



INQUIRY OF MINISTRY

DEMANDE DE RENSEIGNEMENT AU GOUVERNEMENT

PREPARE IN ENGLISH AND FRENCH MARKING "ORIGINAL TEXT" OR "TRANSLATION"

PRÉPARER EN ANGLAIS ET EN FRANÇAIS EN INDIQUANT "TEXTE ORIGINAL" OU "TRADUCTION"

QUESTION NO./N° DE LA QUESTION	BY / DE	DATE
Q-2265	Mr. Carrie (Oshawa)	February 5, 2024

Reply by the Minister of Health

Réponse du ministre de la Santé

Signed by Mr. Yasir Naqvi

PRINT NAME OF SIGNATORY

INSCRIRE LE NOM DU SIGNATAIRE

SIGNATURE

MINISTER OR PARLIAMENTARY SECRETARY

MINISTRE OU SECRÉTAIRE PARLEMENTAIRE

QUESTION

With regard to Health Canada’s authorization of COVID-19 vaccines, at the time of approval through the Interim Order Respecting the Importation, Sale and Advertising of Drugs for Use in Relation to COVID-19 in 2021: (a) was there evidence that the vaccines stopped people from transmitting the virus to others and, if (i) affirmative, what is the evidence, (ii) negative, what is the evidence for public messaging suggesting that herd immunity was achievable through mass vaccination; (b) why was the early initiative to track seroconversion of Canadians against SARS CoV 2 abandoned and the task force for this dissolved; and (c) why was naturally-acquired immunity not considered an appropriate form of immunity against SARS-CoV-2?

REPLY / RÉPONSE

ORIGINAL TEXT

TEXTE ORIGINAL

☒

TRANSLATION

TRADUCTION

☐

Public Health Agency of Canada

a) At the time of initial authorization of the first COVID-19 vaccines (Pfizer-BioNTech) in December 2020, there was no reported evidence on the efficacy of the authorized COVID-19 vaccine to prevent asymptomatic infection, to reduce viral shedding, or to prevent transmission. In February and March 2021, preliminary data from the ongoing vaccine trials showed a lower prevalence of SARS-CoV-2 infection in asymptomatic participants in the short-term.

In December 2021, in the context of the circulating Delta (B.1.617.2) variant, evidence was emerging that vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection and COVID-19 decreases with time after the primary series and there may be some decrease in protection against severe illness (especially in older individuals). Decreasing protection against infection could contribute to increased transmission, since infected individuals may be a source of infection for others. Therefore, it was determined that a booster dose may provide more durable protection to reduce infection, transmission, and in some populations, severe disease.

All evidence used to inform COVID-19 vaccine recommendations is accessible in the publicly available [NACI statements](#).

b) In April 2020, the Government of Canada set up the [COVID-19 Immunity Task Force \(CITF\)](#), as a time-limited Task Force charged in part to determine the extent of SARS-CoV-2 infection and immune response in the Canadian population and specific high-risk subgroups. Over its term, the CITF has mobilized critical science to provide evidence for decisions around management of the COVID-19 pandemic, including but not limited to, seroprevalence data on population immunity.

The CITF has continued to monitor seroprevalence of the Canadian population for the last four years drawing on serosurveillance studies which measured antibodies due to infection, vaccination, and/or a combination of the two. The CITF maintains an up-to-date publicly accessible website with trends in seroprevalence over the course of the pandemic and has been providing monthly updates to the Public Health Agency of Canada. The funding and policy authorities for this initiative end on March 31st, 2024.

[Seroprevalence in Canada - COVID-19 Immunity Task Force \(covid19immunitytaskforce.ca\)](#)

c) Naturally-acquired immunity alone can protect against infection in the short-term, but less is known about the long-term. In addition, immunity through prior infection can wane over time, and may not provide protection against infection or illness if the strain causing a previous infection is different than the strains currently circulating. Studies have also shown that the level of immune responses due to infection alone can vary significantly between individuals and that reinfection is more likely to happen in people who are unvaccinated compared to those who have been vaccinated.

COVID-19 vaccines provide enhanced protection against symptomatic disease, particularly severe disease. Protection against infection wanes over time for those who are vaccinated as well, however protection is more sustained against severe COVID-19 illness. COVID-19 vaccines have been updated to target more recent strains and continue to show good immune responses to currently circulating strains. In addition, there are no known safety risks with receiving a vaccine after a recent SARS-CoV-2 infection. Prior infection along with vaccination (hybrid immunity) offers greater protection against infection and severe disease than vaccination or prior infection alone, particularly when hybrid immunity is in the context of a recent Omicron infection.



INQUIRY OF MINISTRY

DEMANDE DE RENSEIGNEMENT AU GOUVERNEMENT

PREPARE IN ENGLISH AND FRENCH MARKING "ORIGINAL TEXT" OR "TRANSLATION"

PRÉPARER EN ANGLAIS ET EN FRANÇAIS EN INDIQUANT "TEXTE ORIGINAL" OU "TRADUCTION"

QUESTION NO./N° DE LA QUESTION	BY / DE	DATE
Q-2265	M. Carrie (Oshawa)	Le 5 février 2024

Reply by the Minister of Health

Réponse du ministre de la Santé

Signé par M. Yasir Naqvi

PRINT NAME OF SIGNATORY

INSCRIRE LE NOM DU SIGNATAIRE

SIGNATURE

MINISTER OR PARLIAMENTARY SECRETARY

MINISTRE OU SECRÉTAIRE PARLEMENTAIRE

QUESTION

En ce qui concerne l'autorisation de Santé Canada visant les vaccins contre la COVID-19, au moment de leur homologation par suite de la prise de l'Arrêté d'urgence concernant l'importation, la vente et la publicité de drogues à utiliser relativement à la COVID-19 en 2021 : a) y avait-il des données probantes selon lesquelles les vaccins empêchaient la transmission du virus, (i) dans l'affirmative, quelles sont ces données, (ii) dans la négative, quelles sont les données justifiant les messages publics voulant que l'immunité collective soit réalisable grâce à la vaccination de masse; b) pourquoi l'initiative initiale consistant en la surveillance de la séroconversion des Canadiens contre le SRAS-CoV-2 a-t-elle été abandonnée et le groupe de travail dissous; c) pourquoi l'immunité acquise naturellement n'a-t-elle pas été considérée comme une forme d'immunité contre le SRAS-CoV-2?

REPLY / RÉPONSE

ORIGINAL TEXT

TEXTE ORIGINAL

☐

TRANSLATION

TRADUCTION

☒

Agence de la santé publique du Canada

a) Au moment de l'autorisation initiale des premiers vaccins contre la COVID-19 (Pfizer-BioNTech), en décembre 2020, il n'existait aucune preuve de l'efficacité du vaccin autorisé pour prévenir l'infection asymptomatique, réduire l'excrétion virale ou prévenir la transmission. En février et mars 2021, les données préliminaires des essais de vaccins en cours ont montré une prévalence plus faible de l'infection par le SRAS-CoV-2 chez les participants asymptomatiques à court terme.

En décembre 2021, alors que le variant Delta (B.1.617.2) circulait, des données ont montré que l'efficacité du vaccin contre le SRAS-CoV-2 et la COVID-19 diminue avec le temps après la série primaire et qu'il peut y avoir une certaine diminution de la protection contre la forme grave de la maladie (en particulier chez les personnes âgées). La diminution de la protection contre l'infection pourrait contribuer à l'augmentation de la transmission, puisque les personnes infectées peuvent devenir une source d'infection pour les autres. Il a donc été déterminé qu'une dose de rappel pouvait fournir une protection plus durable pour réduire les cas d'infection, la transmission et, dans le cas de certains groupes de la population, la forme grave de la maladie.

Toutes les données utilisées pour étayer les recommandations en ce qui concerne la vaccination contre la COVID-19 sont accessibles au public et sont incluses dans les [Déclarations du CCNI](#).

b) En avril 2020, le gouvernement du Canada a mis sur pied le [Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 \(GTIC\)](#), un groupe de travail à durée limitée chargé en partie de déterminer l'étendue de l'infection par le SRAS-CoV-2 et de la réponse immunitaire dans la population canadienne et dans des sous-groupes spécifiques à haut risque. Au cours de son mandat, le GTIC a mobilisé des données scientifiques essentielles pour étayer les décisions relatives à la gestion de la pandémie de COVID-19, y compris, mais sans s'y limiter, des données de séroprévalence sur l'immunité de la population.

Au cours des quatre dernières années, le GTIC a continué à surveiller la séroprévalence au sein de la population canadienne en s'appuyant sur des études de sérosurveillance qui ont mesuré les anticorps dus à l'infection, à la vaccination et/ou à une combinaison des deux. Le CITF tient à jour un site web accessible au public qui présente les tendances de la séroprévalence au cours de la pandémie et fournit des mises à jour mensuelles à l'Agence de santé publique du Canada. Le financement et les autorisations politiques pour cette initiative se terminent le 31 mars 2024.

[Séroprévalence au Canada – Group de travail sur l'immunité face à la COVID-19
\(covid19immunitytaskforce.ca/fr\)](https://covid19immunitytaskforce.ca/fr)

c) L'immunité acquise naturellement peut à elle seule protéger contre l'infection à court terme, mais on en sait moins sur le long terme. En outre, l'immunité conférée par une infection antérieure peut s'estomper avec le temps et ne pas offrir de protection contre l'infection ou la maladie si la souche à l'origine de l'infection antérieure est différente des souches actuellement en circulation. Des études ont également montré que le niveau des réponses immunitaires dues à la seule infection peut varier considérablement d'un individu à l'autre et que la réinfection est plus susceptible de se produire chez les personnes non vaccinées que chez celles qui ont été vaccinées.

Les vaccins contre la COVID-19 offrent une protection accrue contre la maladie symptomatique, en particulier la maladie grave. La protection contre l'infection diminue également avec le temps pour les personnes vaccinées, mais la protection est plus durable contre les maladies graves liées à la COVID-19. Les vaccins contre la COVID-19 ont été mis à jour pour cibler des souches plus récentes et continuent de montrer de bonnes réponses immunitaires aux souches actuellement en circulation. En outre, il n'y a pas de risques connus liés à l'administration d'un vaccin après une infection récente par le SRAS-CoV-2. Une infection antérieure associée à la vaccination (immunité hybride) offre une plus grande protection contre l'infection et la maladie grave que la vaccination ou l'infection antérieure seule, en particulier lorsque l'immunité hybride s'inscrit dans le contexte d'une infection Omicron récente.