



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Comité permanent des transports, de l'infrastructure et des collectivités

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 011

Le jeudi 10 décembre 2020

Président : M. Vance Badawey



Comité permanent des transports, de l'infrastructure et des collectivités

Le jeudi 10 décembre 2020

• (1640)

[Traduction]

Le président (M. Vance Badawey (Niagara-Centre, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Je vous souhaite la bienvenue à la onzième réunion du Comité permanent des transports, de l'infrastructure et des collectivités de la Chambre des communes.

La réunion d'aujourd'hui se déroule selon une formule hybride, conformément à l'ordre de la Chambre adopté le 23 septembre 2020. Les travaux seront diffusés sur le site Web de la Chambre des communes. Pour votre gouverne, la diffusion Web montrera toujours la personne qui s'exprime, plutôt que tout le Comité. Pour le bon déroulement de la réunion, je vais expliquer quelques règles à suivre.

Les membres du Comité et les témoins peuvent s'exprimer dans la langue officielle de leur choix. Des services d'interprétation sont disponibles pour cette réunion. Vous avez le choix au bas de votre écran entre « anglais » et « français ».

Les membres du Comité présents en personne font comme d'habitude quand le Comité se réunit en personne dans une salle de comité, en gardant à l'esprit les directives du Bureau de régie interne relatives au port du masque et aux protocoles sanitaires.

Avant de parler, veuillez attendre que je vous donne nommément la parole. Si vous êtes en vidéoconférence, veuillez cliquer sur l'icône du microphone pour rétablir le son. Quant aux membres du Comité qui se trouvent dans la salle, leur microphone sera contrôlé comme normalement par la procédure et l'agent chargé de la vérification.

Je vous rappelle que tous les commentaires des membres du Comité et des témoins doivent être adressés au président.

Veuillez couper votre micro quand vous ne vous exprimez pas. Pour ce qui est de la liste des intervenants, le greffier du Comité et moi-même, nous ferons de notre mieux pour maintenir l'ordre de passage de tous les membres du Comité, qu'ils participent à la réunion virtuellement ou en personne.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité se réunit aujourd'hui pour reprendre son étude sur les effets de la COVID-19 sur le secteur du transport aérien.

Avant de présenter les témoins, je vous demande, membres du Comité, combien de temps vous voulez que cette réunion dure. À vous de choisir. Voulez-vous que nous arrêtions à 17 h 30, comme nous le faisons d'habitude, et c'est ce qui est prévu, ou souhaitez-vous prolonger la séance, ce qui serait possible, puisque nous disposons des ressources de la Chambre?

Madame Kusie, du Parti conservateur, avez-vous une préférence? Je poserai la même question à M. Bachrach et à M. Barsalou-Duval.

Madame Kusie.

• (1645)

Mme Stephanie Kusie (Calgary Midnapore, PCC): Monsieur le président, nous pourrions envisager une demi-heure de plus et terminer à 18 heures. C'est ce que nous avons fait l'autre mardi, je crois, et c'était très bien. Je ne pense pas que nous devions prolonger de deux heures.

Je reconnais, évidemment, que nous arrivons à la toute fin de cette session aujourd'hui et demain, et je suis certaine que les députés ont des affaires à boucler, que ce soit dans leur bureau de circonscription ou ici, à Ottawa.

Aller jusqu'à 18 heures permettra, je crois, à chacun de poser deux séries de questions et permettra, je l'espère, au Comité d'obtenir des témoins les renseignements dont il a besoin. C'est ce que je propose, prolonger la réunion d'une demi-heure, ce qui serait raisonnable.

Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Je vous remercie, madame Kusie.

Monsieur Barsalou-Duval.

[Français]

M. Xavier Barsalou-Duval (Pierre-Boucher—Les Patriotes—Verchères, BQ): Je vous remercie, monsieur le président.

Je dirai simplement que je me sens très à l'aise de continuer jusqu'à 18 heures si c'est la volonté du Comité. S'il en va autrement, je m'adapterai à la décision. Je n'ai pas d'urgence particulière. Évidemment, j'ai d'autres engagements, mais je pourrai m'adapter si c'est nécessaire.

[Traduction]

Le président: Je vous remercie, monsieur Barsalou-Duval.

Monsieur Bachrach.

M. Taylor Bachrach (Skeena—Bulkley Valley, NPD): Monsieur le président, je suis d'accord d'aller jusqu'à 18 heures.

Je vous remercie.

Le président: C'est parfait.

Je vous remercie, madame et messieurs.

Tous les membres sont d'accord pour que nous allions jusqu'à 18 heures?

Des députés: D'accord.

Le président: J'ai maintenant le plaisir de vous présenter les témoins.

Nous avons le Dr Isaac Bogoch, médecin et scientifique, Hôpital général de Toronto et Université de Toronto.

Docteur Bogoch, je dois dire que vous paraissez bien jeune pour être médecin et scientifique. Vous avez dû faire vos études à vitesse grand V.

Dr Isaac Bogoch (médecin et scientifique, Hôpital général de Toronto et University of Toronto, à titre personnel): C'est l'éclairage.

Le président: Docteur, je vous souhaite la bienvenue.

Nous avons également le Dr Zain Chagla, professeur assistant, Division des maladies infectieuses, faculté des sciences de la santé, Université McMaster.

De LuminUltra Technologies Ltd., nous avons M. Patrick Taylor, directeur mondial du développement des affaires, Nouveaux marchés.

Messieurs, soyez les bienvenus.

Je ne sais pas qui veut passer en premier, mais j'ai reçu un ordre.

Je pense que je vais commencer par M. Bogoch,

Monsieur Bogoch, vous avez la parole pour cinq minutes.

Dr Isaac Bogoch: Je vous remercie.

Merci beaucoup de m'avoir invité à parler devant le Comité permanent des transports, de l'infrastructure et des collectivités des effets de la COVID-19 sur le secteur du transport aérien. Je n'ai pas des tonnes de temps, je vais donc aller droit au but.

Commençons par deux questions clés avant de voir quelques solutions.

La première question est, évidemment, celle de la protection des passagers et du personnel, c'est-à-dire des équipages et des autres personnes qui travaillent dans ce secteur. La deuxième question, bien sûr, est celle de l'incidence des voyages nationaux et internationaux sur la propagation des maladies infectieuses, dont la COVID-19.

Commençons par la première, celle de la protection des passagers et du personnel. En général, du point de vue de la transmission des maladies infectieuses, les voyages aériens sont relativement sûrs. On pense à tort que les gens attrapent souvent des infections au cours de voyages en avion, mais la perception du risque est beaucoup plus élevée que le risque lui-même.

Il y a certainement des cas d'infections, surtout respiratoires, transmises dans les avions et il y a certainement des cas crédibles de COVID-19 transmise dans des avions aussi, mais il s'agit, en fait, d'événements rares, particulièrement si l'on considère le nombre de personnes qui voyagent. De plus en plus de données, notamment canadiennes, le montrent.

Pourquoi en est-il ainsi? Les avions sont justement les endroits qu'on nous dit d'éviter. Ce sont des espaces clos et bondés, et c'est dans ce genre d'endroit que le virus se transmet le plus facilement, mais les avions sont magnifiquement conçus et les systèmes de ventilation, ajoutés au port du masque universel, rendent les voyages aériens beaucoup plus sûrs. De bonnes données le

montrent à l'échelle nationale et internationale, et nous pouvons y revenir plus tard, si quelqu'un le souhaite.

Premièrement, les gens ont besoin d'une vraie protection contre les infections quand ils prennent l'avion. Deuxièmement, ils doivent savoir comment ils sont protégés et la transparence est nécessaire au sujet des risques pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées. Cela redonnera confiance dans le secteur du transport aérien.

J'aimerais parler un instant d'un autre aspect important, qui est l'incidence des voyages nationaux et internationaux sur la propagation des maladies infectieuses, COVID-19 comprise. C'est un problème.

J'étudie la question depuis des années et j'ai examiné comment d'autres infections se déplacent à l'échelle régionale et mondiale en suivant les schémas de mobilité humaine, notamment par les voyages aériens, dans les infections aux virus Ebola, Zika et chikungunya et, plus récemment, à la COVID-19. Nous avons même étudié la propagation internationale de cette infection au début du mois de janvier, avant de savoir qu'il s'agissait d'un coronavirus.

Les personnes porteuses d'infections voyagent et si l'on veut que le secteur du transport aérien reparte à plein régime, il faut le reconnaître et agir en conséquence. Comment faciliter des déplacements sûrs et éthiques et permettre à l'ensemble de la population d'être assurée qu'il ait répondu à ses besoins en matière de sécurité? Nous le pouvons, selon moi, par six grandes mesures.

Premièrement, nous ne devons pas limiter les mesures de sécurité aux seuls avions. Nous devons nous concentrer sur les voyages, du moment où la personne quitte son domicile au moment où elle arrive à sa destination finale. En portant une attention particulière à chaque étape du voyage, comme les transports en commun pour se rendre à l'aéroport, l'enregistrement au comptoir et la file pour embarquer dans l'avion, on renforcera la sécurité des voyageurs et la confiance dans les voyages, ce qui aidera le secteur du transport aérien.

Deuxièmement, il faut éduquer le public, et c'est directement lié au point précédent. C'est une chose d'élargir la sécurité, mais il faut bien le faire savoir aux voyageurs potentiels pour faire en sorte que les mesures soient appliquées.

Troisièmement, il faut intégrer des tests de diagnostic rapide. Il existe de plus en plus de produits, et il faut aussi améliorer les caractéristiques de ces tests. Ils peuvent se révéler très utiles dans le secteur du transport aérien, et ils pourraient être mobilisés de façon extraordinaire.

Quatrièmement, la vaccination au Canada. Elle commencera probablement la semaine prochaine et, manifestement, cela protégera beaucoup les voyageurs canadiens et leur redonnera confiance. Il est probable que les mesures sanitaires seront graduellement levées en 2021, à mesure que la vaccination de la population canadienne avancera. Lorsque plus de Canadiens seront vaccinés, la confiance dans les voyages aériens reviendra, car les passagers auront moins peur d'être infectés par ce virus.

Cinquièmement, la vaccination mondiale. Nous devons soutenir les initiatives de vaccination mondiale, et nous le faisons. Il y a un programme appelé Covax. Il s'agit d'une collaboration internationale qui a pour but d'obtenir des vaccins pour les pays à faible revenu, et le Canada y participe. C'est évidemment la chose éthique à faire, mais les voyages aériens en seront aussi plus sûrs, ce qui renforcera la confiance.

Enfin, sixièmement, nous avons vraiment besoin de la participation active du secteur du transport aérien aux activités de surveillance nationale et internationale des maladies infectieuses. Elle peut prendre différentes formes, comme le dépistage des passagers, l'analyse des eaux usées des avions, l'écouvillonnage de surfaces, etc., mais elle peut aider à combattre, à l'échelle nationale et internationale, la propagation de nouvelles maladies infectieuses, comme nous le voyons avec la COVID-19.

Je vous remercie de votre attention.

• (1650)

Le président: Je vous remercie, monsieur Bogoch.

Nous allons passer au Dr Chagla pour cinq minutes.

Vous avez la parole.

Dr Zain Chagla (professeur assistant, Division des maladies infectieuses, Faculté des sciences de la santé, McMaster University, McMaster University): Je vous remercie, mesdames et messieurs, notamment de m'avoir invité aujourd'hui. Je dirai que le Dr Bogoch me coupe un peu l'herbe sous les pieds. Je vais donc revenir sur deux points et me concentrer sur certaines conséquences des voyages aériens pour la lutte contre les infections, pour ajouter à ce qu'il disait.

Comme le mentionnait le Dr Bogoch, les avions semblent une mauvaise idée. Ce sont des tubes creux dans lesquels des gens se retrouvent coincés ensemble pendant beaucoup de temps, mais les avions sont équipés d'un système de ventilation particulier qui est très efficace. L'air descend du plafond jusqu'à hauteur des passagers, puis jusqu'au sol de manière laminaire. Il est mélangé à de l'air extérieur. Il y a des filtres HEPA et il y a un échange d'air toutes les deux ou trois minutes. Pour comparer avec d'autres cadres, dans un foyer typique, il y a deux ou trois échanges d'air par heure. La plupart des hôpitaux visent de 15 à 20 échanges d'air par heure, ce qui est à peu près le cas dans les salles d'opération pour les échanges d'air, la filtration de l'air et le mélange avec de l'air extérieur.

C'est ce qu'il ressort de nombreuses études. Le ministère de la Défense des États-Unis a réalisé une grande étude dans laquelle, pour simplifier, des mannequins équipés d'aérosols fluorescents postillaient, en quelque sorte, pendant le vol. Des capteurs étaient installés tout autour des mannequins. L'expérience a été répétée 300 fois dans différentes positions le long de l'avion. Il s'agissait d'un Boeing, un gros-porteur typique. La conclusion est que 99,99 % des particules étaient filtrées. Elles persistaient six minutes dans l'environnement en quantité détectable, ce qui est, répétons-le, tout à fait remarquable et conforme à ce que nous recherchons dans les établissements de soins de santé.

Ajoutez à cela que nous avons toujours les contrôles universels à bord des avions, c'est-à-dire le port du masque et le dépistage, et certaines compagnies exigent même un test de dépistage pour autoriser l'embarquement. Plusieurs choses rendent les voyages aériens relativement sûrs.

Je parlerai de ma propre expérience. Je travaille à l'Université McMaster. Nous avons fait une étude intéressante sur des passagers de vols Air Canada arrivant à l'aéroport Pearson qui ont été invités à effectuer un test de dépistage autonome nasal ou buccal à des fins épidémiologiques. Environ 0,7 % étaient positifs à l'arrivée. Bon nombre de ces personnes avaient probablement contracté l'infection à leur point de départ, avaient été déclarées négatives et avaient

voyagé, mais un nombre significatif de passagers de ces vols, soit autour de 0,5 %, sont vraiment infectieux.

Prenons un vol de 200 passagers, ce qui n'est pas tellement éloigné de ce qu'on aurait dans certains gros appareils, une personne par vol serait positive. Nous voyons tellement d'avis d'exposition. Dans la documentation, il y a une vingtaine d'études de cas sur des personnes qui ont vraiment été infectées à bord d'avions, en particulier dans les premiers temps, quand il n'y avait pas de port du masque, quand on n'avait pas encore pris de mesures et que les personnes n'étaient pas infectées dans leur lieu de destination. Leur seule exposition au virus était pendant le vol. Le nombre de tels cas documentés est très faible, ce qui prouve bien que voyager en avion est relativement sûr, étant donné toutes les mesures de prévention et la ventilation des appareils.

Ces études sont très difficiles à réaliser maintenant en raison de l'ampleur de la transmission générale. Si je prends un vol en Inde et arrive au Canada positif, est-ce que j'ai été infecté en Inde ou pendant le vol? C'est très difficile à dire maintenant à cause de la pénétrance mondiale de la maladie.

C'est mon humble avis. Selon moi, du point de vue de la prévention de l'infection, les vols sont relativement sûrs, du moment que des mesures sont en place. De bonnes données expérimentales laissent supposer que si tout est en place pour prendre un vol, comme le mentionnait le Dr Bogoch, tout ce qui précède et suit le vol présente probablement un risque beaucoup plus élevé que le vol lui-même, du moment que les systèmes de ventilation fonctionnent.

Je pense que cela fera partie du plan de sécurité pour la reprise des vols, la transparence au sujet de ce type d'information, notamment au sujet des risques. Nous entendons parler d'avis d'exposition tous les jours pour les vols à destination et au départ du Canada, ainsi que pour les vols régionaux, et si nous le replaçons dans le contexte du nombre de passagers dont le dépistage se révèle vraiment positif, leur attribution est secondaire au vol, ce qui est plutôt minimal, d'après la documentation mondiale sur les vols dans le monde, même pendant la pandémie.

• (1655)

Le président: Docteur Chagla, je vous remercie.

Je vais passer à M. Taylor.

Monsieur Taylor, soyez le bienvenu. Je crois comprendre que vous utilisez le micro de votre ordinateur portable. Par conséquent, le plus près vous serez du micro, le mieux ce sera. Si les interprètes ont des problèmes, ils m'en aviseront et je vous le ferai savoir.

Vous disposez de cinq minutes. Vous avez la parole.

M. Patrick Taylor (directeur mondial du développement des affaires, Nouveaux marchés, LuminUltra Technologies Ltd.): Je vous remercie, monsieur le président, de me donner l'occasion de parler au Comité aujourd'hui.

LuminUltra Technologies Ltd. est une entreprise 100 % canadienne qui a son siège social à Fredericton, au Nouveau-Brunswick. Elle a été fondée il y a 25 ans et met depuis longtemps au point des solutions de diagnostic reposant sur la biologie moléculaire, à la fois portables et rapides. L'entreprise, qui est en pleine croissance, est un modèle de réussite canadienne. En 2018, nous avons acquis InstantLabs, de Baltimore, dans le Maryland, et le mois dernier, Source Molecular, de Miami, en Floride.

Avant la pandémie, nous étions une entreprise axée sur l'international dont 90 % des clients se trouvaient à l'étranger. Nous mettions principalement l'accent sur des industries en rapport avec l'eau, comme les secteurs de l'eau potable, du transport aérien et des hydrocarbures.

Je suis basé au Royaume-Uni et je suis entré chez LuminUltra en août 2019 en qualité de directeur mondial du développement des affaires. Aujourd'hui, je vous parle depuis le Mexique, où j'ai pris la parole au congrès annuel de l'association du transport aérien d'Amérique latine et des Caraïbes.

Le 20 mars, LuminUltra a répondu à un appel du Canada visant à constituer une offre canadienne de tests de dépistage de la COVID-19. Le 9 avril, nous avons commencé à livrer 500 000 tests par semaine au gouvernement fédéral et à tous les gouvernements provinciaux dans le cadre d'un contrat passé avec l'Agence de la santé publique du Canada. Nous sommes toujours le principal fournisseur de réactifs pour les tests de dépistage de la COVID-19 des gouvernements canadiens.

Le défi de taille que représente la pandémie a aussi créé des possibilités économiques. En travaillant avec une entreprise canadienne pour constituer cette offre, le gouvernement nous a permis de favoriser la croissance de l'emploi et d'avoir des retombées économiques ici, au Canada. Depuis le début de la pandémie, nous avons embauché plus de 60 employés, notre effectif est maintenant de plus de 140 personnes et nous avons construit et ouvert à Fredericton un centre de production ultramoderne.

En mai, nous avons lancé un test de surveillance environnementale complet pour la COVID-19. Il comprend l'analyse de prélèvements sur les surfaces et des eaux usées pour détecter la présence du virus. Il est possible ainsi de savoir si une personne infectée a été en contact avec un espace, qu'il s'agisse d'une salle d'attente ou d'un avion considérés comme points de transmission possibles. Ce test de surveillance, qui est non invasif, peut donner un aperçu important de la santé de la population en contact avec ces espaces.

Le 27 novembre, Santé Canada a approuvé notre test clinique complet. Nous proposons maintenant une solution complète de bout en bout pour le dépistage chez les humains, y compris les fournitures, les dispositifs de test et les produits chimiques nécessaires pour réaliser le dépistage. Contrairement à d'autres tests rapides, notre test s'appuie sur la technologie de la PCR. Les tests PCR sont la norme, car ils permettent d'avoir rapidement des résultats exacts et, contrairement aux tests antigéniques, ils s'avèrent beaucoup plus efficaces, notamment pour ce qui est de repérer les porteurs asymptomatiques ou présymptomatiques.

Nos dispositifs de test PCR vont de petits appareils portatifs à utiliser sur le terrain, capables d'analyser jusqu'à 16 prélèvements en moins de deux heures, à une unité de grande capacité capable d'analyser 96 prélèvements en moins de deux heures. Il est tout à fait possible d'adapter cette solution et plusieurs machines peuvent

fonctionner en parallèle pour analyser autant de prélèvements que nécessaire, toujours avec des résultats en moins de deux heures.

LuminUltra travaille depuis de nombreuses années avec le secteur du transport aérien afin de comprendre les possibilités et les défis particuliers qui sont les siens. Nous voyons qu'il utilise le dépistage pour faire face aux problèmes importants de la COVID-19, y compris dans des pays de toute l'Europe où des tests PCR sont réalisés dans les aéroports au débarquement des passagers, à qui on demande de s'isoler en attendant pendant quelques heures leurs résultats.

• (1700)

En appuyant des investissements dans une capacité de tests PCR supplémentaire, on permettra aux Canadiens de faire des déplacements essentiels plus en sécurité, car il sera possible de réaliser plusieurs types d'analyse, y compris des surfaces et des eaux usées, afin d'avoir, par une méthode non invasive, un tableau plus complet de la santé des interactions. Il sera possible alors de réduire les longues périodes d'isolement, grâce à des épreuves cliniques fiables et mesurables, et d'établir des pratiques exemplaires à un moment où plus de vaccins seront disponibles, en veillant à ce que des protocoles de test soient en place avant le début des voyages et à ce qu'ils soient compris et respectés.

Le secteur du transport aérien est durement touché par la pandémie mondiale. La nouvelle d'un vaccin est certes prometteuse, mais nous devons continuer de faire des dépistages pour être certains de ne pas exposer nos collectivités à un risque potentiel.

Nous sommes fiers de faire partie de la solution de dépistage de la COVID-19 au Canada depuis le début de la pandémie et nous espérons pouvoir utiliser notre solution canadienne pour aider le Canada à survivre pendant le reste de la pandémie, puis à se redresser et à prospérer lorsque viendra le retour à la normale.

Je répondrai volontiers à vos questions.

Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Je vous remercie, monsieur Taylor.

Nous allons commencer notre première série de questions.

Mme Kusie aura d'abord la parole, puis ce sera le tour de Mme Jaczek, suivie de M. Barsalou-Duval et, enfin, de M. Barchrach. Vous disposerez chacun de six minutes.

Madame Kusie, vous avez la parole pour six minutes.

Mme Stephanie Kusie: Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins de leur présence aujourd'hui.

Docteur Chagla, à propos de votre étude de McMaster, après avoir rencontré vos collègues, je crois comprendre qu'elle avait deux objectifs. Le premier était de voir les taux d'infection à l'arrivée après sept jours et après 14 jours. Le deuxième était de voir, compte tenu de ces données, s'il était possible de réduire la quarantaine comme cela se fait dans d'autres pays.

Selon vous, après les tests de dépistage et d'après les données dont vous disposez, est-il possible de réduire la durée de la quarantaine?

Dr Zain Chagla: Oui. Les chercheurs ont publié environ un mois de données de leur étude pilote initiale. Ils en examinent encore les données d'octobre.

Le taux de positivité au septième jour des personnes dont le test est négatif le jour de leur arrivée n'est toujours pas insignifiant. Il est faible, mais je crois que 0,2 % ou 0,3 % des personnes ont un test négatif dans ce premier lot, 0,3 % pour être précis.

Je crois que si on soumet à un dépistage la plupart des personnes à ce stade, il est évident qu'on isole immédiatement celles dont le test est positif, c'est-à-dire la majorité des personnes qui sont infectieuses à l'arrivée. Elles ont probablement été infectées dans les jours qui précèdent leur venue dans le pays. Ensuite, vous avez une période de sept jours pour les personnes qui ont peut-être été exposées au virus pendant leur transit dans les aéroports, des personnes qui ont croisé le virus et dont le test PCR devrait être positif.

En procédant à un dépistage le septième jour, on devrait repérer la majorité des cas. Est-ce qu'on risque d'en laisser échapper entre 1 % et 2 %? Certainement, mais dans le fond, même les CDC ont mis à jour leurs directives pour les personnes exposées à la COVID-19, pas dans les voyages aériens, mais simplement exposées de manière générale à quelqu'un qui fait probablement partie des personnes le plus à risque. Les CDC estiment qu'un dépistage le septième jour est suffisant pour autoriser quelqu'un à sortir de la quarantaine. Donc, en étant réaliste, ce devrait être la même chose après un vol, puisque le risque est même bien moindre. Il ne s'agit pas d'une exposition à proprement parler, mais d'un risque aléatoire.

• (1705)

Mme Stephanie Kusie: Je crois comprendre à ce sujet que ce pourrait être dû au fait que les gens ne respectent pas la quarantaine parce que c'est dans la nature humaine.

Docteur Chagla, à votre avis, pourquoi faut-il tellement de temps aux autorités aéroportuaires pour mettre en oeuvre cette méthode de dépistage rapide que d'autres autorités aéroportuaires dans tout le pays... étant donné le succès relatif de ce projet pilote dans ma ville d'origine, Calgary? Étant donné le succès de l'opération, pourquoi faut-il tellement de temps au gouvernement pour la mettre en oeuvre, selon vous?

Dr Zain Chagla: C'est une bonne question. Je sais que les personnes avec qui je travaille de près au laboratoire de McMaster sont très novatrices. Elles sont très capables de s'occuper de ce type de test de dépistage. À vrai dire, il y a une hiérarchie des besoins. En tête des priorités, à l'heure actuelle, vous avez les personnes qui présentent des symptômes d'infection à la COVID-19, les personnes qui ont été exposées au virus, les flambées dans les établissements de soins de longue durée et les patients hospitalisés. Les délais n'étant toujours pas satisfaisants pour beaucoup de personnes, il s'agit de savoir si on veut accroître la capacité sans avoir la possibilité de l'élargir et de l'assouplir.

Cependant, je suis d'accord. Il y a quantité de façons d'innover en la matière. Mes collègues de l'Université McMaster avec qui vous venez de parler étudient différents mécanismes en matière de regroupement, de robots, d'autres méthodes pour augmenter le dépistage de manière à...

Mme Stephanie Kusie: Je suis désolée, docteur Chagla, je vais aller vite.

Vous avez mentionné quelque chose d'important que vous étudiez alors que nous donnons la priorité aux plus vulnérables pour le vaccin. Diriez-vous que les pilotes, le personnel de cabine, etc. devraient être placés dans ce premier groupe, étant donné qu'ils sont régulièrement exposés au virus? D'après ce que vous savez — j'ai

moi aussi fait le calcul. On parle d'une personne par vol. Je comprends donc ce que vous dites.

Dr Zain Chagla: Je demanderais aussi au Dr Bogoch de donner son avis sur cette question parce qu'il siège à un comité provincial important en matière de vaccination.

Mme Stephanie Kusie: Je le sais. Oui.

Dr Zain Chagla: Dans ses recommandations, c'est-à-dire les recommandations fédérales, le Comité consultatif national de l'immunisation, le CCNI, préconise de vacciner les personnes en première ligne, comme les pompiers, les enseignants et les policiers, mais pas dans la première vague de vaccination. Ils viennent après les travailleurs de la santé, les résidents des établissements de soins de longue durée et les personnes vulnérables sur la liste.

Mme Stephanie Kusie: Je vous remercie, docteur Chagla.

Il me reste une minute. Je vais donc passer au Dr Bogoch.

Quel est votre avis au sujet des personnes prioritaires? Vous avez parlé de surveillance. Je me demande quelle entité en serait chargée à l'échelle internationale. Est-ce que ce serait l'Association du transport aérien international, l'IATA? Ou bien l'Organisation mondiale de la santé? Enfin, étant donné les inégalités en matière de vaccination, pouvez-vous nous dire ce que vous pensez des passeports immunitaires, en 50 secondes, Docteur Bogoch?

Dr Isaac Bogoch: Bien sûr.

Commençons par les passeports immunitaires. Je crois que nous devons sonder les Canadiens parce que les avis sont très partagés sur la question. J'y vois certainement des avantages et aussi des inconvénients, et surtout des problèmes d'équité importants.

En ce qui concerne la surveillance des avions, je verrais un partenariat public-privé. C'est essentiel. Nous savons que la mobilité humaine est responsable d'une telle part de la transmission des maladies infectieuses à l'échelle nationale et internationale. Voyez la saison grippale inexistante que nous connaissons jusqu'ici. Je ne veux pas être trop présomptueux parce qu'elle vient de commencer, mais nous voyons que la mobilité humaine contribue beaucoup à la propagation des maladies infectieuses. Il faut des partenariats public-privé, que ce soit avec l'IATA ou avec d'autres organismes, dans le cadre d'un programme officiel à définir.

Pour ce qui est des populations prioritaires, je suis tout à fait d'accord avec le Dr Chagla. Les personnes en première ligne qui font partie du fonctionnement essentiel de la société devraient être prioritaires — ce qui comprend les enseignants et d'autres catégories que le Dr Chagla a mentionnées —, mais les équipages pourraient certainement en faire partie. Ils ne seraient pas aussi prioritaires que les personnes à risque de graves infections, comme les résidents des établissements de soins de longue durée, les populations autochtones et d'autres groupes qui étaient mentionnés dans les lignes directrices du CCNI comme étant les premiers à vacciner.

• (1710)

Le président: Je vous remercie, docteur Bogoch.

Mme Stephanie Kusie: Je vous remercie, monsieur le président.

J'allais demander à M. Taylor s'il séjourne au Four Seasons à Mexico. Le cadre me semble familier, mais je lui demanderai plus tard. Je vous remercie.

Le président: Je vous remercie, madame Kusie.

Nous passons à Mme Jaczek pour six minutes.

Madame Jaczek, vous avez la parole.

Mme Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.): Je vous remercie.

Je remercie tous les témoins de leur présence et de leur excellent témoignage. Je remercie en particulier les deux médecins de ce qu'ils font dans les médias d'information. Je vous ai entendus tous les deux et je pense que vous aidez vraiment les Canadiens à interpréter la situation en ce qui concerne la COVID-19.

Docteur Bogoch, vous avez mentionné les précautions prises par les compagnies aériennes. Vous savez que les compagnies aériennes canadiennes ont suivi les recommandations de l'IATA. Les mesures recommandées ont été instaurées en juillet. Vous-même et le Dr Chagla avez mentionné le système de filtration et le port du masque. Il y a aussi la vérification de la température.

En regardant les données, pouvez-vous...? De toute évidence, aucune de ces mesures, comme les prises de température, n'est dangereuse. Selon vous, quel est le type d'intervention le plus utile? On dirait que la filtration et l'échange d'air, par exemple, sont les plus importants. Le confirmez-vous?

Dr Isaac Bogoch: Certainement.

Il y a quelques points à souligner. J'ai aidé à formuler les recommandations en question de l'IATA. Bon nombre ont été évoquées en mars à Singapour, ce qui a été mon dernier voyage avant que tout s'arrête. Je les connais donc et, à mon avis, elles sont très sérieuses parce qu'elles résultent d'une large consultation avec l'Organisation mondiale de la santé et l'OACI aussi.

Ensuite, je ne crois pas qu'une seule mesure rendra les choses sûres. Il faut, en fait, un ensemble de mesures prises en même temps pour que les voyages aériens soient plus sûrs. Comme je l'ai mentionné, je crois vraiment que nous devons nous concentrer sur le segment qui va du point de départ au point de destination et sur tout ce qu'il y a entre les deux. C'est ainsi que nous garantirons la sécurité. Bien entendu, le secteur du transport aérien n'est en mesure de faire que certaines choses, mais si nous mettons l'accent sur une démarche plus holistique qui inclut l'éducation, nous pouvons rendre les voyages plus sûrs et améliorer la confiance.

Par rapport aux avions eux-mêmes, le système de filtration de l'air et le système de ventilation sont remarquables. Si nous y ajoutons le port du masque universel, ce qui est également très utile, et une bonne gestion de la foule à l'embarquement et au débarquement, alors que le système de ventilation ne fonctionne peut-être pas, nous avons des éléments qui donnent de très bons résultats. Évidemment, l'hygiène des mains est importante aussi et toutes les autres mesures de santé publique dont nous avons parlé, mais ces mesures seraient les plus performantes, selon moi et, encore une fois, elles doivent être appliquées en même temps.

Un dernier point, en ce qui concerne la vérification de la température, il est très intéressant — et ne riez pas — qu'au début, on ne prenait pas la température dans les aéroports canadiens, alors que tout le monde s'en étonnait et le réclamait. Ensuite, on a pris la température et tout le monde disait que c'était inutile. C'est une question d'optique. On ne va pas... Avec cette infection, il faut avoir la bonne fièvre, au bon endroit et au bon moment, et c'est beaucoup une question d'optique. Je ne crois pas que ce soit une mauvaise chose. Cela peut rassurer un peu plus les gens par rapport aux déplacements, mais en soi, vérifier la température des passagers ne rend pas les voyages aériens plus sûrs.

Mme Helena Jaczek: Je vous remercie.

Passons aux tests de dépistage rapide. On s'est beaucoup interrogé, en tout cas au début, sur leur fiabilité.

Docteur Chagla, pouvez-vous nous dire ce qu'on utilise maintenant et quelles sont, à l'heure actuelle, la sensibilité et la spécificité des tests — les faux négatifs, les faux positifs?

Dr Zain Chagla: Le principal test de dépistage rapide disponible sur le marché canadien à l'heure actuelle est le Panbio d'Abbott. Il s'agit d'un essai à flux latéral. Cela ressemble beaucoup à un test de grossesse. On fait un prélèvement nasopharyngé. À ma connaissance, Santé Canada envisage d'approuver les écouvillons nasaux afin que le prélèvement soit un peu plus tolérable. On le met dans un tube, on verse quelques gouttes sur un test de grossesse, en quelque sorte, et on attend le résultat de 15 à 20 minutes.

La sensibilité — et encore une fois, il s'agit d'une approbation, en comparaison du test PCR — chez les personnes symptomatiques est d'environ 75 % et la spécificité de 95 %. Cela dit, la sensibilité est meilleure chez les personnes dont la charge virale est importante. Une des choses qui ont été découvertes dans l'étude de McMaster... comme nous le savons, les tests PCR ont tendance à rester positifs pendant un certain temps chez certaines personnes. Cela ne correspond pas à leur infectiosité, mais à l'excrétion virale.

C'est à double tranchant, en fait. Si on fait passer un test PCR à quelqu'un qui revient, on a un temps d'attente et on obtient des données qui ne sont peut-être pas utilisables. Le Dr Smieja, qui participait à cette étude, a repéré beaucoup de personnes qui se situaient à ce que nous appelons des seuils de cycle élevé dans des charges virales très faibles. Ces tests de dépistage rapide permettent de repérer les personnes intéressantes d'un point de vue clinique, des personnes qui sont, en fait, infectieuses et qui constituent une menace pour la population, plutôt que les personnes au stade très précoce de la maladie et à la toute fin quand elle n'est pas infectieuse.

Nous étudions les tests effectués dans les établissements de soins de longue durée et les tests pratiqués aux fins de surveillance dans d'autres populations, et nous savons que nous ne voulons pas nécessairement faire passer ce test à quelqu'un qui est symptomatique. Mais si quelqu'un est asymptomatique, qu'il se sent bien et que le test est positif, je traite cette personne comme si elle était positive parce qu'elle est probablement asymptomatique, infectieuse et qu'elle se promène dans la collectivité.

C'est à double tranchant. Selon moi, ces tests, comme le mentionnait le Dr Bogoch, ont vraiment un rôle dans ce type de dépistage, pour réduire les besoins de laboratoire. Encore une fois, si on les utilise en série, ils sont efficaces aussi, du moment qu'ils sont faits correctement. En plus, je le répète, la formation peut se faire en dehors d'un laboratoire, pas dans le laboratoire.

• (1715)

Mme Helena Jaczek: D'autres témoins nous ont parlé d'un rôle pour des tests de dépistage éventuels avant les voyages. Docteur Bogoch, à votre avis, comment pourrions-nous améliorer ce que nous faisons actuellement?

Le président: Veuillez répondre brièvement, s'il vous plaît.

Dr Isaac Bogoch: D'accord.

En ce qui concerne les tests de dépistage rapide, je crois que nous employons ce terme comme un terme générique. Il existe déjà certains produits et il y en aura d'autres sur le marché bientôt.

Nous devons nous rappeler que le but n'est pas de détecter l'infection. Nous essayons de repérer les personnes qui risquent de transmettre l'infection. C'est le but. C'est légèrement différent. Nous cherchons les personnes qui risquent de transmettre, pas celles qui sont infectées. C'est une autre question, mais cette question est celle à poser, et les tests de dépistage rapide y répondent.

Ensuite, je crois qu'ils ont un rôle à jouer. Ils ne sont pas parfaits, évidemment. Ce n'est pas une solution parfaite, sûre et infaillible, mais elle ajoutera à la sécurité des voyages aériens si les tests sont effectués avant les voyages.

Le président: Je vous remercie, docteur Bogoch et docteur Jackzek.

Nous avons maintenant entendu les conservateurs avec Mme Kusie et les libéraux avec la Dre Jackzek.

Docteur Jackzek, quand vous parliez et que vous posiez ces questions, je me disais que dans vos anciennes fonctions de ministre de la Santé de l'Ontario, vous deviez régler certaines de ces questions. Je suis certain que vous y pensez souvent.

Nous passons maintenant au Bloc québécois, avec M. Barsalou-Duval.

Monsieur Barsalou-Duval, vous disposez de six minutes.

[Français]

M. Xavier Barsalou-Duval: Je vous remercie, monsieur le président.

Ma première question s'adresse à M. Bogoch.

Tout à l'heure, en réponse à une question, vous avez dit que le vecteur principal de propagation de la maladie était le déplacement des personnes.

Vous avez aussi dit — je ne sais pas si c'est vous, mais je suis certain que M. Chagla en a parlé — que les systèmes de filtration d'air qu'il y a dans les avions et le fait de porter le masque faisaient en sorte qu'il y avait assez peu de chances d'attraper la COVID-19 dans un avion.

Cependant, malgré tout, s'il y a un déplacement de personnes — avant ou après le vol —, il y a un risque de propagation plus élevé.

Seriez-vous d'accord avec moi là-dessus?

[Traduction]

Dr Isaac Bogoch: Oui, je serais tout à fait d'accord.

Je peux poursuivre, si vous le voulez.

Oui, pour ce qui est du vol lui-même, la transmission peut certainement se faire dans un avion. Il y a eu des cas crédibles de transmission de la COVID-19 dans des avions. C'est une chose que nous devons reconnaître. Elle est simplement beaucoup moins probable que ce que les gens pensent.

Il est certain que les autres composantes d'un voyage sont aussi très importantes. Il ne faudrait pas se concentrer uniquement sur cette petite partie du casse-tête, c'est-à-dire l'avion lui-même. Si nous réfléchissons de façon plus globale, nous pouvons améliorer la sécurité des voyages et insuffler une plus grande confiance dans le secteur de l'aviation en examinant toutes les étapes du voyage, c'est-à-dire la façon de se rendre à l'aéroport, de monter à bord de l'avion et de quitter l'aéroport.

Nous pouvons analyser séparément — si tout le monde a le temps plus tard — chacune de ces étapes et examiner comment elles pourraient devenir plus sécuritaires. J'y ai réfléchi avec mes collègues, et nous avons également rédigé des documents à ce sujet.

[Français]

M. Xavier Barsalou-Duval: Je vous remercie.

Dans ces circonstances, on comprend que, même s'il y a une sécurité maximale dans l'avion et à l'aéroport, le risque de voyager demeure toujours présent à cause des mouvements de personnes.

Mon autre question porte plutôt sur la fiabilité des tests. Je comprends que les tests rapides vont en déceler certains. C'est comme passer un filtre, mais les mailles du filet ont une certaine taille. De ce qu'on comprend, les cas de gens qui n'ont pas de symptôme ou qui sont en début d'infection ne seront pas décelés par les tests rapides.

Le fait que beaucoup de gens puissent passer entre les mailles du filet vous inquiète-t-il?

• (1720)

[Traduction]

Dr Isaac Bogoch: Non. Ce que je disais tout à l'heure, c'est que nous voulons qu'il y ait plusieurs niveaux de protection, et les tests rapides ne constituent qu'un de ces nombreux niveaux de protection. Ils apporteront certainement une sécurité accrue, mais en soi, ils ne seront pas la solution miracle et ne rendront pas le transport aérien parfaitement sécuritaire. Par contre, ils apporteront certainement une sécurité supplémentaire.

[Français]

M. Xavier Barsalou-Duval: Je comprends bien que c'est un avantage de l'avoir, puisque le test pourrait détecter certains cas.

En ce qui concerne la fiabilité de ces tests, les données au Québec sur les faux négatifs et les faux positifs pouvaient être erronées dans 20 % à 30 % des cas. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles le gouvernement ne l'utilise pas pour le moment.

Compte tenu du taux d'erreurs aussi élevé, peut-on considérer ces tests comme étant fiables? J'aimerais bien entendre les commentaires de M. Chagla par la suite.

[Traduction]

Dr Zain Chagla: Oui, il ne s'agit que d'un test, il faut donc considérer les résultats et le type de patient qui passe le test. Si la probabilité que cette personne ait la COVID-19 est faible — elle est asymptomatique et elle se sent bien — et que le test est négatif, oui, la sensibilité dit que nous pourrions échapper quelques personnes et que ce résultat négatif pourrait en fait être positif, mais la probabilité que cette personne soit positive n'est pas très élevée au départ.

Il y a aussi l'utilisation de tests en série, un peu comme ce qui se fait à Calgary — le deuxième jour et le septième jour. Cette méthode aide aussi à accroître la sensibilité. Même si le premier test est réalisé trop tôt, vous avez encore le temps de déceler une charge virale plus élevée lors du deuxième test et obtenir un résultat positif.

Encore une fois, ces tests ne sont pas parfaits. Les personnes seraient traitées comme des cas positifs, mais elles passeraient quand même un test PCR. Nous avons d'autres modèles de maladies infectieuses pour lesquelles nous faisons un test de dépistage suivi d'un test de référence dans le cas des résultats positifs. Il y a certainement des façons de les utiliser sans nécessairement obtenir des faux positifs.

Pour ce qui est des résultats négatifs, oui, c'est le bon contexte. Les tests en série sont utiles, mais il serait certainement possible que quelques cas positifs ne soient pas dépistés ici et là. Par contre, cette probabilité est beaucoup moins chez les personnes qui présentent peu de risque d'être positives au départ. Si je suis dans une salle d'urgence et que j'obtiens un résultat négatif pour quelqu'un qui a de la fièvre et qui tousse, je ne vais pas me fier à ce résultat. Si je me promène dans la rue et que je fais un prélèvement sur une personne dont la probabilité d'avoir la COVID-19 est de zéro et qui se sent bien, alors, oui, je vais avoir confiance en ce résultat négatif.

[Français]

M. Xavier Barsalou-Duval: Dans un monde idéal, comment pourrait-on s'assurer de n'échapper à peu près aucun cas positif?

Tout à l'heure, vous avez parlé d'une période de sept jours d'isolement et de surveillance. Au Québec, la santé publique recommandait souvent à la population de s'isoler pendant 14 jours.

Comment explique-t-on cette différence?

[Traduction]

Dr Zain Chagla: La plupart des personnes qui ont des résultats positifs, celles qui ont été exposées, présentent des symptômes tôt, dans les trois à cinq premiers jours qui suivent l'exposition. Nous pouvons rechercher les contacts en partant du principe « qu'un membre de la famille était positif, il y a eu une exposition ». La charge virale est souvent détectable de 48 heures à 72 heures avant l'apparition des symptômes, ce qui nous permet d'une certaine façon de conclure, selon la grande majorité des cas, que ces personnes auront des résultats positifs le dixième jour et que le virus sera détectable le septième jour. C'est la raison de cette consolidation et là où les lignes directrices du CDC ont été modifiées, du fait que nous pourrions échapper 1 % des cas pendant la période finale entre le dixième jour et le quatorzième jour, mais nous ne savons pas si cela est vraiment pertinent sur le plan clinique pour la plupart des gens. Si des personnes asymptomatiques sont libérées après 10 jours, nous aurons probablement découvert la plupart des cas positifs. Si nous voulons les libérer plus tôt, après sept jours la plupart des personnes qui éprouvent des symptômes au dixième jour auront probablement un test PCR ou un dépistage moléculaire positif à ce moment-là.

C'est de là que viennent ces conseils. C'est un domaine en évolution. Encore une fois, 14 jours étaient la norme depuis le début, mais à la lumière des études d'histoire naturelle des personnes après une exposition, il est beaucoup plus probable que la grande majorité des gens auront des résultats positifs au PCR le septième jour et des symptômes le dixième jour.

• (1725)

Le président: Merci, docteur Chagla, et merci, monsieur Barsalou-Duval.

Nous allons passer à M. Bachrach, du NPD, pour six minutes.

Monsieur Bachrach, vous avez la parole.

M. Taylor Bachrach: Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier tous les témoins d'avoir comparu aujourd'hui.

Docteur Chagla, j'aimerais poursuivre sur le sujet des tests rapides, je m'intéresse beaucoup à cette idée de comparer le risque entre une quarantaine actuelle de 14 jours et ce qui est proposé dans le cadre de ces projets pilotes de tests rapides. Si vous deviez conseiller un décideur et que ce dernier souhaitait adopter l'approche la moins risquée pour les voyages internationaux, quelle serait votre recommandation?

Dr Zain Chagla: Si vous voulez qu'il n'y ait aucun cas susceptible d'infecter la collectivité, alors, oui, vous devriez choisir l'approche des 14 jours. Vous en laisseriez passer 1 % en faisant ce choix.

Vous savez, lorsque le CDC a examiné la réduction de la période de quarantaine, il acceptait le fait qu'une quarantaine de 14 jours était un enfer pour beaucoup de personnes. C'est très difficile. Il faut encourager les gens à faire les sept jours comme il se doit plutôt que de faire sept jours, puis d'aller rapidement à l'épicerie au dixième jour, puis... Vous voyez ce que je veux dire.

Si vous utilisez uniquement les chiffres, alors, oui, les 14 jours seraient suffisants. Si vous voulez qu'une population respecte concrètement une quarantaine, une période de sept jours serait une meilleure façon de libérer les gens plus tôt après qu'ils aient vraiment respecté ces sept premiers jours qui sont cruciaux, plus que toute autre chose.

M. Taylor Bachrach: Je vous remercie.

Selon les résultats de l'étude de l'Université McMaster, ici à l'aéroport Pearson, il semble que sur le 1 %, 0,7 % ont été dépistés par le premier test et 0,3 % après sept jours. Ces chiffres semblent vraiment faibles lorsqu'ils sont exprimés en pourcentage, mais ne nous apprennent-ils pas qu'essentiellement au moins un tiers des cas positifs n'ont pas été dépistés par le premier test?

Dr Zain Chagla: Oui. Absolument. Une partie des 0,7 % était des personnes qui étaient positives, non contagieuses et encore en phase d'excrétion virale qui revenaient au Canada en avion, et qui avaient probablement été infectées à leur lieu d'origine. Dans certains cas, elles ont été dépistées alors qu'elles étaient contagieuses. Oui, les personnes incluses dans le 0,3 % ont été dépistées un peu plus tard. Ces personnes étaient en incubation pendant leur vol, elles étaient négatives lorsqu'elles se sont présentées, mais quelques jours après leur retour au Canada, elles ont eu des résultats positifs.

Oui, une partie nous échappe, et c'est pourquoi il faut établir une période. Encore une fois, si la période de sept jours permet de détecter la plupart des cas, c'est probablement une période beaucoup plus tolérable pour tous. De plus, vous pourrez aussi dépister des personnes qui pourraient même être symptomatiques le neuvième ou le dixième jour parce que nous savons que l'excrétion commence le septième jour.

M. Taylor Bachrach: J'ai compris. D'accord.

J'aimerais parler un peu du coût du déploiement de ces tests rapides dans les aéroports du Canada. Est-ce que le Dr Chagla, le Dr Bogoch, ou peut-être même M. Taylor ont une idée de l'investissement qui serait requis pour déployer ce système d'une façon qui serait bien acceptée par les grands transporteurs aériens si nous décidions de l'appliquer à un certain pourcentage des vols internationaux?

Dr Isaac Bogoch: Je pourrais essayer de répondre rapidement à cette question.

Je pense que l'important est de considérer ce que nous avons actuellement à notre disposition, mais cela change rapidement aussi, en ce qui a trait aux tests de dépistage rapides, faciles à utiliser et peu coûteux. Ce ne sont pas des tests diagnostiques, mais des tests de dépistage. Ces tests sont peu coûteux et faciles à faire au point d'intervention.

Seront-ils parfaits? Bien sûr que non. Nous parlons d'ajouter un autre niveau de protection et, évidemment, en achetant en grande quantité, il semble que ce serait très faisable. Cela n'existe pas encore, mais c'est pour bientôt.

• (1730)

M. Taylor Bachrach: Avez-vous une idée du coût? Je crois comprendre que ce qui est demandé, c'est quelque chose qui réduira, voire éliminera, la nécessité d'une quarantaine.

Dr Chagla parle de réduire la quarantaine de 14 à 7 jours, ce qui n'en élimine pas les inconvénients. Je me demande simplement si cet investissement en vaut la peine, parce que nos ressources sont limitées et que nous voulons les investir dans les domaines où nous pouvons avoir la plus grande incidence possible sur la réduction de la transmission et la lutte contre la pandémie globale.

Cela vaut-il la peine d'investir, en tant que pays, si nous ne pouvons réduire la quarantaine qu'à sept jours?

Dr Isaac Bogoch: J'aimerais mentionner rapidement deux points. Premièrement, nous avons parlé de tests avant un voyage et après un voyage. Nous parlons maintenant de tests au retour d'un voyage, pour clarifier les choses. Deuxièmement, nous n'avons pas nécessairement besoin de tests de dépistage rapides pour cela. Nous pouvons utiliser des tests diagnostiques conventionnels et amener les gens dans un centre de tests diagnostiques pour le faire.

Il serait très utile de demander à un économiste de la santé de se pencher sur la question et d'examiner le rapport coût-efficacité et les économies réalisées si les gens s'absentent du marché du travail, ou composent avec les inefficacités associées au travail à domicile, pendant une période de 14 jours par rapport à une période de 7 jours.

C'est une question à laquelle il est possible de répondre, et cela pourrait se faire; cependant, je ne peux pas le faire au verso d'une enveloppe.

M. Taylor Bachrach: Je comprends cela.

Docteur Bogoch, ce que vous avez dit au sujet de la vaccination internationale, de la vaccination mondiale, m'a vraiment intéressé. Vous avez parlé du COVAX. Si vous le savez, pouvez-vous nous dire quels ont été les niveaux de financement du Canada au COVAX pendant la dernière décennie environ? Avons-nous suffisamment contribué à cette initiative pour que les pays qui ont des ressources financières plus limitées que les nôtres puissent vacciner efficacement leurs populations?

Dr Isaac Bogoch: Le Canada a certainement été très bien fait sur le plan international, mais COVAX est intéressant, parce qu'il fut simplement... J'allais utiliser le mot « concocté », mais ce n'est probablement pas le terme qui convient le mieux. C'est le résultat d'une alliance entre l'OMS et Gavi, un important institut international de recherche sur les vaccins. L'objectif était de réunir un groupe de pays pour leur assurer un pouvoir d'achat pour les vaccins contre la COVID-19 et leur éviter d'être supplantés par les pays à revenu élevé.

Je pense que ce sera une réussite. Il est clair qu'ils l'auront plus tard. Les populations des pays à revenu relativement faible et des pays à revenu faible et intermédiaire seront vaccinées, certainement pas dans un avenir rapproché, mais ces pays auront accès à des vaccins. De nombreux pays, dont le Canada, ont contribué à ce projet. Je suis très heureux que nous l'ayons fait.

Le président: Merci, docteur Bogoch, et merci, monsieur Bachrach.

Nous allons maintenant passer à la deuxième série de questions.

Pour les conservateurs, nous aurons M. Shipley qui sera suivi par M. Sidhu pour les libéraux, pour des segments de cinq minutes chacun. Nous entendrons ensuite M. Barsalou-Duval, du Bloc québécois, et M. Bachrach, du NPDP, qui auront deux minutes et demie chacun.

Monsieur Shipley, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Doug Shipley (Barrie—Springwater—Oro-Medonte, PCC): Merci, monsieur le président.

Le Comité a beaucoup parlé des répercussions de la COVID-19 sur le secteur de l'aviation, et de nombreuses questions ont été posées jusqu'à maintenant au sujet des tests rapides.

Je vais m'attarder davantage à la question des vaccins, parce que pour ramener les compagnies aériennes et le secteur de l'aviation à la normale — une expression intéressante souvent évoquée ces jours-ci —, nous devons nous attaquer à la pandémie elle-même, ce que nous espérons faire grâce au vaccin.

Docteur Bogoch, je vais vous poser de nombreuses questions, et je dois admettre que j'ai hâte d'échanger avec vous.

Docteur Bogoch, vous êtes devenu un peu une vedette de la COVID-19 dans les médias. Je savais que je vous ferais sourire un peu. Vous êtes presque une célébrité et je suis sûr que beaucoup de gens vous reconnaissent, parce que moi, je vous reconnais.

Je regarde beaucoup les nouvelles, je suis un peu un accro des nouvelles et j'ai reconnu votre nom dès le départ, et j'avais hâte de vous parler. Vous avez fait de l'excellent travail au cours des derniers mois. Vous avez informé beaucoup de gens.

Après avoir reçu les deux vaccins — je dis les deux parce que je parle de ceux que nous recevons actuellement et qui nécessitent deux doses — les gens pourront-ils voyager sans restrictions relatives à la quarantaine?

Dr Isaac Bogoch: C'est un excellent point. La réponse courte, c'est que je l'ignore. Je ne le sais tout simplement pas, parce que nous ne savons pas encore... Ce que nous savons au sujet de ces vaccins, c'est qu'à ce jour, si une personne reçoit le vaccin, elle est moins susceptible d'éprouver des symptômes de la COVID-19, elle est beaucoup moins susceptible d'être symptomatique.

Certaines personnes contractent la COVID-19 même après avoir reçu le vaccin, mais il est probable — je dois faire attention à ce que je dis — que si vous contractez la COVID-19 en étant vacciné, le cours de la maladie sera probablement moins grave. Mais vous pouvez quand même être infecté et vous pouvez quand même transmettre le virus aux autres.

J'imagine que la quarantaine serait levée lorsqu'une proportion importante de la population canadienne serait vaccinée, de sorte que si un cas se présentait, les conséquences dans les collectivités ne seraient pas aussi dévastatrices qu'elles le sont actuellement.

C'est le mieux que je puisse faire pour l'instant. Au fur et à mesure que nous comprendrons mieux l'incidence de ce vaccin sur la transmission et l'infection, et nous en apprendrons davantage au cours des prochains mois, je pense pouvoir vous donner une bien meilleure réponse.

● (1735)

M. Doug Shipley: C'est très bien. Je vous remercie beaucoup.

Vous avez en fait ouvert la porte à mes autres questions sur le vaccin. À votre avis, de quel taux d'adoption du vaccin dans la population avons-nous besoin pour qu'il y ait un impact important sur les taux d'infection de la COVID-19?

Dr Isaac Bogoch: Je pense que nous verrons un impact important beaucoup plus tôt que ce que les gens pensent. Si nous parvenons à vacciner les personnes de notre groupe de stade 1, qui inclut les populations autochtones, les résidents des établissements de soins de longue durée et les fournisseurs de soins de première ligne, nous réduirons énormément le nombre de décès causés par la COVID-19.

Nous savons qu'environ 80 % des décès au pays se produisent dans les établissements de soins de longue durée. En protégeant les résidents et le personnel, nous contribuons évidemment à sauver des vies, mais nous allégeons aussi énormément les pressions exercées sur notre système de soins de santé, ce qui a d'énormes répercussions et avantages pour tout le monde.

Nous verrons beaucoup d'amélioration peu après le début de la vaccination, donc peut-être d'ici février. Fait intéressant, même après la première dose de ces vaccins, nous commençons à voir qu'il y a une protection assez importante contre l'infection. Elle n'est pas aussi bonne qu'après les deux doses, mais c'est beaucoup mieux que rien, certainement, et nous pourrions donc constater des résultats plus rapidement.

Nous voulons vraiment qu'environ 60 à 70 % de la population canadienne soit vaccinée pour atteindre ce que nous appellerions une immunité collective, c'est-à-dire que si le virus était introduit, il ne pourrait pas se propager très facilement dans la collectivité.

M. Doug Shipley: J'aime bien ce que vous avez dit sur l'importance de réduire les pertes de vie. Je suis tout à fait d'accord avec vous, docteur.

J'ai d'autres questions au sujet du vaccin. Je sais qu'il a été distribué. La vaccination commencera la semaine prochaine au Canada, et c'est une excellente nouvelle. Nous avons tous hâte qu'elle commence. Il n'y a absolument rien de négatif à cet égard.

Je sais que le Royaume-Uni a commencé un peu avant nous, et qu'il y a eu quelques pépins. Quelques-uns de mes électeurs m'ont parlé de réactions allergiques. Avez-vous des préoccupations à cet égard? Je n'ai aucune préoccupation au sujet du vaccin. Je serai

l'un des premiers à le recevoir lorsque ce sera notre tour, mais vous a-t-on fait part de préoccupations soulevées par les quelques réactions qui semblent recevoir beaucoup d'attention médiatique à l'heure actuelle?

Dr Isaac Bogoch: Oui, je ne suis pas surpris qu'elles fassent l'objet de beaucoup de publicité, parce que le monde surveille la situation de près. Ces réactions allergiques ne m'inquiètent pas vraiment, mais nous devons être ouverts, honnêtes et transparents sur ce que nous savons et sur ce que nous ne savons pas.

Nous allons voir ce genre de choses se produire. Nous savons que les deux personnes qui ont eu des réactions allergiques avaient toutes deux des EpiPen et certaines allergies graves. Nous devons en apprendre davantage à ce sujet, mais en fin de compte, je pense que nous devons décider que les personnes qui semblent avoir de graves réactions allergiques à un composant du vaccin, quel qu'il soit, ne seront pas admissibles à la vaccination. C'est assez évident, et c'est une chose intelligente à faire.

Nous savons aussi, bien sûr, que d'autres vaccins sont en préparation, ce qui permettra aux personnes susceptibles d'être allergiques aux composants du vaccin actuel de recevoir d'autres vaccins qui seront disponibles dans peu de temps. Nous pourrions entendre parler du vaccin Moderna très prochainement ici au Canada.

Oui, c'est un petit accident de parcours, mais ce n'est pas du tout catastrophique. Je crois que nous allons assister au déploiement du vaccin Pfizer et d'autres vaccins au Canada.

Le président: Merci, docteur Bogoch.

Merci, monsieur Shipley.

Nous passons maintenant au Parti libéral, avec M. Sidhu, pour cinq minutes.

Mani, vous avez la parole.

M. Maninder Sidhu (Brampton-Est, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci à tous nos témoins d'être parmi nous aujourd'hui.

J'aimerais prendre un moment pour remercier tous nos professionnels de la santé qui travaillent jour et nuit.

Docteur Bogoch, je suis heureux de vous revoir. Dans votre déclaration préliminaire, vous nous avez fait des observations très perspicaces, et j'apprécie vraiment votre clarté. Ma femme et moi vous regardons aux nouvelles. Comme le disait M. Shipley, c'est tout simplement remarquable.

Vous sentiriez-vous personnellement en sécurité de voyager par avion pour des raisons non essentielles? Sinon, que faudrait-il changer avant que vous ne le fassiez? Je sais que vous avez mentionné professionnellement...

Dr Isaac Bogoch: Oui, je le ferais certainement, mais je ne le ferais pas maintenant parce que les directives de santé publique sont de rester à la maison. Je pense que le principe fondamental est de respecter les directives fédérales, provinciales et locales en matière de santé publique, alors je veux le préciser, mais si je devais voyager, je le ferais, et je n'aurais aucun problème à le faire.

Je sais ce que je dois faire pour assurer ma sécurité. Je m'assurerais de porter un masque et que les membres de ma famille portent un masque. Je serais très prudent en me rendant à l'aéroport et en m'y déplaçant et dans toutes les zones où il risque d'y avoir des foules. J'ai confiance dans les systèmes de filtration, les systèmes de l'avion. Je garderais mes mains propres. Je surveillerais la situation générale afin de ne pas me retrouver trop rapproché des autres. Je serais également très prudent en sortant de l'avion.

Personnellement, je n'aurais aucune objection à voyager, mais je peux comprendre que la population en général ait des préoccupations. Je pense qu'avec des campagnes de sensibilisation et en diminuant les taux de COVID-19 dans la collectivité grâce à divers mécanismes — avec les vaccins, mais aussi avec de solides mesures de santé publique —, nous pouvons certainement stimuler le transport et inspirer une plus grande confiance dans les déplacements des gens.

• (1740)

M. Maninder Sidhu: Merci de votre réponse.

Monsieur Chagla, vous avez parlé du renouvellement de l'air et vous avez dit que les vols sont relativement sécuritaires. Vous avez aussi parlé des vols internationaux.

Vous sentiriez-vous personnellement en sécurité en prenant l'avion? Diriez-vous que les risques sont plus grands sur les vols plus longs, par exemple, un vol de 12 à 16 heures par rapport aux vols plus courts?

Dr Zain Chagla: C'est une bonne question.

Encore une fois, comme l'a dit le Dr Bogoch, je serais heureux de prendre l'avion en ce moment, compte tenu des différents aspects. À l'heure actuelle, le facteur de risque le plus important est la destination, surtout lorsque nous savons ce qui se passe dans d'autres parties du monde, plutôt que le vol en soi et le fait d'être conscient des autres étapes.

Cette étude du département de la Défense était intéressante parce qu'elle portait beaucoup sur les particules fluorescentes et leur mesure, de la filtration et de la période pendant laquelle elles sont demeurées dans l'air en quantité détectable. C'était environ six minutes ou deux échanges d'air.

Si vous transposez ça sur une carte de probabilité, alors, oui, plus longtemps vous êtes à bord d'un avion et à côté d'une personne qui est activement contagieuse, plus vous pouvez commencer à voir cette exposition. Au fur et à mesure que la charge virale et l'excrétion se poursuivent, les échanges d'air se poursuivent.

L'étude du département de la Défense des États-Unis parle de 54 heures à côté d'une personne contagieuse. Je pense que cela dépend probablement de la charge virale de la personne, du contexte, de la proximité avec cette personne, si elle est masquée ou non, et tous les facteurs de ce genre. Il y a certainement un lien avec la dose. Les vols plus courts sont probablement moins risqués que les vols plus longs dans lesquels l'exposition aux particules est simplement plus grande, même avec les échanges d'air.

M. Maninder Sidhu: Merci de votre réponse, docteur Chagla.

Monsieur Taylor, aimeriez-vous intervenir?

M. Patrick Taylor: Oui. Je suis ravi d'apporter des précisions.

J'ai récemment effectué un vol de 13 heures entre l'Allemagne et le Mexique et je me suis senti tout à fait à l'aise dans l'avion.

L'équipage a été incroyablement ferme relativement au port du masque et, du mieux qu'il pouvait, à la distanciation sociale. L'hygiène de l'avion était excellente. Évidemment, connaissant intimement l'industrie, les protocoles qui sont maintenant en place et mis en œuvre par les compagnies aériennes ont contribué à réduire le risque pour tous les voyageurs.

Cependant, comme mes deux collègues l'ont mentionné, il y a un risque en fonction de l'exposition, de la concentration et du facteur de chance quant au nombre de personnes infectées sur un vol en particulier. De nombreux facteurs déterminent le niveau de risque d'un voyage.

M. Maninder Sidhu: Merci.

Très rapidement, docteur Bogoch, vous avez brièvement parlé de la quarantaine pour les voyageurs internationaux. Recommanderiez-vous que le Canada raccourcisse sa période de quarantaine obligatoire?

Dr Isaac Bogoch: Si nous avons de données solides sur un test négatif à l'arrivée et un test négatif au septième jour, très peu de cas passeraient entre les mailles du filet. Je pense que ce serait tout à fait raisonnable.

Le président: Merci, docteur Bogoch.

Merci, monsieur Sidhu.

Nous allons maintenant passer au Bloc québécois avec M. Barsalou-Duval pour deux minutes et demie.

Vous avez la parole.

[Français]

M. Xavier Barsalou-Duval: Je vous remercie, monsieur le président.

Docteur Chagla, si je comprends bien vous avez été impliqué dans les tests faits du côté de Calgary dans le projet pilote. Il y a un projet pilote qui a été implanté à Toronto et un autre a été annoncé, il y a trois jours, à Montréal.

Seriez-vous capable de m'expliquer la différence entre les projets pilotes de ces trois villes?

[Traduction]

Dr Zain Chagla: Le McMaster HealthLabs a participé à l'étude sur la COVID-19 aux arrivées à l'aéroport Pearson. Il s'agit d'une étude à participation volontaire des voyageurs arrivant des vols d'Air Canada à cet aéroport. Suivant cette optique, les autorités de santé provinciale mènent un projet pilote à Calgary.

Une partie de l'étude du McMaster HealthLabs portait sur les tests de dépistage effectués au point d'entrée et sur les tests effectués au septième jour suivant l'arrivée. La quarantaine ne change pas; il s'agit essentiellement d'une étude visant à recueillir des données à cet égard. Aucune consigne sanitaire ne s'y rattache.

Le projet pilote mené à Calgary est différent en ce sens qu'il utilise un test de dépistage effectué au deuxième jour pour lever la quarantaine et qu'il fait l'objet d'un suivi au moyen d'un autre test effectué au septième jour. Les voyageurs sont appelés afin de subir un test, au deuxième et au septième jours, mais le projet pilote utilise le dépistage rapide effectué au deuxième jour pour lever la quarantaine obligatoire, puis prévoit un second test de dépistage au septième jour par mesure de sécurité, tout en informant les voyageurs de faire preuve de prudence dans leurs interactions. La quarantaine stricte n'est pas nécessairement imposée, seule demeure en vigueur l'obligation de porter un couvre-visage et de réduire au minimum les interactions, de ne pas aller dans un lieu public et de ne pas avoir de contact avec des personnes vulnérables. Le second test de dépistage est effectué au septième jour et s'ils obtiennent des résultats négatifs, les voyageurs peuvent se livrer à leurs activités normales.

Je suis désolé. Je ne sais pas ce qui se passe à Montréal. Vous êtes probablement le premier à m'en faire mention.

• (1745)

[Français]

M. Xavier Barsalou-Duval: Je vous remercie, docteur Chagla.

Ma question s'adresse davantage au Dr Bogoch. Certains pays envisagent de demander l'attestation médicale de résultats négatifs pour permettre l'entrée sur leur territoire.

Pensez-vous que ce serait suffisant pour que nous envisagions de faire de même?

[Traduction]

Dr Isaac Bogoch: Oh, mon Dieu, c'est la question la plus difficile de toutes.

J'y ai en effet beaucoup réfléchi au cours des derniers jours. Je ne peux vraiment pas encore vous donner une réponse valable. Nous avons absolument besoin de documentation. Nous devons assurer la santé et la sécurité du public. Nous devons savoir si les gens sont infectés et représentent un risque pour la population canadienne. Il y a cependant de grands enjeux éthiques. Pour étudier ces questions en profondeur, j'aimerais en discuter avec des éthiciens médicaux et aussi pour bien comprendre quelles sont les valeurs de la population canadienne.

Je ne veux pas éviter la question. Je n'ai réellement pas de réponse valable à cette question, malheureusement.

Le président: Je vous remercie, docteur Bogoch.

Je vous remercie, monsieur Barsalou-Duval.

Nous allons maintenant entendre le NPD.

Monsieur Bachrach, vous avez la parole. Vous disposez de deux minutes et demie.

M. Taylor Bachrach: Je vous remercie, monsieur le président.

Docteur Chagla, pouvez-vous nous dire ce que vous pensez des zones de déplacement libre. Je sais que d'autres pays, notamment le Royaume-Uni, utilisent ces zones de déplacement libre entre deux pays à faible nombre de cas d'infection pour éliminer l'exigence en matière de quarantaine. Pouvez-vous nous parler de l'efficacité de pareilles zones ou des enjeux de votre point de vue?

Dr Zain Chagla: Oui.

En fait, on va dans des pays à faible incidence épidémiologique ou à faible nombre de cas, et à cet égard votre risque ne diffère pas du mien pour se déplacer quotidiennement à Toronto et ensuite à Hamilton.

En ce qui a trait aux pays tels que la Nouvelle-Zélande et l'Australie, à mon avis il faut certainement en tenir compte. La difficulté est qu'il faudrait se tenir au courant de l'épidémiologie entourant la maladie. Des éclosions locales se produisent à différents endroits. Il existe de nombreux pays où nous ne savons rien de l'épidémiologie. Cette étude est intéressante parce qu'elle révèle que des voyageurs reviennent de pays étrangers prétendant être à très faible incidence, alors que celle-ci est en réalité peut-être plus élevée que prévu.

Aussi, en pratique, je ne peux pas prendre l'avion à destination de la Nouvelle-Zélande à partir de l'aéroport Pearson. Je devrai prendre un vol de correspondance à un aéroport, probablement à Hong Kong ou à Dubaï ou quelque part en cours de route. C'est correct, parce que j'étais dans un pays à faible incidence, par contre j'ai fait escale à l'aéroport dans un pays à incidence élevée et y suis resté pendant 12 heures avant de revenir.

M. Taylor Bachrach: Ma question suivante porte très brièvement sur la prise de température, docteur Chagla.

Les transporteurs aériens prennent la température des voyageurs depuis un certain temps déjà. Avons-nous des données sur l'efficacité de la prise de température? S'agit-il d'un moyen efficace pour détecter les porteurs de virus?

Dr Zain Chagla: Je suis au courant d'une étude réalisée aux États-Unis, qui porte sur la prise de température et le dépistage des symptômes de toute personne arrivant dans un aéroport. Son efficacité a été estimée à un cas positif pour 83 000 prises de température et dépistage des symptômes.

On peut certes repérer des cas, mais on doit tenir compte des risques qui y sont associés. À mon avis, lorsque de nombreuses personnes font la queue pour la prise de température et le dépistage des symptômes dans le cadre des procédures de contrôle des infections, c'est comme dire: « Oh, mon Dieu, qu'est-ce qui se passe ici », vous comprenez?

M. Taylor Bachrach: Cela constitue un risque en soi.

Est-ce que je peux poser une question de plus, monsieur le président? Mon temps est-il écoulé?

Il vient de me fournir un prétexte.

Mais son micro est en sourdine; je vais faire quelque chose qui sort de l'ordinaire et poser une question sur les types d'aéronefs au Dr Bogoch.

Le président: Allez-y rapidement.

M. Taylor Bachrach: D'accord.

C'est au sujet des échanges d'air. Vous avez mentionné des chiffres très impressionnants — je crois que c'était vous, docteur Bogoch. Est-ce qu'on constate la même chose pour différents types d'aéronefs?

Je voyage beaucoup à bord de petits avions à turbopropulseurs, et je me demande si les conditions sont semblables. Je me sens parfois serré lorsqu'il y a plusieurs autres personnes à bord.

• (1750)

Dr Isaac Bogoch: Oui, en fait, c'est plutôt intéressant. Les conditions diffèrent selon les différents avions. Elles ne sont probablement pas aussi bonnes dans les petits avions dans lesquels vous voyagez, malheureusement. Je suis désolé.

M. Taylor Bachrach: Je vous remercie de la question.

Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Je vous remercie, docteur Bogoch.

Merci, monsieur Bachrach.

Nous allons passer aux conservateurs.

M. Soroka a la parole pendant cinq minutes.

M. Gerald Soroka (Yellowhead, PCC): Je vous remercie, monsieur le président.

Docteur Bogoch, vous avez parlé de votre déplacement de la maison à l'aéroport et du port d'un masque et de tout le reste... Pense-t-on que le port du masque et la prise de température deviendront désormais des caractéristiques standards aux aéroports et dans les avions, ou n'est-ce pas encore envisagé?

Dr Isaac Bogoch: Je crois sincèrement que l'actuelle pandémie s'évanouira progressivement. Il faudra un certain temps, mais du point de vue canadien, à mesure que l'année 2020 avance, si de plus en plus de personnes se font vacciner, nous verrons de moins en moins de cas, et moins de répercussions sur le système de soins de santé et l'ensemble de la population. Je suis convaincu que nous verrons la levée de plusieurs de nos restrictions sanitaires, et sans doute la permission de grands rassemblements, l'assouplissement des règles transfrontalières et l'élimination de l'obligation de porter un masque. Les choses vont s'améliorer.

Pour l'heure, c'est loin d'être rose, et janvier sera pire, à défaut d'un terme plus approprié, mais les choses s'amélioreront dès que les vaccins commenceront à être accessibles.

M. Gerald Soroka: Les perceptions du public m'inquiètent pour le moment. Comme vous l'avez dit, une grande partie de ce que nous faisons consiste justement à être bien sûrs que les gens se sentent en sécurité. Cela n'aide pas nécessairement autant qu'on pourrait le penser, et ce qui m'étonne c'est le port du masque lorsque vous êtes assis. Vous avez raison de dire qu'il y a différents avions et différentes idées, pourtant le masque n'est probablement pas utile si personne n'est assis près de vous, les probabilités de devenir infecté sont vraiment très minces.

Dr Isaac Bogoch: Je dirai que les masques sont certainement utiles, mais à mon avis, il faut les voir dans une approche d'éléments regroupés. Le port du masque, la distanciation sociale lorsque c'est possible, le circuit de ventilation dans l'avion et l'hygiène des mains font tous partie de l'approche d'éléments regroupés.

Il est difficile de commencer à retirer des éléments et de dire: « Je peux éliminer celui-ci, mais je vais conserver celui-là. » Je crois que l'approche commence à voler en éclats. Si nous pouvons simplement conserver l'approche intacte, nous serons en toute sécurité.

M. Gerald Soroka: D'accord.

Vous avez également mentionné l'obtention de l'immunité collective, c'est-à-dire quand le seuil atteindra 70 %, mais jusqu'à ce qu'on parvienne à ce stade, pensez-vous que nous aurons un certain type de certificat de vaccination qui précise que j'ai été vacciné et

que je peux maintenant voyager ou que je n'ai pas besoin de ces sortes de restrictions? Est-ce une possibilité?

Dr Isaac Bogoch: Je crois assurément que c'est une possibilité. Je pense qu'il faut vraiment avoir une compréhension approfondie des valeurs des Canadiens à ce sujet.

Nous savons qu'il est très peu probable que les personnes qui ont été vaccinées contractent l'infection, et si elles l'attrapent, elles seront sans doute — et je dois faire attention aux mots que j'utilise — moins en mesure de la transmettre.

Je crois que nous devons évaluer la valeur des Canadiens pour savoir s'ils seraient favorables à ce genre de solution, parce qu'il y a certainement des enjeux d'équité qui s'y rattachent. Ce n'est pas tout le monde qui peut voyager et ce n'est pas tout le monde qui a accès à un vaccin. Nous accordons la priorité aux vaccins auprès de différents groupes. Il y aura des questions d'équité considérables au sujet des certificats de vaccination, et nous devons les régler.

M. Gerald Soroka: Je vous remercie.

Monsieur Taylor, on ne vous a pas posé beaucoup de questions, alors permettez-moi de vous en poser une.

En ce qui concerne votre test PCR, vous affirmez qu'il s'agit de la norme d'excellence. Pouvez-vous me dire quelle est la précision de la norme d'excellence de votre test PCR?

M. Patrick Taylor: L'exactitude est fondée sur l'utilisation historique, et il s'agit du principal produit utilisé à l'échelle mondiale.

La question de l'exactitude relève davantage du Dr Bogoch, pour être tout à fait honnête.

L'efficacité du test est bien établie. Si je peux demander à Dr Bogoch ou Dr Chagla, ils vous donneront une réponse incisive à cette question, mais nous mettons au point le test offrant le plus d'exactitude courante à l'échelle mondiale.

M. Gerald Soroka: D'accord. L'un ou l'autre peut répondre.

Dr Zain Chagla: Le problème qui se pose pour dire un nombre exact, c'est que le PCR est la norme d'excellence, la comparaison d'une norme d'excellence est donc difficile à faire avec une norme d'excellence.

Certaines des données préliminaires de la Chine laissent entendre une exactitude qui se situe entre 70 et 80 %. Ces tests étaient vraiment mal conçus, et contenaient de nombreux réactifs différents et de nombreux aspects différents. Ils étaient médiocres. Une meilleure exactitude se situe probablement entre 90 et 95 %. Encore une fois, cela dépend du lieu où vous les effectuez et du contexte de leurs infections. À un stade précoce ou à un stade tardif, des cas peuvent nous échapper.

D'après les données des laboratoires de santé publique de l'Ontario, lorsque les gens sont testés, dans les rares cas de tests effectués en série — je crois qu'il s'agit de l'ordre de 8 000 cas, où les gens ont subi le test deux fois, c'est ce qui arrive souvent dans les hôpitaux en cas de grands doutes — environ 2,5 % des résultats sont passés du négatif au positif au test suivant, alors nous échappons des cas.

Encore une fois, il s'agit de la norme d'excellence, il est donc difficile de dire ce qui est mieux dans ce sens.

• (1755)

M. Gerald Soroka: Oui, c'est raisonnable.

Monsieur Taylor, vous testez diverses surfaces. Avez-vous découvert la durée de survie la COVID sur certaines surfaces, où elle dure plus longtemps ou quoi que ce soit du genre?

M. Patrick Taylor: Oui, monsieur Soroka, nous disposons d'une foule de données à ce sujet.

Pour vous donner un exemple, un des navires de croisière a été retenu au Japon pendant un certain temps. Après l'évacuation du navire, suivant 17 ou 18 jours, le matériel des croisiéristes était sur place et il s'agissait de plusieurs types de surfaces, allant de l'acier au plastique. Cependant, le substrat affecte le temps d'activation. Les plastiques ont tendance à retenir le matériel viral plus longtemps.

Le président: Je vous remercie, monsieur Taylor.

Merci, monsieur Soroka.

Nous passons maintenant au Parti libéral.

Monsieur Rogers, vous avez la parole pendant cinq minutes.

M. Churence Rogers (Bonavista—Burin—Trinity, Lib.): Merci, monsieur le président.

Bienvenue à nos invités.

Monsieur Taylor, tout d'abord, étant donné vos vastes connaissances et votre riche expérience dans la technologie de tests, je veux vous poser une question.

Si j'ai bien compris, le gouvernement fédéral a distribué des millions de tests de dépistage rapide partout au pays, mais les provinces ont été réticentes à les utiliser concrètement. Pouvez-vous nous dire pourquoi?

M. Patrick Taylor: Je peux répondre bien simplement, monsieur Rogers.

C'est que LuminUltra n'a pas le pouvoir de déterminer les politiques. Nous ne donnons pas de conseil en matière de politiques. Nous mettons au point le test le plus précis du genre grâce au programme PCR. Et la décision revient aux décideurs politiques, et non au fabricant.

M. Churence Rogers: Merci beaucoup.

Docteur Bogoch, avez-vous un avis ou un commentaire sur cela?

Dr Isaac Bogoch: Je crois franchement que les professionnels de la santé sont nos pires ennemis. Je fais partie de certains de ces comités et il y a des discussions sur la façon d'utiliser ce test et l'endroit. Sur le plan médical, nous devons être extrêmement prudents. Sur le plan de la santé publique, bien sûr la rigueur s'impose, mais il y a un peu plus de latitude quant à la possibilité d'utiliser ces outils. On peut très bien établir des protocoles pour leur utilisation.

Hélas, à mon avis, il s'agit peut-être plus d'un outil de dépistage qui est utilisé comme outil de diagnostic. L'outil de dépistage répond à la question: « Est-ce que la personne représente un risque de transmettre l'infection? » et non pas « Est-ce que la personne est infectée? » Cela paraît semblable, mais en réalité, c'est une question vraiment différente.

Nous sommes en grande partie responsables de cette situation.

M. Churence Rogers: Docteur Chagla, j'ai entendu plusieurs personnes du secteur de transport aérien mentionner que nous devons faire des tests de dépistage rapide avant de faire monter les gens à bord de l'avion. Qu'en pensez-vous?

Dr Zain Chagla: Je suis d'accord avec cette idée. C'est faire preuve de créativité. Malheureusement, je crois que le milieu médical n'utilise pas ces tests pour des questions de tolérance au risque. Encore une fois, les gens ne sont pas testés de la façon la plus adéquate. Des gens sont mis en quarantaine, et vivent la pénible épreuve d'être confinés à leur domicile pendant 14 jours sans être en mesure de s'isoler correctement.

Il s'agit pourtant de bons cas d'utilisation pour ces tests. Le gouvernement fédéral a fait l'achat de ces tests pour qu'ils soient utiles et favorisent la créativité dans la population. Malheureusement, les milieux de la médecine et de la microbiologie ont été plus hésitants à s'en servir.

Dr Bogoch et moi avons parlé longuement et à plusieurs reprises de nos points de vue personnels. Ces tests ont assurément un rôle à jouer. À Calgary, ils servent à permettre aux gens de sortir de leur quarantaine, et nous en obtenons les données. S'ils sont concluants et qu'ils représentent un bon cas d'utilisation, c'est un excellent scénario pour les utiliser.

M. Churence Rogers: Merci beaucoup.

Monsieur le président, j'ai une dernière question à poser.

Le Canada atlantique a adopté sa propre approche, la bulle atlantique qui s'est avérée réellement favorable et a bien sûr contribué à faire baisser les chiffres et à empêcher la propagation du virus. En revanche, cette bulle a eu une incidence importante sur le secteur de l'aviation, qui a annulé de nombreuses liaisons au Canada atlantique. Et aussi une incidence majeure sur le tourisme.

J'aimerais avoir les observations de l'un de vous deux sur cette bulle et si elle a été jugée comme une réussite et quels ont été les principaux défis à relever. Il y a évidemment des leçons à tirer de cette approche dont nous pourrions faire connaître au Canada ou à l'échelle internationale. Je veux en fait avoir votre opinion à ce sujet.

Dr Isaac Bogoch: Bravo pour la question vraiment rapide. J'estime que c'est en grande partie une réussite. Je sais qu'il y a eu certains ratés; mais grâce à un bon leadership et à bonne santé publique, la bulle atlantique a essentiellement tiré parti de son avantage démographique et géographique.

Selon moi, on peut difficilement reproduire cela dans d'autres régions du pays. Je pourrais énumérer 20 arguments pour le démontrer. Ce n'est pas impossible, mais c'est vraiment difficile. C'est assez facile à faire dans la bulle atlantique.

Il faut le reconnaître. Elle a donné de très bons résultats.

● (1800)

M. Churence Rogers: Docteur Chagla, voulez-vous faire des commentaires?

Dr Zain Chagla: Encore une fois, j'appuie tout ce qu'a dit le Dr Bogoch. Nous avons longuement discuté de la bulle atlantique, de ce qui a fonctionné et de ce qui n'a pas fonctionné.

Il y a des répercussions en aval, comme vous l'avez mentionné, notamment l'importance du tourisme sur les moyens de subsistance d'autres personnes. Et au bout du compte, la bulle atlantique avait un avantage géographique sur le reste du Canada. Cet avantage a été exploité et c'était la bonne approche. Il a fallu beaucoup de leadership. Je crois que la bulle a été tellement efficace qu'elle fait l'envie d'une grande partie du pays.

Je vous en félicite.

M. Churence Rogers: Merci beaucoup. Je vous remercie de vos commentaires.

Le président: Merci, monsieur Rogers.

Je saisis cette occasion pour remercier le Dr Bogoch, le Dr Chagla, M. Taylor et tous les députés.

Nous avons eu une rencontre très productive, les questions étaient excellentes et ont dégagé beaucoup d'information utile. Je suis convaincu que ceux qui suivent nos délibérations ont beaucoup appris, car les renseignements fournis ont été nombreux.

C'est notre dernière réunion avant la période des Fêtes. C'est ce soir que commence la Hanoukka. Avant de lever la séance, je veux souhaiter une joyeuse Hanoukka et un joyeux Noël à toutes les personnes qui célèbrent ces fêtes, et bien sûr un heureux temps des Fêtes à tous.

Même si parfois, en politique, nous avons tous différentes manières et différents idéaux, nous sommes toujours des Canadiens, et de ce fait, nous avons certes des valeurs en propre. Ce sont les valeurs qu'on attribue évidemment aux bonnes personnes, aux bons amis, aux bons voisins. Je le répète sans cesse: la politique n'est qu'accessoire. Nos amis et concitoyens du Canada demeurent une préoccupation principale.

Cela dit, je souhaite à tous de joyeuses Fêtes avec vos familles, en toute sécurité. N'hésitez pas à vous reposer et à vous accorder un peu de répit. Il s'en est passé des choses depuis notre retour en septembre. J'ai très hâte de vous revoir tous à notre retour vers la fin de janvier. Bon congé à tous. Au plaisir de se revoir dans quelques semaines.

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>