense que la confusion tient en partie à la différence entre « efficacité » et « efficacie ».

Je vais m'adresser à vous, docteur Quach-Thanh, parce que je pense que vous connaissez assez bien les chiffres. Je crois comprendre que l'efficacité a été établie lors d'un essai de contrôle randomisé de la phase trois, entre le vaccin AstraZeneca et un placebo. On a dit que l'efficacité était de 62 % en général, mais de quelque 40 % seulement dans le cas des personnes de plus de 65 ans? Toujours d'après ce que j'ai compris, l'efficacité pour l'ensemble de l'Amérique du Nord serait de 72 % et de 90 % pour la première dose.

Ces données proviennent d'un essai contrôlé randomisé effectué sur des sujets on présélectionnés. Dans la réalité, il semble que le vaccin AstraZeneca soit plus efficace. Hung et Poland ont publié dans *The Lancet* leur étude sur 17 000 personnes. C'est à partir de là qu'il a été envisagé d'administrer la seconde dose quatre mois plus tard. Ces chercheurs ont constaté une efficacité de 81 %, notamment dans le cas des personnes âgées. Les autres chiffres que j'ai vus font état d'une efficacité de 76 à 82 % avec un intervalle de quatre mois. C'est, à l'évidence, bien meilleur que 62 et 40 %. S'agissant de l'essai réalisé avec AstraZeneca relativement à la prévention des décès, on voit que l'efficacité est de 100 %. En ce qui concerne les hospitalisations, l'étude écossaise a révélé une efficacité de 94 %, mais vous ne vous fondez pas sur ces chiffres.

C'est à peu près cela? Selon l'étude réalisée par AstraZeneca, personne n'est mort du vaccin, et l'administration des deux doses à quatre mois d'intervalle s'est avérée efficace à 80 % pour prévenir les maladies cliniques. Est-ce exact? De plus, quel est le taux d'hospitalisation?

• (2125)

Dre Caroline Quach-Thanh: Vous avez raison de dire que c'est très compliqué à cause de la multitude de chiffres. Essentiellement, on parle d'une efficacité globale estimée à 60 %, mais si l'on considère les gens ayant reçu les deux doses selon un intervalle plus long, c'est-à-dire 12 semaines et plus, vous avez raison de dire que le pourcentage grimpe à plus de 80 %. En termes d'efficacité réelle pour prévenir l'hospitalisation et la mort, on arrive même à une efficacité supérieure à 80 % dans le cas des personnes âgées.

Ce que je disais, c'est que ces données ont paru après la publication de la recommandation du CCNI le 1^{er} mars et qu'elles sont donc incluses dans l'énoncé mis à jour qui sera publié dans les prochains jours.

M. Marcus Powlowski: Les données mises à jour proviennent-elles de l'étude parue dans *The Lancet* ou y a-t-il d'autres données qui appuient cette utilisation chez les personnes de plus de 65 ans?

Dre Caroline Quach-Thanh: Il y a deux publications de Public Health England. Je ne me souviens pas exactement dans quelles revues elles se trouvaient. Ces deux études s'ajoutent au corpus de la preuve. Il s'agit de l'efficacité réelle, sinon, nous n'avons pas de nouvelles données sur l'efficacité. Elles seront publiées quand l'essai américain sera examiné, ce qui devrait se faire en avril.

M. Marcus Powlowski: Donc, l'efficacité correspond au chiffre le plus impressionnant. C'est le meilleur chiffre.

Dre Caroline Quach-Thanh: Oui.

M. Marcus Powlowski: Nous aurions pensé que ce serait le contraire, que l'efficacité serait plus élevée.

Dre Caroline Quach-Thanh: C'est exact.

M. Marcus Powlowski: Quand on regarde les chiffres pour AstraZeneca, ce n'est pas si mal.

J'aimerais aussi vous interroger au sujet de l'étude écossaise. Je pense qu'elle est fondée sur le travail de la NIH, qui recueille automatiquement des données. D'après ce que j'ai compris, plus de 400 000 personnes, dont bon nombre étaient octogénaires, ont reçu le vaccin AstraZeneca, et une diminution de 94 % du nombre d'hospitalisations a été constatée. Cela étant, vous avez dit qu'à l'analyse des données, le nombre d'hospitalisations dans les premières semaines a été relativement important, ce qui n'est pas très logique sur le plan immunologique. Cependant, quand on considère le nombre total de 400 000 personnes, c'est plutôt une étude de grande envergure...

Dre Caroline Quach-Thanh: Je ne parlais pas de son envergure. Le problème, c'est qu'elle comporte un biais parce que les personnes qui ont été vaccinées étaient très différentes de celles qui ne l'ont pas été. Le fait de ne pas pouvoir expliquer cette efficacité de 70 % dans les deux premières semaines suivant la vaccination par rapport à la diminution du nombre d'hospitalisations nous amène à nous demander quel est le problème de cette étude.

Nous en avons de meilleures. Mais nous ne nous sommes pas sentis à l'aise de modifier notre recommandation à ce moment-là sur la foi de cette seule étude.

Le président: Merci, monsieur Powlowski.

• (2130)

[Français]

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

M. Luc Thériault: Ma première question sera brève, et la seconde sera d'ordre méthodologique.

Docteur Berthiaume, pour préserver la confiance des gens envers le processus de vaccination, ne vaudrait-il pas mieux être proactif, vu qu'il n'y a aucun lien entre le fait de ne pas être proactif et le fait que 300 000 doses d'AstraZeneca seront périmées le 2 avril?

Ne vaudrait-il pas mieux justement suspendre la vaccination avec le vaccin d'AstraZeneca jusqu'à ce qu'on ait l'heure juste sur ce qui se passe au Danemark et en Norvège? Il suffirait de quelques jours ou d'une semaine tout au plus, selon moi.

Dr Marc Berthiaume: Je vous remercie de votre question.

Ce soir, Santé Canada a émis un avis pour dire que les doses canadiennes ne posaient pas de problèmes d'innocuité, actuellement.

En Europe, ils sont en train d'enquêter, mais plusieurs avis qu'ils ont émis mentionnent que les effets secondaires n'étaient probablement pas liés à la vaccination. Actuellement, il est probable que ces événements sont liés aux effets observés dans la population générale et qu'ils n'ont pas de lien avec la vaccination. Cela reste toutefois à confirmer.

En ce moment, il serait prématuré de prendre une mesure telle que l'arrêt de la vaccination sur la base des données actuelles.

M. Luc Thériault: D'accord, mais combien de jours faudra-t-il avant de le savoir?

Dr Marc Berthiaume: Je crois que, selon les données que nous avons, il y a 30 cas sur 20 millions de doses. Il faudrait que je regarde les chiffres de nouveau. Toutefois, on sait déjà que ce nombre de cas est nettement inférieur à l'incidence normale de ces pathologies.

Ces cas sont temporellement associés, mais aucun lien de causalité n'a été établi.

M. Luc Thériault: Vous dites donc que ces pays ont suspendu l'utilisation du vaccin pour rien et que, si l'on avait les mêmes données, il n'y aurait pas lieu de suspendre la vaccination, ici, au Canada.

Dr Marc Berthiaume: En Europe, il n'y a pas de consensus sur la suspension. En Grande-Bretagne, où le vaccin est le plus utilisé, ils ont décidé de ne pas suspendre l'utilisation du vaccin.

M. Luc Thériault: Je vous remercie beaucoup.

Docteur Quach-Thanh, dans la réponse n° 3 que vous nous avez fait parvenir aujourd'hui, vous dites ceci:

À l'heure actuelle, il existe une incertitude quant à savoir dans quelle mesure les vaccins empêchent les personnes de contracter l'infection [...]

Plus loin, vous ajoutez ceci:

Tant que nous n'aurons pas de telles données, nous ne serons pas en mesure d'estimer la proportion de la population que nous devons vacciner pour réduire le taux R à moins de 1 [...], et nous ne pourrions pas comparer la capacité des différents vaccins à le faire.

Pouvez-vous m'expliquer comment vous prévoyez compiler les données relatives aux vaccins administrés afin de pouvoir comparer, entre autres, leur capacité à l'égard des variants?

Dre Caroline Quach-Thanh: Je vais essayer de répondre à votre question. Je ne suis pas convaincue de l'avoir comprise complètement.

Sur le plan des infections asymptomatiques, ces données sont en train d'être recueillies dans le cadre de diverses études. On sait que pour AstraZeneca, qui a examiné ce facteur alors que les autres compagnies ne l'ont pas fait — on va au moins leur donner cela —, l'efficacité du point de vue de la diminution des infections asymptomatiques n'était pas bonne. Les autres compagnies n'ont pas étudié ce facteur, alors c'est peut-être aussi leur cas.

Pour ce qui est des variants, il n'y a pas de lien entre une infection asymptomatique et un variant. Présentement, plusieurs façons sont utilisées pour savoir si un vaccin fonctionne contre les variants ou pas. Il y a des méthodes *in vitro*. Après avoir vacciné une personne, on prend ses anticorps pour voir s'ils sont capables de neutraliser le virus variant. De plus, on regarde si l'immunité cellulaire de la personne a un effet sur le variant.

Par ailleurs, l'autre moyen consiste à faire des études d'efficacité vaccinale. Ce dernier consiste à déterminer, dans la population, quelle proportion des maladies le vaccin est capable de prévenir quand il y a un variant, comparativement à quand il n'y en a pas.

AstraZeneca et Johnson & Johnson, dans leurs études de phase 3, ont été aux prises avec les variants sud-africain et britannique. Ils ont donc parfois des efficacités vaccinales un peu plus faibles que Pfizer et Moderna, qui ont fait leurs études bien avant, alors qu'il n'y avait pas de variants. Il faut aussi prendre cela en compte dans l'analyse des données.

À savoir comment utiliser les données actuelles pour déterminer si l'on est capable de contrôler les variants ou pas, c'est vraiment possible grâce à la surveillance de l'efficacité vaccinale au sein de la population.

M. Luc Thériault: Comment les données seront-elles compilées?

Dre Caroline Quach-Thanh: Elles sont déjà compilées...

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous passons maintenant à M. Davies.

M. Thériault a eu un peu plus de temps, alors nous allons vous en donner plus à vous également. Allez-y, s'il vous plaît.

• (2135)

M. Don Davies: Merci.

Docteure Quach-Thanh, le CCNI a déjà recommandé que l'on accorde la priorité aux adultes de plus de 70 ans dans la première phase du déploiement du vaccin au Canada, mais nous savons que de nombreux aînés de plus de 70 ans n'ont pas encore été vaccinés. Le CCNI a également dit qu'il faut s'efforcer de terminer cette étape avant de passer aux autres à mesure que l'approvisionnement en vaccins augmentera.

À votre avis, comment les provinces et les territoires devraient-ils prioriser l'administration du vaccin AstraZeneca à la lumière de la récente recommandation du CCNI qui l'a déconseillé pour les adultes de 65 ans et plus?

Dre Caroline Quach-Thanh: À ce stade-ci, d'après notre recommandation du 1^{er} mars — parce que rien d'autre n'a été publié depuis —, les provinces et les territoires ont toujours la possibilité de décider de ce qu'ils veulent faire, mais nous avons dit qu'il faut essayer d'utiliser le vaccin chez les personnes de 64 ans et moins. Si certaines provinces veulent administrer ce vaccin aux aînés, ce sera leur décision. Je sais que le Québec a décidé de le faire parce que la province a examiné les nouvelles données, les données sur l'efficacité réelle, et a conclu qu'il était acceptable d'utiliser ce vaccin.

Comme je l'ai dit, les choses bougent; une recommandation révisée sera émise dans les prochains jours.

M. Don Davies: On nous a dit que le Canada est le seul pays à permettre un maximum de quatre mois entre la première et la seconde dose. Cela ne vous met-il mal pas à l'aise?

Dre Caroline Quach-Thanh: Comme je l'ai dit, j'aurais préféré être dans les limites du schéma vaccinal. Cependant — compte tenu des doses et de la population à risque que nous avons —, nous avons décidé est d'essayer de donner cette première dose au plus grand nombre de personnes possible.

M. Don Davies: Sauf votre respect, j'ai entendu cela, mais le problème, c'est que bien d'autres pays sont exactement dans la même position et n'ont pas pris cette mesure. Nous sommes seuls en cela.

Dre Caroline Quach-Thanh: D'autres personnes examinent actuellement la question et se demandent si ce n'est pas quelque chose qu'elles devraient également faire. Comme nous avons des données de surveillance efficaces, je pense qu'il est tout à fait possible de dire que nous pouvons aller jusqu'à quatre mois et raccourcir cet intervalle au besoin.

Si nous n'avions pas de données de surveillance, nous ne serions pas allés dans cette direction, mais parce que nous sommes en mesure de faire cette surveillance en temps réel, c'est rassurant pour moi.

M. Don Davies: Je suppose que ce sera ma dernière question.

Lundi, Mme Grandvaux a dit: « Le problème le plus important est sans doute que les recommandations du comité consultatif ne se fondent pas toujours sur la science, mais, parfois, sur des suppositions et des opinions d'experts. » Est-il exact que le CCNI formule des recommandations fondées sur des hypothèses et des opinions, plutôt que sur des preuves scientifiques?

Dre Caroline Quach-Thanh: Quand nous formulons des recommandations d'experts, nous le disons. Il se trouve que nous devons faire ce genre de chose, puisque nous sommes un comité d'experts. C'est la même chose quand je traite un patient; je n'ai pas toujours toutes les données, et je n'ai pas toujours tous les faits scientifiques en main pour pouvoir le traiter s'il est un cas unique. Il faut partir des données disponibles et les généraliser au profil clinique de son patient.

C'est la même chose ici. Nous n'avions jamais vu cela auparavant. Donc, c'est effectivement une opinion d'expert, et nous le disons.

Le président: Merci, monsieur Davies.

Chers collègues, cela met fin à la troisième série de questions.

J'aimerais savoir s'il y a consensus pour lever la séance maintenant. Nous avons entendu beaucoup d'excellents témoignages. Étant donné l'heure tardive, y a-t-il consensus pour lever la séance? C'est ce que je constate.

Je tiens à remercier les témoins pour leurs efforts extraordinaires et pour le temps qu'ils nous ont consacré, par simple principe, mais surtout pour le temps qu'ils nous ont consacré aujourd'hui et pour leurs excellents et très utiles témoignages. Merci à tous.

Merci aux membres du Comité.

Sur ce, 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>