



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 053 • 1^{re} SESSION • 38^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 3 novembre 2005

Présidente

Mme Bonnie Brown

Toutes les publications parlementaires sont disponibles sur le
réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

<http://www.parl.gc.ca>

Comité permanent de la santé

Le jeudi 3 novembre 2005

• (0910)

[Traduction]

La présidente (Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.)): Bonjour mesdames et messieurs. Je vous souhaite la bienvenue à la 53^e réunion du Comité permanent de la santé. Nous examinerons ce matin la question de la grippe aviaire.

Je suis heureuse d'accueillir nos témoins en votre nom, et en premier lieu l'honorable Carolyn Bennett, ministre d'État (Santé publique). Elle est accompagnée du Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique.

Nous allons donc commencer par ce groupe de témoins. Madame Bennett, vous avez la parole.

Bonjour.

L'hon. Carolyn Bennett (ministre d'État (Santé publique)): Bonjour et merci, madame la présidente, de me donner l'occasion de faire le point devant vous des efforts déployés par le Canada pour lutter contre la grippe aviaire.

Il nous paraît très opportun de le faire. C'est manifestement une question qui préoccupe nos citoyens. Nous espérons que c'est le début d'un dialogue permanent qui permettra aux membres de ce comité en particulier de nous faire part des opinions et des inquiétudes des Canadiens, pour que nous puissions en tenir compte et actualiser notre approche en conséquence.

[Français]

Il est important d'expliquer, dès le début, que ces efforts visant à contrer la grippe aviaire ne sont qu'une partie de notre préparation à une éventuelle pandémie. Au cours des dernières semaines, nous avons beaucoup entendu parler de la grippe aviaire et de la pandémie d'influenza. Pour replacer l'évolution récente de la question dans son contexte, il est important de comprendre les différences entre les deux virus.

[Traduction]

La grippe (influenza) est une infection respiratoire causée par le virus de l'influenza. Diverses souches d'influenza se propagent chaque année chez les humains. Les oiseaux et d'autres animaux peuvent également contracter et transmettre l'influenza. Par ailleurs, le virus H5N1 est une souche de la grippe aviaire, une maladie hautement mortelle chez les oiseaux qui a également sévi chez un nombre restreint de personnes.

Si le virus H5N1 devient facilement transmissible aux humains et entre humains, c'est-à-dire s'il se transforme en une souche contre laquelle les humains sont peu immunisés, ou ne le sont pas du tout, il y aura alors un risque élevé de pandémie d'influenza.

[Français]

Pour cette raison, il est important que les gouvernements se préparent à contrer une éventuelle pandémie d'influenza, peu importe

la forme qu'elle prendra. C'est dans ce contexte que j'aimerais placer mon propos aujourd'hui.

[Traduction]

Comme vous le savez, le Canada est l'un des premiers pays à s'être doté d'un plan national de lutte contre la pandémie de grippe. Nous continuons à jouer un rôle de premier plan en ce qui concerne la planification de l'intervention à l'échelle mondiale, notamment grâce à des activités comme la récente réunion internationale des ministres de la Santé.

[Français]

Cette réunion a créé un précédent, réunissant pour la première fois des ministres de la Santé de pays développés et de pays en développement, ainsi que des dirigeants d'organismes d'envergure internationale dans le but d'accélérer la planification d'une intervention en cas de menace mondiale pour la santé.

[Traduction]

Les travaux réalisés lors de cette réunion stimuleront les discussions à l'occasion de la rencontre des partenaires de l'OMS et de la rencontre des dirigeants économiques de l'APEC, qui auront lieu ce mois-ci. Je souligne, pour commencer, que la présentation faite la semaine dernière par Margaret Chan, représentante du directeur général de l'OMS pour la pandémie d'influenza, offrait un aperçu et une justification excellents des priorités que tous les pays devraient examiner.

Nous vous avons remis un exemplaire de ce document que j'ai moi-même utilisé sur mon propre site Web car il donne un très bon aperçu des priorités internationales.

[Français]

D'ailleurs, je suis heureuse de vous dire que la réunion d'Ottawa fut un succès à de nombreux points de vue.

[Traduction]

D'abord, les délégués ont reconnu le besoin d'utiliser une nomenclature et une interprétation communes, d'adopter une approche claire et précise de la communication relative aux nouvelles réalités dans chaque pays. Les ministres ont convenu que l'élaboration à l'échelle internationale d'une approche coordonnée de préparation à une pandémie doit reposer sur une approche multisectorielle, à commencer par les secteurs de la santé animale et de la santé humaine.

L'enjeu immédiat en santé publique mondiale est de collaborer avec le secteur de la santé animale dans le but de prévenir et de circonscrire la propagation du virus H5N1 chez les animaux et sa transmission de l'animal à l'homme. Nous sommes donc ravis d'accueillir aujourd'hui le Dr Brian Evans et Krista Mountjoy.

[Français]

Les délégués se sont aussi entendus quant au besoin d'envisager d'autres façons d'augmenter la capacité de produire des vaccins, et ont discuté de la question du renforcement de la capacité de surveillance et de mise à l'essai.

[Traduction]

Notre succès dépendra, en grande partie, de l'engagement et de la volonté politique, ce dont le gouvernement du Canada a fait preuve en ce qui concerne la menace de la grippe aviaire, particulièrement la souche H5N1.

[Français]

Même si le virus H5N1 affecte rarement les humains, nous effectuons un travail concerté, au gouvernement, en ce qui concerne le lien entre la santé humaine et la santé animale. L'Agence canadienne d'inspection des aliments a d'ailleurs joué un rôle crucial. Le Dr Brian Evans et Krista Mountjoy, qui sont présents ici aujourd'hui, pourront vous en dire plus sur leur rôle. Je rencontrerai le ministre Andy Mitchell le 17 novembre pour discuter des prochaines étapes concernant la santé animale et humaine.

[Traduction]

Ces fonds accordés à Environnement Canada, comme on vous l'a indiqué plus tôt cette semaine, lui permettront de surveiller la sauvagine et ses habitudes migratoires. À Sécurité publique et Protection civile Canada, les membres d'un comité interministériel se réunissent régulièrement pour coordonner le travail de tous les ministères à l'égard des mesures d'urgence.

[Français]

En outre, nous collaborons étroitement avec nos partenaires internationaux afin de surveiller la situation, d'éviter une pandémie et de nous préparer à intervenir en cas de besoin.

[Traduction]

Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada ont pris un certain nombre de mesures importantes pour aider le Canada à mieux se préparer à faire face à une éventuelle pandémie de grippe.

La planification des mesures d'urgence a été entreprise vers la fin des années 80 lorsque l'on a commencé à dire qu'une pandémie était inévitable. Dès le début, il y a eu une collaboration étroite avec les provinces et les territoires, ce qui a conduit, en 2002, à la création du Comité de la grippe pandémique (CGP) composé de représentants des gouvernements FPT.

• (0915)

[Français]

Le comité a mis au point un plan canadien de lutte contre la pandémie de grippe qui donne un aperçu de ce que doit faire chaque palier administratif en cas de pandémie. À la suite du dévoilement du plan en février 2004, l'OMS a reconnu le Canada comme chef de file mondial en l'occurrence.

[Traduction]

Nous avons un exemplaire du Plan ici, et il est affiché sur le Web depuis le 2004. Nous savons que ce n'est pas suffisant. Le Plan est un cadre qui évolue et qui est constamment modifié en fonction de l'évolution de la situation et des nouvelles données disponibles.

En avril de cette année, nous avons créé le Réseau mondial d'information sur la santé publique, coprésidé par le Dr Butler-Jones et le Dr Perry Kendall, administrateur en chef de la santé de la Colombie-Britannique. Nous avons donc aujourd'hui dans notre pays un organe qui permet à nos 13 administrations de planifier de

concert, de mettre en commun leurs ressources et leur information, et d'offrir un forum aux groupes consultatifs tels que le comité de la grippe pandémique.

[Français]

La passation d'un contrat avec un fournisseur national de vaccins contre la pandémie en 2001 et la création d'une réserve nationale d'antiviraux montrent l'engagement du gouvernement fédéral et de ses partenaires provinciaux et territoriaux à se préparer pour une éventuelle pandémie de grippe.

[Traduction]

Ensemble, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux disposent actuellement d'environ 40 millions de capsules d'oseltamivir, une quantité suffisante pour traiter quatre millions de personnes. Pour être précis, les gouvernements possèdent 35 millions de capsules et en ont commandé cinq millions de plus. Nous continuons de réévaluer les besoins.

[Français]

Le Canada a adopté une approche équilibrée et polyvalente qui ne mise pas uniquement sur la constitution d'une réserve d'antiviraux, mais qui doit en outre assurer un approvisionnement national en vaccins, la prise en charge des cas d'infection dans les hôpitaux et d'autres mesures visant à protéger la santé publique.

[Traduction]

Sur le plan de la vaccination, le contrat de dix ans conclu avec ID Biomedical en 2001 nous donne l'infrastructure et la capacité nécessaires à la production d'une quantité suffisante de vaccins pour lutter contre la pandémie de grippe au Canada. Le budget 2005 prévoit en outre le dégagement de 34 millions de dollars sur cinq ans pour favoriser la mise au point et la mise à l'essai d'un vaccin expérimental contre la pandémie de grippe.

Comme l'a fortement souligné le Dr Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique, à la réunion internationale des ministres de la Santé, la semaine dernière, les maladies ne respectent pas les frontières. Les gouvernements doivent s'efforcer de prévenir la propagation des maladies, non seulement dans leurs pays respectifs, mais à l'échelle mondiale.

[Français]

À cette fin, le gouvernement du Canada a déposé devant le Parlement une nouvelle Loi sur la quarantaine visant à prévenir la propagation transfrontalière des maladies.

[Traduction]

Comme vous le savez fort bien — et nous remercions le comité de son aide — cette Loi régit le déplacement des personnes, des véhicules, des marchandises et des cargaisons, protège la population canadienne des maladies transmissibles graves, respecte les obligations du Canada envers la communauté internationale et fournit les mécanismes nécessaires pour garantir une protection adéquate des droits de la personne.

[Français]

Toutefois, pour honorer notre engagement à prévenir une éventuelle pandémie, nous devons maintenir une forte présence sur la scène internationale.

[Traduction]

Le Canada accorde un soutien indéfectible à l'OMS et aux pays touchés par la grippe aviaire. Il a notamment envoyé un laboratoire mobile au Vietnam et a fait profiter la Thaïlande, le Vietnam et la Chine de son expertise en épidémiologie et en santé publique.

● (0920)

[Français]

L'initiative canado-asiatique sur les maladies infectieuses émergentes vise à renforcer la capacité d'action en Asie du Sud-Est et en Chine, en améliorant la surveillance, le potentiel des laboratoires, la protection civile et la communication des risques.

[Traduction]

Le Partenariat nord-américain pour la sécurité et la prospérité a été annoncé en mars 2005 par le premier ministre, M. Paul Martin, le président des États-Unis, M. George W. Bush et le président du Mexique, M. Vicente Fox. Il est extrêmement important en ce qui concerne le volet santé de l'initiative qui comporte la mise au point d'un plan nord-américain de lutte contre la pandémie de grippe.

Le Canada a également amélioré sa capacité de surveiller, de détecter et de déclarer rapidement toute maladie respiratoire inhabituelle, dont la grippe aviaire, grâce à des systèmes de surveillance comme le Réseau mondial d'information sur la santé publique.

[Français]

Un groupe de travail a été créé dans le but d'améliorer davantage les mesures de santé publique aux points d'entrée.

[Traduction]

Des réseaux de communication ont été mis en place, avec nos homologues internationaux, provinciaux et territoriaux, et l'Agence de santé publique continue de participer aux discussions internationales sur les préparatifs en vue d'une éventuelle pandémie.

[Français]

De plus, des projets de recherche visant à évaluer les répercussions de programmes universels de vaccination antigrippale ont été entrepris. Ces projets aideront le Comité canadien de l'immunisation à formuler des recommandations sur les programmes en vigueur au pays.

[Traduction]

Certes, il reste beaucoup de travail à faire. Notre capacité d'intervention ne vaut que ce que vaut le maillon le plus faible de la chaîne. Nous avons investi 100 millions de dollars en 2004 pour améliorer la capacité du système de santé publique sur le plan local, mais certaines parties du Canada ne disposent encore que de ressources insuffisantes dans ce domaine. Notre Office des pratiques en santé publique travaille d'arrache-pied pour combler ces lacunes. Il y a encore des améliorations à apporter en ce qui concerne les liens entre les médecins de famille, la santé publique et les hôpitaux. Nous préparons un plan pancanadien de communication avec nos fournisseurs de services de santé de première ligne.

[Français]

Pour conclure, madame la présidente, j'aimerais souligner que dans son rapport intitulé « Leçons de la crise du SRAS », le Dr David Naylor insiste sur l'importance des quatre « c » : collaboration, communication, coopération et clarté du rôle et des responsabilités de chacun.

[Traduction]

Nous ne devons certes pas relâcher notre vigilance, mais les Canadiens peuvent avoir la certitude que leur pays, grâce aux initiatives susmentionnées, a accompli d'importants progrès dans ces quatre domaines.

[Français]

Je tiens à vous remercier, madame la présidente, de m'avoir permis aujourd'hui de faire le point sur ces réalisations.

[Traduction]

J'espère pouvoir continuer à communiquer en permanence avec le comité, car votre compréhension de la question et vos rapports avec nos citoyens sont un des facteurs les plus importants qui nous permettront de faire face à ce qui constitue une menace, et justifie donc nos craintes, mais des craintes qui doivent avoir un caractère constructif.

La présidente: Merci beaucoup, madame la ministre.

Mesdames et messieurs, à la demande des témoins, nous allons maintenant entendre le Dr Brian Evans, chef de l'ACIA et administrateur en chef de la santé publique.

Dr Evans, vous avez la parole.

Dr Brian Evans (chef vétérinaire pour le Canada, Agence canadienne d'inspection des aliments): Merci, madame la présidente.

Comme le Dr Bennett l'a dit, si un certain nombre de maladies, outre la grippe aviaire, ne respectent pas les distinctions politiques, elles ne respectent pas non plus les frontières entre les espèces. Dans ce contexte, nous voudrions vous présenter un très bref aperçu de la situation actuelle en ce qui concerne la grippe aviaire.

La grippe aviaire est une infection virale contagieuse qui affecte surtout les oiseaux mais il a aussi été prouvé que, dans certaines limites, elle était capable de contaminer d'autres espèces. Comme de nombreux membres de ce comité le savent maintenant, et les Canadiens aussi, il existe de multiples souches de grippe aviaire. Un système de classification, qui utilise les types H et N de récepteurs de protéines dans le codage du virus, prévoit les types 16 H et 9 N et les multiples combinaisons avec le virus. Il est également très important de faire observer au que le H5N1 comporte lui-même de multiples souches et que la composition génétique d'un H5N1 peut être totalement distincte de celle d'un autre. Il importe donc, lorsque l'on discute du H5N1, de s'attacher tout particulièrement au problème posé par la souche asiatique du H5N1.

Ce virus s'est avéré être extrêmement contagieux et fatal pour les volailles et d'autres types d'oiseaux, et, comme l'a indiqué le Dr Bennett, il s'est avéré capable, dans une certaine mesure, d'être transmis aux êtres humains par contact direct. Ce virus est maintenant endémique chez les oiseaux dans de nombreux pays asiatiques et il a commencé à se répandre dans des régions jusque-là non touchées du continent eurasiatique. Il n'est pas exclu que le virus continue à se répandre en Europe, au Moyen-Orient et en Afrique orientale grâce aux voies migratoires. Si la fièvre aviaire s'établit dans ces régions ou toute autre voie de migration suivie par les oiseaux migrateurs, le risque qu'elle atteigne l'Amérique du Nord s'en trouve d'autant accru.

Si l'on se place dans une perspective animale, je crois aussi que c'est important. J'apprécie d'ailleurs l'occasion qui m'est donnée de participer au débat ce matin, car outre la fièvre aviaire et d'autres zoonoses, je crois que cela nous donne la preuve qu'il n'existe qu'une seule et même médecine et nous offre la possibilité de réduire les risques sur l'ensemble de la chaîne animale.

La grippe aviaire pourrait entrer au Canada par divers moyens : la migration de la sauvagine, comme on l'a mentionné récemment dans des enquêtes destinées à déterminer la situation réelle de la population d'oiseaux migrateurs dans notre pays; les importations illégales de volaille et les produits de volaille; ou le transport par d'autres vecteurs — équipement mécanique ou vêtements de personnes ayant visité des fermes et des régions contaminées. Bien entendu, nous ne pouvons pas toujours écarter la possibilité d'une introduction délibérée du virus, compte tenu de la conjoncture actuelle. Cela exige donc que nous fassions preuve de vigilance dans de nombreux domaines afin d'assurer une surveillance de toutes les voies connues.

Nous reconnaissons certainement que la flambée au Canada de la souche asiatique du H5N1 pourrait avoir de graves répercussions sur la santé publique et dans les domaines économique, social et international. Comme dans le cas de l'EBS ou du SRAS, certains de ces effets pourraient être disproportionnés par rapport au nombre effectif de cas de maladies chez les animaux ou les humains.

Nous reconnaissons également que la capacité internationale de lutte contre la grippe aviaire manque actuellement d'uniformité et que, dans certaines régions, elle est très problématique. Il est donc absolument indispensable que nous continuions à examiner les possibilités qui s'offrent au Canada d'accroître son investissement dans la gestion du risque, non seulement à l'intérieur de nos frontières mais aussi en fournissant une aide afin de réduire le risque à la source dans d'autres pays.

Pour ce qui est de notre état de préparation, il importe de souligner que dans le secteur vétérinaire et celui de la santé animale, il existe un plan de lutte contre la grippe aviaire. Ce plan est axé sur les mesures de prévention de l'introduction de la grippe aviaire par diverses voies, comme vous le dites. Cela exige des systèmes de surveillance et de détection précoce visant les volatiles élevés en milieu contrôlé comme ceux qui n'appartiennent pas aux systèmes de production domestique normaux. Cela exige de nous que nous travaillions en étroite collaboration avec l'Agence des services frontaliers du Canada dans le cadre d'un système permanent d'alerte quotidienne, pendant que nous suivons la progression de la maladie dans le monde, qui nous permet de réorienter les inspections vers les secteurs les plus appropriés tant en ce qui concerne le trafic voyageur que le trafic commercial.

Cela joue un rôle extrêmement important dans le domaine de la biosécurité à la ferme ainsi que de la sensibilisation et de l'éducation des secteurs de l'industrie auxquels s'offre la possibilité d'être en première ligne pour assurer une identification précoce de la maladie et de prendre les précautions nécessaires pour empêcher qu'elle continue à se répandre.

• (0925)

Un plan d'intervention rapide contre la grippe aviaire est également en place; il décrit les mesures de contrôle immédiates qui seront prises dès que l'on soupçonne l'existence de la maladie — je dis bien soupçonne. Nous pouvons en effet agir avant même que la présence de maladie soit confirmée de manière à pouvoir intervenir de la façon la plus efficace et appropriée.

Les plans de soutien nationaux à l'éradication des maladies animales exotiques (PSEMAE), font actuellement l'objet d'une mise à jour, mise à jour qui est déjà faite dans plusieurs provinces et territoires afin d'appliquer les leçons tirées de nos propres expériences en Colombie-Britannique il y a environ un an et de continuer à tirer parti en permanence des leçons apprises hors du Canada.

Nous avons établi un réseau de laboratoires fédéraux et provinciaux. Je crois qu'il importe également de faire observer qu'en ce qui concerne notre complexe à Winnipeg — encore une fois je ne saurais trop louer la vision de nos gouvernements antérieurs de notre pays, lorsqu'ils ont investi dans la construction de ces installations — à l'heure actuelle, notre complexe de recherche à Winnipeg est en passe d'être reconnu comme un laboratoire de référence international pour la grippe aviaire. Cette contribution est très importante pour le Canada, car la reconnaissance internationale permettra aux techniciens de la santé animale et publique de ce complexe d'avoir accès à toutes les souches de grippe aviaire, afin de nous permettre de les étudier au Canada avant même que la présence de ces virus ne soit diagnostiquée dans le pays; cela permettra également d'étudier des mesures nouvelles et efficaces de réduction des impacts et d'établir une capacité d'intervention, avant même l'entrée du virus.

Nous avons également signé un accord international sur les vétérinaires réservistes avec cinq autres pays — l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Irlande — afin de fournir immédiatement la capacité nécessaire en cas de crise, si une situation d'urgence l'exige, grâce à des experts techniques hautement qualifiés.

En tant qu'Agence canadienne d'inspection des aliments, nous continuons à travailler avec nos homologues des provinces et de l'industrie à la mise en oeuvre et au renforcement des mesures biosanitaires à la ferme. Il importe également de noter qu'au niveau international, le Canada a continué à affirmer son leadership en travaillant avec des organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la santé animale, ou l'OIE, anciennement, l'Office international des épizooties, afin d'assurer la mise en place de normes scientifiques, de s'assurer qu'il existe des possibilités de protection de la santé humaine et animale, tout en permettant le maintien des échanges commerciaux.

Il est très important que nous évitions que les pays qui font les investissements appropriés dans le domaine de la surveillance aient à craindre les conséquences économiques de la détection de virus. Ce serait tout à fait injustifié.

Madame la présidente, je conclus mes remarques et je cède la place au Dr Butler-Jones pour qu'il examine la question dans la perspective de la santé publique.

• (0930)

[Français]

Dr David Butler-Jones (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Bonjour, madame la présidente et membres du comité.

[Traduction]

Je me réjouis de l'occasion qui m'est donnée de le faire. Je suis certain qu'au début, nous ne nous attendions pas à bénéficier d'autant d'attention de la part des médias et à susciter autant de réactions sur le plan international. Nous ne nous attendions pas non plus au travail effectué par nos homologues américains, mais je crois que tout cela est venu en temps fort opportun.

[Français]

La ministre d'État, Mme Bennett, a illustré les différences qui existent entre l'influenza aviaire et les autres souches. Je crois, de plus, qu'il est très important de connaître la différence entre les vaccins et les antiviraux.

[Traduction]

La situation demeure très confuse pour le public. À cet égard, des vaccins tels que celui de la variole, de la rougeole, de la polio, etc., sont, dans la pratique, capables d'éliminer la maladie. Les antiviraux sont certainement un élément important de notre stratégie — vous allez d'ailleurs parler tout à l'heure à un des fabricants — mais en dernière analyse, si nous espérons vaincre la grippe, il faut que nous disposions d'un vaccin efficace et que nous adoptions d'autres approches globales. Une bonne manière d'illustrer cela est de dire que les antiviraux sont la brigade d'incendie et de sauvetage qui peut intervenir pour minimiser l'impact mais en fin de compte, ces antiviraux demeurent incapables de prévenir ou de contrôler la maladie elle-même.

Du point de vue de la santé humaine, nous voyons effectivement des individus infectés parce qu'ils ont mangé une volaille contaminée ou qu'ils ont été en contact très étroit avec elle, ou encore qu'ils en ont bu le sang. Il demeure qu'il y a à peine plus de 100 cas en Asie du Sud-Est en dépit du fait qu'il y a probablement eu des millions de personnes exposées au virus. C'est vraiment un grand saut à faire pour la plupart des virus animaux qui ont tendance à être spécifiques à un animal particulier; ce l'est même pour le passage des virus humains à un être humain, mais lorsque cela se produit, les conséquences peuvent être désastreuses comme c'est le cas pour la variole ou la rougeole. Toutes les épidémies graves du passé ont commencé chez les animaux. Et bien que cette possibilité demeure rare, il faut demeurer constamment en garde et ne jamais la perdre de vue. Par ailleurs, pratiquement toute maladie spécifique à une espèce animale particulière peut potentiellement affecter un petit nombre de personnes. Là encore, les chiffres sont petits car il s'agit probablement d'une caractéristique du système immunitaire ou génétique de ce petit groupe de personnes qui les rend vulnérables.

Au-delà des conséquences économiques et autres de la maladie chez les oiseaux — la sauvagine et en particulier les volailles — une des raisons de nous inquiéter est que les virus de la grippe sont en général très adaptables et subissent des mutations petites mais constantes. C'est la raison pour laquelle il faut nous faire vacciner chaque année car les virus humains sont capables d'échanger du matériel génétique. Dans la pratique, il est donc possible qu'un porc ou une personne soit affecté à la fois par un virus aviaire et un virus humain. Les deux virus procèdent à un reclassement et vous vous retrouvez avec un virus humain déjà adapté mais qui a subi suffisamment de changements pour que notre système immunitaire ne le reconnaisse pas. L'exemple le plus courant est celui des pandémies des années 50 et 60. C'est ce reclassement qui a créé un nouveau virus qui s'est ensuite répandu dans le monde entier et a affecté de 25 à 30 p. 100 de la population.

En ce qui concerne la situation actuelle, je crois que la seule autre chose à dire est qu'il importe de faire une distinction, lorsque l'on parle d'épidémie affectant les humains, entre 1918 et 1919 et entre le virus H1N1 de cette période et l'influenza typique. L'épidémie de 1918 et 1919 a été particulièrement virulente, avec un taux de mortalité de un à deux pour cent, mais la situation était alors fort différente, du moins en ce qui concerne le Canada, de ce qu'elle est aujourd'hui; l'état général de la santé était alors relativement mauvais; de multiples autres infections stimulant le système

immunitaire et entraînant une réaction excessive et un engorgement des poumons, par exemple; l'absence, aussi, d'antibiotiques pour traiter les infections secondaires; l'absence d'antivirus; l'absence d'un système de soins de santé efficace pour gérer les maladies graves; et un virus redoublant de virulence dans les tranchées d'Europe pendant la guerre, ce à quoi s'ajoutaient d'autres infections. Il y a tant d'éléments à considérer.

Je voudrais seulement commenter certaines des projections qui ont été faites. Certains disent que nous aurions affaire à des millions de cas et non à des milliers ou à des dizaines de milliers de cas. Autrement dit, si nous prenons l'expérience de 1918-1919, en assumant qu'il y ait un taux de mortalité de deux pour cent, comme cela avait été le cas, et que 25 p. 100 de la population soit frappée par la maladie — compte tenu de notre population actuelle, cela donnerait de 140 000 à 150 000 cas et non pas 1,4 million.

Je crois que c'est suffisamment grave, et qu'il ne s'agit pas de sous-estimer les effets d'une telle épidémie, mais parler de millions de victimes... Cela ne s'est pas produit; il est fort probable que cela ne se produira jamais. Il faut planifier en fonction de telles possibilités et bien y penser, mais soyons réalistes, c'est peu probable.

• (0935)

Pour autant, outre l'importance de notre planification, pour minimiser le risque de maladie, pour minimiser la mortalité, pour minimiser le nombre de personnes qui auront besoin d'être hospitalisées, il faut aussi planifier et bien comprendre l'impact sur la société, sur l'économie, sur la manière dont les gens comprennent la situation, leurs réactions, et l'effet que tout cela aura sur le fonctionnement de la société.

Tout cela est donc fort important, et c'est la raison pour laquelle, très rapidement, face à l'émergence de nouvelles maladies ou à une situation amenant l'OMS à déclarer que nous avons maintenant affaire à un virus pandémique, cela dépassera vraiment le simple cadre de la santé. Ce sera une question pangouvernementale, pansectorielle à résoudre; et c'est pourquoi il est indispensable que nous mobilisions les autres administrations, que nous collaborions sur le plan international, et que nous travaillions aussi avec le secteur privé et d'autres organisations.

La diapositive huit présente un aperçu de certains des éléments déjà en place. Le plan national a été un modèle pour d'autres pays. Nous avons pris un peu d'avance grâce à la préparation et à la mise en place de ce plan. Nous travaillons maintenant avec les provinces et nous sommes en train de développer la capacité d'intervention des gouvernementaux locaux et régionaux et des services de santé et autres. Margaret Bloodworth, qui est la sous-ministre au SPPCC, et moi-même, assurerons la coprésidence d'un comité intergouvernemental au niveau des sous-ministres. Nous avons déjà un comité constitué par des fonctionnaires, un comité intergouvernemental, qui travaille depuis déjà un certain temps.

Nous allons revoir le plan national en fonction des changements de perspective et des nouvelles normes pour l'OMS, ainsi qu'un plan d'action stratégique. La plupart des provinces et territoires ont élaboré leurs propres plans et ils sont à la veille de les publier. Il reste cependant encore beaucoup de travail à faire en ce qui concerne la planification au niveau local, qui varie selon la région du pays, et en ce qui concerne les communications avec le public afin de l'aider à comprendre ce que sont ces maladies. L'avantage d'une planification et d'un travail intersectoriel est qu'il nous est utile, non seulement en cas de pandémie d'influenza, qui pourrait aussi bien survenir demain que dans des dizaines d'années — personne ne peut vraiment le prédire avec certitude — mais aussi lorsqu'il s'agira de faire face à de nouvelles infections, au bioterrorisme, ainsi qu'aux catastrophes naturelles. Les plans sont en évolution constante.

Les États-Unis viennent de présenter leur propre plan. Ils augmentent, par exemple, leurs achats d'antivirus. Ils ont l'intention d'acheter ce qui équivaldrait à un nombre de traitements, toute proportion gardée, qui seraient suffisants pour 2,4 millions de personnes au Canada. Dans les entrepôts des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral, nous avons déjà suffisamment de doses pour traiter 3,5 millions de personnes et nous avons établi des plans pour acheter des quantités supplémentaires.

Nous avons également un fabricant national capable de produire suffisamment de vaccin pour tous les Canadiens. Je le répète, notre situation est assez unique dans le monde. La capacité actuelle de production de ce fabricant est d'environ six millions de doses par mois. Je parle là d'aujourd'hui, il faudrait donc plusieurs mois pour produire suffisamment de vaccin pour toute la population. Il faudrait également un certain temps pour distribuer et fournir ce vaccin aux gens. J'ajoute que cette société augmente sa production et envisage de l'accélérer encore, si bien que nous pourrions être en mesure de fournir très facilement — du moins le fabricant pourrait-il le faire — du vaccin à d'autres régions du monde.

Nous avons le comité de la grippe pandémique, qui est un comité FPT composé d'experts qui nous fournissent des conseils. Comme je l'ai déjà dit, nous avons une stratégie vaccinale et une stratégie antivirale.

La surveillance est un élément clé, tant sur le plan national qu'international. Nous avons FluWatch. Nous avons un réseau de laboratoires au Canada. Nous avons un système d'avis de flambée de maladie. Nous avons un système de surveillance dans les hôpitaux les plus importants afin d'identifier, à leur début, les infections nouvelles et naissantes. Nous mettrons à l'épreuve notre système d'alerte des médecins dans un proche avenir, nous le modifierons en conséquence et nous lui apporterons d'autres aménagements dans tout le pays afin de nous assurer que les médecins, les hôpitaux, les maisons de repos — tous ceux qui ont besoin d'être tenus au courant — dès l'apparition de problèmes, reçoivent les conseils appropriés et soient placés dans la situation qui convient.

• (0940)

L'ACIA joue un rôle de surveillance, comme on l'a déjà montré et — cela n'a rien de surprenant — nous avons trouvé des virus aviaires chez des spécimens de sauvagine. Nous le savions. Il y en a toujours eu. Ce qu'il y a de bon, c'est qu'aujourd'hui, la surveillance nous permettra de remonter à la source et d'agir.

En outre, nous travaillons sur le plan international. Nous avons, par exemple, assuré la formation de techniciens de laboratoire venus du Vietnam, et nous avons ensuite distribué de la documentation ou expédié à l'étranger notre laboratoire portable pour aider la recherche et y participer. Nous travaillons avec ces pays pour mettre au point

de meilleurs systèmes de surveillance. Comme je crois l'avoir déjà dit au comité, en Afrique du Sud-Est, nous avons entrepris avec l'ACDI un important projet d'identification précoce et de contrôle des flambées, mais pour cela, nous ne collaborons pas seulement avec l'ACDI mais aussi avec d'autres partenaires internationaux et avec l'OMS, activités qui, je crois, faciliteront une détection précoce.

Je crois avoir déjà mentionné le RISM, qui est le Réseau d'information sur la santé mondiale. Celui-ci nous permet, grâce à une surveillance constante de l'Internet dans plusieurs langues, de reconnaître les premières manifestations de flambées de grippe. Rétrospectivement, grâce à un modèle antérieur qui n'en était encore qu'au stade expérimental, il semble que nous ayons effectivement reconnu la présence du SRAS bien des mois avant qu'il ne se manifeste en Chine du Sud. La possibilité d'établir des liens avec l'OMS et le pays concerné nous permet de contrôler les flambées et de les limiter à des centaines de personnes plutôt qu'à des dizaines de milliers de personnes.

En ce qui concerne la planification d'urgence nationale, bien que notre agence joue un rôle clé dans le domaine de la santé, c'est Sécurité publique et Protection civile Canada qui assume la responsabilité d'ensemble. Nous travaillons en étroite collaboration avec cet organisme. Comme il s'agira d'une urgence pangouvernementale en cas de pandémie, c'est un point absolument essentiel.

Nous avons des réseaux dans tout le pays. Par exemple, j'ai rencontré les sous-ministres FPT des provinces et des territoires pour discuter des pandémies et de la place qui leur est réservée dans la planification d'ensemble. Ce mois-ci — la semaine prochaine, je crois — le Forum national qui rassemble les intervenants en cas d'urgence, pour les interventions sanitaires d'urgence, etc., réservera une journée à une simulation d'exercice sur maquette destinée à examiner l'état de préparation à l'intervention en cas de pandémie. Cette réunion aura lieu à Québec.

La communication, comme je l'ai déjà dit, jouera un rôle clé. Il est absolument indispensable que le public soit au courant de ce qui se passe; il faut que nous fassions preuve de transparence pour qu'il sache ce que nous sommes capables de faire, ce que nous ne sommes pas capables de faire, ce que les individus peuvent faire pour se protéger, ce que font les collectivités, la manière dont nous nous préparons d'avance, si bien que lorsqu'une pandémie éclatera, les gens seront prêts à faire ce qui s'impose.

Voilà en gros, ce dont il s'agit. Bon nombre des éléments sont les mêmes. S'il y a un nouveau black-out, les familles y sont-elles préparées? Ont-elles des téléphones qui fonctionneraient sans électricité? Ont-elles des lampes-torches? Ont-elles une radio qui fonctionne pour qu'elles puissent être prévenues, etc.? Tout cela vaut également pour les infections catastrophiques et les catastrophes naturelles.

La présidente: Dr. Butler-Jones, le temps passe très vite et les membres sont très désireux de vous poser des questions. Pourriez-vous conclure?

Dr David Butler-Jones: Certainement. Avec plaisir.

En conclusion, je répète qu'il s'agit d'une approche coordonnée engageant l'ensemble du gouvernement, ce qui est essentiel, d'une approche intersectorielle, et que tous les éléments de la planification sont essentiels. Il n'y a aucune substitution possible entre ces éléments. Je suis maintenant prêt à répondre à vos questions.

Thank you.

La présidente: Merci beaucoup, Dr Butler-Jones, Dr Evans et madame la ministre.

Nous allons maintenant passer à la période des questions et réponses. Je rappelle à mes collègues que lorsque nous recevons la visite d'un ministre, nous observons un protocole différent. Les quinze premières minutes sont réservées à l'opposition officielle. J'espère qu'elle partagera le temps dont elle dispose entre ses différents membres. Il y aura ensuite dix minutes pour chacun des autres partis, et j'espère également que ceux-ci feront de même, de manière à ce que le plus grand nombre possible de personnes puisse poser des questions.

Commençons maintenant par l'opposition officielle, les Conservateurs. Madame Skelton, à vous.

• (0945)

Mme Carol Skelton (Saskatoon—Rosetown—Biggar): Merci beaucoup, madame la ministre, d'être venue aujourd'hui. Je m'en réjouis.

En 2004, nous avons oeuvré pour que la nouvelle *Loi sur la quarantaine* passe en comité et soit adoptée. Il s'agit du projet de loi C-12. Il a obtenu la sanction royale le 13 mai 2005 mais il n'entrera en vigueur qu'une fois que le règlement aura été établi, soit à la fin de l'automne 2006. Pouvez-vous nous dire pourquoi cela prend tant de temps? J'aimerais le savoir.

L'hon. Carolyn Bennett: David pourra peut-être vous expliquer ce qu'est le processus d'établissement des règlements, processus qui engage un grand nombre d'administration car il faut veiller à ce que personne ne soit exclu, de manière à obtenir quelque chose de vraiment efficace. Comme vous le savez, il n'y a pas eu de mise à jour de la *Loi sur la quarantaine* depuis la fin des années 1800. Nous sommes convaincus, et David aussi, je crois, que nous avons les outils nécessaires pour le faire.

Peut-être pourriez-vous expliquer pourquoi l'adoption des règlements demande tant de temps.

Mme Carol Skelton: Nous avons une Loi sur la quarantaine, et lorsque le SRAS a frappé, nous avons tout à coup décidé que nous avions besoin d'une nouvelle loi. Si une pandémie éclate, nous nous retrouvons sans *Loi sur la quarantaine*; cela ne devrait-il donc pas être une priorité?

L'hon. Carolyn Bennett: Laissez-moi tenter d'expliquer ce qu'est une quarantaine.

Une quarantaine internationale ne fonctionnera pas en cas de pandémie. Un point c'est tout. Vous ne pouvez pas interdire le passage des frontières à la grippe. Plusieurs jours s'écoulent avant que les symptômes de l'infection se manifestent; la quarantaine n'est donc pas un outil envisageable en cas de pandémie. C'est comme le changement de travailleurs entre les provinces; cela ne marche pas; en effet, en cas de pandémie, chaque province aura trop de pain sur la planche et il ne sera pas possible de se déplacer. C'est la raison pour laquelle certaines des mesures que le SRAS a pu nous inspirer ne sont pas prioritaires dans notre préparation en vue d'une pandémie.

Mme Carol Skelton: À mon avis, il s'agit d'une question prioritaire et il faudrait l'examiner.

À quel moment pouvons-nous espérer que les rôles et les mandats de l'Agence de santé publique du Canada, de l'administrateur en chef de la santé publique et du ministre d'État à la Santé publique seront définis officiellement dans la Loi? En l'absence de loi, est-ce que ces organisations et vous-mêmes avez vraiment une autorité légale au pays?

L'hon. Carolyn Bennett: L'Agence de santé publique a été créée par décret; c'est donc dire qu'elle existe. Elle a pignon sur rue, et

David Butler-Jones la dirige. Nous déposerons le projet de loi — cela est prévu pour ce mois-ci, et nous le ferons.

Cela dit, ce qu'il y a de bien dans la nouvelle loi, et je pense que vous vous réjouirez lorsque vous le verrez, c'est que David Butler-Jones aura des fonctions très différentes car il pourra s'adresser directement aux Canadiens, à titre d'administrateur général. Je crois que c'est une innovation et une réalité particulièrement intéressantes pour le pays.

Mme Carol Skelton: Madame la ministre, nous allons avoir une loi, selon vous.

Le Dr Butler-Jones a affirmé dans son exposé que Sécurité publique et Protection civile Canada serait l'organisme responsable en cas de pandémie. Est-ce exact? Est-ce que j'ai bien entendu?

Dr David Butler-Jones: Ce ministère assurera la coordination générale, mais nous serons tout de même responsables des aspects liés à la santé, et je serai chargé de communiquer avec la population dans les dossiers qui intéressent la santé publique.

Mme Carol Skelton: Est-ce que cette loi doit être en vigueur pour que vous puissiez agir ainsi?

Dr David Butler-Jones: Non.

Mme Carol Skelton: Il n'est pas nécessaire qu'elle soit en vigueur.

Dr David Butler-Jones: Le premier ministre a été très clair au sujet de mon rôle et de ce qu'on attend de moi, et j'agis en conséquence depuis que je suis en poste, depuis un peu plus d'un an.

Mme Carol Skelton: Combien le Canada verse-t-il à d'autres pays et à l'OMS pour la planification en cas de pandémie?

L'hon. Carolyn Bennett: Pour ce qui est de la planification comme telle, nous pourrions trouver ces chiffres et vous les fournir. Récemment, 15 millions de dollars ont été octroyés au projet CAREID, en Asie du Sud-Est, et nous avons contribué à l'élaboration du manuel de l'OMS sur la communication du risque. Nous pourrions vous trouver ce renseignement, Carol.

• (0950)

Mme Carol Skelton: Je vous en serais reconnaissante. Merci.

La présidente: Merci, madame Skelton.

Monsieur Ritz, allez-y.

M. Gerry Ritz (Battlefords—Lloydminster): Mesdames et messieurs, bonjour. Je suis heureux de vous revoir. M. Evans et moi, bien sûr, nous nous connaissons depuis longtemps, car je siège au sein du comité de l'agriculture, où nous avons connu bien des difficultés.

Je suis un peu sceptique quant à notre état de préparation en cas de pandémie. Je pense à l'épizootie de grippe aviaire à Abbotsford et à ce que nous en avons tiré comme leçons. Depuis une dizaine d'années, nous semblons avoir de la difficulté à assurer la sécurité de l'alimentation en eau dans notre pays, mais on me demande de convaincre mes électeurs que nous sommes prêts à faire face à cette nouvelle menace. Cela me paraît difficile. Je constate qu'une réserve s'est à nouveau trouvée aux prises avec un problème d'eau contaminée. J'ai eu un problème similaire dans ma circonscription de North Battleford, et nous ne sommes pas préparés pour cela. Pourtant, nous affirmons que nous serons prêts à affronter une crise mondiale.

Monsieur Evans, vous avez dit dans votre réponse que la plupart des provinces et des territoires avaient dressé leurs propres plans. J'ai participé à des discussions avec certaines provinces concernant ce projet, qui a vu le jour parce qu'il fallait adopter un ensemble de mesures disparates pour compenser les lacunes fédérales. Il faut trop de temps pour mettre tout cela en place. Qu'avez-vous à dire à ce sujet?

Dr Brian Evans: Je crois qu'en réalité, comme le Dr Butler-Jones l'a signalé, et comme nous l'avons dit précédemment, l'intervention en cas d'urgence est graduelle. Il nous faut une approche intégrée, et c'est ce que nous construisons ici, concrètement. Il ne s'agit pas d'un ensemble disparate. Les compétences établies à tous les niveaux de gouvernement se complètent et se combinent selon la situation. Il y a une autorité municipale responsable de l'élimination et une autorité provinciale responsable des contrats en situation d'urgence, et la Loi sur la santé des animaux crée certains pouvoirs. Toutes les compétences et les autorités sont rassemblées dans le cadre du PSEMAE pour pouvoir intervenir de façon ordonnée.

M. Gerry Ritz: Nous avons déjà une loi, vous pouvez déjà agir.

Dr Brian Evans: Oui, c'est exact.

M. Gerry Ritz: Cela me mène à ma question suivante. Après les audiences à Abbotsford, auxquelles j'ai participé — et je sais que vous y étiez aussi —, on a recommandé à l'ACIA de créer une équipe spéciale d'intervention en cas de maladie animale, essentiellement une équipe DART. Est-ce que cela a été fait?

Dr Brian Evans: Oui. Les choses vont bon train. Nous avons communiqué avec les quatre collèges vétérinaires du pays, avec leurs experts. Nous travaillons également avec les laboratoires provinciaux et les structures vétérinaires des provinces. Nous avons repéré des spécialistes au Canada et, comme je l'ai dit, nous avons maintenant une initiative internationale plus vaste, selon l'ampleur de l'intervention requise.

M. Gerry Ritz: Alors c'est en cours, mais ce n'est pas terminé. Le projet n'est pas encore réalisé.

Dr Brian Evans: Nous pouvons contacter n'importe quand les experts dont les noms figurent sur notre liste. Nous procédons à des exercices avec eux pour l'instant, afin qu'ils soient prêts à intervenir. Là encore, il est important de reconnaître que chaque incident nécessite une compétence spécifique. Le but du projet, c'est de déterminer qui sont les intervenants, quels sont leurs rôles, et s'ils sont en place.

M. Gerry Ritz: Et vous avez établi une hiérarchie.

Je dois donc vous demander si nous savons qui est responsable au niveau fédéral. Bien des ministères sont concernés, ici. Qui va prendre la tête, comment allez-vous le décider? Il ne s'agit plus seulement de santé. Il s'agit de protection civile, ce qui relève de la vice-première ministre. Nous avons deux ministères distincts pour la santé, nous avons Industrie Canada, Affaires étrangères, tous ces secteurs différents, et en général tout le monde se marche sur les pieds. Tout le monde veut être responsable, mais personne n'agit, personne ne prend de risque. Avez-vous établi une hiérarchie?

L'hon. Carolyn Bennett: Le gouvernement a beaucoup modifié sa façon de travailler, et il y a maintenant un comité du Cabinet qui s'intéresse à la sécurité publique. Ce comité a pris connaissance justement cette semaine des résultats d'un exercice tripartite — une flambée de peste — réalisé avec les États-Unis et le Royaume-Uni. Vous avez tout à fait raison, la complexité de tout cela nécessite vraiment, comme l'a dit David Naylor, de la communication, de la

collaboration, de la coopération et de la clarté au sujet du partage des responsabilités et du moment des interventions.

Dans le cadre de ces exercices sur table, nous vérifions qui doit parler, qui doit communiquer le risque. Dans ce dernier exercice, avec deux autres pays, nous nous en sommes bien tirés.

M. Gerry Ritz: Merci.

Le Dr Butler-Jones a mentionné que la rapidité d'intervention était essentielle. Les 48 premières heures sont critiques pour l'immunisation. J'ai vu cela dans le mémoire de Mme Bennett. C'est au cours des 48 premières heures que l'on a le plus de chance de renforcer la résistance à la maladie, si les vaccins sont en place, etc.

• (0955)

L'hon. Carolyn Bennett: Cela vaut pour les antiviraux.

Je vous ferai passer un test à la fin de la réunion. Un vaccin, c'est une injection que vous recevez à l'avance pour stimuler votre immunité, et vous espérez alors que vous n'attraperez pas le virus ou que vous serez très peu malade si vous l'attrapez. Un antiviral, c'est ce qu'il faut prendre dans les 48 heures avant de tomber malade, pour minimiser la gravité de la grippe. Ce sont deux choses différentes.

Je dirais à la vice-première ministre que c'est un peu comme autrefois, lorsque les gens confondaient dette et déficit. Il faut s'assurer que tous comprennent bien la différence entre vaccin et antiviral.

M. Gerry Ritz: Merci

La présidente: Monsieur Merrifield.

M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC): Je vais poursuivre dans la même veine que M. Ritz. Il s'agit d'une question qui m'intéresse énormément, suite au déversement dans le lac Wabaman, dans ma circonscription. Du pétrole a été déversé dans ce lac. Quatre ministères fédéraux avaient des responsabilités distinctes, et tout était paralysé. Personne n'assurait le leadership. Il est essentiel de préciser le partage des responsabilités en cas d'urgence.

Je vous demande de régler cette question et de présenter un rapport à notre présidente pour que nous puissions en prendre connaissance. Nous saurons alors publiquement qui est responsable de quoi. Cela vous paraît raisonnable?

L'hon. Carolyn Bennett: David pourrait peut-être vous aider. Deux ou trois scénarios vous seraient sans doute utiles. Nous pourrions présenter deux ou trois scénarios comme celui que vous proposez.

M. Rob Merrifield: D'accord. Établissez des scénarios. Je pense simplement qu'il est très important de reconnaître que non seulement c'est un bon exercice pour nous, mais en outre que c'est absolument essentiel pour vous, car il faut savoir qui fait quoi. Que fait Anne McLellan, à Protection civile? Et M. Dosanjh? Et vous, Carol? Que fait l'ACIA? Tout le monde a un rôle à jouer, et je suis certain que cela est défini. Nous devons comprendre exactement qui est responsable de quoi.

J'aimerais aussi savoir si nous avons la certitude qu'il n'y a pas de grippe aviaire au Canada actuellement.

L'hon. Carolyn Bennett: La grippe aviaire est partout au Canada. La grippe aviaire est endémique chez les oiseaux, vous le savez, chez les oiseaux sauvages.

M. Rob Merrifield: Mais nous en ignorons la souche, est-ce bien ce que vous nous dites?

L'hon. Carolyn Bennett: Brian va vous répondre.

Dr Brian Evans: Les députés doivent comprendre que nous savons que la grippe aviaire sévit constamment chez toutes les espèces d'oiseaux. Notre principale inquiétude pour l'instant vient de la souche grippale H5N1. Nous n'avons pas de preuve indiquant, ou du moins tous les indicateurs continuent d'appuyer...

M. Rob Merrifield: Les oiseaux en C.-B. ont été testés, mais ailleurs, quand? Avant-hier?

Dr Brian Evans: Oui. C'est la souche H5, mais aucun des indicateurs : pas de mortalité massive chez les oiseaux; pas de prolongement aux États-Unis sur la même voie.

Là encore, il importe de reconnaître que par le passé la souche H5N1 a été trouvée en Amérique du Nord. On l'a repérée encore en 2002 dans des populations de dindons au Michigan. Cinq sous-types H5 ont été trouvés dans la sauvagine au Minnesota et au Tennessee. Il est important de situer tout cela. Le virus est toujours présent. Ce que nous déclarons maintenant, ce sont des précisions pour nous aider, comme l'a dit le Dr Butler-Jones, à quantifier le problème et à déterminer les changements éventuels, afin de lancer une alerte précoce et d'ajuster en conséquence notre biosécurité et nos efforts de gestion.

M. Rob Merrifield: Je crois que cela décrit bien ce qui se passe.

Mon collègue vous a demandé s'il y aurait une équipe DART à l'ACIA, et vous avez dit qu'elle existait déjà. Je me demande si c'est la même équipe DART qui serait appelée par l'Agence de santé publique. J'imagine que cela se ramène à la chaîne de commandement et à votre plan. C'est une raison de plus pour vouloir voir ce plan.

Est-ce que c'est bien votre approche? Allez-vous former des ressources humaines et des intervenants de première ligne dans tout le pays? Est-ce que vous allez effectivement créer une équipe DART qui interviendra et assurera la coordination en cas d'urgence partout au pays?

L'hon. Carolyn Bennett: C'est selon. Actuellement, nous concentrons la formation, les exercices et la pratique sur les équipes du BNEISU qui ont été créées dans le budget 2004. Les équipes du BNEISU sont des équipes d'intervention sanitaire d'urgence, des équipes pluridisciplinaires qui peuvent être déployées n'importe où. David peut vous l'expliquer, mais elles ne seront d'aucune utilité en cas de pandémie.

M. Rob Merrifield: S'il vous plaît, préparez-nous une description exacte de leur fonctionnement et remettez-la à notre présidente.

Dr David Butler-Jones: Certainement.

J'aimerais simplement ajouter que les équipes du BNEISU sont des équipes de soins de santé. Elles interviennent dans des situations où... Si les hôpitaux de Toronto par exemple sont débordés, nous pouvons envoyer une équipe pluridisciplinaire pour les aider.

Ce que nous avons actuellement, c'est un système... Les services sanitaires locaux ont la responsabilité et le pouvoir de gérer les flambées locales et assurent ce service à la province. Nous sommes des facilitateurs. Nous avons des équipes qui viennent faciliter les enquêtes, c'est ce que nous avons fait à North Battleford, à Toronto, dans d'autres compétences.

M. Rob Merrifield: Si vous nous présentez cette information, nous pourrions mieux comprendre la notion, je vous en remercie d'avance.

J'ai une autre question à poser. L'OMS affirme qu'il faut prévoir une couverture de 25 p. 100 pour le Tamiflu et les antiviraux, mais je pense que les États-Unis et le Canada n'en possèdent que pour environ 15 p. 100 de la population?

• (1000)

Dr David Butler-Jones: Près de 15 p. 100.

M. Rob Merrifield: Alors est-ce que cette recommandation est trop prudente? Contestez-vous cette recommandation? Pourquoi ne cherchez-vous pas à atteindre un niveau comparable à ce que l'OMS recommande?

Dr David Butler-Jones: Il y a différentes recommandations pour différentes compétences. L'OMS parle de 25 p. 100. Effectivement, cela permettrait de traiter toutes les personnes qui seraient malades pendant une pandémie, puisqu'en général, environ 25 p. 100 de la population est touchée. Personne n'a jamais atteint ce niveau pour une quelconque maladie auparavant.

M. Rob Merrifield: Mais c'est la recommandation, n'est-ce pas?

Dr David Butler-Jones: C'est le chiffre qui circule, mais j'ignore s'il est officiel. C'est vraiment à la compétence qu'il incombe d'examiner la situation. Et il s'agit seulement d'un élément du plan. Si vous n'aviez rien d'autre, si vous n'aviez pas de capacité pour mettre au point des vaccins, si vous n'aviez pas de capacité pour faire quoi que ce soit, vous pourriez envisager de constituer de telles réserves, mais il est peu probable que vous soyez en mesure d'administrer les antiviraux au moment opportun à tous ceux qui tomberaient malades.

Ce n'est pas une recommandation pratique pour cette raison. Je pense que c'est quelque chose que nous continuons d'envisager. Et je l'ai déjà dit, nous avons actuellement, de commandé ou en stock, des médicaments pour près de 15 p. 100 de la population. Nous en avons pour environ 13 p. 100 en stock, et nous continuons de surveiller la situation. D'après le plan, nous allons en acheter encore, et nous allons sans doute aussi diversifier nos antiviraux.

La présidente: Merci, monsieur Merrifield.

Monsieur Ménard.

[Français]

M. Réal Ménard (Hochelaga, BQ): Madame la présidente, je vais prendre sept minutes; ma collègue, trois. Vous m'arrêtez donc après ces sept minutes, pour que je cède la parole à Mme Demers.

La grippe aviaire existe dans notre environnement. Cependant, rien ne nous indique pour le moment qu'elle se transmet aux humains. C'est là un fait qui peut nous rassurer. Ce matin, j'aimerais vous poser une question, madame Bennett.

Supposons que demain matin, on découvre au Canada un cas de transmission de la grippe aviaire d'une volaille à un être humain. Que fait-on? Décrivez-moi concrètement les étapes du plan d'intervention qui serait appliqué. Je ne vous interromprai pas; prenez tout le temps qu'il vous faut pour nous dire comment ce plan serait mis à exécution.

L'hon. Carolyn Bennett: La situation serait qu'une personne souffrant d'une grippe typique chez les humains aurait contracté une grippe aviaire. Le virus aurait muté...

[Traduction]

M. Réal Ménard: Je vous demande de parler plus rapidement, parce que je n'ai pas beaucoup de temps.

Des voix: Oh, oh!

M. Réal Ménard: La prochaine fois, nous allons travailler le français, vous et moi. Mais j'apprécie vos efforts. Très bien.

L'hon. Carolyn Bennett: Nous irions encore peut-être plus rapidement si David en faisait un peu.

Il faudrait une mutation, parce qu'à l'heure actuelle, la grippe aviaire est souvent mortelle chez l'être humain. Il faudra que le virus se combine à un virus grippal humain pour pouvoir passer d'un être humain à un autre.

[Français]

M. Réal Ménard: Je veux connaître les étapes d'un scénario d'urgence. Comment procéderait-on, concrètement?

[Traduction]

Dr David Butler-Jones: En gros, si nous repérons une grippe inhabituelle, peut-être une grippe aviaire, la victime pourra être isolée dans un service d'isolement respiratoire à l'hôpital. Nous poserons un diagnostic. Nous communiquerions avec les personnes qui seraient entrées en contact avec ce patient pour nous assurer qu'elles ne vont pas propager le virus. Ce serait une approche appropriée pour prévenir une épidémie, en attendant de mieux comprendre ce qui se passe.

Nous n'avons pas encore vu, même en Asie du Sud-Est, de propagation efficace entre personnes. Évidemment, si cela se présentait, nous devrions intensifier nos mesures en termes de communication, réfléchir à ce qui pourrait se passer, trouver les causes et trouver des solutions, et utiliser des antiviraux comme le Tamiflu pour le traitement. Dans le cas de contacts étroits, nous pourrions envisager un traitement préventif pour éviter la contagion, mais là encore, il faudrait suivre l'évolution de la situation. Nous ferions appel aux spécialistes internationaux ainsi qu'à nos propres compétences pour comprendre ce qui se passe et partager l'information à l'échelle internationale, parce que d'autres pays pourraient éprouver les mêmes problèmes en même temps.

Des mesures très diverses seraient donc prises localement dans les hôpitaux, par les autorités provinciales de santé publique, par nous et avec l'aide de nos laboratoires et d'autres intéressés au besoin.

[Français]

M. Réal Ménard: Partout au Canada, que ce soit au Manitoba, en Saskatchewan, au Québec ou en Ontario, un système de surveillance permettrait de donner l'alerte si on découvrait un cas de grippe aviaire. On ferait alors ce qu'il faut pour isoler la personne. Si on se rendait compte qu'il y a un risque de transmission, les médicaments seraient alors administrés. Revenons à ce qui différencie les médicaments...

• (1005)

[Traduction]

L'hon. Carolyn Bennett: Pour l'instant, et c'est la raison pour laquelle nous y investissons tant d'énergie, l'endroit où la contagion entre humains risque le plus de se produire, c'est l'Asie du Sud-Est, là où il y a des contacts étroits entre les oiseaux et les êtres humains, dans les cours des maisons, etc. Nous suivons donc attentivement la situation et nous renforçons la capacité de surveillance en Asie du Sud-Est parce que nous croyons que c'est sans doute là que la contagion entre humains pourrait survenir. C'est pourquoi nous

collaborons à cette surveillance avec les autorités de cette région du monde.

Dr David Butler-Jones: Bien sûr, au Canada, nous vérifions constamment... Si quelqu'un souffre d'une maladie respiratoire aiguë, comme cela est arrivé dans un centre d'hébergement à Toronto, où il s'est avéré qu'il s'agissait de la maladie des légionnaires, il faut un certain temps pour identifier le virus. À Toronto, le centre a été mis en quarantaine et il n'y a pas eu d'échanges entre personnes. On a envoyé des techniciens et des épidémiologistes pour déterminer ce qui se passait. Il leur a fallu quelques jours. Nous voyons constamment des infections respiratoires inhabituelles, le secret consiste à contenir la maladie en attendant de l'identifier.

[Français]

M. Réal Ménard: J'ai une dernière question. Je veux comprendre la différence entre les vaccins et les antirétroviraux. Le vaccin ne peut être développé, parce que la souche de la maladie ne nous est pas connue. Pour ce qui est des antirétroviraux, vous avez octroyé un contrat à la compagnie Roche.

L'éventuelle réserve nationale comprendra-t-elle ce que les provinces ont déjà en inventaire? M. Couillard, par exemple, dit avoir 8 millions d'antirétroviraux. L'inventaire du fédéral, qui en comprend 40 millions, inclut-il ou non l'inventaire des provinces?

[Traduction]

Dr David Butler-Jones: Non, c'est notre estimation la plus précise, et elle change constamment car les provinces et nous-mêmes commandons d'autres... À l'heure actuelle, nous avons 35 millions de doses dans les provinces et les territoires ainsi que dans nos propres réserves. Nous en attendons cinq millions de plus, qui ont été commandées. Cela comprend le Québec. Parce qu'il faudra du temps pour mettre au point un vaccin, un volet important de la stratégie consiste à prodiguer un traitement au début de l'épidémie, jusqu'à ce que nous ayons un vaccin à administrer.

[Français]

M. Réal Ménard: D'accord. Je cède la parole à ma collègue Mme Demers.

Mme Nicole Demers (Laval, BQ): Merci, madame la présidente.

Merci d'être présents parmi nous. J'aurais souhaité que nous puissions participer, à titre de membres du Comité permanent de la santé, à la rencontre tenue il y a deux semaines.

Vous avez parlé de projets de recherche visant à évaluer les répercussions des programmes universels de vaccination antigrippale. Quand estimez-vous être en mesure de nous faire part des résultats de ces projets?

[Traduction]

Dr David Butler-Jones: Nous continuons d'étudier l'intérêt respectif d'un programme comme celui de l'Ontario, où cela est offert annuellement à tous les habitants, et de ce qui se fait dans d'autres compétences où les efforts sont concentrés sur les groupes à risque comme les personnes âgées, les personnes qui ont des maladies chroniques, les jeunes enfants, etc. Les résultats ne sont pas encore concluants.

Il est intéressant de constater que c'est beaucoup plus complexe que la simple administration du vaccin. Par exemple, un des objectifs est de veiller à ce que les personnes les plus à risque et les personnes mourantes reçoivent le vaccin. Une province comme la Nouvelle-Écosse peut le faire sans programme universel. Il y a donc un certain nombre d'éléments que nous devons comprendre.

Par ailleurs, environ la moitié des médecins et des infirmières sont immunisés, et ce sont eux qui pourraient apporter le virus dans les centres d'hébergement. Les travailleurs des centres d'hébergement doivent être vaccinés, pas seulement les personnes qui y vivent, parce qu'il faut dresser un écran protecteur autour d'eux.

[Français]

Mme Nicole Demers: On dispose de plusieurs doses d'antiviraux, présentement. J'aimerais connaître la durée de leur efficacité. Au Québec, précisément, bien des gens se sont fait prescrire du Tamiflu. N'y a-t-il pas un risque pour qu'au moindre signe de grippe, ces personnes prennent inconsidérément du Tamiflu et que cela leur nuise plutôt que de les aider?

[Traduction]

Dr David Butler-Jones: Il y a certainement un risque si les gens font des provisions. On peut se poser plusieurs questions sur l'opportunité de laisser les citoyens faire des réserves, plutôt que de constituer des réserves collectives pour en avoir pour ceux qui sont malades. Il faut savoir quand prendre le médicament. Si vous avez un simple rhume, c'est une perte de temps. Et il se peut que plus nous l'utilisons, et plus nous risquons de développer une résistance et de voir le traitement perdre de son efficacité. Nous n'avons pas les réponses à ces questions pour l'instant. Nous continuons de les examiner afin de pouvoir fournir des conseils éclairés. C'est un des aspects qui compteront le plus.

Prescrire ces médicaments, c'est une question qui doit être réglée entre le médecin et son patient, et il se peut que pour certaines personnes cela soit approprié. Les gouvernements doivent toutefois disposer des quantités nécessaires pour pouvoir dispenser un traitement précoce. Il faut encore trouver réponse à de nombreuses questions. Nous continuons d'examiner ce dossier.

• (1010)

[Français]

Mme Nicole Demers: Quelle est la durée de l'efficacité du médicament Tamiflu?

[Traduction]

Dr David Butler-Jones: La durée de conservation est d'environ cinq ans. Tout dépend de l'âge du produit. Avec le fournisseur, il faudra examiner des moyens d'évaluer si la durée de conservation peut être prolongée en testant le médicament, son efficacité, etc. Cela serait important surtout si nous pouvons le conserver plus longtemps, parce qu'il est coûteux de renouveler les stocks.

Pour ce qui est de l'efficacité, les essais cliniques ont montré que la maladie était abrégée de un jour et demi à deux jours, à peu près, et que le médicament atténue légèrement la gravité de la maladie. Ce n'est pas une potion magique, vous n'êtes pas instantanément guéri parce que vous l'avez pris.

[Français]

Mme Nicole Demers: Dans le cadre de l'émission *CBC News* du 27 octobre 2005, le Dr Henry Nimman a dit que le nombre de doses stockées pourrait s'avérer insuffisant. Le calcul aurait été fait dans la perspective d'un traitement pour un cas de propagation normale du virus de la grippe chez un humain ordinaire. On parle ici de deux comprimés par jour pendant cinq jours.

Or, selon les experts, le traitement devrait durer huit jours, ce qui assurerait d'éliminer totalement le virus. Pouvez-vous infirmer ou confirmer cette information?

[Traduction]

Dr David Butler-Jones: C'est quelque chose que nous continuons d'évaluer relativement à un traitement contre le H5N1. Le scénario le plus improbable, c'est sans doute que le H5N1 puisse muter pour s'attaquer aux humains. Mais cela demeure une possibilité dont il faut tenir compte. Il s'agira sans doute d'une souche plus répandue chez l'homme, auquel cas ce sera... Mais là encore, les fabricants s'intéressent de très près à tout cela, tout comme nous. Nous devons nous adapter en fonction des données que nous recueillerons.

La présidente: Merci, madame Demers. Vous finissez juste à temps.

Madame Crowder, allez-y.

Mme Jean Crowder (Nanaimo—Cowichan, NPD): Merci, madame la présidente.

Merci d'être venus.

Je pense que c'est une question très importante à présenter aux Canadiens. Il faut fournir aux Canadiens une information exacte, parce qu'il circule beaucoup d'information erronée.

Je veux parler en particulier de la communication, parce que la ministre Bennett a mentionné cet aspect. Je sais que la situation a un peu changé, mais je veux revenir sur certains problèmes révélés par la crise du SRAS. Dans son rapport, l'AMC a déclaré que faute d'un système coordonné pour transmettre les alertes médicales mondiales aux établissements de soins actifs et aux fournisseurs de soins de santé, les cliniciens aux premières lignes n'ont souvent aucun préavis. Deuxièmement, vu l'incapacité des gouvernements de communiquer en temps réel avec les médecins, la médecine organisée doit se doter d'une capacité pour assurer la communication en temps réel.

Je soulève ces deux points pour une double raison. J'ai parlé avec des représentants de l'AMC récemment. Selon l'Association, il y a encore tout un monde entre le plan et l'exécution. C'est toujours l'exécution qui fait problème. Le plan du gouvernement fédéral semble très complet — vous savez, j'y ai jeté un oeil, mais le plan et ce qui se passe concrètement dans les collectivités, ce sont deux choses bien distinctes.

Deux ou trois facteurs sont ressortis de la crise du SRAS. D'une part, si les renseignements de l'Association sont exacts, les autorités fédérales, provinciales et locales ne disposent toujours pas d'une liste à jour de tous les médecins de famille au Canada et elles n'ont pas la capacité de communiquer avec eux en dehors des heures normales de travail. Et de un.

Deuxièmement, à l'époque du SRAS il était très difficile de faire venir des gens de l'extérieur de la province. Des médecins albertains étaient disposés à venir en Ontario, par exemple, mais pour des questions de compétence provinciale sur les titres et qualités, d'assurance-responsabilité et de rémunération, au cas où ces médecins seraient tombés malades en Ontario, il a été impossible de les faire venir rapidement. En cas de pandémie, il faudra pouvoir intervenir rapidement.

Troisièmement, je vais vous poser une question. J'ai vérifié auprès des responsables locaux des situations d'urgence, chez moi, et auprès de nos autorités de la santé, et il semble y avoir des carences en matière d'information et de liens significatifs entre les divers niveaux à l'échelle provinciale... J'ai constaté que certaines autorités qui, à mon avis, auraient dû se parler, étaient laissées dans l'ignorance. Souvent, ces personnes ne comprennent pas qu'elles doivent inclure tous les politiciens locaux : le fédéral, le provincial et le municipal. Dans mon bureau de circonscription, nous recevons des appels : « Qu'est-ce que je dois faire? Je suis malade? À qui dois-je parler? Les poulets sont malades. » Mais les spécialistes ne pensent pas à nous transmettre ce type d'information.

Je me demande si vous pouvez répondre à ces trois questions.

L'hon. Carolyn Bennett: Avec plaisir.

Avant même l'arrivée de David, la communication avec les travailleurs de première ligne me paraissait essentielle. Si quelque chose m'ennuie, c'est bien cela. À titre de députée de Totonto, je pense que l'une des raisons pour lesquelles la Colombie-Britannique s'en est mieux tirée lors de la crise du SRAS, nous le savons, c'est qu'elle pouvait transmettre l'information aux travailleurs des premières lignes.

Évidemment, nous avons travaillé avec David qui, comme nous l'avons dit, préside maintenant le Réseau canadien de la santé avec Perry Kendall, le médecin-chef de la Colombie-Britannique. Cela signifie que les 13 médecins-chefs se parlent les uns les autres. C'est un peu comme le téléphone rouge. David peut parler à ses 13 homologues.

Je pense que l'on a conclu qu'une liste centrale ne serait jamais tout à fait à jour. Il est difficile de tenir les listes — les politiciens le savent bien. J'ai demandé au Collège des médecins et chirurgiens, comme critère d'inscription, de vérifier chaque année comment ils veulent que l'on communique avec eux en cas d'urgence. L'Alberta l'a déjà fait; d'autres provinces s'y mettent.

Je pense que la médecine organisée doit le faire aussi. Il nous faut divers moyens de déterminer comment nous pouvons communiquer avec ces personnes. C'est ce dont parlait David. Le mois prochain, nous allons faire un test en Colombie-Britannique. Tout comme il y a 30 ans, lorsque je portais toujours un téléavertisseur pour les arrêts cardiaques, je devais appeler toutes les 12 heures pour dire si je recevais les messages —, nous allons faire un message-test et voir quel type de diffusion nous obtenons. Puis nous allons consulter les autres médecins-chefs.

David voudrait peut-être parler des frontières; là encore, nous traitons avec des collègues. Parce qu'il n'y a pas d'organisation-cadre, nous semblons avoir un peu de difficulté à adopter une approche cohérente pour reconnaître les titres et les qualités les uns des autres et les certificats des infirmiers et des auxiliaires médicaux.

En matière de santé publique locale, je crois que vous avez raison. Cela vaut aussi dans les réserves. Dans ce cas aussi, pour ce qui est d'aller du bas vers le haut, nous essayons vraiment de faire beaucoup mieux avec la fantastique équipe de lutte contre les épidémies à l'Agence de santé publique.

David est-ce que vous voulez...?

•(1015)

Dr David Butler-Jones: En deux mots, nous collaborons avec les responsables de l'accréditation et les provinces et les territoires pour pouvoir nous aider mutuellement et partager l'information et, au besoin, faciliter le déplacement rapide de personnes entre compétences. Là encore, nous travaillons — selon l'endroit où vous êtes au

pays — avec les autorités de la santé publique locale. Là où j'étais, par exemple, je pouvais communiquer par télécopie avec tous les médecins, les centres d'hébergement, les hôpitaux et les pharmacies en moins d'une heure, parce que nous avions instauré ce système dans la région. Cela varie. À certains endroits, on peut procéder ainsi, et ailleurs, non. Comme je l'ai dit, nous faisons des progrès, mais nous ne touchons pas encore au but. Il faut notamment établir des connexions locales lorsqu'il n'y en a pas déjà entre les services d'urgence et de santé et les autres services compétents — et il faut penser en termes de planification globale des situations d'urgence, qui devra être adaptée s'il s'agit d'une pandémie ou d'une maladie infectieuse...

L'hon. Carolyn Bennett: Ce mois-ci, nous allons rencontrer nos partenaires de l'AMC, les membres du Collège des médecins de famille, les urgentologues, les responsables de l'accréditation dans les hôpitaux... nous allons essayer de réunir tous nos partenaires nationaux pour voir ce qu'ils peuvent faire pour nous aider à améliorer la communication et tous les autres aspects de notre état de préparation en cas de pandémie.

Mme Jean Crowder: Est-ce que j'ai encore du temps?

La présidente: Oui, allez-y.

Mme Jean Crowder: Je vais vous poser deux autres questions sans lien l'une avec l'autre, alors vous pouvez décider du temps à allouer à chacune. Premièrement, j'aimerais que vous nous parliez spécifiquement des réserves des Premières nations. De toute évidence, l'accès ou la capacité en matière de soins de santé y font souvent défaut. À cet égard, lorsque nous parlons de communication nous supposons que tout le monde a l'Internet, un télécopieur, le courriel, des téléphones cellulaires, etc. Dans bien des collectivités éloignées, ce n'est pas le cas. Pourriez-vous répondre à cela?

Deuxièmement, j'aimerais que vous nous parliez du plan fédéral. Je constate que l'échéancier pour la vaccination de tous les Canadiens est de quatre mois, et si je comprends bien cela se ferait en deux phases. Concrètement, est-ce que nous avons la capacité, tant en termes de source nationale de vaccin — si un vaccin est mis au point, puisque tout est fonction de la souche — que de capacité matérielle dans les collectivités, est-ce que nous avons la capacité de vacciner tous les Canadiens en quatre mois?

Pouvez-vous répondre à ces questions au sujet des Premières nations et de la capacité?

L'hon. Carolyn Bennett: Nous avons collaboré avec l'APN à ce sujet, et il est vrai qu'il faut un plan qui inspirent confiance à tous et que tous participent à la planification. Nous y travaillons. Je ne prétends pas que tout soit parfait pour l'instant, car la province possède les stocks d'antiviraux et les bandes ne croient pas qu'elles vont en recevoir leur juste part. Il reste du travail à faire, et nous travaillons à ce dossier tous les jours.

•(1020)

Mme Jean Crowder: Madame Bennett, est-ce que l'on offre de la formation dans les collectivités des Premières nations pour faire face à de telles situations dans les réserves? Il faudrait renforcer la capacité à cet égard.

L'hon. Carolyn Bennett: Nous commençons. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et l'Agence de santé publique du Canada collaborent pour s'assurer qu'il y a un plan et qu'il est efficace.

David pourrait peut-être dire quelques mots sur la façon dont nous pourrions mettre cela en oeuvre, y compris avec les Premières nations. Le Canada est le pays le plus branché au monde. Nous avons accès par courriel à tous les bureaux de bande au pays. Cela ne suffit simplement pas pour leur inspirer confiance. Nous allons poursuivre nos efforts.

Dr David Butler-Jones: Je serai bref. Tout cela est encore très variable, mais nous progressons. Bien sûr, le lien avec les services de santé régionaux, les plans provinciaux, etc., cela est essentiel. Je le répète, l'accès aux antiviraux et leur distribution prioritaire, la capacité locale, le développement, etc., tout cela varie. Là où j'étais auparavant, les Premières nations participaient aux travaux de notre comité de planification en vue de pandémies, à la planification, etc. Cela était intégré, et les médecins qui oeuvraient auprès des Premières nations et ceux des autorités provinciales étaient en contact. Tout cela varie beaucoup, mais c'est un domaine où nous continuons de progresser.

Quant à la capacité, elle varie beaucoup au pays. Mais c'est quelque chose que le réseau de la santé publique et de concert avec mes collègues — les responsables provinciaux et les ministres — pour ce qui est de la façon dont nous pouvons continuer à accroître la capacité... L'avant-dernier budget prévoyait 300 millions de dollars sur trois ans pour les programmes d'immunisation, ce qui renforce la capacité. Il y avait aussi 100 millions de dollars pour le soutien de première ligne. Nous continuerons de collaborer avec les provinces et les territoires pour rétablir la capacité perdue au niveau local au cours de la dernière décennie, car nous avons accordé beaucoup d'attention aux hôpitaux et moins aux questions de santé publique.

La présidente: Merci, madame Crowder.

À vous, monsieur Savage.

M. Michael Savage (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Merci, madame la présidente. Je souhaite la bienvenue à tous.

Je crois que nous pouvons être fiers du rôle de premier plan que le Canada assume dans les préparatifs mondiaux en vue d'une pandémie, et je vous en félicite. Il ne faut pas se sentir rassuré pour autant. Il est bon que nous ne soyons pas trop confiants, car la question est grave.

J'ai lu dans *The Globe and Mail* — je crois que c'était aujourd'hui — que certains médecins suggéraient d'ajouter un médicament pour doubler l'effet du Tamiflu.

Apparemment, une demi-dose de Tamiflu administrée avec du probénécide équivaldrait à une dose complète de l'antiviral seul. Des médecins proposent de combiner les deux médicaments pour traiter un plus grand nombre de personnes avec le Tamiflu dont nous disposons en cas de pandémie de grippe — cela équivaldrait doubler le stock.

Je me demande si vous avez quelque chose à ajouter à cela.

Dr David Butler-Jones: Ce serait bien. Je ne peux pas me prononcer. Je crois que dans certains secteurs de recherche, et là encore, c'est la raison pour laquelle nous collaborons avec les milieux internationaux et que nos scientifiques parlent d'autres dans le... Je veux dire, par exemple, il se peut que d'autres antiviraux soient utiles, des combinaisons de médicaments. Il y a tellement de questions à examiner.

Le groupe de la société Roche pourrait peut-être vous répondre. Moi, je ne veux pas m'avancer. C'est une question que vous pourriez poser à ces témoins, mais tout ce qui pourrait nous aider nous intéresse évidemment.

M. Michael Savage: Je vous signale que je n'aurai peut-être pas l'occasion de poser de question à nos prochains témoins, alors s'ils sont déjà ici, ils pourraient peut-être prendre note de la question et y répondre dans leur exposé, si possible.

Ma deuxième question porte sur le rôle du Canada dans le monde. Nous sommes des députés du Parlement canadien, et la population du Canada est notre première responsabilité, mais il faut aussi penser aux systèmes de santé et aux réseaux de soutien, à la capacité d'affronter une pandémie dans des pays du monde qui sont plus susceptibles de faire face à ce problème que le Canada, peut-être, ou du moins tout aussi à risque. J'aimerais savoir quelles discussions nous avons eues et quels engagements que nous avons pris, en particulier envers les pays en développement. Je me demande si vous pouvez nous parler un peu de cela.

La présidente pourrait peut-être nous interrompre au bout de quatre minutes, car je sais que mes collègues veulent aussi poser des questions. Ma question est donc précisément la suivante : Est-ce que nous sommes en faveur de fournir des vaccins ou des antiviraux aux pays en développement?

L'hon. Carolyn Bennett: La semaine dernière, lors de la rencontre internationale, il a été décidé de mettre l'accent sur quatre secteurs, Michael. Premièrement, la santé des animaux et des personnes. La première chose que nous pouvons faire, c'est d'empêcher la transmission du virus à l'homme. C'est pour renforcer la capacité, renforcer la surveillance, que nous avons lancé ce projet de 50 millions de dollars administré par l'Agence de santé publique en Asie du Sud-Est. Ce projet porte sur la surveillance et la capacité des laboratoires et sur la possibilité de détection précoce. Comme le secrétaire Leavitt le dit, il vaut mieux piétiner les braises que d'attendre de devoir appeler les bombardiers à eau.

Nous croyons encore que c'est le meilleur investissement que nous puissions faire dans la santé des animaux et des êtres humains. Il était très encourageant, cet été, à Hong Kong, à Hanoi et à Bangkok, de constater la collaboration entre ces pays et le Canada.

Des membres du personnel de laboratoire du Vietnam sont venus à Winnipeg cet été et ils ont constaté que nous étions nombreux à essayer de former le personnel, de lui apprendre ce qu'il devra faire. Cela dit, nous avons aussi appris beaucoup des délégués de l'Asie du Sud-Est. Je pense que nous mettons l'accent sur la santé humaine et animale, sur la mise au point de vaccins et d'antiviraux, sur la communication du risque, parce qu'une partie de notre travail consiste à ne pas effrayer la population en diffusant des messages différents. La contribution du Canada au guide de l'OMS sur la communication du risque en cas d'épidémie est aussi très importante.

• (1025)

M. Michael Savage: Je ne peux jamais vous interrompre, madame la ministre. J'aimerais simplement ajouter que je suis tout à fait d'accord. Nous avons aussi traité de la stratégie de lutte contre le sida au Canada, il y a deux ou trois semaines. Nous sommes un pays riche. Nous devons protéger notre population, mais je crois sincèrement que le rôle du Canada dans le monde, parce que nous sommes un de ces pays riches qui ont la chance de... Je suis heureux que nous assumions un rôle de premier plan et j'espère que nous continuerons de le faire.

Je vous en remercie.

La présidente: Merci, monsieur Savage.

Mme Chamberlain, puis Mme Dhalla.

L'hon. Brenda Chamberlain (Guelph, Lib.): Merci, madame la présidente.

Monsieur Evans, vous avez dit dans votre commentaire qu'en cas de doute nous devrions agir. Cela m'intéresse. Que voulez-vous dire par « En cas de doute »? Qu'est-ce qui vous inciterait à intervenir sans avoir de certitude?

Dr Brian Evans: Nous avons de la chance dans notre pays, car la Loi sur la santé des animaux nous donne des pouvoirs très étendus. Comme je l'ai dit, si nous soupçonnons la présence de la maladie — il pourrait s'agir d'une pointe de morbidité ou de mortalité dans un troupeau, de mortalité massive dans une population sauvage —, nous pourrions intervenir et, avec les autorités provinciales, faire immédiatement des travaux supplémentaires. Il n'est pas nécessaire d'attendre la confirmation d'un laboratoire pour déclencher le processus.

En outre, pour identifier le problème auquel nous faisons face — et le Dr Butler-Jones y a fait allusion —, dès les premiers signes que nous percevons, nous pouvons prendre des mesures de confinement. Autrement dit, nous pouvons restreindre les déplacements et agir pour limiter le problème au secteur où il se manifeste pendant que nous cherchons à en définir la nature et la gravité. Nous sommes en mesure de déterminer le point d'exposition. Est-ce qu'il y a eu des visiteurs de l'étranger à cet endroit récemment? Est-ce qu'il y a des indices quant à la voie empruntée par le virus? Nous pouvons établir cela immédiatement et déplacer du matériel vers l'avant et vers l'arrière pendant la période d'incubation de la maladie.

Nous pouvons faire ce qui se fait actuellement; nous pouvons sensibiliser l'industrie au sujet de la biosécurité, de la façon dont elle peut contrôler les mouvements dans les exploitations agricoles et à l'extérieur, des mesures de désinfection à instaurer, ce genre de choses, pendant que nous effectuons comme je l'ai dit le travail diagnostique, la détermination de la souche, etc.

Ce qui compte en tout premier lieu dans de telles situations, c'est qu'au premier indice nous puissions passer en revue avec les laboratoires provinciaux toutes les déclarations provinciales des dernières semaines, pour déterminer si quelque chose nous a échappé et pourrait expliquer la flambée d'une maladie quelconque. Cela, nous pourrions le faire. Nous devons avoir une certaine latitude. Nous ne voulons pas être accusés de prendre le mors aux dents et de tirer sur tout ce qui bouge, mais nous avons des mécanismes de contrôle que nous pouvons utiliser sans qu'il soit nécessaire de déterminer d'abord à quoi nous faisons face.

Nous collaborons aussi étroitement avec l'industrie et le secteur de la santé publique, pour qu'ils sachent ce que nous faisons et qu'ils puissent nous appuyer, car eux aussi peuvent intervenir aux niveaux secondaire et tertiaire.

L'hon. Brenda Chamberlain: Ma deuxième question fait suite à l'intervention de Mme Crowder. Moi aussi, j'ai des électeurs qui me parlent de la grippe et de ce qui se passerait s'il y avait une épidémie. Ils écoutent les informations, ils savent qu'il y aurait des millions de morts. On me demande parfois ce qu'on peut faire. Est-ce que la population peut faire quelque chose?

Tout ce que je peux répondre, c'est qu'il faut se faire vacciner contre la grippe et se laver les mains. Y a-t-il quelque d'autres mesures que nous pouvons conseiller? La prévention, bien sûr, c'est important, on ne peut pas simplement dire que non, il n'y a rien à faire, qu'il faut attendre, et si vous tombez malade, tant pis, et sinon, tant mieux...

•(1030)

L'hon. Carolyn Bennett: Merci mille fois de cette question. Comme vous le savez, je suis ministre du lavage de mains et je suis toujours heureuse — particulièrement à cette époque de l'année —

de voir que tous les députés s'associent à notre campagne pour convaincre les gens de se faire vacciner contre la grippe, de se laver les mains pendant au moins 20 secondes, c'est-à-dire le temps de chanter tout un couplet de la ritournelle « Bonne fête ».

Ne sortez pas si vous êtes malade. La crise du SRAS nous a appris que les personnes qui ont de la fièvre ne sont pas bienvenues à des funérailles. Nous ne voulons pas de concerts de toux dans les avions. Nous devons changer la nature du travail pour que les employés ne se sentent pas tenus d'aller travailler même s'ils sont malades. Nous devons changer nos habitudes sur la façon de traiter les uns avec les autres. Cela signifie qu'en cas de pandémie ou même d'épidémie de grippe saisonnière — un fléau qui chaque hiver, selon l'année, emporte tout de même dans la tombe entre 2 000 et 8 000 Canadiens —, il n'est pas nécessaire que toute la famille tombe malade, que tout le bureau soit malade, que toute la classe soit malade. Il suffit de se laver les mains, de rester à la maison si l'on est malade, de passer un peu d'alcool sur le combiné du téléphone ou les poignées de porte, d'essuyer les surfaces aux endroits où le malade est passé.

Je crois que les préparatifs en vue d'une pandémie feront de la planète un endroit plus salubre, un point c'est tout. C'est le message de David Butler-Jones.

L'hon. Brenda Chamberlain: Je dois vous dire que j'étais de ceux qui, année après année, refusaient de se faire vacciner contre la grippe. J'ai longtemps refusé de me faire vacciner, mais je commençais à être vraiment très malade de la grippe. Depuis deux ans — c'est ma troisième année —, le vaccin fait toute la différence. Il faut le dire, parce que je crois qu'il y a bien des gens qui, comme moi auparavant, ne veulent pas prendre cette précaution, mais ils le devraient.

L'hon. Carolyn Bennett: Cela soulage même les files d'attente aux urgences. Après avoir mené sa vaste campagne de vaccination contre la grippe, en 2000, l'Alberta a éprouvé moins de problèmes dans ses salles d'urgence. Toutes les autres provinces l'ont constaté et se sont dit que la mesure était efficace, même pour l'ensemble de la population, pour ce qui est de l'attente dans les salles d'urgence. Tout est vraiment lié au pourcentage de la population qui attrape la grippe.

La présidente: Merci, madame Chamberlain.

Madame Dhalla, allez-y.

Mme Ruby Dhalla (Brampton—Springdale, Lib.): Merci encore d'être venus. Ce que vous dites est très utile pour de nombreux Canadiens dans tout le pays.

Je voulais simplement commenter ce que ma collègue disait au sujet des précautions que vous conseillez aux Canadiens de prendre pour prévenir la maladie.

Nous savons que la saison des voyages arrive. Est-ce que vous pouvez nous dire ce qu'il faut faire lorsque l'on se rend à l'étranger?

Dr David Butler-Jones: Cela varie selon l'endroit où vous allez. Renseignez-vous sur les vaccins et les immunisations qu'il vous faut, etc., mais pour ce qui est de la grippe, il est certainement important de se faire vacciner. Il est élémentaire de laver les aliments et de se laver les mains. Ces mesures sont absolument essentielles. Elles présentent l'avantage de réduire le fardeau des maladies infectieuses en permanence, pas seulement en cas de pandémie. Si nous prenons régulièrement ces précautions, lorsque quelque chose de ce genre surviendra nous serons en mesure d'y faire face.

Il faut aussi veiller à ce que les gens soient en santé. C'est la raison d'être des activités de prévention et des autres activités, parce que ceux qui sont malades et ceux qui souffrent d'une maladie chronique sont beaucoup plus susceptibles de mourir des suites de ces infections émergentes. Plus la population en général est en santé, plus nous sommes en santé, plus nous prenons bien soin de nous-mêmes, et plus nous serons en mesure de résister aux infections, de ne pas y succomber.

C'est un tout. Il y a des recommandations spécifiques à l'endroit où vous vous rendez, mais les précautions élémentaires — apportez les médicaments pour vos maladies chroniques, ayez une saine hygiène de vie, mangez bien, reposez-vous — tout cela est plutôt élémentaire. Il y a aussi des conseils sur les sites Web pour aider les gens — et pour les aspects plus spécifiques, consultez votre médecin de famille ou une clinique de voyage.

Dr Brian Evans: Madame la présidente, je m'en voudrais de ne pas saisir cette occasion de parler du point de vue vétérinaire. Lorsque les gens voyagent, ils doivent s'assurer qu'ils ne rapportent rien de nuisible au Canada. Lorsqu'ils rentrent au pays, s'ils ont visité une exploitation agricole dans un autre pays ils doivent le déclarer honnêtement. Cela est très important pour notre biosécurité générale, parce que nous pouvons faire certaines vérifications si vous avez visité une exploitation agricole — nous pouvons examiner vos chaussures, les vêtements que vous portiez, ce genre de choses.

J'en profite pour dire que les Canadiens qui voyagent sont aussi des éléments de notre défense biosécuritaire lorsqu'ils rentrent au pays.

• (1035)

Mme Ruby Dhalla: Merci.

Au sujet de la dernière question, je pense que vous, madame la ministre, ainsi que le Dr Butler-Jones, le ministre de la Santé et les nombreux participants à l'exercice vous méritez des félicitations pour avoir organisé cette conférence consacrée à une éventuelle pandémie.

L'an dernier, le monde a connu diverses catastrophes, dont le tsunami, les ouragans et un risque de pandémie. Premièrement, quel est le rôle du Canada sur la scène internationale, face à ce risque de pandémie?

Deuxièmement, pour ce qui est de la conférence, nous en avons eu des échos intéressants à la télévision et nous avons lu à ce sujet dans les journaux. Malheureusement, bien des membres du Comité de la santé n'y étaient pas. Pourriez-vous nous faire part de certains résultats concrets obtenus lors de cette conférence?

L'hon. Carolyn Bennett: À mon avis, le communiqué de clôture est l'un des meilleurs que j'aie jamais vu à la suite d'une conférence internationale. Je crois que le ministre Dosanjh a fait un extraordinaire travail pour convaincre personnellement plusieurs ministres d'y venir, car il savait que les discussions porteraient sur l'ouverture et sur le fait que nous devons avoir sur notre planète un endroit sûr où il est possible de se parler franchement sans risquer de

sanctions en termes de fermeture des frontières et de choses de ce genre, qui ont suscité bien des préoccupations. Je crois que nous avons su tirer les leçons de la crise du SRAS.

À en juger par les engagements pris à la suite de la conférence dans les domaines de la santé humaine et animale, de la surveillance et de la capacité, de la communication du risque, de la recherche sur les vaccins et les antiviraux et de l'équité de la distribution, je pense que c'est un bon début. Nous savons tous que cela nous a permis de progresser dans ces dossiers. Il était important pour le Canada que le premier ministre suive de près cette activité. La conférence a eu un effet déterminant sur notre orientation.

Cet après-midi, à 15 h 30, nous tenons une séance d'information à l'intention de tous les députés. Le communiqué y sera distribué. Nous vous en expliquerons la teneur et nous vous demanderons ce que, d'après vous, le Canada devrait maintenant faire pour concrétiser ses divers engagements, etc. Je crois que nous nous sommes imposés comme chef de file dans ce dossier, et nous voulons continuer de jouer un rôle de premier plan.

La présidente: Merci, madame Dhalla.

M. Fletcher veut dire un mot.

M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC): Merci, madame la présidente.

Comme j'ai peu de temps, je vais aller droit au but.

Madame la ministre, je suis très déçu de votre réponse à la question de ma collègue, Mme Skelton, qui voulait savoir quand le règlement de la Loi sur la quarantaine serait appliqué. Vous vous êtes immédiatement tournée vers le Dr Bulter-Jones. Les Canadiens attendent pourtant de leurs ministres qu'ils sachent à quel moment les règlements vont s'appliquer, où du moins qu'ils en aient une idée. Vous ne devez peut-être pas connaître tous les détails, mais vous ne pouvez pas simplement passer la main.

Cela nous ramène à toute cette question de la Loi sur la quarantaine. Les Canadiens pensent que la Loi sur la quarantaine contribuera à prévenir une pandémie dans notre pays. Pourtant, vous laissez entendre que la Loi sur la quarantaine n'aurait pas d'effet en cas de pandémie, que c'est plutôt une mesure de prévention. La réponse que vous nous avez fournie n'est pas satisfaisante et elle soulève la question de la responsabilité.

Lorsque l'on a parlé de responsabilité, madame la ministre, vous avez mentionné un comité et les nombreux intervenants, des choses de ce genre. Nous avons tous vu ce qui s'est passé à la Nouvelle-Orléans, où personne n'était vraiment responsable, en dernière analyse. Le présent gouvernement s'exprime par la voix du ministre de la Santé. Dans le dossier de la grippe aviaire, vous avez parlé de la conférence. Dans de nombreuses entrevues avec les médias, c'est lui qui a parlé au nom du gouvernement à ce sujet.

Si le comité veut des réponses en matière de responsabilité, je me demande s'il ne ferait pas mieux de convoquer le ministre de la Santé plutôt que vous pour répondre à ses questions.

• (1040)

L'hon. Carolyn Bennett: Je suis tout à fait disposée à vous répondre, mais traitons d'abord de la Loi sur la quarantaine.

La Loi sur la quarantaine est en vigueur, n'est-ce pas? La loi préexistante... Nous avons besoin d'un règlement pour appliquer la Loi sur la quarantaine. Nous espérons l'adopter cet automne, mais cela pourrait être reporté au printemps, car les négociations avec Transports Canada et l'industrie de l'aviation... Le règlement sera déposé lorsque les travaux de la Chambre reprendront, en février.

Quant aux négociations avec les sous-ministres, c'est ce que fait David Butler-Jones. Il essaie d'établir à quel point nous en sommes dans les négociations et veille à ce que cette initiative produise des résultats concrets.

Pour ce qui est du porte-parole, je pense qu'il y a une nette différence entre l'état de préparation et ce qui se passe concrètement lors d'une pandémie. Nous faisons tous ce que nous pouvons pour être prêts, mais en cas de pandémie c'est Anne McLellan qui sera la porte-parole. Elle traitera avec tous les ministères fédéraux et vérifiera leur état de préparation. David Butler-Jones aura un rôle très spécifique à jouer, car nous prenons des mesures pour qu'il puisse s'adresser directement aux Canadiens sur les questions de santé — mais il continuera de remplir ses fonctions d'administrateur en chef de... de directeur de l'agence.

Le ministre de la Santé est responsable de l'ensemble du portefeuille de la santé. Il a donc besoin d'une approche très intégrée, qui englobe la réglementation des vaccins et des antiviraux, la recherche et l'ICIS, et la façon dont nous évaluons la situation. Le ministre de la Santé a un représentant personnel, l'administrateur en chef de la santé publique, qui relève directement de lui. J'ai pour mandat d'appuyer le ministre de la Santé et de faire tout ce que je fais quotidiennement pour que le travail s'accomplisse.

M. Steven Fletcher: Nous devrions donc convoquer le ministre de la Santé, si c'est de lui que le Dr Butler-Jones relève.

La présidente: Merci, monsieur Fletcher.

Passons maintenant à M. Thibault.

L'hon. Carolyn Bennett: Ce n'est pas lui que vous avez convoqué. Vous avez convoqué...

La présidente: Excusez-moi, la parole est maintenant à M. Thibault.

L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je suis heureux que la ministre de la Santé publique soit ici. Elle fait un excellent travail de communication auprès des Canadiens, elle collabore avec le ministre Dosanjh pour veiller à ce que toutes les agences et toutes les provinces agissent de concert avec nous. Je crois que c'est là une belle réussite canadienne, cette collaboration que nous avons, cet esprit d'équipe qui ne tient pas compte des frontières lorsque l'intérêt des Canadiens est en jeu.

J'ai une double question à poser au Dr Butler-Jones. Comme nous avons très peu de temps, je vais le laisser commenter. Il a dit que le virus H5N1 n'allait pas muter mais, si j'ai bien compris, qu'il pouvait modifier un virus humain connu, un virus qui s'attaque déjà à l'homme, et que c'est ce virus qui pourrait muter et créer une pandémie. J'aimerais qu'il me précise cela dans une minute.

J'aimerais aussi qu'il me précise autre chose. Comme mon ami Mike Savage, je crois que nous avons un rôle à jouer dans le monde parce que nous sommes un pays riche, un pays développé, mais je suis un peu plus égoïste que Mike. Je vois que notre collaboration avec d'autres nations — et j'espère que nous allons faire encore plus — a des effets bénéfiques pour nous. Il y a un risque de pandémie, et si ce n'est pas la grippe de souche H5N1, ce sera tôt ou tard un autre virus. Il est important que nous, les Canadiens, nous agissions à

l'échelle mondiale, parce qu'il ne s'agira pas d'un problème de voisinage. Le problème sera mondial, et nous devons collaborer pour l'attaquer si possible à la source — comme dans le cas de la grippe aviaire.

Monsieur Jones.

Dr David Butler-Jones: Au sujet du virus et des divers mécanismes par lesquels il peut déclencher une pandémie, le risque le plus probable est qu'un virus humain se combine à un virus animal, sans doute un virus aviaire. Il pourrait s'agir du H5N1 ou d'un autre virus aviaire qui réarrangerait ses éléments pour créer essentiellement un nouveau virus humain.

Le virus humain évolue constamment. Il est donc aussi possible qu'il subisse une mutation suffisante pour devenir beaucoup plus difficile à reconnaître, et c'est en partie pour cette raison que d'année en année le virus humain affecte plus ou moins gravement un nombre plus ou moins élevé de personnes. La moins probable des trois hypothèses est que la souche aviaire H5N1 franchisse toutes les étapes nécessaires pour devenir un virus humain. C'est ce qui est le moins probable. Cela demeure possible, et nous devons en tenir compte. Les autres possibilités sont plus probables. Bien sûr, plus nous intervenons collectivement dans le monde... parce que lorsqu'il y aura une pandémie, lorsque la maladie frappera dans un pays quelconque, tous les pays en souffriront.

Vous avez tout à fait raison, il est de notre intérêt personnel de collaborer sur la scène mondiale. Nous en bénéficierons tous.

•(1045)

La présidente: Merci, monsieur Thibault.

Je remercie tous mes collègues de la discipline dont ils ont fait preuve en respectant la répartition du temps.

Je veux aussi remercier la ministre Bennett, le Dr Butler-Jones, M. Evans et M. Mountjoy, qui sont venus nous communiquer cette information. Je crois que la séance a été très fructueuse. Si nous voulons vous revoir, nous vous ferons signe, mais je ne doute pas que vous nous ayez transmis une excellente information.

Merci beaucoup.

L'hon. Carolyn Bennett: Madame la présidente, je tiens à remercier tout le personnel de l'Agence de santé publique et de l'ACIA. Nous avons beaucoup de chance, dans notre pays, de pouvoir compter sur des fonctionnaires aussi compétents, qui nous protègent par leur travail quotidien.

La présidente: Nous allons nous interrompre quelques minutes pendant que nos témoins suivants prennent place.

•(1046)

(Pause)

•(1053)

La présidente: Mesdames et messieurs, je crois que nous pouvons commencer la seconde partie de notre rencontre.

Nous sommes heureux d'accueillir des représentants de Hoffmann-La Roche Ltd. : M. Paul Brown, vice-président, Ventes et marketing, et Mme Ilona Torontali, vice-présidente, Affaires publiques.

Monsieur Brown, allez-vous commencer? Vous avez la parole.

M. Paul Brown (vice-président, Ventes et marketing, Hoffmann-La Roche Limitée): Madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du comité, merci beaucoup de nous donner l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui. Je m'appelle Paul Brown, et je suis vice-président, Ventes et marketing, chez Roche Canada. Je suis aussi l'ancien responsable mondial pour le Tamiflu, le médicament antiviral si souvent mentionné dans le contexte de la planification en prévision d'une pandémie et de la grippe aviaire. Je suis venu aujourd'hui avec ma collègue Ilona Torontali, vice-présidente, Affaires publiques.

Nous sommes très heureux de pouvoir discuter avec vous de la place importante qu'occupe le Tamiflu dans la planification en vue d'une pandémie. Roche oeuvre au Canada depuis plus de 70 ans et donne du travail à 700 personnes dans votre pays. Notre gamme de produits pharmaceutiques spécialisés met l'accent sur les médicaments qui sauvent des vies dans de nombreux domaines, dont l'oncologie, la virologie, la transplantation d'organe, la cardiologie et, bien sûr, la grippe.

Parlons du Tamiflu. Le Tamiflu peut être utilisé pour traiter et pour prévenir la grippe. Il empêche la propagation du virus. Il aide les patients qui ont contracté le virus à se rétablir plus rapidement. Le Tamiflu est utile contre toutes les souches de grippe A et B testées jusqu'à maintenant, y compris la souche H5N1 qui attaque actuellement les populations d'oiseaux en Asie et en Europe.

En ce qui concerne la constitution de réserves en vue d'une pandémie, la société Roche considère que les plans devraient prévoir à la fois des vaccins et des antiviraux. En fait, nous croyons que le Tamiflu est un élément important de la planification en cas de pandémie, mais que ce n'est pas la seule solution.

Les vaccins demeurent la pierre angulaire de la lutte contre la grippe saisonnière et la grippe pandémique. Malheureusement, ils ne peuvent pas être utilisés pour le traitement de la grippe. Il faut bien comprendre qu'en cas de pandémie, il faudra entre trois et six mois pour mettre au point un vaccin et en produire des quantités importantes. Contrairement aux vaccins, les antiviraux comme le Tamiflu peuvent être stockés à l'avance et seront donc la seule option jusqu'à ce que des quantités suffisantes de vaccins soient prêtes.

L'Organisation mondiale de la santé a recommandé à tous les pays de faire des provisions d'antiviraux dans le cadre de leurs plans en vue d'une pandémie. Roche est donc en pourparlers avec une quarantaine de gouvernements dans le monde au sujet de la constitution de réserves de Tamiflu, et notre dialogue avec le gouvernement canadien est engagé depuis 2002. Je suis heureux de pouvoir dire que toutes les commandes du gouvernement canadien jusqu'à maintenant ont été honorées en temps opportun.

Dans les pays en développement, la tendance mondiale est de constituer des réserves suffisantes de Tamiflu pour traiter entre 20 et 30 p. 100 de la population.

J'aimerais revenir à une question très importante soulevée précédemment et qui, je crois, crée une certaine confusion dans les médias. Je veux parler de l'utilisation des termes « dose » et « traitement ». Soyons clairs, un traitement est formé de dix doses, de dix gélules. Si nous parlons de 10 millions de doses, cela correspond à un million de traitements.

Je veux aussi commenter la question de la production et de la fourniture de Tamiflu. Roche a sensiblement accru sa capacité de production de Tamiflu. Nous l'avons doublée l'an dernier, et nous allons encore la doubler cette année. D'ici la mi-2006, notre capacité de production sera de huit à dix fois plus importante qu'en 2003. Le processus de fabrication du Tamiflu est complexe. Il comprend

dix étapes, une cinquantaine de fournisseurs externes de matières premières et de multiples fabricants et unités de production externes. Roche travaille avec ces partenaires pour optimiser le processus et la chaîne d'approvisionnement. Je dois signaler que si le gouvernement souhaitait se procurer des quantités supplémentaires de Tamiflu en prévision d'une éventuelle pandémie, il devrait maintenant prévoir des délais de livraison pouvant aller jusqu'à 18 mois.

• (1055)

Outre les efforts qu'elle déploie dans sa propre chaîne d'approvisionnement, la société Roche a récemment annoncé qu'elle envisageait d'autoriser des fabricants ou des gouvernements à produire le Tamiflu sous licence, à conditions qu'ils puissent prouver leur capacité d'en produire des quantités importantes en respectant les normes de qualité. Roche évalue actuellement plus de 100 demandes de production sous licence.

Finalement, madame la présidente, j'aimerais commenter les événements de la semaine dernière. La semaine dernière, en raison d'une demande de Tamiflu sans précédent en l'absence d'activité grippale saisonnière, Roche Canada a pris la décision responsable de suspendre temporairement les envois de Tamiflu à la chaîne de distribution, d'ici le début de la saison grippale. Lorsque celle-ci aura commencé, nous gérerons l'inventaire de Tamiflu en donnant la priorité aux patients les plus à risque dans les hôpitaux et dans les établissements de soins de longue durée.

En clair, cette mesure vise uniquement l'approvisionnement destiné à la saison de grippe régulière. Elle ne modifie en rien notre engagement de collaborer avec les gouvernements pour les aider à constituer des réserves de Tamiflu en vue d'une pandémie éventuelle.

Madame la présidente, j'espère que cette information sur le Tamiflu vous est utile. Si vous avez la moindre question, je me ferai un plaisir d'y répondre.

• (1100)

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Merrifield.

M. Rob Merrifield: Merci beaucoup d'être venus. Le moment est bien choisi, surtout après ce que nous avons vu pendant la première heure et demie de cette réunion du comité.

Je crois qu'il était important que vous et les témoins qui vous ont précédé précisiez la différence entre un vaccin et un antiviral. Ce qui m'intéresse, dans ce que vous venez de dire, c'est qu'il ne s'agit pas seulement de prévention, mais aussi de traitement. C'est à la fois une mesure de prévention et un traitement, et cela me paraît unique pour un produit.

Je veux revenir à ce que j'ai demandé plus tôt à la ministre, les raisons pour lesquelles le gouvernement canadien a choisi de s'en tenir à cinq ou à dix pour cent plutôt qu'à 25 ou à 30 p. 100, comme ce que tentent de faire, selon vous, la majorité des pays. À votre avis, et je sais que vous pourriez paraître quelque peu partial puisqu'il est dans votre intérêt de vendre votre produit, mais quelle serait le niveau approprié?

Je pense que vous jouissez d'une certaine crédibilité, après avoir effectivement interrompu les ventes, ce qu'à ma connaissance aucune entreprise n'a jamais fait, pour pouvoir constituer des réserves suffisantes au pays. Je crois que vous avez ainsi beaucoup gagné en crédibilité.

Pouvez-vous me dire ce que vous pensez de la position du Canada à ce sujet?

M. Paul Brown: Je remercie le député de sa question.

Je vais essayer d'y répondre en trois étapes.

Premièrement, j'en reviens aux aspects traitement et prévention. Le Tamiflu a été conçu pour agir contre toutes les formes de grippe de souches A et B. De fait, les études cliniques réalisées aux fins de l'approbation du Tamiflu pour une utilisation saisonnière ont prouvé que le Tamiflu était un traitement efficace. Si vous contractez la grippe, vous prendrez deux gélules de 75 milligrammes de Tamiflu par jour pendant cinq jours. Cela constitue un traitement. Il a aussi été prouvé que le Tamiflu était utile comme prophylactique. Vous pourriez prendre une gélule de Tamiflu pendant dix jours, ou pendant un maximum de six semaines. Le Tamiflu prévient l'infection. Vous avez tout à fait raison, le Tamiflu peut être utilisé comme traitement mais aussi comme prophylactique.

Dans le contexte de la planification en vue d'une pandémie, c'est au gouvernement qu'il incombe de décider comment utiliser le médicament, de déterminer ce qui constitue la combinaison la plus appropriée et la façon de l'utiliser dans le contexte d'un plan d'intervention en cas de pandémie.

Pour ce qui est des chiffres, je suis heureux de pouvoir dire aux membres du comité que nous avons honoré toutes les commandes et rempli toutes les demandes que nous avait présentées le gouvernement canadien. Pour ce qui est de la quantité exacte que le gouvernement a en stock, il ne m'appartient pas de la révéler. Le niveau des réserves est déterminé à la suite d'une décision très complexe. Cela varie selon le pays. C'est une combinaison complexe des objectifs du gouvernement, selon l'infrastructure et les objectifs.

Je peux vous dire que nous avons exécuté toutes les commandes que le gouvernement canadien a présentées à Hoffmann-La Roche. Quant au caractère suffisant des réserves, c'est une question qu'il faut adresser au gouvernement.

M. Rob Merrifield: C'est pourquoi je l'ai posée. Je n'obtiens pas de réponse — ni du gouvernement ni de votre part. C'est sans doute pour cela que je trouve inquiétant, et la majorité des Canadiens sont probablement du même avis, que le médecin en chef du pays commande en prévision de la pandémie 100 doses de Tamiflu qu'il paie de sa poche, pour son usage personnel. Cela me choque un peu, puisque nous sommes en situation de pénurie et que nous n'avons peut-être qu'une couverture de dix pour cent au lieu de 20 ou 25 p. 100.

Enfin, continuez.

M. Paul Brown: J'aimerais commenter la dernière partie de votre question, au sujet de ce que nous avons fait récemment pour gérer les stocks pour la saison de grippe. J'aimerais expliquer au comité pourquoi nous avons agi ainsi.

Dans les semaines qui ont précédé la décision de gérer notre inventaire, nous avons constaté que la demande quotidienne de Tamiflu dans le réseau de vente au détail était supérieure à tout ce que nous avions vendu au cours de l'année précédente. En une journée, nous avons vendu plus de Tamiflu que nous ne l'avions fait pour l'ensemble de l'année précédente. Et la saison de grippe n'est pas encore commencée.

C'est pourquoi, madame la présidente, nous avons pris une décision responsables et nous avons déclaré que nous allions gérer notre inventaire de façon à pouvoir approvisionner en priorité les établissements de soins de longue durée et les hôpitaux, quand la saison de grippe commencera, pour que le Tamiflu puisse être administré aux personnes qui en auront sans doute le plus besoin —

les personnes qui sont le plus menacées de complications dues à la grippe.

• (1105)

M. Rob Merrifield: Je crois que c'est une décision responsable de votre part.

Ce que vous nous dites, c'est que le Canada n'attend pas de livraison de Tamiflu de votre société à l'heure actuelle.

M. Paul Brown: Toutes les commandes passées par le gouvernement canadien à la société Hoffmann-La Roche ont été remplies à temps ou à l'avance. Nous poursuivons le dialogue avec le gouvernement, mais j'espère que le comité reconnaîtra que les détails de ces pourparlers et la nature des contrats que nous avons sont confidentiels.

Je ne peux pas vous communiquer de détails à ce sujet, madame la présidente.

M. Rob Merrifield: Je ne demande pas de détails, je demande simplement si le gouvernement a commandé ce médicament chez vous ou pas. Je ne veux pas nécessairement connaître les quantités.

Ce que vous nous dites, c'est que toutes les commandes ont été remplies. Cela signifie donc qu'il n'y a plus de commandes en attente chez vous.

M. Paul Brown: Il faut le demander au Dr Butler-Jones.

Bien sûr, si le gouvernement veut commander des doses supplémentaires du médicament, nous continuerons de collaborer avec lui de façon diligente et responsable, comme nous l'avons fait au cours des deux ou trois dernières années, pour que le gouvernement puisse constituer les réserves dont il a besoin.

M. Rob Merrifield: Vous dites qu'il faudra un an et demi, si on passe une commande aujourd'hui, avant de pouvoir livrer le produit. N'est-ce pas ce que vous nous dites?

Cela m'amène à ma deuxième question, une question que mon collègue Michael Savage a déjà posée, mais je vais vous la poser à nouveau. C'était dans la presse d'hier, le probénécide, je crois que c'est son nom... Est-ce que ce produit peut doubler l'efficacité du Tamiflu?

M. Paul Brown: Je vais diviser votre question en deux et répondre à la première partie. Veuillez vous reporter à la documentation que nous vous avons fournie, au schéma intitulé qui expose le processus de fabrication de l'oseltamivir.

Je veux simplement expliquer au comité les délais de livraison, parce qu'il y a eu beaucoup de confusion dans les médias à ce sujet. La fabrication du Tamiflu est un processus très complexe. Sur ce diagramme, vous voyez que la matière première du Tamiflu peut venir de deux sources : la badiane ou un processus de fermentation.

Lorsque vous avez la matière de base, il faut la soumettre à une série de réactions chimiques complexes pour obtenir le produit intermédiaire clé, c'est le numéro deux sur le schéma. Ce produit est ensuite envoyé chez un fabricant externe, qui a des capacités spécialisées pour effectuer l'étape suivante. C'est une étape très complexe qui comporte des risques d'explosion. La Roche collabore avec ces fabricants depuis de nombreuses années pour perfectionner le processus et accroître la capacité.

Le produit revient chez Hoffmann-La Roche où il est transformé une dernière fois en un ingrédient pharmaceutique actif qui a un peu l'aspect de la barbe à papa. C'est à peu près la texture de l'ingrédient pharmaceutique actif appelé oseltamivir. On ne peut pas en faire immédiatement des gélules, il faut le réduire en poudre pour le mettre dans les gélules, puis le conditionner et le distribuer.

Comme vous le voyez, c'est un résumé très succinct du processus de fabrication. Le processus est complexe. Du début à la fin, il faut compter environ 12 mois. C'est la raison pour laquelle les délais de livraison sont de 12 à 18 mois.

• (1110)

M. Rob Merrifield: Votre société a affirmé qu'elle était prête à céder le brevet à d'autres entreprises capables de respecter la norme. Est-ce que j'ai bien compris?

M. Paul Brown: Revenons un instant au processus. Ces trois ou quatre dernières années, nous avons constamment renforcé la chaîne de production. Nous avons doublé la capacité l'an dernier et nous l'avons à nouveau doublée cette année. Nous projetons de nouvelles augmentations de capacité et nous continuons de travailler dans le but d'accroître cette capacité.

En conséquence, nous avons réussi à remplir toutes les commandes non seulement ici, au Canada, mais dans le monde entier. Nous avons rempli toutes les commandes présentées par des gouvernements jusqu'à maintenant pour constituer des réserves en vue d'une éventuelle pandémie. Toutefois, nous avons également dit que nous étions tout à fait disposés à négocier avec d'autres fabricants. S'ils peuvent nous prouver qu'ils sont en mesure de produire des quantités considérables de Tamiflu en respectant les mêmes normes de réglementation et de qualité que la société Hoffmann-La Roche, nous sommes tout à fait disposés à discuter d'ententes de production sous licence. Nous avons un processus en place, et les entreprises intéressées peuvent se manifester. Une centaine de sociétés ont déjà communiqué avec Hoffmann-La Roche pour discuter d'ententes sous licence.

La présidente: Merci, monsieur Merrifield.

Nous allons maintenant passer à M. Ménard.

[Français]

M. Réal Ménard: Je veux bien comprendre l'état réel de la situation. Quand la ministre nous dit qu'elle a 40 millions de capsules, cela signifie, en fait, qu'on a ce qu'il faut pour administrer 4 millions d'antiviraux. Autrement dit, quand elle écrit dans son discours que le Canada en a 40 millions en réserve, cela signifie qu'on a 4 millions d'antiviraux pour le traitement des individus.

[Traduction]

M. Paul Brown: Il est vrai que 40 millions de gélules équivaldraient à quatre millions de traitements. Mais laissez-moi apporter ici une dernière précision. Cela suppose que tout le matériel est utilisé dans un contexte de traitement. Si vous décidez d'en utiliser une partie comme prophylaxie, vous consommerez une plus grande quantité du médicament, et le nombre de personnes traitées sera...

[Français]

M. Réal Ménard: Ce qui est troublant, c'est que si le gouvernement vous demandait de répondre de manière urgente à une demande, les étapes de la fabrication — ce qu'il faut pour réunir les composants du produit de l'ensemble de vos 50 fournisseurs — prennent 18 mois. Par conséquent, même en cas d'urgence nationale,

vous ne pourriez pas, dans un délai inférieur à 18 mois, produire davantage de Tamiflu.

La production se fait-elle essentiellement au Canada, ou aux États-Unis? C'est ce qui m'inquiète en premier lieu. En effet, vous répondez à la demande de 50 pays. S'agit-il d'une production domestique?

[Traduction]

M. Paul Brown: Merci de cette question.

Ici aussi, j'aimerais répondre en deux phases. Premièrement, la question de l'approvisionnement se ramène vraiment à la question centrale de la planification. Prenons un peu de recul...

[Français]

M. Réal Ménard: Je comprends le processus, mais l'ensemble de la production se fait-elle au Canada, ou aux États-Unis?

[Traduction]

M. Paul Brown: Je vais répondre à votre question, mais j'aimerais d'abord traiter de la première partie de cette question, si vous me le permettez.

Je veux simplement commenter cet aspect, parce que c'est essentiel, c'est le pivot de toutes les questions relatives à l'approvisionnement. Un des avantages des antiviraux, c'est qu'ils peuvent être stockés à l'avance. En cas de pandémie, qu'il s'agisse d'antiviraux, de vaccins ou de tout autre médicament, il ne sera pas possible de relever la production pour répondre à la demande pendant une pandémie. L'avantage des antiviraux, c'est qu'on peut les stocker. C'est pourquoi nous collaborons avec les gouvernements depuis maintenant quatre ou cinq ans pour constituer des réserves; c'est ce que nous faisons avec le gouvernement canadien.

La deuxième partie de votre question porte sur la chaîne d'approvisionnement. Cette chaîne est à l'échelle du monde. Elle n'est pas basée ici au Canada. Elle est répartie un peu partout dans le monde. Là encore, j'en reviens à ce point essentiel. En cas de pandémie, on ne pourra pas compter sur la chaîne d'approvisionnement pour produire le médicament. Elle ne sera d'aucune utilité. Ce qui importe, c'est de planifier à l'avance, de constituer des réserves et d'avoir l'antiviral Tamiflu dans le pays pour pouvoir l'utiliser.

• (1115)

La présidente: S'il vous plaît, soyez un peu plus concis. On vous demande entre autre où le produit est fabriqué. Le député ne veut pas savoir où se trouve la chaîne d'approvisionnement. Nous savons tous, dans notre économie mondiale, que les éléments viennent de tous les coins du monde. Je veux aussi savoir quelle est l'installation de production la plus près d'ici, l'endroit d'où sortent les gélules de Tamiflu? Est-ce que c'est en Amérique du Nord?

M. Paul Brown: Madame la présidente, premièrement, je vous présente mes excuses. J'utilise la terminologie de la société, qui n'est pas toujours claire.

Quand je parle de chaîne d'approvisionnement, je parle de fabrication.

La présidente: Vous faites de longues phrases alors que tout ce que nous vous demandons c'est le nom d'une ville.

M. Paul Brown: Je comprends la question et je comprends votre frustration, mais je ne peux pas vous donner de réponse simple parce que le produit n'est pas fabriqué à un seul endroit.

Si nous reprenons le diagramme...

La présidente: J'ai demandé quel était l'endroit le plus près d'Ottawa. Même si le médicament est fabriqué dans dix villes dans le monde, quel est l'unité de fabrication qui produit des gélules le plus près d'Ottawa?

M. Paul Brown: La dernière étape, là où nous produisons les gélules, c'est en Europe, en Suisse, et il y a aussi une certaine capacité aux États-Unis.

La présidente: Où, aux États-Unis?

M. Ménard va poursuivre, et j'espère que vos réponses seront aussi brèves que possible.

Allez-y, monsieur Ménard.

[Français]

M. Réal Ménard: Vous aimez Shakespeare, mais il faut répondre avec Molière.

Vous dites que vous répondez à la demande selon le principe du premier arrivé, premier servi. Si le gouvernement canadien décrétait l'état d'urgence, vous serait-il possible de prioriser les commandes du Canada, étant donné que vous répondez à 50 pays? Combien le gouvernement paie-t-il chaque comprimé mis à sa disposition? Quelle est la marge du bénéficiaire que touchez là-dessus?

[Traduction]

M. Paul Brown: Le système du premier arrivé, premier servi est opérationnel depuis longtemps, c'est un système qui a fait ses preuves et nous le maintenons. Par exemple, si le gouvernement canadien passait une commande aujourd'hui, il prendrait place dans la file et sa demande serait entrée dans le système dès que nous aurions conclu une entente. Si un gouvernement vient après avec une autre commande, il ne pourra pas passer devant. Nous respectons strictement l'ordre dans lequel les commandes sont passées.

Pour ce qui est du prix, le prix qui a été proposé au gouvernement canadien est un prix mondial uniforme. Il est sensiblement plus bas que le prix de détail. Il y a un rabais pour les achats en prévision d'une pandémie, et ce rabais est appliqué de façon uniforme dans le monde entier, sauf pour les gouvernements du tiers monde, auxquels nous octroyons un rabais supplémentaire.

[Français]

M. Réal Ménard: Quel est ce prix?

[Traduction]

Quel est le prix pour le gouvernement canadien?

M. Paul Brown: Je ne suis pas en mesure de vous révéler ce chiffre. Cela fait partie du contrat confidentiel que nous avons conclu avec le gouvernement canadien. Si le Dr Butler-Jones ou la ministre Bennett veulent vous communiquer cette information, c'est à eux qu'il faut poser la question. Je ne suis pas en mesure de vous fournir de réponse.

[Français]

M. Réal Ménard: En somme, vous confirmez que l'état actuel de l'approvisionnement correspond à peu près à 10 p. 100. S'il y avait une pandémie, on pourrait répondre à 10 p. 100 des cas, les États-Unis à 4 p. 100, et dans plusieurs autres pays, c'est 20 p. 100. L'état de l'approvisionnement sur la base des contrats avec la compagnie Roche répondrait à 10 p. 100 de la demande.

Confirmez-vous ce chiffre?

[Traduction]

M. Paul Brown: Là encore, je crois que le Dr Butler-Jones a déjà mentionné que le gouvernement avait environ 3,5 millions de

traitements, ce qui couvre environ dix pour cent de la population canadienne.

• (1120)

La présidente: Merci.

Monsieur Thibault.

L'hon. Robert Thibault: Si je comprends bien, et c'est aussi ce qu'a dit le Dr Butler-Jones, c'est plus près de 14 p. 100, puisque la population est tout juste sous les 30 millions. Quoi qu'il en soit, nous en avons.

Je pense que la question de M. Ménard a peut-être été mal comprise lorsqu'il parlait de l'ampleur des besoins, parce qu'il est difficile de cerner les besoins; c'est très complexe. Si vous prenez l'ensemble de la population, c'est assez facile.

Vous et le Dr Butler-Jones avez bien indiqué qu'il s'agissait d'un système complexe de prise de décisions, et que cela se faisait de concert avec des spécialistes de l'industrie ainsi qu'avec toutes les provinces et avec le comité de planification en vue d'une pandémie de grippe qui examine vos produits et ceux d'autres fabricants d'antiviraux. C'est un processus continu qui vise à constituer des réserves et à déterminer les quantités qu'il nous faut.

Avant de vous poser des questions, je tiens à vous féliciter, vous et votre entreprise, pour la façon dont vous vous êtes comportés pendant tout ce processus. On constate un petit effet CNN, parce qu'il y a eu dernièrement la conférence internationale à Ottawa et que les Américains ont publié leur plan cette semaine. Il semble que le monde entier ait soudainement pris conscience de ce dossier, mais je sais que votre entreprise y travaille depuis très longtemps et mène des pourparlers avec divers pays de façon tout à fait responsable. Le Canada, je crois, a été le premier pays à commencer à constituer des réserves, et cela s'est fait en partenariat avec Hoffmann-La Roche.

Je veux aussi vous féliciter, comme l'a fait M. Merrifield, pour avoir interrompu l'approvisionnement à un moment où le marché semblait instable ou ne réagissait pas comme il l'aurait dû. C'est peut-être encore un facteur CNN, ou la crainte qui s'installe, et je pense que c'est tout à fait responsable de votre part de renoncer à des profits immédiats dans l'intérêt de la santé des citoyens non seulement du Canada, mais du monde, et d'agir pour optimiser l'utilisation de vos stocks.

Je veux aussi vous remercier de m'avoir informé il y a quelques semaines de toutes ces questions. Depuis, j'ai su par les médias que vous étiez en discussion un peu partout dans le monde en vue d'accroître votre capacité de production, comme vous l'avez indiqué en réponse à d'autres questions, et je pense que cela est très positif.

Ces médicaments sont délivrés sur ordonnance. Ils ont divers usages, tant comme prophylaxie, pour les travailleurs de première ligne, que comme traitement pour la population. Il y a aussi un risque lorsque ces médicaments sont mal utilisés. On risque de créer une certaine résistance, des problèmes de ce genre. Je crois donc que la décision d'interrompre l'approvisionnement au niveau du consommateur pour pouvoir répondre à la demande des gouvernements, des hôpitaux, des établissements de soins et des autres utilisateurs prioritaires est particulièrement louable.

Je voulais aussi mentionner que peut-être, lorsque le facteur CNN joue, que la panique s'installe, que les gens pensent qu'il devrait y avoir des montagnes d'antiviraux dans toutes les cours, certains proposeront de retirer les droits de propriété intellectuelle à des entreprises comme la vôtre. Je n'appuie pas cette suggestion, parce qu'en fait, vous avez saisi une occasion commerciale, vous avez investi dans le domaine scientifique pour élaborer un produit. Si nous court-circuitons ce processus, je ne crois pas que nous aurons beaucoup d'investissements de ce type pour les prochaines pandémies ou les prochaines craintes.

J'aimerais maintenant que vous nous expliquiez comment vous pouvez travailler avec d'autres sociétés dans un contexte de fabrication sous licence et quels sont les échéanciers que vous prévoyez pour accroître la production. Nous pouvons ergoter au Canada : faudrait-il 14 p. 100, 20 p. 100, 30 p. 100? Nous savons que dans le monde la proportion est très inférieure à cela. Il y a donc un besoin mondial. Est-ce que Hoffmann-La Roche est confiant de pouvoir relever la production dans un délai relativement bref?

M. Paul Brown: Madame la présidente, je remercie le député de ses commentaires. Il est bien aimable.

Je vais répondre à la question de la capacité en deux volets. Roche continuera de renforcer sa chaîne d'approvisionnement et la capacité de son processus de production comme elle l'a fait au cours des trois ou quatre dernières années. Je le répète, nous avons doublé notre capacité l'an dernier et nous l'avons doublée à nouveau cette année. Nous projetons de continuer sur cette voie.

Je dois préciser que pour ce faire nous collaborons avec des fabricants à l'extérieur de notre société depuis de nombreuses années. Cette capacité de production n'est pas uniquement celle de Hoffmann-La Roche. Nous avons de nombreux fournisseurs externes, tant pour la matière première qu'aux étapes intermédiaires.

Ce que nous disons, c'est que si d'autres entreprises ont le savoir-faire et la capacité nécessaires pour nous aider à accroître la capacité de production de Tamiflu, et qu'elles peuvent en produire des quantités suffisantes pour que cela en vaille la peine — et bien sûr, il faut que les normes que nous utilisons nous-mêmes en termes de réglementation et de sécurité soient respectées —, nous serions tout à fait disposés et heureux de négocier avec elles des licences de production. Des discussions sont en cours. Il y a un processus en place. Nous menons de telles négociations actuellement, le dialogue est engagé. Il est trop tôt pour spéculer sur le nombre de ces négociations qui porteront fruit, mais nous espérons trouver de nouveaux collaborateurs.

• (1125)

La présidente: Merci, monsieur Thibault.

Je crois que M. Ménard veut invoquer le règlement.

[Français]

M. Réal Ménard: Madame la présidente, avant que nous ajournions nos travaux, j'ai besoin d'une précision. Deux chiffres ont circulé. Sur la base des contrats réalisés, si on administrait les réserves, pourrait-on approvisionner 3 p. 100 de la population canadienne, ou 10 p. 100 de la population canadienne? Je veux m'assurer d'avoir l'information juste avant que nous ajournions, parce que la différence est énorme.

Le gouvernement a semblé dire qu'il s'agissait de 10 p. 100, tandis que le témoin a parlé de 3 p. 100.

L'hon. Robert Thibault: Non, il n'a pas dit 3 p. 100.

M. Réal Ménard: Je voudrais que vous nous le disiez une dernière fois. Sur la base des contrats réalisés, si demain on distribuait les réserves à la population canadienne, pourrait-on répondre à 10 p. 100 des besoins de la population, ou à 3 p. 100 des besoins de la population?

Vous dites 10 p. 100?

[Traduction]

La présidente: Bien sûr, il faut aussi savoir de combien de doses on parle. Je crois avoir lu dans le journal il y a deux ou trois semaines que huit comprimés suffisaient pour une personne. Il semble que ce chiffre ait été porté à dix aujourd'hui, ce qui réduit le pourcentage de la population qui serait protégée par notre réserve.

[Français]

M. Réal Ménard: Est-ce 3 p. 100, ou 10 p. 100 de la population, sur la base du contrat réalisé?

[Traduction]

La présidente: Monsieur Thibault.

L'hon. Robert Thibault: Je crois qu'il faut être clair. Dans la documentation fournie par la société Roche, on parle de dix pour cent de la population. La ministre de la Santé publique a mentionné 14 p. 100, et le Dr David Butler-Jones a aussi parlé de 14 p. 100. Nous pourrions certainement lui demander des calculs, mais le chiffre de trois pour cent n'a jamais été mentionné. Je pense que trois ou quatre pour cent, ce sont les chiffres des Américains. Au Canada, nous avons entre 35 et 40 millions de doses. Je ne sais pas exactement combien. Si nous acceptons le taux de dix doses par personne, nous arrivons à 3,5 ou quatre millions de personnes, ce qui correspond à peu près à 10 ou 14 p. 100. Je ne sais pas lequel de ces chiffres est exact, lequel la société Roche utilise ou lequel le ministère de la Santé a utilisé pour faire ses calculs, mais nous pouvons certainement obtenir ce renseignement.

[Français]

M. Réal Ménard: Ce n'est pas 3 p. 100.

[Traduction]

L'hon. Robert Thibault: Il n'a jamais été question de trois pour cent.

[Français]

M. Réal Ménard: Nous voilà donc rassurés à ce propos. Merci.

[Traduction]

Nous ne voulons pas vous bousculer, nous savons que vous êtes sensible.

M. Paul Brown: Il me fait plaisir de répondre à vos questions.

M. Réal Ménard: Vous êtes un vrai Britannique... Je l'apprécie.

La présidente: Madame Demers, puis M. Savage et Mme Skelton.

Madame Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers: Merci, madame la présidente.

Monsieur Brown, à votre connaissance, parmi les 35 millions de doses que nous avons présentement, y en a-t-il dont la durée de conservation arrivera à échéance sous peu, c'est-à-dire avant le délai d'un an et demi requis pour en obtenir d'autres?

[Traduction]

M. Paul Brown: Lorsque le Dr Butler-Jones a répondu à la question, il avait tout à fait raison. La durée de conservation du Tamiflu est de cinq ans et c'est plutôt inhabituel pour un produit pharmaceutique, vous le savez certainement. En général, cette période est de deux ou trois ans. Alors cinq ans c'est long, et les produits achetés par le gouvernement ont la durée de conservation la plus longue possible. Lorsque le gouvernement reçoit le produit, cette durée est d'environ quatre ans et trois quarts.

[Français]

Mme Nicole Demers: Il faut compter quatre ans et trois quarts à partir du moment où le gouvernement l'a en sa possession?

[Traduction]

M. Paul Brown: Je ne veux pas donner une réponse trop longue, mais je veux être clair.

La durée de conservation est calculée à partir du jour où les gélules sont produites. Le décompte commence à ce moment. Lorsque le médicament a été conditionné et livré, puis acheté par le consommateur, une fraction de cette période s'est écoulée. Quand le gouvernement prend possession du produit, sa durée de conservation est de quatre ans et trois quarts plutôt que de cinq ans.

• (1130)

[Français]

Mme Nicole Demers: Existe-t-il des mesures de remplacement pour les réserves dont la durée de vie est plus longue que la durée de conservation?

Par exemple, il n'y aura pas de problème cette année, l'année prochaine non plus ni l'année qui suivra. On aura toujours nos 35 millions de doses. A-t-on prévu des mesures de remplacement pour s'assurer que ces doses soient toujours au maximum de leur efficacité?

[Traduction]

M. Paul Brown: Madame la présidente, la députée soulève un point très important, c'est le fait que la planification en vue d'une pandémie et la constitution de réserves, tout cela ne prendra pas fin dans cinq ans. Jusqu'à maintenant, toutefois, nous n'avons pas eu de discussions détaillées au sujet de la période qui ne sera pas couverte par nos réserves actuelles.

[Français]

Mme Nicole Demers: Que nous faudrait-il faire pour les stocks de Tamiflu? Le gouvernement doit-il prévoir des mesures de remplacement, ou est-ce à vous d'en parler avec le gouvernement?

[Traduction]

M. Paul Brown: Nous serions tout à fait disposés à discuter avec le gouvernement. Il ne m'appartient pas d'essayer de deviner comment le gouvernement a l'intention d'utiliser ses réserves, mais nous serions bien sûr prêts à participer à un dialogue au sujet du renouvellement des réserves, si le gouvernement considère qu'il s'agit d'une stratégie appropriée.

[Français]

Mme Nicole Demers: Mme la présidente disait qu'il fallait 10 pilules pour se débarrasser du virus. Est-il exact que 10 pilules, à raison de deux pilules par jour pendant cinq jours, seraient suffisantes?

Le docteur Ninman, pour sa part, disait qu'il fallait en prendre pendant huit jours pour être certain d'éliminer le virus. Dix pilules ne suffiraient donc pas; il en faudrait 16.

[Traduction]

M. Paul Brown: C'est une question très complexe, madame la présidente. Je vais essayer d'être bref.

Là encore, le Tamiflu peut être utilisé soit comme traitement soit comme prophylactique. Dans un traitement, vous prenez deux gélules de 75 milligrammes tous les jours pendant cinq jours. C'est le régime qui a été approuvé par Santé Canada. Pour la prophylaxie, c'est une capsule par jour pendant au moins dix jours et jusqu'à concurrence de six semaines, selon la durée qui semble appropriée pour un traitement préventif.

Ce qu'on a dit précédemment, je crois, c'est qu'en cas de pandémie... Le Tamiflu n'a jamais été testé dans un contexte de pandémie, toute la preuve est basée sur l'utilisation de Tamiflu pendant les épidémies saisonnières.

Le Dr Butler-Jones l'a signalé à juste titre, en cas de pandémie, lorsque le Tamiflu sera utilisé, il incombera au gouvernement et aux autorités de la santé publique de s'assurer que la dose utilisée est la plus appropriée.

D'après les témoignages entendus aujourd'hui, la dose qui a été approuvée pour l'utilisation saisonnière devrait être considérée comme la dose minimale que nous utiliserons à l'avenir.

La présidente: Merci, madame Demers.

Si par exemple j'avais commandé cinq millions de doses il y a trois ans pour la population canadienne, est-ce qu'il aurait fallu 18 mois pour les livrer, ou est-ce que ce délai de livraison de 18 mois que vous nous citez maintenant reflète la nouvelle demande face au risque de pandémie. Est-ce qu'il faut toujours 18 mois pour livrer une gélule, ou est-ce parce que vous avez trop de commandes à remplir?

M. Paul Brown: Madame la présidente, je vous demande de vous reporter au graphique que j'ai utilisé précédemment. Du début à la fin du processus, il faut compter 12 mois; vous ne pouvez pas vraiment accélérer ce processus. Alors du début à la fin, il faut environ 12 mois.

Quel que soit le moment de cette discussion, il y a un an, trois ans ou aujourd'hui, le temps nécessaire pour produire le médicament est le même. Il faut environ 12 mois.

La présidente: Si vous octroyez des licences de fabrication, il faudra aux nouvelles entreprises environ 12 mois.

M. Paul Brown: Je peux vous dire que nous avons un solide savoir-faire dans ce domaine. Nous fabriquons ce médicament depuis maintenant cinq ou six ans et nous croyons que le calendrier est aussi comprimé que possible. Nous nous tournerons vers des tiers pour nous aider à accroître les quantités disponibles, mais les échéanciers du début à la fin ne vont pas changer.

• (1135)

La présidente: Ce serait 12 mois. Et les six mois supplémentaires dont vous parlez, lorsque vous dites que les prochaines livraisons seront dans 18 mois, c'est en raison du nombre de commandes que vous avez en main, il faut ajouter six mois au processus.

M. Paul Brown: Certains facteurs entrent en jeu. Il y a les commandes, mais bien sûr, il y a aussi le conditionnement, la distribution, le transport du médicament jusqu'à destination.

La présidente: Vous avez aussi dit que ce médicament est à la fois un traitement et une prophylaxie. Cela m'inquiète. Si je comprends bien, quand vous parlez de prévention, cela veut dire que les citoyens vont se précipiter et en acheter, avec l'idée que cela peut les empêcher d'être malades, mais alors le médicament ne serait plus aussi efficace comme traitement.

Si j'ai bien compris, vous l'avez retiré des étagères pour que personne ne puisse en acheter pour l'utiliser comme prophylactique, afin que le médicament soit disponible et ait le plus d'effet possible pour le traitement, chez les gens qui vont effectivement contracter la maladie.

Dans votre exposé, vous parlez de prévention et de traitement. Cela crée de la confusion à mes yeux.

M. Paul Brown: Je vais essayer de préciser cet aspect, madame la présidente.

Premièrement, le Tamiflu a été approuvé par Santé Canada pour être utilisé en contexte de traitement et en contexte de prévention. Dans les études cliniques, le médicament s'est avéré efficace et il a été approuvé soit comme traitement soit comme prophylactique. C'est ainsi que le médicament est utilisé actuellement, et c'est à ces fins qu'il a été homologué.

La semaine dernière, en suspendant provisoirement les expéditions de Tamiflu dans la chaîne de distribution, nous cherchions à contrôler ce qui se passait. Comme je l'ai dit, la demande de Tamiflu en une journée a atteint le total de ce qu'elle était au cours de toute une année. Nous avons retiré le produit pour faire en sorte qu'il y ait du Tamiflu et que les stocks que nous avons aillent en priorité aux établissements de soins de longue durée et aux hôpitaux.

La présidente: Dites-moi, est-ce que les essais cliniques à la suite desquels l'utilisation préventive a été approuvée sont d'une durée de six semaines pour les divers patients?

Vous avez mentionné que l'usage prophylactique pouvait aller jusqu'à six semaines. Il me semble que si vous prenez le médicament pendant six semaines, c'est très long. Est-ce que pendant vos essais cliniques des patients ont pris le médicament tous les jours pendant six semaines?

M. Paul Brown: L'expérience clinique dans le contexte de prévention est allée jusqu'à 42 jours. C'est exact.

La présidente: Y a-t-il eu des effets secondaires?

M. Paul Brown: Le profil de sécurité du Tamiflu est bon. C'est un médicament qui est bien toléré. Les effets secondaires les plus souvent signalés et les incidents causés par le Tamiflu étaient la nausée et les indigestions, mais ces effets étaient généralement légers, peu marqués. Le profil de sécurité du Tamiflu est en fait excellent.

La présidente: Ces effets secondaires ressemblent terriblement à la maladie que l'on essaie de prévenir.

Je crois que M. Savage veut vous poser une question, puis peut-être Mme Skelton.

M. Michael Savage: J'ai une petite question.

Nous comprenons qu'il y a entre 35 et 40 millions de doses, ce qui traiterait entre 3,5 et quatre millions de Canadiens pour qui nous avons stocké ce médicament antiviral. Cela me paraît beaucoup. En toute logique, je crois que c'est beaucoup, en particulier si on pense à ce que font nos voisins américains, qui ont choisi de constituer des réserves très inférieures. Cela me rassure.

Je vais reprendre une question que j'ai posée précédemment et que Rob a également posée. J'ai peut-être mal entendu votre réponse à ce sujet.

Dans le pire des cas, si une pandémie dévaste le Canada, il me semble que la possibilité d'un médicament connexe comme le probénécide, dont je ne sais pas grand-chose, serait un moyen immédiat d'accroître notre capacité.

Il y a beaucoup de Dr Savage dans ma famille, mais je n'en suis pas, ne l'oubliez pas dans votre réponse.

Est-ce que vous pouvez me répondre? Dites-moi simplement oui ou non, ou encore que vous l'ignorez pour l'instant, mais je veux savoir rapidement ce que vous en pensez.

M. Paul Brown: Nous l'ignorons pour l'instant.

J'ai vu l'article dans *Nature* hier. C'est une publication intéressante, une recherche intéressante. Je pense qu'avant de pouvoir transposer ces résultats dans la pratique, il faut pousser un peu la recherche, examiner le produit du point de vue de la posologie et de la sécurité. C'est une constatation intéressante.

• (1140)

M. Michael Savage: Mais vous ne fabriquez pas de probénécide.

M. Paul Brown: Non.

M. Michael Savage: Je tiens à vous féliciter, vous et votre entreprise. Il est facile de critiquer les grandes sociétés pharmaceutiques, mais vous avez pris des mesures responsables. Merci.

La présidente: Voulez-vous ajouter quelque chose?

Mme Carol Skelton: J'ai entendu des rumeurs selon lesquelles le Tamiflu est sans effet sur la grippe aviaire. Avez-vous étudié cette question? J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

M. Paul Brown: Je crois que la plupart de ces rapports sont venus de l'Asie du Sud-Est. Je crois que la ministre Bennett et le Dr Butler-Jones diraient également qu'il est effectivement très difficile d'obtenir une information précise au sujet de la façon dont les médicaments sont utilisés et de ce qui se passe là-bas, dans les régions éloignées. Il est très difficile de documenter un cas, alors je ne peux pas vraiment me prononcer. Si je disais plus que cela, je tomberais dans la spéculation. Je ne veux rien ajouter.

Mme Carol Skelton: C'est tout. Je voulais simplement préciser ce point.

Y a-t-il d'autres entreprises qui fabriquent un médicament semblable au Tamiflu?

M. Paul Brown: Le Tamiflu fait partie d'une nouvelle catégorie d'antiviraux appelés inhibiteurs de neuraminidase. Il prévient la propagation du virus. Il existe deux produits. Le Tamiflu, fabriqué par Hoffmann-La Roche, est un médicament administré par voie buccale. C'est une gélule. GlaxoSmithKline offre également un produit appelé Relenza, qui est aussi un inhibiteur de neuraminidase. C'est un médicament inhalé, qui doit être administré au moyen d'un inhalateur. Il existe donc deux antiviraux dans la catégorie des inhibiteurs de neuraminidase : le Relenza et le Tamiflu.

Mme Carol Skelton: Je veux moi aussi vous féliciter de la décision prise par votre société la semaine dernière. Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup.

Il n'y a plus de main levée, alors au nom du comité je vais vous remercier, monsieur Brown et madame Torontali, d'être venus aujourd'hui et de nous avoir communiqué cette information.

Je remercie aussi les membres du comité, qui sont restés beaucoup plus longtemps que prévu.

La séance est levée.

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

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

Aussi disponible sur le réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire at the following address:

<http://www.parl.gc.ca>

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.