



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 039 • 2^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 26 octobre 2009

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le lundi 26 octobre 2009

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bonjour à tous. Bienvenue au Comité de la santé. Je suis ravie que vous soyez tous là.

Je souhaite la bienvenue à l'Agence de la santé publique du Canada. Ce n'est pas la première fois que le Dr Butler-Jones comparaît devant le comité. Il est accompagné aujourd'hui par Robert Pless, directeur de programme.

Si j'ai bien compris, docteur Butler-Jones, vous pouvez rester jusqu'à 17 heures, n'est-ce pas?

Dr David Butler-Jones (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Je dois partir un peu avant 17 heures.

La présidente: Merci.

Nous accueillons, du ministère de la Santé, le directeur général Elwyn Griffiths, bienvenue.

Nous avons aussi M. Paul Lucas, de GlaxoSmithKline Canada. Bienvenue, Paul. Je suis ravie de vous voir à notre comité.

Encore deux autres: De Sanofi Pasteur, M Rob Van Exan, directeur de la politique d'immunisation, et de Vancouver, par vidéoconférence, Susan Fletcher, du Vaccination Risk Awareness Network. Bienvenue à tous.

Chaque témoin a cinq minutes pour présenter un exposé, puis nous passerons aux séries de questions et réponses, soit sept minutes par député. Ainsi, tous les membres du comité pourront poser des questions.

Voulez-vous commencer, s'il vous plaît, docteur Butler-Jones?

Dr David Butler-Jones: Certainement, merci, madame la présidente.

Bonjour, madame la présidente et membres du comité.

[Français]

J'ai le plaisir d'être ici, parmi vous, aujourd'hui, afin de vous expliquer nos plans en vue de la campagne de vaccination contre la grippe H1N1, qui aura lieu au cours de cette saison de grippe automnale.

[Traduction]

La deuxième vague de la pandémie de grippe H1N1 est commencée. Nous avons beaucoup travaillé ensemble pour nous y préparer, mais nos plans ne réussiront que si les Canadiens et les Canadiennes prennent conscience qu'eux et leur famille doivent se faire vacciner et qu'ils prennent les mesures appropriées pour ce faire. Il m'apparaît évident que la vaccination est le moyen le plus efficace de prévenir la propagation de n'importe quel virus grippal, y compris cette souche en particulier.

Nous savons que les Canadiens et les Canadiennes se posent plusieurs questions au sujet du vaccin, notamment: le vaccin est-il sécuritaire? A-t-il fait l'objet d'essais adéquats? Va-t-il être efficace? Ne va-t-il pas plutôt nous transmettre la grippe?

[Français]

Il s'agit de questions pertinentes, et nous avons des réponses pertinentes à leur fournir.

[Traduction]

Tout d'abord, nous avons fait une annonce très importante mercredi dernier: nous avons annoncé que le vaccin contre la grippe H1N1 a offert le rendement escompté au cours des essais cliniques et qu'il est sûr et efficace. Cette annonce fait en sorte que nous pouvons dorénavant commencer à administrer les millions de doses de vaccin contre la grippe H1N1 qui ont déjà été expédiées à l'ensemble des provinces et des territoires du pays. Il revient maintenant aux administrations provinciales et territoriales d'entreprendre la vaccination selon la planification qu'ils auront établie pour leur propre administration. En fait, les campagnes de vaccination commencent aujourd'hui dans la plupart des provinces et des territoires.

Malgré l'homologation du vaccin contre la grippe H1N1, nous ne nous attendons pas à voir la fin des interrogations au sujet de son innocuité. Mais plus les Canadiens et les Canadiennes seront informés à ce sujet, plus ils feront confiance au vaccin et reconnaîtront les avantages de la vaccination. Il n'est cependant pas facile de faire passer ce message quand il faut contrer les nombreux mythes qui circulent à cet égard. Au cours des deux dernières semaines, j'ai voyagé d'un bout à l'autre du pays avec la ministre de la Santé et nous avons rencontré des Canadiens et des Canadiennes, écouté leurs préoccupations au sujet du vaccin, au sujet de la grippe H1N1 et répondu à leurs questions.

[Français]

Les citoyens doivent être rassurés: le vaccin est sécuritaire, et ils n'auront pas à attendre dans de longues files avant de recevoir le vaccin lorsque la campagne de vaccination sera lancée dans les communautés.

• (1535)

[Traduction]

Nous avons commandé suffisamment de doses de vaccin pour tous les résidents du Canada, mais ils doivent être convaincus de la nécessité de se faire vacciner. Ils doivent comprendre que le vaccin servira non seulement à prévenir l'infection chez eux, mais qu'il servira aussi à empêcher qu'ils propagent le virus à quelqu'un d'autre, qui pourrait le transmettre à une autre personne.

Puisqu'il s'agit d'une nouvelle souche virale, il y a très peu d'immunité au sein de la population pour la contrer. Nous savons aussi que cette grippe peut être mortelle pour certains. Déjà, 86 personnes ayant contracté le virus H1N1 en sont décédées, et des centaines ont eu besoin de soins intensifs.

Nous nous préparons en vue de l'écllosion d'une grippe pandémique depuis quelques années déjà. Un contrat avec GlaxoSmithKline est en place pour veiller à ce que tous les Canadiens et les Canadiennes aient accès à un vaccin sûr et efficace en cas de pandémie. Le gouvernement du Canada a facilité l'achat en masse du vaccin contre la grippe H1N1 pour le compte des administrations provinciales et territoriales. La production de ce vaccin a commencé dès la fin de la production du vaccin contre la grippe saisonnière, une stratégie recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé, ou OMS.

Quelques pays à peine ont eu accès avant nous à un vaccin contre la grippe H1N1 pour une partie de leur population. Cependant, l'achat en masse que nous avons fait nous permettra de fournir suffisamment de doses de vaccin à tous les Canadiens et les Canadiennes qui doivent et qui souhaitent se faire vacciner. Tous les pays n'ont pas cette chance. Comme je l'ai mentionné plus tôt, des millions de doses ont déjà été expédiées à environ 80 emplacements situés dans l'Est, l'Ouest et le Nord du pays.

Comme vous le savez, la majorité des doses de vaccin produites contiennent un adjuvant, car c'est le type de vaccin recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé. L'adjuvant accentue la réponse du système immunitaire et rend aussi le vaccin plus efficace, en particulier si le virus devait muter durant la saison grippale automnale. L'adjuvant permet aussi d'accélérer la cadence de production du vaccin, car le procédé de production requiert moins d'antigène, le facteur qui nous donne l'immunité contre le virus.

L'innocuité et l'efficacité de l'adjuvant sont avérées. Au Canada, l'adjuvant présent dans le vaccin contre la grippe H1N1 est fait d'une combinaison d'ingrédients naturels: de l'huile, de la vitamine E et de l'eau. Il s'est avéré sûr au cours d'essais menés chez 45 000 personnes de partout au monde. Les adjuvants semblables ont été employés pour des millions de personnes. Les adjuvants sont utilisés depuis les années 1920 et sont présents dans des vaccins communs, notamment ceux contre le tétanos, l'hépatite A et l'hépatite B, et la diphtérie. Le vaccin avec adjuvant, recommandé pour la majorité de la population, est offert dès maintenant.

Le vaccin sans adjuvant est le type de vaccin généralement recommandé pour les femmes enceintes. D'ici à ce que nous ayons davantage de données cliniques. En attendant l'arrivée de ce vaccin, les femmes enceintes de plus de 20 semaines, ainsi que les femmes en stade précoce de grossesse et ayant des facteurs de risque de maladie grave, doivent penser à recevoir le vaccin avec adjuvant.

Bien que GSK soit toujours près à livrer la commande au début de novembre pour 1,8 million de doses sans adjuvant, nous sommes d'avis qu'en raison de l'augmentation du nombre de cas de grippe H1N1 partout au pays, il serait prudent d'offrir rapidement aux femmes enceintes un vaccin sans adjuvant. La ministre de la Santé a annoncé aujourd'hui que le gouvernement du Canada a acheté un lot supplémentaire de 200 000 doses de vaccin sans adjuvant de l'Australie.

L'utilisation de ce vaccin a été approuvée par les organismes de réglementation en Australie et aux États-Unis. Sous réserve de tout retard de distribution, ce vaccin supplémentaire produit par CSL Australia, sera offert aux provinces et aux territoires dès la semaine prochaine.

Le fait qu'il provienne de l'hémisphère Sud a de l'importance. Pendant que, dans l'hémisphère Nord, nous avions peu de cas de grippe H1N1 pendant l'été, la saison grippale hivernale battait son plein dans l'hémisphère Sud. L'Australie a donc été un des premiers

pays à offrir un vaccin au grand public. Les efforts déployés par ce pays nous ont appris beaucoup de choses.

Après la distribution immédiate du vaccin, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada assureront une surveillance continue de l'innocuité et de l'efficacité du vaccin pour veiller à la sécurité des femmes enceintes. Il faut savoir que près de 600 000 personnes ont déjà reçues ce vaccin en Australie.

Il est important que les femmes enceintes réfléchissent aux avantages de se faire vacciner. L'innocuité du vaccin est d'une importance cruciale et nous ferons un suivi de la vaccination pour en connaître les effets secondaires possibles.

[Français]

L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada effectuent une surveillance des vaccins après leur homologation, en vue de leur utilisation ultérieure.

[Traduction]

Nous disposons de mécanismes rigoureux permettant le signalement diligent des événements indésirables. En plus des systèmes de surveillance déjà en place, un plan pancanadien de surveillance et de gestion du risque sera mis en oeuvre de manière à renforcer encore davantage la précision des signalements des effets indésirables suite à l'administration du vaccin.

Nous avons également consacré des investissements dans le réseau pancanadien de recherche — une initiative conjointe de l'Agence de la santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada — assurant ainsi un maillage entre plus de 80 chercheurs travaillant dans 30 instituts de recherche partout au pays. Ce réseau renforcera la capacité du Canada à évaluer la sécurité et l'efficacité continue du vaccin contre la grippe H1N1 et des programmes de vaccination.

Aussi dans le cadre de la Stratégie nationale d'immunisation, l'Agence de la santé publique du Canada poursuit la collaboration entreprise avec les administrations provinciales et territoriales visant à assurer la surveillance et l'évaluation des programmes d'immunisation et à évaluer s'il y a lieu d'apporter des ajouts ou des correctifs à la stratégie nationale en cours d'exécution.

Il s'agit de la plus vaste campagne d'immunisation de l'histoire du Canada, et il est donc impératif de maintenir la communication établie avec tous les Canadiens et Canadiennes. Le gouvernement fédéral collabore également avec les gouvernements des provinces et des territoires pour leur prêter main-forte dans leur campagne d'information afin de veiller à la cohérence dans la diffusion des informations et des ressources dans l'ensemble du pays. La publication de *Votre guide de préparation au virus H1N1*, un guide pratique au sujet du virus de la grippe H1N1, est notamment le fruit de cette collaboration.

• (1540)

[Français]

Le guide est disponible sur Internet et dans les bureaux de Postes Canada, et on peut également en commander un exemplaire par téléphone, en composant le 1-800-O-Canada.

[Traduction]

Nous avons également établi des collaborations avec divers intervenants de premier plan en santé publique, dont la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, la Société canadienne de pédiatrie et d'autres importants intervenants, afin de préparer diverses communications et feuillets d'information vantant les avantages de la vaccination, notamment afin d'inciter en particulier les personnes à risque à se faire vacciner. Comme nous l'avons souvent réitéré, s'informer c'est la meilleure façon de se protéger contre le virus.

[Français]

L'un de nos principaux défis à relever maintenant est de faire circuler ces informations.

[Traduction]

Merci, madame la présidente.

Je serai ravi de répondre à vos questions.

La présidente: Merci, docteur Butler-Jones.

Cédons maintenant la parole à M. Elwyn Griffiths, directeur général à Santé Canada.

M. Elwyn Griffiths (directeur général, Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, Direction générale des produits de santé et des aliments, ministère de la Santé): Merci beaucoup de l'occasion qui m'est donnée de parler devant le comité.

Comme le Dr Butler-Jones vous l'a déjà indiqué, Santé Canada a autorisé l'utilisation de l'Arepanrix, le 21 octobre. Il s'agit d'un vaccin avec adjuvant fabriqué par GlaxoSmithKline, contre le virus de la grippe H1N1. L'autorisation a été accordée en vertu d'un arrêté d'urgence.

Un arrêté d'urgence est pris par la ministre de la Santé conformément au pouvoir que lui confère la Loi sur les aliments et drogues dans les rares cas où la ministre est d'avis qu'il faut agir immédiatement afin de faire face à un risque important, direct et indirect, pour la santé humaine, la sécurité publique ou l'environnement. L'arrêté d'urgence a permis à Santé Canada d'autoriser l'utilisation du vaccin sur la base de données cliniques limitées sur des êtres humains disponibles présentement. À la suite de l'analyse que Santé Canada a faite des données disponibles sur la qualité, l'innocuité et l'immunogénicité (efficacité), comme l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré qu'il y avait pandémie de grippe et compte tenu du risque qui en découle sur la santé humaine, Santé Canada considère que le profil avantages-risques du vaccin est favorable à l'immunisation contre la souche pandémique.

Comme beaucoup d'autres pays dans le monde, le Canada exerce une surveillance réglementaire de tous les vaccins car ils sont généralement administrés à un grand nombre de personnes en bonne santé. Tous les vaccins mis à la disposition des Canadiens sont soumis à un strict processus d'autorisation dirigé par Santé Canada. Santé Canada est l'autorité nationale responsable d'évaluer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des vaccins destinés aux humains au Canada. En tant qu'autorité réglementaire, Santé Canada travaille en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada qui a le mandat de fournir des avis en matière de santé publique aux Canadiens.

Afin de mieux expliquer le système réglementaire, j'aimerais brièvement décrire quelques-unes des activités menées par Santé Canada relativement aux vaccins, activités qui s'appliquent au large éventail de vaccins que nous réglementons, et pas seulement au

vaccin pandémique. Ces vaccins sont utilisés par les populations adultes et par les enfants.

Avant qu'un nouveau vaccin ne soit autorisé, le fabricant doit soumettre une présentation montrant, preuves scientifiques et cliniques à l'appui, que les avantages du vaccin l'emportent largement sur les risques et que le vaccin est efficace et de qualité convenable pour les Canadiens.

Les essais cliniques qui ont eu lieu au Canada doivent être approuvés par Santé Canada avant leur début. Toutefois, il n'est pas nécessaire que les essais soient effectués au Canada pour qu'un vaccin soit éventuellement autorisé ici. Le respect des normes relatives aux bonnes pratiques cliniques reconnues internationalement contribue à l'assurance que les essais cliniques effectués dans d'autres pays respectent les normes élevées de preuves nécessaires pour appuyer l'autorisation au Canada. Pour les essais cliniques, la question est la qualité de la science et non l'endroit où la science a lieu.

Toutes les données des essais cliniques, sans égard au lieu où les essais ont été effectués, seront évaluées tout comme le seront les données de laboratoire et celles des études chez les animaux. On vérifie notamment la qualité des conditions de fabrication du vaccin et on détermine si le fabricant est en mesure d'effectuer les contrôles de qualité du vaccin qui s'imposent. Le fabricant doit également fournir des échantillons du vaccin afin qu'il soit mis à l'essai dans les laboratoires de Santé Canada.

Une fois que Santé Canada a évalué le vaccin et déterminé qu'il offre des avantages largement supérieurs à tout risque possible, il autorise sa commercialisation et sa vente au Canada. Après avoir donné son autorisation, Santé Canada maintient sa surveillance réglementaire. Avant la mise en circulation de chaque lot sur le marché, il mène ses propres essais indépendants dans le cadre de son programme d'autorisation de mise en circulation des lots. On inspecte régulièrement — au moins tous les deux ans — les installations du fabricant pour s'assurer que le médicament est fabriqué selon des pratiques exemplaires.

L'Agence de la santé publique du Canada surveille de près tout événement indésirable lié à un vaccin, par l'intermédiaire des systèmes de surveillance actifs et passifs. La mise au point des vaccins de grippe pandémique et leur examen réglementaire posent, toutefois, des défis particuliers. Chaque année, le vaccin de la grippe doit être mis au point à nouveau pour refléter les souches du vaccin que l'Organisation mondiale de la Santé croit qu'il circulera cette année-là. La période de temps entre la mise au point d'un vaccin et le besoin de vacciner les Canadiens pour leur fournir la protection nécessaire est toujours très courte. Santé Canada travaille en étroite collaboration avec les fabricants pour aider à réduire au minimum les délais.

Même si les défis sont la norme dans la réglementation des vaccins contre la grippe, ces défis sont amplifiés lors d'une pandémie. Les pandémies de grippe sont causées par des souches virales entièrement nouvelles qui n'ont encore jamais circulé chez l'humain. L'un des principaux défis que les organismes de déréglementation doivent relever à l'échelle mondiale est de savoir comment évaluer cliniquement l'innocuité et l'efficacité d'un vaccin quand la maladie ne s'est pas encore déclarée, avant le début de la pandémie. On ne peut fabriquer ou tester un vaccin contre une maladie qui n'existe pas encore.

●(1545)

C'est pour cette raison que Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada se préparent depuis des années à faire face à une pandémie. Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza a permis de trouver un équilibre entre la nécessité de rendre disponible le vaccin contre la pandémie de grippe au moment opportun et la nécessité de récolter le plus de renseignements possible sur la qualité, l'innocuité et l'efficacité du vaccin.

L'étroite collaboration avec le fabricant du vaccin sous contrat, GSK, a été un élément important de ce travail préparatoire. Nous avons ainsi pu faire presque toutes les démarches nécessaires pour évaluer le vaccin contre une pandémie, mais bien avant que celle-ci ne se déclare. Pendant la période pré-pandémique, Santé Canada a évalué un vaccin — ou prototype de vaccin — contre une grippe aviaire (H5N1) potentiellement pandémique. Ce vaccin venait de chez le fabricant GSK. Ainsi, Santé Canada a pu inspecter les installations où sont fabriqués les vaccins et passer en revue les résultats des essais du prototype de vaccin sur des animaux et des humains. Ces activités visaient à évaluer la qualité, l'innocuité et l'efficacité du vaccin, ce qui contribue à l'innocuité globale du produit. Nous sommes partis du principe qu'en franchissant toutes les étapes du développement d'un prototype de vaccin et de son évaluation réglementaire on pourrait ensuite plus facilement autoriser un vaccin contre une pandémie décrite, une fois la souche de la pandémie identifiée.

Le vaccin avec adjuvant de GSK a deux composantes: l'antigène et l'adjuvant. L'antigène est l'ingrédient actif du vaccin, ou l'agent immunisant qui offre une protection contre le virus. L'adjuvant est une substance ajoutée au vaccin pour stimuler la réaction immunitaire. Les vaccins avec adjuvant peuvent également procurer une meilleure protection croisée contre la mutation de la souche virale de la grippe. L'ajout d'un adjuvant contribue à produire un vaccin économe en antigène, ce qui permet de fabriquer davantage de vaccins puisqu'on utilise moins d'antigène dans chaque dose.

Pendant la période pré-pandémique, Santé Canada et d'autres organismes de réglementation dans le monde ont évalué l'innocuité et l'efficacité de l'adjuvant servant à fabriquer le vaccin. Des essais cliniques avec l'adjuvant ont été effectués aux États-Unis, au Canada, en Europe et ailleurs sur 13 000 sujets. Des données d'essais cliniques supplémentaires effectués par GSK en Europe combinant le même adjuvant à un vaccin de la grippe saisonnière ont aussi été évaluées. Somme toute, cet adjuvant a été testé sur entre 40 000 et 45 000 personnes à l'échelle mondiale. Son innocuité n'a pas soulevé d'inquiétude importante.

Un adjuvant similaire a été utilisé de manière sécuritaire depuis 1999 en Europe dans un vaccin de la grippe, homologué, mis au point par la compagnie Novartis. Depuis, début juin, l'Organisation mondiale de la Santé a mené des consultations auprès d'organismes de réglementation du monde entier pour examiner les préoccupations théoriques et pratiques relatives à l'innocuité du vaccin contre la grippe avec adjuvant. Les conclusions de cette consultation montrent qu'il n'y a pas d'inquiétudes majeures face à l'utilisation des vaccins avec adjuvant pour lutter contre le virus H1N1 et que rien ne s'y oppose.

Au Canada, le dossier du vaccin contre la pandémie de grippe demeure une présentation ouverte, ce qui signifie que Santé Canada a examiné les données au fur et à mesure qu'elles deviennent disponibles et continuera d'évaluer tout renseignement supplémentaire provenant d'études dès leur réception.

Les données sur la qualité, sur la chimie et la fabrication, indiquant que le vaccin est mis au point avec la souche H1N1 et qu'il a été fabriqué selon les normes élevées habituelles pour un vaccin ont été rigoureusement évaluées. On a examiné les renseignements relatifs à l'innocuité du vaccin provenant d'essais sur des animaux aussi bien que d'essais cliniques chez 900 personnes. On veut ainsi s'assurer que le vaccin peut être administré en toute sécurité à des humains et qu'il déclenche la réaction immunitaire voulue.

Toutefois, étant donné que le vaccin pourrait devoir être disponible avant que l'on puisse terminer les études approfondies sur son innocuité, on va poursuivre les études et les activités de surveillance après sa mise en marché. On pourra ainsi détecter tout changement dans la fréquence des événements indésirables présentant un intérêt particulier, par exemple, le syndrome de Guillain-Barré, ou tout autre effet secondaire ou indésirable. Le plan de développement clinique de GSK qui comprend des essais partout en Europe, aux États-Unis et au Canada générera ultimement des données d'innocuité et d'efficacité chez environ 10 000 personnes.

On passe également en revue les résultats d'essais cliniques devenant disponibles à l'échelle mondiale et au fur et à mesure que progresse le processus d'autorisation de vaccins semblables ou connexes contre des pandémies. Les résultats de ces essais cliniques réalisés aux États-Unis, en Europe, en Australie et en Chine appuient l'innocuité et l'efficacité du vaccin qui ne produit aucun événement indésirable. Des essais cliniques de GSK contre la pandémie de grippe H1N1 sont en cours au Canada et les premiers résultats prometteurs ont déjà commencé à arriver.

●(1550)

Comme vous le savez déjà, GSK fabrique aussi du vaccin sans adjuvant contre la grippe pandémique H1N1 conformément au marché qu'elle a passé avec le gouvernement du Canada. Santé Canada étudie aussi des données disponibles à l'appui de la qualité, de l'innocuité et de l'efficacité de la version sans adjuvant à mesure qu'elles deviennent disponibles.

On sait très bien que, pour être couronné de succès, tout programme de vaccination doit miser sur la qualité, l'innocuité et l'efficacité des vaccins. Les vaccins ont une excellente fiche de sécurité. Cependant, on ne peut détecter d'effets secondaires indésirables avant que le vaccin ne soit administré à un grand nombre de personnes. De tels essais sont possibles malgré les meilleurs contrôles réglementaires. Il peut y avoir des événements indésirables après l'administration d'un vaccin. Il faut pousser les études afin de déterminer si la réaction était ou non reliée directement au vaccin (lien de cause à effet). C'est quelque chose qu'il est important de faire.

Étant donné le caractère unique d'une situation de pandémie, toutes les données sur l'innocuité et l'efficacité clinique normalement exigées n'étaient pas disponibles au moment de la certification. C'est le cas au Canada et dans toutes les juridictions. Les grands organismes de réglementation, y compris Santé Canada, utilisent des processus d'examen simplifiés que l'on a mis au point au Canada dans le contexte de la préparation à la pandémie. Il est par conséquent d'autant plus important de concevoir avec soin un plan de surveillance après commercialisation, afin de permettre à Santé Canada et à l'Agence de la santé publique du Canada de surveiller l'innocuité et l'efficacité du vaccin et de communiquer, au moment opportun, tout effet secondaire indésirable associé à la vaccination.

Une pandémie est un problème mondial qui exige une mobilisation à l'échelle internationale. Comme je l'ai déjà fait remarquer, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, en étroite collaboration avec d'autres responsables de la réglementation et de la santé publique nationale, se préparent depuis déjà plusieurs années à la fabrication d'un vaccin contre la grippe pandémique. Entre 2000 et 2006, Santé Canada a initié et organisé des ateliers de planification réglementaires, en collaboration avec la Food and Drug Administration des États-Unis et l'OMS. Ces ateliers ont permis d'élaborer les lignes directrices de l'OMS sur la préparation réglementaire relative aux vaccins contre la grippe pandémique et de créer un réseau mondial de plus de 10 organismes chargés de réglementer la production de vaccins contre la grippe. Il s'agit des principaux organismes de réglementation à l'échelle internationale.

Depuis l'écllosion du virus H1N1, l'OMS a tenu des téléconférences bihebdomadaires avec ce réseau d'organismes de réglementation. De plus, Santé Canada a participé deux fois par semaine à des discussions multilatérales avec la Food and Drug Administration des États-Unis, l'Agence européenne des médicaments, la Therapeutic Goods Administration d'Australie, ainsi qu'avec le Japon, pour parler de plans de développement clinique et de pharmaco-vigilance au regard du vaccin contre la grippe H1N1.

Mais surtout, les organismes réglementaires sont résolus à échanger en temps réel les données cliniques dont ils disposent sur le vaccin H1N1, ainsi que les données sur son innocuité. Cette pratique permet à chaque pays de tirer pleinement parti du volume de données disponibles dans le cadre du processus d'autorisation du vaccin, et de partager rapidement l'information relative aux effets secondaires nuisibles de la vaccination. Nous profitons déjà de ce système, qui devrait d'ailleurs permettre d'éclairer les décisions prises à l'échelle mondiale en matière de politique.

Les vaccins ne sont autorisés que s'ils offrent des avantages qui l'emportent largement sur les risques qu'ils soient réels ou théoriques. Dans le cadre du processus d'autorisation du vaccin H1N1, le fabricant doit soumettre un plan de gestion du risque et s'y conformer. Le plan comprend une liste d'événements indésirables présentant un intérêt particulier, comme le syndrome Guillain-Barré, que l'OMS et les principaux responsables de la réglementation à l'échelle mondiale ont élaboré d'un commun accord. Ces événements indésirables seront surveillés lorsque le vaccin sera déployé.

Le fabricant sera également tenu de poursuivre les études cliniques et de présenter au gouvernement des rapports mensuels sur l'innocuité. Les essais cliniques continueront de mettre l'accent sur l'innocuité du vaccin et sur son efficacité, particulièrement dans certains groupes. Et tous les lots du vaccin contre la grippe pandémique seront testés dans les laboratoires de Santé Canada avant d'être mis sur le marché canadien.

J'aimerais conclure en disant que l'organisme de réglementation n'a pas fait des économies de temps durant le processus de réglementation pour ce qui est de vérifier l'innocuité et l'efficacité de ce vaccin. On a travaillé très fort pour évaluer ce vaccin.

Merci beaucoup.

• (1555)

La présidente: Merci beaucoup, docteur Griffiths.

Nous allons maintenant passer à M. Paul Lucas, président et chef de la direction de GSK.

Monsieur Lucas.

M. Paul Lucas (président et chef de la direction, GlaxoSmith-Kline Canada): Merci, madame la présidente. Merci de m'avoir donné l'occasion de témoigner ici aujourd'hui pour vous faire part de la mise à jour de GlaxoSmithKline en ce qui concerne le virus H1N1. J'aimerais formuler deux remarques clés.

D'abord, au Canada, nous sommes privilégiés parce que nous disposons d'une installation de production de vaccins de classe mondiale à Sainte-Foy, au Québec, qui nous donne accès à un stock, de vaccins contre le virus H1N1 sûrs ici au Canada. Tous les vaccins fournis par GSK au Canada seront fabriqués ici, dans nos installations du Québec.

Ensuite, par conséquent, la production de vaccins contre le virus H1N1 de GSK se fait conformément au délai prévu et nous allons respecter les échéances énoncées dans notre contrat avec le gouvernement du Canada. Le Canada sera parmi les premiers pays du monde à disposer d'une quantité suffisante de vaccins antipandémiques pour inoculer toute sa population.

[Français]

Le Canada sera l'un des premiers pays au monde à avoir suffisamment de vaccins contre la grippe pandémique pour immuniser la totalité de sa population.

[Traduction]

Depuis longtemps, GSK collabore avec les ordres de gouvernement du Canada et avec les gouvernements des autres pays pour fournir des vaccins et des médicaments essentiels. Nous sommes établis ici depuis plus d'un siècle. Nous figurons parmi les 15 principaux contributeurs dans le domaine de la recherche et du développement. Au cours de la seule année 2008, nous avons investi plus de 156 millions de dollars. Nous disposons d'installations dans plusieurs provinces et nous employons plus de 3 000 personnes à l'échelle du pays.

GSK est le principal employeur du domaine biopharmaceutique au Canada et la seule entreprise du Canada disposant d'une gamme complète de médicaments et de vaccins pour contrer l'influenza, c'est-à-dire de vaccins antipandémiques, de vaccins contre la grippe saisonnière et d'antiviraux.

GSK a commencé la planification de la production de vaccins antipandémiques dans les années 1990. Aujourd'hui, nous appliquons nos vastes connaissances générales, obtenues, encore une fois grâce à des années de recherche, d'innovation et d'investissement pour la production d'un vaccin contre la grippe H1N1 qui soit efficace et sûr. Au cours des quatre dernières années, GSK a investi au total environ cinq milliards de dollars dans l'élaboration de technologies et l'accroissement de la capacité de ses sites de production.

[Français]

Depuis l'acquisition de ID Biomedical en 2005, GSK a continué d'investir ici, au Canada, soit 200 millions de dollars dans le centre à Sainte-Foy pour tripler la capacité de production et presque doubler la capacité de remplissage, et près de 50 millions de dollars à Laval en recherche et développement pour l'Amérique du Nord.

[Traduction]

Comme Canadiens, nous sommes chanceux d'avoir cette sécurité nationale d'approvisionnement, laquelle, comme je l'ai dit plus tôt, proviendra des installations de GSK au Québec. Je peux vous assurer que nous prenons cette responsabilité au sérieux. Des personnes dévouées d'organismes canadiens et internationaux collaborent avec le gouvernement canadien pour offrir un approvisionnement efficace et sécuritaire de vaccins H1N1 au Canada et partout dans le monde.

Bien que notre priorité soit la population canadienne, GSK a aussi consacré 20 p. 100 de sa production au Canada aux pays en développement, y compris un don prévu de 50 millions de doses à l'OMS. Grâce aux efforts soutenus en matière d'innovation de GSK à cet égard, nous étions à l'avant-garde lorsque le virus H1N1 a émergé. Je donne en exemple la technologie pour l'adjuvant ASO3 de GSK.

Les adjuvants améliorent la protection contre des pathogènes menaçants comme le H1N1. Un vaccin avec adjuvant peut prévenir contre le risque qu'un virus se transforme durant une pandémie. Il est également possible de produire davantage de doses de vaccin plus rapidement, ce qui fait en sorte que davantage de gens partout dans le monde y ont accès, soit tous les éléments clés d'une réponse mondiale réussie relativement à la pandémie.

Bref, l'influenza est notre affaire et notre domaine d'expertise. La production de vaccins H1N1 de GSK est à jour, et le Canada sera l'un des premiers pays au monde à obtenir suffisamment de vaccins contre la pandémie pour faire vacciner toute sa population.

GSK travaille en étroite collaboration avec des experts de l'industrie et le gouvernement depuis que l'OMS a cerné le potentiel de pandémie du virus H1N1 à la fin du mois d'avril. Nous avons amorcé le développement d'un vaccin H1N1 à la fin du mois de mai après avoir reçu la souche de l'OMS. La production a commencé une fois que nous avons terminé notre vaccin saisonnier, conformément aux lignes directrices publiées par l'OMS et le SAGE. Depuis, le GSK a entrepris des essais cliniques dans plus de 150 sites partout dans le monde. À ce jour, plus de 2 600 personnes ont reçu le vaccin H1N1 de GSK dans le cadre d'essais cliniques à l'échelle mondiale.

Le programme du Canada a commencé ce mois-ci. Plus de 2 000 bénévoles canadiens seront vaccinés, y compris des adultes en santé, des personnes âgées et des enfants, y compris des bambins.

Le système d'adjuvant dans notre vaccin contre l'influenza a été testé sur plus de 40 000 personnes à l'échelle mondiale dans le cadre de programmes d'influenza saisonnière et pandémique. GSK appuie fortement la demande de l'OMS en faveur d'une surveillance post-commercialisation de la plus haute qualité, et nous partageons de l'information découlant des études de sécurité et d'efficacité avec les autorités de réglementation concernées de façon régulière.

Maintenant que l'approbation réglementaire est obtenue, la distribution du vaccin H1N1 au Canada exigera une collaboration continue. GSK continuera d'appuyer les gouvernements, la santé publique et les fournisseurs de soins de santé qui administreront le vaccin pour veiller à la réussite du plus important programme de vaccination de masse de notre histoire. J'aimerais reconnaître l'excellent travail difficile effectué par toutes les parties, y compris le travail de planification fait par le gouvernement du Canada qui remonte d'ailleurs à 2001.

Pour terminer, je veux assurer les membres du comité que GSK a bien accueilli les responsabilités qui lui ont été confiées. Nous les prenons très au sérieux et sommes engagés à bien servir les Canadiens par l'intermédiaire de leurs gouvernements.

Je vous remercie. Je suis prêt à répondre à vos questions.

•(1600)

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Lucas.

Nous allons maintenant passer à Sanofi Pasteur, à M. Rob Van Exan, sur la politique d'immunisation.

Allez-y s'il vous plaît.

M. Rob Van Exan (directeur, Politique d'immunisation, Sanofi Pasteur): Madame la présidente et membres du comité, merci de m'avoir invité à prendre part aux travaux du comité aujourd'hui. C'est un honneur pour moi de représenter les 1 100 employés de Sanofi Pasteur qui sont chargés de la recherche, du développement et de la fabrication de vaccins au Canada.

L'engagement de notre entreprise dans le domaine de la santé publique remonte à 1914 au Canada. Appelé à l'époque Connaught Laboratories, un nom dont certains parmi vous se souviennent peut-être, notre entreprise a joué un rôle essentiel dans de nombreuses découvertes canadiennes, y compris la première production d'insuline en 1921, un rôle considérable dans l'élaboration du vaccin Salk durant les épidémies et les épidémies du milieu des années 1950, et l'éradication mondiale de la variole.

Au fil des ans, notre expérience en matière de menaces à la santé publique nous a fait comprendre que la collaboration est l'élément essentiel pour affronter les maladies infectieuses. La collaboration entre les gouvernements, l'industrie, les organismes non gouvernementaux et les universitaires. Comme nous avons des installations de classe mondiale au pays, la capacité de collaborer du gouvernement en est renforcée.

Nous faisons maintenant partie du groupe sanofi-aventis, une société pharmaceutique mondiale qui joue un rôle de premier plan dans le domaine des vaccins. Au campus Connaught, à Toronto, nous effectuons le développement et la fabrication de vaccins pour le Canada et le monde entier. Chaque année, au Canada seulement, nous investissons environ 100 millions de dollars dans la R-D axés sur les vaccins et un total de 200 millions de dollars dans la recherche au Canada, ce qui fait de nous l'un des plus grands investisseurs dans la recherche au pays.

Actuellement, au campus Connaught de Sanofi Pasteur à Toronto, nous fabriquons 10 produits d'immunisation, tous le fruit des travaux de recherche et de développement effectués ici même au Canada. Nos installations à Toronto ont pour mandat la fabrication de ces produits et l'exportation pour près d'un milliard de dollars de vaccins chaque année. Au cours des 10 dernières années, Sanofi Pasteur a investi plus de 350 millions de dollars dans la production et les installations de R-D au campus Connaught, dont 100 millions de dollars pour les installations qui sont en construction.

Je vous sais gré de faire appel aux connaissances de Sanofi Pasteur dans le domaine de l'immunisation et des vaccins dans le cadre des travaux du comité. Au nom de Sanofi Pasteur, j'aimerais rappeler que le gouvernement du Canada et GlaxoSmith-Kline ont franchi une étape clé la semaine dernière. La distribution réglementaire réussie des premiers lots de vaccins pandémiques anti-H1N1 au Canada marque une étape importante dans la protection des Canadiens face au virus H1N1 qui sévit actuellement dans notre pays.

Sanofi Pasteur est le plus important fabricant mondial de vaccins contre l'influenza; notre société répond à environ 40 p. 100 de la demande mondiale de vaccins saisonniers contre la grippe grâce à ses installations en France et aux États-Unis. Nous jouons un rôle de premier plan dans la fourniture de vaccins antipandémiques aux États-Unis et dans de nombreux pays européens, et nous nous sommes engagés à faire don de 100 millions de doses de vaccins anti-H1N1 à l'OMS pour répondre aux situations d'urgence dans les pays en développement. Actuellement, notre société ne fournit pas de vaccins pandémiques au Canada, bien que nous ayons fourni des vaccins annuels inter-pandémie pendant des décennies.

Le vaccin contre la grippe est différent des autres produits fabriqués par notre société. C'est le seul vaccin qui change chaque année en réponse aux changements des souches virales en circulation. Certaines souches du virus de la grippe sont plus difficiles à produire que d'autres. Il est difficile de prévoir à quel moment et en quelle quantité le vaccin contre l'influenza pourra être produit d'une année à l'autre et d'un fabricant à l'autre, et cela fait partie de la nature de la fabrication de vaccins contre l'influenza.

Chaque année, il faut adapter la production des nouveaux vaccins en fonction de la formulation de souches pour répondre aux besoins des programmes annuels réguliers de lutte contre la grippe, et c'est pourquoi il est plus difficile de prévoir l'approvisionnement de vaccins anti-grippaux que celui des autres vaccins. Pour cette raison, notre société défend depuis toujours l'idée d'avoir deux sources d'approvisionnement du vaccin anti-grippal pour assurer une capacité de production de secours si jamais un fournisseur éprouvait des défaillances ou des retards au niveau de la production et pour assurer la fourniture des doses initiales de vaccins en temps opportun afin de maximiser l'efficacité du programme d'immunisation.

• (1605)

Aussi, il peut être important d'avoir accès à plus d'une source d'approvisionnement en cas de pandémie. Le Canada a choisi de se limiter à un seul fournisseur canadien de vaccins pandémiques afin d'accroître la sécurité de l'approvisionnement en situation de pandémie. Le Canada devrait aussi envisager un deuxième fournisseur qui a une expertise mondiale et la capacité de produire un vaccin anti-grippal à l'extérieur du Canada et qui possède une importante capacité de fabrication, de remplissage et d'emballage ici même au Canada. Ainsi, le Canada bénéficierait du meilleur des deux mondes et s'assurerait du meilleur approvisionnement possible de vaccins pandémiques. En règle générale, une politique solide en matière de santé publique au chapitre de l'immunisation devrait reconnaître l'importance stratégique et critique des fabricants installés au Canada pour la sécurité et la protection des Canadiens lorsqu'il s'agit de prévenir la maladie et d'assurer l'accès aux vaccins.

Selon l'OMS, les maladies infectieuses existantes et émergentes posent une menace à la sécurité nationale et internationale. Des politiques canadiennes qui favorisent un environnement qui stimule l'innovation dans le domaine des vaccins au Canada et qui encouragent les investissements dans la capacité de fabrication de vaccins au Canada contribueront grandement à renforcer la sécurité et la protection des Canadiens en assurant un accès opportun aux vaccins contre les maladies existantes et émergentes.

Merci beaucoup. Je serai heureux de répondre à toutes questions que vous pourriez avoir sur les opérations de Sanofi Pasteur.

La présidente: Merci beaucoup pour votre exposé, monsieur Van Exan.

Nous allons maintenant poursuivre avec une vidéoconférence de Vancouver. Nous allons entendre Mme Susan Fletcher du Vaccination Risk Awareness Network.

Bonjour Susan, pouvez-vous m'entendre?

Mme Susan Fletcher (rechercheur et membre de la commission, Vaccination Risk Awareness Network inc.): Pouvez-vous m'entendre maintenant?

La présidente: Bonjour. Vous pouvez nous présenter votre exposé.

Susan, vous avez dû éteindre votre micro.

Mme Susan Fletcher: Hello, pouvez-vous m'entendre maintenant?

La présidente: Nous pouvons vous entendre maintenant.

Bienvenue à notre comité. Je suis très contente que vous soyez là; faites bien attention cependant de n'appuyer sur aucun bouton.

Merci.

Mme Susan Fletcher: Comme vous pouvez vous l'imaginer, c'est quelque chose de nouveau pour moi.

La présidente: Susan, vous avez cinq minutes pour nous présenter un exposé, ensuite vous pourrez participer à notre période de questions et réponses. Il s'agit d'une période de sept minutes par intervenant, et les gens pourront vous poser des questions après votre exposé. Mais vous devez auparavant nous présenter votre exposé de cinq minutes, ensuite nous passerons aux questions.

Pouvez-vous commencer maintenant?

• (1610)

Mme Susan Fletcher: Je vous remercie de l'invitation.

En six mois, 80 décès au Canada ont été associés à la grippe porcine connue également sous le nom de H1N1. Au cours de cette période, près de 20 000 décès ont été associés au diabète. L'immunologiste Bart Classen, qui a un doctorat en médecine et une maîtrise en administration des affaires, fournit des éléments de preuve à l'effet que les vaccins peuvent causer et contribuer au diabète de type 1 et de type 2. Même si le vaccin n'était à l'origine que de 1 p. 100 de tous les cas de diabète, il serait beaucoup plus fatal que ne l'a été le H1N1. Nous ne sommes pas surpris de savoir que la plupart de ceux qui ont été gravement malades ou qui sont décédés à la suite de la grippe porcine avaient une affection sous-jacente comme le diabète. VRAN estime qu'il aurait été logique de consacrer la plupart des ressources aux affections sous-jacentes plutôt qu'au virus.

Parmi les catégories de gens à qui on recommande vivement de se faire vacciner, il y a les nourrissons, les femmes enceintes et les personnes atteintes d'un problème d'immuno-suppression. Dans son article intitulé « Swine Flu: To Vaccinate or Not? » Marc Girard, MSc, MD, expert-conseil en surveillance des médicaments et en pharmaco-épidémiologie, déclare qu'il s'agit d'une aberrance criminelle. Il s'agit exactement des catégories de gens qui risquent le plus d'avoir une réaction indésirable au vaccin.

L'Agence de la santé publique du Canada a rassuré la population en disant que le vaccin sera sûr, alors qu'elle ne peut absolument pas en être certaine. Cet été, le Dr Elwyn Griffiths, directeur général de la Direction des produits biologiques et thérapies génétiques, a révélé qu'un essai du vaccin sur seulement 100 à 200 Canadiens suffirait pour permettre l'homologation du vaccin. Peu m'importe ce que le Dr Griffiths dit; je pense qu'il faut faire les essais sur les Canadiens, pas sur des Européens, des Australiens ou d'autres. En fait, les essais venaient tout juste de commencer la semaine où on a homologué le vaccin, la semaine immédiatement avant que la première dose puisse être injectée.

L'adjuvant AS03 de GSK est l'ingrédient le plus inquiétant dans le vaccin. Dans son livre intitulé *Vaccine-A*, le journaliste primé Gary Matsumoto parle des adjuvants à base d'huile, particulièrement de squalène. Se reportant à la recherche faite dans les années 1970 à la UCLA, il révèle que « des rats à qui on avait injecté du squalène ou de la squalane avaient tous développé une encéphalomyélite expérimentale, un genre de maladie comme la sclérose en plaques ».

L'AS03 contient du squalène. Ce mois-ci, les médecins et conseillers des forces militaires allemandes ont opposé leur veto au vaccin contre le H1N1 homologué qui contenait du squalène et du thimérosal qui est un produit lui aussi préoccupant. Peut-être que la puissante stimulation immunitaire provenant du squalène était à l'esprit du microbiologiste Karl Weiss lorsqu'il a été interviewé pour un article qui est paru dans l'édition du 25 septembre du journal *Montreal Gazette*. Aaron Derfel a dit que Weiss était certain que « Pour ceux à qui il a été confirmé qu'ils avaient été infectés par le H1N1, se faire vacciner ne serait pas une très bonne idée. C'est parce que leur système immunitaire pourrait avoir une réaction excessive horrible. » Cela soulève la question suivante: Combien de Canadiens seraient à risque s'ils recevaient le vaccin étant donné qu'ils ont déjà été infectés par le virus, ce qui pour bon nombre d'entre eux n'a pas été confirmé par un test ou encore dans certains cas ils ne se seraient pas encore rendu compte qu'ils avaient une infection.

Dans son article intitulé « How Vaccines Can Damage Your Brain », le neurochirurgien à la retraite Russell Blaylock, MD, nutritionniste clinique agréé, déclare qu'il est criminel de donner des injections multiples le même jour. Il dit que les études révèlent qu'une première vaccination peut avoir un effet sur les cellules immunitaires du cerveau qui pourrait être suivi d'une réaction excessive extrême de ces cellules si une deuxième vaccination est administrée dans un délai pouvant aller jusqu'à un an. Jusqu'à quel point les Canadiens risquent-ils une réaction excessive de leurs cellules cérébrales si on ajoute un autre vaccin à la liste qui est recommandée?

Le VRAN a trois objectifs: le consentement pleinement éclairé à la vaccination, un système impartial de surveillance des effets indésirables du vaccin et de signalement de ces effets, et un plan national d'indemnisation sans faute. Le Programme de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins, IMPACT, est en conflit d'intérêts car il est parrainé par une profession qui gagne un salaire en administrant des vaccins et parce qu'il surveille les possibilités d'introduire de nouveaux vaccins.

•(1615)

Le Canada, à sa grande honte, fait partie d'une poignée de pays développés qui n'ont pas adopté de plan d'indemnisation nationale. L'excellent rapport sur l'indemnisation sans égard à la faute, rédigé il y a de nombreuses années par la Commission de réforme du droit du Manitoba a été mis aux oubliettes.

La présidente: Je vous remercie beaucoup, Susan.

Nous allons maintenant passer à la première série de questions où chaque intervenant aura sept minutes incluant questions et réponses.

Nous allons d'abord donner la parole à madame Duncan.

Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.): Je vous remercie, madame la présidente.

Bon après-midi à tous. Je vous remercie de votre présence parmi nous et du temps et des efforts que vous avez consacrés à ce sujet.

J'ignore si j'ai le droit de poser cette question, mais quand le vaccin a-t-il été commandé? Suis-je autorisée à demander cela?

La présidente: Vous pouvez demander tout ce que vous voulez, docteur Duncan.

Mme Kirsty Duncan: Je vous remercie.

Dr David Butler-Jones: Nous avons signé le contrat avec le prédécesseur de GSK il y a huit ou neuf ans.

Mme Kirsty Duncan: Le contrat portant sur le H1N1.

Dr David Butler-Jones: Tout vaccin anti-pandémique, quel qu'il fut.

Dès que la souche de semence est devenue disponible et que le vaccin saisonnier a été fabriqué, GSK a commencé à produire ce vaccin. La date de la commande est sans importance; nous avons déjà signé un contrat couvrant l'ensemble des premières doses.

Je ne me souviens pas de la date, mais c'est sans importance. C'était en août ou...

Mme Kirsty Duncan: Est-ce que c'était le 6 août?

Dr David Butler-Jones: Je ne m'en souviens pas.

Paul, est-ce que vous vous en souvenez?

M. Paul Lucas: C'est à peu près cela.

Mme Kirsty Duncan: Quand a-t-on commandé le vaccin sans adjuvant?

Dr David Butler-Jones: C'était plus tard au cours du même mois.

Mme Kirsty Duncan: C'était plus tard au cours du mois d'août.

Est-ce que nous disposons alors de données sur l'incidence que le vaccin H1N1 avec adjuvant aurait sur les femmes enceintes?

Dr David Butler-Jones: Quand aurons-nous des données...

Mme Kirsty Duncan: Non, est-ce que nous disposons alors de données qui nous permettraient de prévoir les séquelles que ce vaccin avec adjuvant pouvait avoir sur les femmes enceintes?

Dr David Butler-Jones: Il n'y a eu aucun essai clinique chez les femmes enceintes. Il n'est d'ailleurs pas courant d'en tenir.

Mme Kirsty Duncan: Je le sais.

J'ai quelques difficultés ici, compte tenu des conséquences pénibles des pandémies antérieures pour les femmes enceintes, et je me demande pourquoi on a commandé un vaccin sans adjuvant à une date plus tardive.

Dr David Butler-Jones: Au fond, la seule raison pour laquelle nous avons commandé un vaccin sans adjuvant est que le comité consultatif de l'OMS nous l'a recommandé en juillet. Il nous a aussi recommandé d'administrer un vaccin avec adjuvant dans le cas où nous ne disposerions pas de celui sans adjuvant. Bon nombre de pays européens n'utilisent que le vaccin avec adjuvant.

Nous ne sommes pas préoccupés par le vaccin ni par l'adjuvant en soi.

Mme Kirsty Duncan: J'avoue avoir encore quelques difficultés ici, et je suis sûre que c'est aussi le cas des femmes enceintes, lorsque j'entends que nous devons prendre le vaccin sans adjuvant, à moins qu'il y ait une augmentation du nombre de cas de H1N1 dans nos collectivités et que le vaccin sans adjuvant n'est pas disponible.

J'ai reçu des courriels à ce sujet tout le long de la fin de semaine, y compris d'une amie qui travaille depuis des années dans le domaine de la préparation en cas de grippe pandémique. Elle est enceinte de 21 semaines et a donc dépassé d'une semaine la limite de 20 semaines, et elle se demande avec angoisse si elle devrait prendre le vaccin avec adjuvant ou attendre plutôt le sans adjuvant. La ministre a dit qu'il incombe aux Canadiens de se renseigner au sujet des vaccins. Elle a donc fait ses recherches et consulté pas moins de six obstétriciens, et elle ne sait toujours pas quoi faire.

Dr David Butler-Jones: La Société des obstétriciens et nous, du point de vue épidémiologique, lui conseillerions de se faire vacciner.

Mme Kirsty Duncan: Elle devrait recevoir le vaccin avec adjuvant?

Dr David Butler-Jones: On devrait lui offrir le vaccin avec adjuvant.

Mme Kirsty Duncan: Elle doit prendre la décision.

Dr David Butler-Jones: Évidemment, au Canada la vaccination est un acte volontaire.

Mme Kirsty Duncan: C'est exact.

Quand le vaccin sans adjuvant sera-t-il disponible?

Dr David Butler-Jones: Il devrait être disponible la semaine prochaine à moins qu'il y ait des problèmes de distribution.

Mme Kirsty Duncan: Donc les provinces devraient l'avoir reçu la semaine prochaine?

Dr David Butler-Jones: C'est exact.

Mme Kirsty Duncan: Sur son site Web, l'ASPC dit que les gens ne devraient pas se faire vacciner s'ils ont déjà eu une réaction anaphylactique à un élément du vaccin ou s'ils ont une hypersensibilité aux oeufs. Comment peut-on s'attendre à ce que les gens connaissent les composantes du vaccin?

• (1620)

Dr David Butler-Jones: On les informe à ce sujet lorsqu'ils vont se faire vacciner. Cela fait partie du processus. On demande à la plupart des gens s'ils souffrent d'une allergie grave ou s'ils ont eu une réaction à un vaccin contre la grippe ou au thimérosal.

Or, le vaccin sans adjuvant que nous avons commandé de CSL contient aussi des antibiotiques: de la néomycine et de la garamycine. Les autres vaccins ne contiennent pas ces antibiotiques, mais on les retrouve dans le vaccin sans adjuvant. On devrait donc leur demander s'ils sont allergiques à ces antibiotiques.

Mme Kirsty Duncan: Est-ce qu'on s'inquiète du fait que le vaccin avec adjuvant contienne de l'huile de poisson?

Dr David Butler-Jones: Non. Si c'est la question des allergies qui vous préoccupe, il y a des millions de gens qui ont reçu un adjuvant avec de l'huile de poisson sans que cela ne pose de problème.

Mme Kirsty Duncan: Vendredi dernier j'ai rencontré des responsables de la santé publique. Je leur ai posé la question au sujet des allergies et des formalités administratives nécessaires pour la distribution du vaccin. J'ai eu une réponse d'un groupe et une autre réponse d'un autre groupe. Je pense que cela montre bien la confusion qui existe toujours à l'heure actuelle.

Dr David Butler-Jones: Qu'est-ce qu'on vous a dit qui était différent?

Mme Kirsty Duncan: Un groupe de responsables de la santé publique était en fait surpris que l'adjuvant contienne de l'huile de poisson. Il ne le savait pas. L'autre groupe...

Dr David Butler-Jones: Eh bien, ils le sauront. Cela sera précisé dans les documents qu'ils recevront et qui ont été envoyés aux provinces avec la monographie du produit, etc. On s'attend à ce qu'ils lisent ces documents avant de vacciner qui que ce soit. Je suis surpris. Peut-être qu'ils ne regardaient pas les nouvelles.

Il y a des documents qui seront envoyés avec le produit et que les infirmières et d'autres liront. Je ne sais pas si vous parlez de gens qui administrent en fait les vaccins ou tout simplement de gens qui travaillent à la santé publique. Les documents sont là. Les documents sont là.

Chaque année les unités de santé publique immunisent contre l'influenza. Il s'agit ici d'un autre vaccin contre l'influenza. La seule différence est l'ajout de l'adjuvant qui améliore l'immunité. Cet adjuvant ne pose aucun problème d'allergie.

Mme Kirsty Duncan: J'ai une autre préoccupation. L'adjuvant...

La présidente: Madame Duncan, votre temps est écoulé.

Nous allons maintenant donner la parole à M. Malo.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, madame la présidente.

Ma question s'adresse à M. Griffiths. Le vaccin a été autorisé pour distribution et administration au Canada à la suite d'études menées en Europe. On sait que les Européens ont commencé à vacciner leur population bien avant nous. Par conséquent, je me demande quelle a été la ligne directrice suivie par Santé Canada, qui a autorisé le vaccin sur la base d'études menées en Europe tout en ayant attendu, malgré tout, plus tard que l'Europe pour commencer à distribuer le vaccin.

[Traduction]

M. Elwyn Griffiths: Lorsqu'on dit qu'il y a eu homologation à partir de données provenant d'Europe, ce n'est pas exactement vrai. C'est toute une série de données, comme j'ai essayé de l'expliquer. Les données provenant d'Europe portaient en réalité sur l'efficacité du H1N1; ce sont les premières données que nous avons reçues. Les données sur l'innocuité provenaient surtout du H5N1 qui a été testé en Europe, aux États-Unis et au Canada.

Nous recevons donc des données, en commençant par l'Europe, mais il y en a aussi qui proviennent du Canada. Il y a des données sur l'innocuité qui proviennent du Canada également. C'est le même vaccin. Donc on ne peut pas attendre pour recevoir les données du Canada également; on a déjà les données provenant des études européennes.

Je pense que c'est ce que vous vouliez savoir.

• (1625)

[Français]

M. Luc Malo: Me dites-vous que le vaccin administré au Canada est exactement le même que celui qu'on administre en Europe? Cela ne correspond pas à l'information que j'avais. Monsieur Lucas, pouvez-vous me dire si c'est bien le même vaccin?

[Traduction]

M. Paul Lucas: En ce qui concerne le vaccin au Canada, ce vaccin est essentiellement le même que celui que GSK fabrique en Europe. La seule petite différence est une légère différence au niveau du processus de fabrication, mais à toutes fins pratiques, il s'agit du même vaccin.

[Français]

M. Luc Malo: Mme Fletcher a posé un certain nombre de questions sur l'adjuvant, sur des commentaires faits par M. Griffiths sur le nombre de candidats testés. Souhaitez-vous clarifier les affirmations données par Mme Fletcher?

[Traduction]

M. Elwyn Griffiths: Puis-je répondre à cette question?

Je pense qu'elle parlait de l'essai sur un groupe de 130 personnes en Europe. C'est plus que cela; il y a deux essais là-bas. C'est en fait le double. Je pense que les chiffres ont peut-être été mélangés quelque part. Ce n'est pas seulement 130. Deux études ont été faites en Europe avec des concentrations légèrement différentes de l'adjuvant et de l'antigène essentiellement, de sorte que ces chiffres ne sont pas exacts.

En ce qui concerne l'innocuité, comme je l'ai déjà expliqué, il y a toute une base de données sur l'innocuité. Pour les vaccins avec adjuvant, c'est le H5N1, et ensuite on passe au virus H1N1 pour la partie concernant en fait l'efficacité.

Je pense que Paul a quelque chose à ajouter à ce sujet.

M. Paul Lucas: En ce qui concerne l'innocuité des vaccins contre le H1N1 avec adjuvant, on pourrait s'attendre à ce que ce soit comme pour le vaccin contre le H5N1 avec adjuvant qui a été homologué en Europe. Pour ce qui est de tous les vaccins avec adjuvant, le H5N1, le H1N1 et les vaccins saisonniers avec adjuvant, un tel vaccin avec adjuvant a été administré à plus de 40 000 personnes.

M. Elwyn Griffiths: Avec le vaccin annuel contre la grippe saisonnière, qui est homologué, tout ce qui arrive chaque année, c'est qu'on change la souche. De petites études cliniques de la même envergure sont faites, certaines en Europe, certaines au Canada. Chaque année, c'est la même chose. Il n'y a rien de particulier à cet égard.

[Français]

M. Luc Malo: On a entendu des commentaires de fonctionnaires de l'agence, la semaine dernière, dire que les femmes enceintes pouvaient, jusqu'à un certain stade, utiliser le vaccin avec adjuvant. Je me demande simplement pourquoi avoir fait une commande de 200 000 doses de vaccins sans adjuvant à la compagnie australienne CSL.

Cela ne me semble pas clair. J'ai l'impression qu'on envoie des messages contradictoires d'une semaine à l'autre. Je pense qu'il serait important d'avoir un message unique et clair.

Dr David Butler-Jones: C'est le même message. Le vaccin sans adjuvant est préférable parce que nous avons moins de données pour le vaccin avec adjuvant pendant la grossesse. C'est une option pour les femmes. Cette semaine et la semaine dernière, c'est la même recommandation, soit moins de 20 semaines. Le risque pour les femmes enceintes est le même que pour les autres femmes du même âge. Toutefois, après 20 semaines de grossesse, les risques augmentent de près de quatre fois. Si la maladie est présente dans la communauté, le risque est plus grand que le risque théorique du vaccin.

[Traduction]

La présidente: Merci, docteur Butler-Jones.

Nous allons maintenant donner la parole à Mme Wasylycia-Leis.

• (1630)

Mme Judy Wasylycia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci, madame la présidente et merci à vous tous d'être ici aujourd'hui.

Je pense que le principal objectif de cette séance est d'obtenir certains éclaircissements sur les tests et la surveillance. Si nous voulons encourager un plus grand nombre de Canadiens à s'intéresser au vaccin et à se faire vacciner, nous devons alors être en mesure de répondre à ces questions. Plus nous pouvons être transparents et ouverts au sujet des tests qui ont été faits et où ils ont été faits, mieux cela sera. Je pense que le gouvernement fédéral, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada ont

manifestement changé leur stratégie en ce qui concerne le vaccin, car voici ce que vous disiez dans un document que vous nous avez remis le 6 octobre:

Comme la souche H1N1 actuelle n'a fait partie d'aucun vaccin contre la grippe par le passé, elle présente des facteurs inconnus qui peuvent nécessiter des modifications au processus habituel de fabrication des vaccins. Des essais seront réalisés afin de confirmer les renseignements de base à propos du vaccin. Une brève étude clinique sera également menée auprès de sujets humains afin de vérifier la sécurité du vaccin et de s'assurer qu'il induit une réaction immunitaire.

Se fondant sur cette déclaration, la ministre a dit à plusieurs reprises en Chambre qu'elle ne serait sans doute pas en mesure d'homologuer les vaccins avant le 1^{er} novembre, et ce, en fonction des résultats de ces études. Il est clair qu'on a pris certains raccourcis et qu'il a été décidé en fait d'homologuer le vaccin sans avoir fait certaines des études dont on parlait dans ce document qui a été publié. J'aimerais savoir comment le processus de réglementation normale a pu être court-circuité et modifié.

Pouvez-vous nous dire quels essais précliniques, quelles études cliniques ont été faits au Canada ou ailleurs dans le monde, mises à part et indépendamment de celles menées par GSK, le fabricant du vaccin?

M. Elwyn Griffiths: Puis-je tout d'abord apporter un éclaircissement au sujet du calendrier?

Je pense que l'idée, c'était que — et le Dr Butler-Jones peut m'aider à répondre à cette question — nous ne voulions pas dire que nous serions en mesure d'avoir un vaccin à la mi-octobre alors que nous n'en étions pas absolument certains. L'approche prudente consistait à dire que ce serait pour novembre. Quoi qu'il en soit, les données que nous attendions — certaines données au sujet de la qualité et certaines données anticipées en ce qui concerne l'efficacité réelle — sont arrivées plus tôt de GSK, de sorte que nous avons pu examiner ces données beaucoup plus tôt que nous l'avions prévu. Il ne servait donc à rien d'attendre encore un mois pour aller de l'avant. Essentiellement, les données sont arrivées plus tôt, nous avons pu les évaluer et tout semblait être satisfaisant.

Pour ce qui est des données dont vous parlez au sujet de l'innocuité, comme pour tous les vaccins et tous les médicaments, c'est habituellement le fabricant qui s'occupe de faire toutes ces études. Il y a d'autres activités qui se font à l'heure actuelle en ce qui concerne des vaccins déjà homologués, et l'Agence de la santé publique fera certaines de ces études. Habituellement, ces études ne sont pas faites au préalable. C'est habituellement le fabricant qui effectue ces études, car essentiellement il ne s'agit pas d'un produit qui est déjà offert au public.

Avez-vous quelque chose à dire à ce sujet, Paul?

Mme Judy Wasylycia-Leis: Pendant que vous faites des observations à ce sujet, j'aimerais tout simplement dire que le document initial du gouvernement disait, dans la partie que j'ai lue, qu'il faudra environ six semaines pour effectuer ces essais. C'est donc toute une différence lorsqu'on parle maintenant de seulement une à deux semaines.

En plus de ce que vous pouvez nous dire au sujet des essais que vous avez effectués, je serais curieuse de savoir quelles étapes ont été sautées et pourquoi, et quelles études ont été faites indépendamment de celles qui ont été faites par GSK. En fait, c'est le signe distinctif de notre modèle de protection de la santé au Canada. Nous avons toujours été très fiers par le passé de notre principe de précaution. Je sais que nous parlons ici d'un modèle de gestion du risque et nous comprenons cela. Je ne tente pas ici de dissuader qui que ce soit de se faire vacciner, mais je pense que davantage de gens voudront le faire s'ils comprennent mieux quelles études ont été faites et quels sont les risques associés au vaccin.

M. Paul Lucas: Je peux parler tout d'abord des essais cliniques que nous faisons sur le H1N1. Nous faisons 16 essais cliniques partout dans le monde.

Pour ce qui est des études qui sont faites ici au Canada, les 16 essais qui sont effectués incluront plus de 10 000 sujets dont 2 000 seront des Canadiens...

Mme Judy Wasylcia-Leis: Puis-je vous interrompre une seconde? Je vous remercie de ces renseignements et j'aimerais bien les obtenir, mais mon temps est limité. Ce que je voudrais savoir surtout, c'est quelles études ont été faites indépendamment de celles qui ont été effectuées par GSK, car je ne sais pas de quelle autre façon on pourrait en fait évaluer le vaccin. Je crois GSK sur parole, mais je pense que nous avons toujours fondé nos conclusions sur une surveillance scientifique indépendante des médicaments ou des vaccins existants.

• (1635)

M. Elwyn Griffiths: Pas vraiment. Lorsque les produits sont homologués au Canada, les données provenant du fabricant sont habituellement évaluées. Il ne s'agit pas d'une évaluation indépendante. Il peut y avoir des enquêteurs indépendants qui y participent, ce qui est différent, mais les données proviennent toutes du fabricant.

Dr David Butler-Jones: Il y a des chercheurs indépendants qui sont embauchés à contrat pour faire la recherche, mais c'est le fabricant qui retient leurs services. Les résultats sont cependant transparents; l'organisme de réglementation voit toutes les données, bonnes ou mauvaises, de sorte que ce n'est pas un problème.

Nous faisons des essais supplémentaires et encore une fois soyons clair: nous n'avons pas absolument pas changé ce qui avait été planifié. Nous n'avons pris aucun raccourci. Ce que nous avons constaté cependant, c'est qu'une dose permettait d'avoir une bonne immunité. Six semaines était la période nécessaire pour l'administration de deux doses et pour connaître les résultats des deux doses.

Au Canada, nous avons dit, et je le dis depuis le début, que nous tentions d'avoir un vaccin sûr et efficace le plus tôt possible et nous parlions avec confiance du début du mois de novembre. Nous n'avons pas fait des économies de temps. La seule chose de plus que l'organisme de réglementation pourrait peut-être examiner, ce sont les données d'immunité à la suite de la deuxième dose, etc., ce qui ne changerait pas la décision quant au moment d'immuniser.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Puis-je demander alors comment vous décider quel sera le dosage disons pour les jeunes enfants de moins de trois ans alors que le rapport même de GSK révèle qu'il n'existe aucune donnée, qu'il n'y a aucune expérience en ce qui concerne les enfants de moins de trois ans et aussi en ce qui concerne les personnes âgées? Et je pourrais donner toute la liste.

En ce qui concerne les femmes enceintes, « nous n'avons aucune donnée concernant les femmes enceintes pour Arepanrix™ H1N1 ni pour le vaccin H5N1 avec adjuvant de prototype ASO3. »

La présidente: Le Dr Butler-Jones devra répondre à votre question, madame Wasylcia-Leis.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Je voudrais seulement des réponses à ces questions.

Dr David Butler-Jones: Nous commençons à recevoir les résultats de ces essais, et ils portent en réalité sur la dose. La recommandation de notre comité d'experts, à cause de la grippe saisonnière, était que normalement les enfants âgés de moins de 10 ans ont besoin de deux demi-doses pour produire l'immunité. D'après les essais initiaux, il semblerait que peut-être qu'une dose serait suffisante. Ce sont en fait là de bonnes nouvelles, mais on ne devrait pas, pour commencer à protéger les gens, attendre de savoir si on a besoin d'une ou de deux doses. Si on sait qu'on a besoin d'au moins une dose, on commence par cela, et ensuite on décide si une deuxième dose doit être administrée lorsqu'on a cette information, et ces données commencent à rentrer à l'heure actuelle.

La présidente: Merci, docteur Butler-Jones.

Je suis désolée, aviez-vous quelque chose à ajouter?

M. Elwyn Griffiths: Puis-je ajouter quelque chose?

Nous recevons également des données concernant le prototype de vaccin pour les plus jeunes groupes d'âge. On leur administrerait une demi-dose, de sorte que nous avions une idée des résultats à cet égard. La raison pour laquelle nous sommes allés de l'avant si rapidement, c'est parce que nous pouvions constater que la première dose créait une immunité suffisante; autrement, nous aurions été obligés d'attendre jusqu'en novembre pour obtenir les résultats de l'étude finale.

La présidente: Merci d'avoir ajouté cela, monsieur Griffiths.

Nous allons maintenant donner la parole à Mme McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, madame la présidente.

Cela me frappe toujours de constater que plus nous sommes âgés, plus nous nous souvenons des maladies importantes qui par le passé frappaient nos familles et nos collectivités. Je pense que parfois nous oublions jusqu'à quel point nous avons fait des progrès importants, et nous avons tendance à perdre de vue ce qui arrive lorsqu'il n'y a pas d'immunisation, je me rappelle très clairement l'haemophilus — très grave.

Ce que le Dr Kumar nous a dit il y a une semaine ou deux au sujet de jeunes dans son unité de soins intensifs qui luttait pour leur vie alors que leur maladie aurait pu être évitée m'a vraiment frappée. D'une certaine façon, cette image était très forte. Je pense qu'on oublie l'immunité collective et jusqu'à quel point la population est protégée lorsque la majorité des gens se font vacciner.

Cela dit, ma première question s'adresse à M. Griffiths. Pourriez-vous nous parler davantage du processus d'homologation? J'ai remarqué bien sûr que dans les médias nous nous comparons aux États-Unis et nous disons que cela a été plus rapide là-bas. Peut-être que vous pourriez nous parler un peu plus des différences entre les processus au Canada et aux États-Unis.

M. Elwyn Griffiths: Ils ne sont pas tellement différents. Aux États-Unis ils sont allés de l'avant; ils ont décidé d'administrer le vaccin sans adjuvant. Je ne peux pas vous donner de détails. Les fabricants leur ont clairement fourni suffisamment d'information pour qu'ils puissent changer la souche dans leur vaccin contre la grippe saisonnière pour en faire un vaccin contre la grippe pandémique et cela leur a permis d'homologuer le vaccin plus tôt. Cependant, l'homologation est un processus assez différent de celui de la production d'une quantité suffisante de vaccin pour la population en général. Le fait qu'ils puissent homologuer un vaccin ne veut pas nécessairement dire qu'ils ont suffisamment de matériel pour le produire.

Au Canada cependant, c'est ce que nous allons faire en fait. Nous ne pouvons que travailler avec les données que nous avons reçues. L'organisme de réglementation doit attendre de recevoir des données du fabricant. Comme nous venons tout juste d'en parler il y a quelques minutes, nous attendions de recevoir les données avant de pouvoir en fait homologuer ce produit.

Si au Canada nous nous étions retrouvés dans une situation où la pandémie se serait réellement aggravée en septembre, alors nous aurions sans doute passé une commande d'urgence. Il faut vraiment trouver un juste équilibre entre la nécessité absolue d'avoir le produit, dans ce cas-ci en cas de pandémie dès le début, et attendre de recevoir les données. Je pense que l'on prend sa décision selon la quantité d'information dont on a vraiment besoin, et ensuite on décide si on a besoin du vaccin et on va de l'avant.

• (1640)

Mme Cathy McLeod: Docteur Butler-Jones, pourriez-vous nous parler des différences entre les deux pays, les États-Unis et le Canada?

Dr David Butler-Jones: Chaque pays, réellement chaque pays dans le monde, tente de faire de son mieux avec les outils dont il dispose. Les Américains ont choisi d'administrer un vaccin sans adjuvant. Pour notre part, comme la plupart des pays européens, nous avons choisi un vaccin avec adjuvant. À notre avis, il offre une meilleure immunité et permet de laisser une plus grande quantité de vaccins à la disposition des pays.

Pour en revenir à ce que vous disiez, l'immunisation a transformé le visage de l'enfance. Lorsque j'étais enfant, les hôpitaux étaient remplis d'enfants qui avaient des complications à la suite de la rougeole, de la coqueluche, de la polio, etc. Nous avons essentiellement éliminé ces maladies.

Dans le contexte de la maladie à laquelle nous faisons face à l'heure actuelle, il n'y a en fait que deux façons de stopper la pandémie: soit qu'on ne se fait pas immuniser, de sorte que nous risquons tous de contracter la maladie — donc potentiellement 10 millions de Canadiens — ou nous sommes immunisés. Il y a eu certaines préoccupations, car, en 1976, sans qu'il y ait véritablement une pandémie, un grand nombre d'Américains ont été immunisés. Donc, il n'y a pas eu de pandémie, et environ 12 personnes par million chez ceux qui ont été immunisés ont développé le syndrome de Guillain-Barré. Il ne faut pas oublier que, chaque année, entre 10 et 20 personnes par million contractent le syndrome de Guillain-Barré pour une autre raison, la plupart du temps par la campylobactérie ou d'autres infections, et cela ne s'est pas reproduit depuis. Il n'est pas clair s'il y avait même un rapport avec le vaccin qui a été administré à l'époque, étant donné que ça correspond à peu près au pourcentage habituel.

Si nous n'immunisons pas, il y aura entre 400 et 700 cas de Guillain-Barré qui se développeront à la suite de la maladie, de la

grippe, car le pourcentage est de 40 à 70 par million, non pas un par million de risque grave, plus 100 000 dans les hôpitaux, des milliers de morts, etc. Donc, le pourcentage de risque du vaccin est très simple: le risque de ne pas se faire immuniser est énorme.

Mme Cathy McLeod: Bien sûr, nous avons le vaccin avec adjuvant et, à première vue, il semble contenir des types d'ingrédients très inoffensifs. Je suis certaine qu'il faudrait avoir une discussion très technique, mais pourquoi utiliser de l'huile de rose, de l'huile de poisson et de l'eau et de l'huile pour créer ce vaccin? Encore une fois, il s'agit peut-être là d'une question un peu trop technique.

Dr David Butler-Jones: Oh non, on se demande tout simplement pourquoi.

Les fabricants de vaccins utilisent des adjuvants depuis les années 1920. Le sulfate d'aluminium sert souvent d'adjuvant. Il s'agit en partie de reconnaître l'ingrédient, de tenter différentes choses et de constater que cela augmente en fait l'immunité d'une personne avec une plus petite dose. Donc, sur le plan des avantages, on a en fait besoin d'une plus petite quantité de virus pour produire un vaccin qui nous permet de développer l'immunité et d'être protégés contre ce virus.

Je ne sais pas si vous pouvez nous parler de la façon dont il a été découvert, mais nous tentons constamment différentes choses pour améliorer l'immunité. Il y a d'autres choses qui peuvent améliorer l'immunité et que les gens font, mais le vaccin est toujours la meilleure stratégie.

M. Paul Lucas: Vous avez assez bien résumé la situation. C'est comme lorsqu'on découvre un vaccin ou un médicament. On y va beaucoup à tâtons et un petit peu par la planification, mais on finit par trouver quelque chose qui fonctionne réellement.

Dr David Butler-Jones: En fait, vous vous souviendrez peut-être que la première fois qu'on a découvert un vaccin, c'était contre la variole et c'est parce qu'on a reconnu que les femmes qui travaient les vaches semblaient être protégées contre la variole, étant donné qu'elles avaient déjà contracté la vaccine. Donc, il s'agit d'explorer la nature pour trouver des choses qui peuvent faire une différence.

• (1645)

La présidente: Merci beaucoup, docteur Butler-Jones.

Nous allons maintenant commencer un deuxième tour de table de cinq minutes pour les questions et réponses.

Nous allons commencer par M. Oliphant.

M. Robert Oliphant (Don Valley-Ouest, Lib.): Merci à tous d'être ici avec nous aujourd'hui. Il semble qu'il y ait tellement de renseignements de ce côté-ci de la pièce que je suis surpris de ne pas me retrouver dans un angle de 45 degrés.

Mon objectif aujourd'hui sera de parler des renseignements qui ont été donnés à la population. Vous pouvez peut-être nous expliquer cela longuement, mais il me semble que plutôt que de diminuer, la confusion au sein de la population augmente et cela me préoccupe beaucoup.

J'ai écouté l'émission Cross Country Checkup et j'ai entendu un certain nombre de personnes qui ont téléphoné pour soulever les mêmes questions: des femmes enceintes à différentes périodes de leur grossesse, des gens souffrant de maladies auto-immunes ainsi que des gens atteints de trouble de l'immunodéficience, soit des personnes aux prises avec des problèmes très divers.

Le Dr Gardam, de l'agence de santé publique de l'Ontario, a bien répondu à certaines questions de la population. Toutefois, selon les sondages d'opinion menés auprès de la population, il semble en fait que moins de gens iront se faire vacciner.

Je m'inquiète donc du fait que les renseignements que vous avez et que vous nous avez transmis ne sont pas communiqués à la population. Ce qui me préoccupe, c'est ce que je considère comme étant une approche relativement passive dans notre campagne de sensibilisation de la population. Je pense que vous avez bien travaillé. Dans la recherche médicale, il y a toujours des probabilités. En recherche médicale et en santé publique, on dit toujours: « À ce moment-ci, nous estimons que la meilleure chose à faire pour les gens, c'est telle ou telle chose », selon l'historique, les probabilités et la recherche médicale, etc. Je ne tente pas de dire que la recherche n'a pas été assez bien faite. J'espère qu'elle a bien été faite.

Ce qui me préoccupe, c'est que les gens sont de moins en moins enclins à se faire vacciner. Je voudrais soulever deux problèmes et j'aimerais que vous me disiez ce que vous en pensez.

Ce qui me préoccupe d'abord, c'est qu'à mon avis, lorsqu'on dit que quelque chose sera disponible ou distribué en ligne ou à des guichets de Postes Canada ou en composant un numéro 1-800, pour moi, c'est une approche passive. Contrairement au plan de relance économique du gouvernement, dont tout le monde entend parler chaque jour, constamment, à la télévision, je ne constate pas la même activité dans ce cas-ci.

Par exemple en Grande-Bretagne on a le slogan « Catch it, Bin it, Kill it ». Il s'agit là d'une approche très simple. Je ne savais pas que j'étais censé jeter mon papier-mouchoir tout de suite après l'avoir utilisé. Voilà maintenant une demi-heure que j'utilise celui-ci. Je viens tout juste de lire cela. Je sais maintenant que je devrais le jeter. Je ne fais pas semblant, je l'ai vraiment utilisé.

La présidente: Excusez-moi, monsieur Oliphant. Vous devrez peut-être le prouver.

M. Robert Oliphant: C'est là une campagne active. Je pense que, pour notre part, il y a quelque chose que nous ne faisons pas et que nous devons faire pour nous attaquer à ce problème.

C'est donc la première question que je voudrais vous poser, relativement au fait que ce qui me préoccupe, c'est que soit Santé Canada, soit l'Agence de la santé publique du Canada ne fait pas une campagne active et appropriée.

Ma deuxième question porte sur le fait que je crains énormément que votre préoccupation à l'égard des populations à risque soit en fait contre-productive, car les personnes à risque risquent de contracter la maladie au contact d'une personne comme moi, qui ne suis pas à risque. Donc, si je ne me fais pas vacciner parce que je pense que je ne vais pas vraiment être très malade étant donné que je ne suis pas à risque, alors je mets en danger la santé de quelqu'un d'autre avec qui je pourrais entrer en contact.

La présidente: Vous devriez laisser le docteur répondre à certaines de vos questions, puisqu'il ne vous reste plus qu'une minute et demie.

M. Robert Oliphant: D'accord. Ce qui m'inquiète, ce sont l'approche passive et les segments de la population à risque.

Dr David Butler-Jones: Tout d'abord, notre approche est loin d'être passive. La ministre et moi-même faisons des interventions publiques plusieurs fois par semaine maintenant. Ramassez n'importe quel journal... J'ai pris un journal local de *Metro*, où figurent deux annonces, l'une des nôtres, et l'une de l'Ontario. Nous travaillons en collaboration avec les provinces. Les renseignements

sont disponibles. Des amis me disent qu'ils en ont marre de se réveiller au son de ma voix à la radio ou de me voir à la télévision — moi et d'autres agents médicaux provinciaux également.

Nous avons imprimé 1,2 million de guides de préparation, dont 885 000 ont déjà été distribués. Deux millions supplémentaires sont sous presse. Le site Web combattezagrippe.ca reçoit actuellement 100 visiteurs par seconde.

Vous verrez de plus en plus de publicités avec le lancement de la campagne d'immunisation. En fait, on peut difficilement passer à côté. Cela n'a rien d'une campagne passive.

M. Robert Oliphant: Mais de moins en moins de gens veulent se faire vacciner.

• (1650)

Dr David Butler-Jones: Non. Un sondage laisse entendre que le taux de participation est à 51 p. 100. Cet été, aussi peu que 30 p. 100 de la population souhaitait se faire vacciner. Ce sondage a été effectué avant que nous n'intensifions nos efforts et avant que le vaccin ne soit disponible.

Ensuite, vous disiez que les personnes qui ne sont pas à risque pouvaient mettre les autres en danger. Qu'il s'agisse des travailleurs de la santé ou des personnes en santé, notre priorité consiste à les faire vacciner rapidement, en fonction de leur risque de développer un état grave de la maladie. Toutefois, au bout du compte, nous avons suffisamment de vaccins pour immuniser tous les Canadiens, afin de les protéger eux-mêmes, mais également leur entourage.

La présidente: Merci.

Passons à M. Uppal.

M. Tim Uppal (Edmonton—Sherwood Park, PCC): Merci, madame la présidente.

La semaine dernière, j'ai justement posé une question à Santé Canada concernant les renseignements disponibles, parce que c'est crucial, surtout pour que les gens aient confiance dans le vaccin lui-même. Ils doivent être au courant. J'ai demandé au ministère dans quelle mesure on fournissait des renseignements aux différentes communautés culturelles dans leurs langues. J'ai été ravi d'apprendre que les provinces s'en chargeaient. Elles traduisent la documentation dans diverses langues, et les municipalités le font également. J'ai été d'autant plus enchanté que j'ai appris que la ministre Aglukkaq et, je pense, le Dr Bulter-Jones ont prévu une conférence téléphonique avec divers médias ethniques plus tard au cours de la semaine. C'est en préparation. J'en suis ravi, parce qu'ainsi, différentes communautés linguistiques vont obtenir ces renseignements directement de vous et de la ministre.

Dr Griffiths, travaillez-vous depuis le début en collaboration avec les provinces et les territoires à l'élaboration de votre plan de lutte contre la pandémie?

M. Elwyn Griffiths: Oui, nous y travaillons depuis déjà de nombreuses années. Nous avons commencé en 2001, et même avant, en collaboration avec les agences de la santé publique et les provinces. Ce n'est pas nouveau. Nous savions pertinemment que nous allions devoir faire face à une pandémie tôt ou tard. Nous nous préparons donc depuis tout ce temps.

M. Tim Uppal: C'est excellent. Merci.

Dr Butler-Jones, j'ai constaté que vous aviez publié vos troupes de préparation pour lutter contre la pandémie la semaine dernière. Comment prévoyez-vous les distribuer à tous les Canadiens partout au pays?

Dr David Butler-Jones: Les guides seront distribués de différentes façons. Toutes les publicités précisent où et comment on peut se procurer ces renseignements. Les gens n'ont pas à se rendre sur le site Web nécessairement, et ils peuvent téléphoner pour demander qu'on leur envoie l'information par la poste.

Nous suivons les conseils des experts en matière de communication. Je ne suis pas versé dans ce domaine; je sais comment parler, mais je ne prétends pas être un spécialiste des communications. Nous suivons donc leurs conseils concernant le moment opportun pour diffuser des renseignements afin que les gens les aient à leur disposition et s'en souviennent au moment de prendre des décisions. Avant de disposer du vaccin, il était important pour eux de savoir qu'il fallait tousser dans son coude, éviter les autres, et ainsi de suite. C'est là-dessus qu'insistait notre message.

Comme je pense l'avoir déjà mentionné au comité, on m'a dit qu'on peut facilement reconnaître les Canadiens dans les aéroports internationaux, parce qu'ils éternuent ou toussent dans le pli du coude, alors que les autres ne le font pas. En fait, les Britanniques et d'autres nous ont demandé nos documents d'information afin de les adapter. Nous nous entraînons.

M. Tim Uppal: La saison de la grippe est déjà passée en Australie. Qu'avons-nous appris de ce pays?

Dr David Butler-Jones: Certaines choses, et pas seulement de l'Australie, mais également d'autres pays de l'hémisphère Sud. La première vague a coïncidé, en gros, avec leur saison habituelle de la grippe. Par exemple, leurs services de soins intensifs ont été débordés. Ils ont constaté que la maladie évoluait de la même façon. En d'autres mots, un large pourcentage des malades étaient très jeunes, avec les conséquences que cela implique. Nous n'avons pas encore enregistré de changements dans le virus. La grippe est imprévisible. Nous ne savons pas quand la souche virale pourrait muter légèrement. Encore une fois, c'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons surtout, au Canada, des vaccins avec adjuvant qui pourraient offrir une protection contre les mutations du virus.

M. Elwyn Griffiths: À cet égard, on a détecté des changements récemment aux Pays-Bas, mais ceux-ci ne réduisent pas pour l'instant le pouvoir antigénique. Le vaccin fonctionne correctement, mais je pense que le virus commence à évoluer. Nous ne savons pas où cela nous mènera. Peut-être qu'il ne se modifiera pas trop, mais on a déjà détecté certains changements.

La présidente: Docteur Butler-Jones, vous devez partir.

Dr David Butler-Jones: Veuillez m'excuser. J'ai le sentiment que je comparaitrai à nouveau devant vous.

Je vous remercie tous de vos questions et de votre participation.

La présidente: Merci d'être venu.

Veuillez continuer. Il vous reste environ 45 secondes.

● (1655)

M. Tim Uppal: Une certaine controverse entoure le vaccin contre la grippe saisonnière. Conseillez-vous aux gens de le recevoir avant ou après celui contre la grippe H1N1?

M. Elwyn Griffiths: Aucune donnée ne nous permet de recommander ce vaccin. Si vous voulez recevoir les deux vaccins en même temps, optez pour un vaccin sur chaque bras. Aucune donnée ne nous recommande de contre-indiquer l'octroi des deux vaccins simultanément.

M. Tim Uppal: Donc vous pouvez recevoir les deux.

M. Elwyn Griffiths: Oui, en effet.

La présidente: Merci, monsieur Griffiths.

Passons maintenant à M. Dufour.

[Français]

M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ): Merci beaucoup, madame la présidente. Je remercie tous nos témoins de s'être déplacés aujourd'hui.

Je trouve extrêmement intéressant ce que M. Oliphant disait, tout à l'heure, au sujet de l'intérêt face au vaccin et à la campagne publicitaire. On a parlé maintes fois du très beau travail fait par Santé Canada — il n'y a aucun doute —, mais en même temps, on voit que les gens sont extrêmement frileux à l'idée de se faire vacciner. Je dois vous avouer que j'ai participé à plusieurs activités dans ma circonscription au cours de la fin de semaine et qu'énormément de gens ont encore une crainte de se faire vacciner.

Chaque côté a ses arguments, et l'on entend des arguments contradictoires de professionnels de la santé qui ne s'entendent pas exactement sur le vaccin proprement dit et sur la nécessité de la vaccination. Mme Fletcher en parlait tout à l'heure.

J'aimerais savoir, M. Lucas, quoi répondre à cela, et ce que vous pensez de l'argumentaire de Mme Fletcher face à la vaccination.

[Traduction]

La présidente: À qui s'adressait votre question?

[Français]

M. Nicolas Dufour: Ma question s'adresse à M. Lucas.

[Traduction]

La présidente: Allez-y, monsieur Lucas.

M. Paul Lucas: Tout d'abord, sachez que je me ferai vacciner. Comme l'a expliqué le Dr Butler-Jones, les avantages dépassent largement les risques théoriques liés à la vaccination. Comme je ne suis pas médecin, il ne m'appartient probablement pas d'approfondir la question.

Peut-être que M. Griffiths voudra poursuivre.

M. Elwyn Griffiths: Les avantages de l'immunisation par rapport aux risques ne font aucun doute. En ce qui concerne la menace d'une pandémie de grippe, nous ne savons pas comment les choses vont évoluer. Pour l'instant, les choses se passent bien. La deuxième vague pourrait être bien pire. Nous ne savons pas ce qui se passera.

Le virus est tout à fait imprévisible. Nous savons qu'il ne se comporte pas comme le virus de la grippe saisonnière. Les gens pensent que c'est la même chose, mais en fait, ce virus-ci s'attaque aux poumons, chez les jeunes gens. Pour ceux qui s'intéressent au modèle, sachez que nous avons reproduit la situation avec des furets, qui sont touchés de la même manière. Ce virus endommage considérablement les poumons. C'est un sale virus. Nous ne savons pas pourquoi il agit de cette façon.

C'est là que le bât blesse. On voit le virus évoluer, mais on ne sait pas dans quelle direction. Alors oui, les avantages surpassent largement les risques.

Vous disiez plus tôt que les gens oubliaient, et que de nos jours, on ne souffrait plus de la diphtérie ou de la tuberculose. J'ai donné une conférence publique il y a six ou sept mois. J'ai commencé mon discours en montrant une photographie de mon grand-père, et une autre de ma tante, la soeur de ma mère. Je ne les ai jamais connus. Mon grand-père est mort de la tuberculose avant ma naissance, et ma tante, de la diphtérie. On n'entend plus ce genre d'histoire de nos jours.

On a parlé de la polio plus tôt. Un membre de l'auditoire a dit qu'il travaillait sur la polio avec Connaught, ce qui est très intéressant. Les gens tendent à oublier que ces maladies peuvent avoir un effet dévastateur sur les collectivités. Il s'agit de maladies évitables.

Lorsqu'on immunise des millions d'habitants, l'un d'entre eux pensera forcément que le vaccin a causé certains dommages, comme une allergie ou autre chose. Il est extrêmement important d'enquêter sur ces cas et de s'assurer qu'il n'y a pas de relation de cause à effet. Ce peut être embarrassant, mais nous devons savoir. Il est prévu qu'on étudie ces cas et qu'on accroisse la confiance de la population à mesure qu'avancera la campagne de vaccination.

La présidente: Madame Fletcher, vous pouvez intervenir à tout moment.

Mme Susan Fletcher: Je ne le savais pas.

• (1700)

La présidente: Allez-y.

Mme Susan Fletcher: J'aimerais vous parler de l'article du Dr Girard, que j'ai joint à mon exposé. Mark Girard est un expert en pharmacovigilance. Il parle de la grippe saisonnière au Canada. Au fil des années, FluWatch a montré que seulement 10 p. 100 des échantillons de virus constituaient bel et bien le virus de la grippe. Le saviez-vous? C'est pour la grippe saisonnière.

Voici ce que dit Mark à la page 11 de son article:

On touche là du doigt l'illogisme atterrant du développement vaccinal, ancré sur une conviction évidemment irrationnelle mais malheureusement indéboulonnable: alors qu'ils sont pourtant supposés exercer des effets immunitaires bénéfiques sur le long terme, voire à vie, ces produits ne sont jamais sérieusement suspectés de pouvoir exercer sur ce même long terme des effets immunitaires potentiellement dommageables!

La présidente: Merci, madame Fletcher.

Passons à M. Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci, madame la présidente.

Je tiens à remercier tous les témoins d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer. Je remercie également Mme Fletcher d'être avec nous par conférence vidéo.

C'est un sujet qui fait couler beaucoup d'encre. Je pense que beaucoup de renseignements sont disponibles. Je me suis rendue à Washington la semaine dernière pour participer à une convention avec de nombreux médecins de partout dans le monde, qui nous ont félicités de notre bon travail sur l'économie et la grippe H1N1. Il est bon de se faire complimenter, mais parfois cela n'arrive que lorsqu'on sort du pays.

J'aimerais qu'on discute davantage des rapports contradictoires et de l'hésitation des Canadiens à se faire vacciner. Je crois avoir lu dans le journal d'Ottawa aujourd'hui que 51 p. 100 de la population ne pensent pas se faire immuniser.

J'espérais que M. Griffiths puisse nous parler davantage de l'innocuité du vaccin. Mme Fletcher voudra peut-être intervenir également.

La présidente: Monsieur Griffiths.

M. Elwyn Griffiths: En ce qui concerne l'innocuité du vaccin, celui avec adjuvant a été injecté à plus de 40 000 personnes, sans effet secondaire substantiel. Pour un vaccin comme le Pevnar, qui est le vaccin antipneumococcique, à peu près tous les essais ont été effectués aux États-Unis et en Afrique. Aux États-Unis, les essais ont porté sur environ 37 000 personnes, et Pevnar est homologué au Canada et dans de nombreux autres pays. Il s'agit là d'une importante étude, mais qui peut prendre beaucoup de temps.

L'étude sur le Menactra, le vaccin antiméningite, n'a porté que sur 10 000 ou 12 000 personnes. Les chiffres dont nous disposons pour ce type de vaccin — le H5N1, soit le vaccin prototype — et les données que nous sommes en train d'obtenir sur le vaccin H1N1 rentrent maintenant dans la fourchette habituelle en ce qui concerne l'innocuité et l'efficacité des vaccins. Voilà ce qui se passe, même si on dit aller de l'avant.

En Europe et aux États-Unis, on remet en question non seulement l'adjuvant, mais l'antigène également. En 1976, comme l'a dit le Dr Butler-Jones, on a produit un vaccin contre la grippe H1N1 — la fameuse saga de la grippe porcine —, mais à cette époque, on ne faisait pas face à une réelle pandémie.

C'est un équilibre qu'il faudra atteindre. Or, je pense que la sécurité du vaccin a été suffisamment prouvée pour qu'on procède à l'immunisation.

Paul Lucas voudra peut-être ajouter quelques mots.

M. Paul Lucas: Oui, au sujet de l'adjuvant.

Il se compose de trois éléments, tous naturels. Tout d'abord, le squalène, qu'on retrouve à l'état naturel chez les plantes, les animaux et les humains. Il ne s'agit pas d'une substance étrangère au corps humain. L'adjuvant comprend également du tocophérol, soit de la vitamine E, que la plupart des gens connaissent. Le troisième ingrédient est le polysorbate, un émulsifiant utilisé dans la crème glacée. Il s'agit donc de trois éléments chimiques communs.

Rien ne porte à croire que cela posera problème. Les études sur le H5N1 et sur les 40 000 patients à qui l'on a injecté cet adjuvant n'ont révélé aucun effet secondaire inhabituel.

• (1705)

M. Colin Carrie: Madame Fletcher, vous semblez faire exception. Selon votre exposé, le squalène, ou le thimérosal, poserait problème. J'en ai déjà entendu parler au sujet de l'autisme. Comme vous ne semblez pas vous baser sur les mêmes données scientifiques que ces messieurs, j'aimerais savoir pourquoi, selon vous, cela peut être nocif.

Mme Susan Fletcher: J'ai ici la liste de Gary Matsumoto, que vous pouvez consulter sur son site Web. J'ai fourni l'adresse de ce site dans les références de mon exposé, que vous pouvez consulter si vous l'avez sous la main. Il s'agit d'une liste de 30 études évaluées par des pairs — remarquez, certaines portent sur des animaux —, qui montrent que le squalène peut provoquer des maladies auto-immunes. Voilà le problème avec les épreuves d'innocuité. Les maladies auto-immunes, comme la sclérose en plaques, prennent du temps à se déclarer. Or, sur quelle période portent les épreuves d'innocuité?

Selon le dépliant d'information sur le produit Arepanrix que j'ai consulté rapidement cette fin de semaine, la période d'essai la plus longue est de six mois. Cependant, la sclérose en plaques peut prendre bien plus de six mois avant de se déclarer. Le diabète, quant à lui, peut prendre jusqu'à 10 ans. C'est l'un des problèmes de ces épreuves d'innocuité. L'autre...

M. Colin Carrie: M. Matsumoto est-il un chercheur?

La présidente: Je suis désolée, mais vous n'avez plus de temps, madame Fletcher.

Passons maintenant à Mme Bennett. Elle peut poursuivre dans cette voie si elle le désire.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Monsieur Pless, pourriez-vous nous expliquer quelles sont vos responsabilités dans le cadre du Programme canadien d'épidémiologie de terrain?

M. Robert Pless (directeur de programme, Programme canadien d'épidémiologie de terrain, Agence de la santé publique du Canada): Madame la présidente, étant donné que l'agence a gonflé ses effectifs responsables du dossier de la pandémie, et puisque j'ai de l'expérience dans le domaine de l'innocuité des vaccins, on m'a demandé de donner un coup de main à l'Unité de l'innocuité des vaccins. Malheureusement, la Dre Barbara Law, la chef de cette unité, n'a pas pu venir parce qu'elle séjourne à l'étranger.

L'hon. Carolyn Bennett: Avez-vous la responsabilité du suivi, pour savoir si le vaccin est sûr et efficace?

M. Robert Pless: Oui. C'est l'Unité d'innocuité des vaccins de l'Agence de la santé publique qui s'occupe de la surveillance post-homologation, une fois lancée la campagne de vaccination.

L'hon. Carolyn Bennett: Cette semaine, au sujet des données de GSK et de Novartis sur les vaccins avec adjuvant, l'Union européenne a déclaré qu'elles étaient trop limitées pour que soit recommandée une vaccination unidose, tout en ajoutant qu'une seule dose pourrait suffire pour les adultes. Comment ferons-nous le suivi? Comment saurons-nous si une seule dose suffira à protéger les gens? Quand cette décision sera-t-elle prise? Faudra-t-il faire une nouvelle campagne pour les personnes pour qui une deuxième dose est recommandée?

M. Robert Pless: Je peux vous parler un peu de l'efficacité du vaccin et des études en cours sur cette question, et M. Griffiths pourra ajouter quelques mots. Je peux vous dire que des plans existent pour mener des études supplémentaires pour vérifier l'immunogénicité par rapport au vaccin.

M. Elwyn Griffiths: Je pense que c'est la grande question qu'on se pose. Jusqu'ici, les tests ont porté sur le groupe d'âge du milieu, si je peux dire. Il y a un extrême, pour lequel on ne sait pas exactement ce que devrait être la dose. Oui, il faudra faire un suivi. Il faut commencer, avec une dose, mais des études d'immunogénicité auront lieu pour des petits sous-groupes au Canada. C'est important non seulement pour le Canada mais pour le reste du monde avec qui ces données seront partagées. Vous avez parlé des données européennes, et elles sont partagées avec nous aussi.

Voilà l'avantage. Pour les organismes de réglementation, cela ne s'est jamais produit auparavant, c'est tout nouveau.

• (1710)

L'hon. Carolyn Bennett: Mais il faudra faire deux études: une pour le vaccin avec adjuvant et une pour le vaccin sans adjuvant.

M. Elwyn Griffiths: En effet. On fait une mise en commun des données de tous les pays, ce qui ne s'est jamais vu, pour la réglementation. Tout était régi par la confidentialité, notamment. Maintenant, il y a un partage des données. Pour vérifier l'innocuité, vous pouvez vous imaginer que nous avons une base de données qui dépasse largement celle de la population canadienne.

L'hon. Carolyn Bennett: À certains groupes, on a recommandé la prudence, faudrait-il éviter le vaccin si l'on a des craintes au sujet de l'huile de poisson, puisqu'il en contient? Une personne qui

craindrait cet aspect du vaccin aurait-elle droit au vaccin sans adjuvant?

M. Elwyn Griffiths: C'est au Dr Butler-Jones de vous répondre, là-dessus.

L'hon. Carolyn Bennett: Il reviendra mercredi.

Monsieur Griffiths, comme vous êtes responsable de la réglementation, je présume que vous ne pouvez répondre à une question sur l'indemnisation pour les problèmes causés par le vaccin. Peut-être que M. Lucas ou Rob pourrait me répondre. Je sais que le Québec avait un programme d'indemnisation de ce genre, comme les États-Unis. Beaucoup croient que l'indemnisation devrait relever du droit de la responsabilité civile délictuelle et que le fardeau de la preuve incombe à la victime, qui devrait se tourner vers les tribunaux, etc. Ce n'est pas aussi efficace que l'indemnisation sans égard à la faute dont parlait Mme Fletcher, je crois.

Y a-t-il une raison pour laquelle le gouvernement n'a pas choisi l'indemnisation sans égard à la faute, et préféré cette solution intermédiaire, qui ne fait qu'inquiéter davantage les gens?

M. Paul Lucas: Je ne peux pas répondre au nom du gouvernement à cette question, je suis désolé.

L'hon. Carolyn Bennett: Il semble que d'autres pays aient adopté la solution sans égard à la faute, plutôt que le régime qui contraint la victime à poursuivre le gouvernement. On se demande bien qui est assez riche pour poursuivre le gouvernement?

M. Rob Van Exan: Bon nombre de pays ont une assurance sans égard à la faute. Je crois qu'elles sont un peu différentes les unes des autres, et que dans l'élaboration d'un tel programme, beaucoup de choses doivent être prises en compte. Québec a une politique à ce sujet depuis des années, et des discussions ont eu lieu, et je crois que cette année, à l'IRSC, on a fait quelques recherches sur l'assurance sans égard à la faute. Le problème, c'est que la complexité de la question fait qu'il est difficile de préparer quelque chose au beau milieu d'une pandémie.

Par ailleurs, j'en ai parlé à quelques experts sur le terrain, et il faut comprendre que l'offre de ce genre de programme pendant une pandémie risque de susciter encore plus de confusion et de crainte.

L'hon. Carolyn Bennett: Monsieur Griffiths, j'ai encore une question au sujet des sidéens...

La présidente: Madame Davidson, vous êtes la suivante.

L'hon. Carolyn Bennett: Peut-être que Mme Davidson voudra poser ma question, alors.

La présidente: Peut-être bien.

L'hon. Carolyn Bennett: Je crois qu'à l'émission *Cross Country Checkup*, on a parlé de groupes spéciaux qui veulent savoir ce qu'on leur recommande, s'ils ont la sclérose en plaques, le sida, s'ils ont subi une chimiothérapie pour un cancer... Que recommanderiez-vous à ces catégories de personnes...

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Oui, ce n'était pas ma question.

La présidente: Ce n'était pas votre question. Je suis désolée, madame Bennett.

Vous avez la parole, madame Davidson.

Mme Patricia Davidson: Merci beaucoup, madame la présidente. Merci à nos témoins d'être venus et merci pour leurs exposés.

Je pense que notre comité avait beaucoup à apprendre, et votre contribution nous a certainement beaucoup aidés aujourd'hui.

Nous avons parlé amplement des vaccins avec et sans adjuvant. J'aimerais que M. Griffiths nous en dise davantage sur l'innocuité du vaccin pour les femmes enceintes.

Dans votre exposé, vous avez dit que les vaccins avec adjuvant pouvaient aussi offrir une plus grande protection contre des souches de virus en mutation. Je crois que MM. Lucas et Butler-Jones y ont aussi fait allusion. Parlez-nous de ces mutations et essayez d'expliquer à un profane comment... Dites-nous quels sont les répercussions de l'immunisation ou de l'absence d'immunisation en cas de mutation, s'il y a un lien.

• (1715)

M. Elwyn Griffiths: Je vais d'abord parler des femmes enceintes. Ce vaccin n'est pas contre-indiqué en cas de grossesse. Nous ne disons pas qu'il ne faut pas l'administrer à des femmes enceintes. D'après les responsables de la réglementation, nous ne... Aucun essai clinique n'a été mené sur des femmes enceintes, nous ne pouvons donc pas dire qu'on ne peut pas les vacciner. Il faut évaluer la gravité de l'épidémie. À cette étape-ci, nous nous prononçons pour. La question du vaccin sans adjuvant est en fait une question de santé publique.

Mme Patricia Davidson: Mais les deux vaccins seront offerts?

M. Elwyn Griffiths: Les deux seront offerts, oui.

Au sujet des mutations, vous savez sans doute que le virus de la grippe saisonnière est en mutation constante. Curieusement, ce virus-ci est assez stable. Il n'a pas connu beaucoup de mutations. Comme je l'ai dit plus tôt, on a constaté des changements aux Pays-Bas, mais cela n'a pas touché ce qu'on appelle l'antigénicité du virus. Cela signifie que quand vous avez reçu un vaccin pour la grippe saisonnière, un virus particulier est reconnu, et si un changement se produit, même petit, la correspondance ne se fait plus très bien. On essaie d'obtenir la correspondance optimale. Chaque année, l'Organisation mondiale de la Santé tient une réunion en février pour regarder dans sa boule de cristal. J'ai déjà fait partie du groupe. On considère la sérologie, c'est-à-dire les anticorps circulant dans le sang humain. On considère aussi les virus en circulation, leur évolution et on essaie d'établir des correspondances. Si on constate que les correspondances ne sont pas très bonnes parce qu'un virus gagne du terrain, on se dit que c'est ce virus-là qui circulera la saison suivante. Et la stratégie a fonctionné assez bien. On peut ainsi faire des recommandations pour le prochain vaccin.

Cela représente toute une somme de travail. Et il semble bien que de petits changements affaiblissent le vaccin. Si vous avez été immunisé et que le virus se transforme, votre résistance n'est pas aussi bonne qu'elle l'était pour le virus initial.

Avec ces adjuvants, on a démontré, du moins dans les données se rapportant au H5N1... C'est sur ce prototype, qu'on a fait notre travail, parce que le H1 n'a pas encore changé. Et il semble bien qu'il n'y ait pas eu de réponse croisée provenant du vaccin avec adjuvant. On appelle ça une réaction croisée. Les types modifiés sont reconnus, ce qui vous donne une protection contre d'autres variétés aussi.

Au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie, pendant la saison, il ne serait donc pas nécessaire de modifier le vaccin. C'est l'objectif. Autrement, avec la deuxième vague, ou l'arrivée de la troisième vague, il pourrait falloir le changer. Avec le virus H1, on ne sait pas, mais on prédit que la protection croisée sera là. C'est ce que nous a laissé croire la simulation que nous avons faite au départ.

Ai-je répondu à votre question?

Mme Patricia Davidson: Oui, merci beaucoup. C'est très bien. Mais ce n'est pas quelque chose que nous avons vu pour les immunisations contre la grippe saisonnière, auparavant?

M. Elwyn Griffiths: En effet, la grippe saisonnière change chaque année. C'est en raison de ce changement qu'il faut un nouveau vaccin chaque année. Nous avons donc une rencontre pour l'hémisphère Nord, à Genève. On fait de même pour l'hémisphère Sud, en septembre. À cette réunion, on décide des nouvelles souches de virus contre lesquelles on immunisera les gens. C'est à cause de cette évolution des souches de virus, qui se déplacent.

C'est un peu différent dans le cas d'une souche pandémique. C'est une toute nouvelle souche. C'est nouveau pour tout le monde. Il n'y a pas d'immunité du tout pour ces nouvelles souches. Voilà pourquoi elles se déplacent si vite. Bien entendu, le transport aérien a aussi contribué au problème.

La présidente: Je crois que M. Lucas voulait ajouter quelque chose.

M. Paul Lucas: Oui, je voulais dire qu'on étudie le même adjuvant pour le vaccin contre la grippe saisonnière. On peut s'attendre à ce qu'il y soit intégré d'ici deux ou trois ans. Le vaccin contre la grippe saisonnière avec adjuvant sera peut-être offert, étant donné les avantages dont parle M. Griffiths. C'est à prévoir.

La présidente: Merci.

Madame Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci.

J'aimerais poser une question à M. Van Exan.

Dans votre document et dans votre exposé, vous dites qu'à votre avis, il devrait toujours y avoir deux sources d'approvisionnement en vaccins contre la grippe. Dans ce cas-ci, une entreprise, GSK, a le monopole de la production, je crois, pour le vaccin contre la grippe et pour le vaccin contre la grippe H1N1. Il reviendrait peut-être plutôt au gouvernement de me répondre, mais vous pouvez tous formuler des commentaires. Pourquoi avez-vous eu l'exclusivité et que dites-vous de cela, monsieur Van Exan?

• (1720)

M. Rob Van Exan: Si j'ai dit cela, c'est parce que depuis 1992, le Canada a pu compter sur deux fournisseurs canadiens de vaccins réguliers saisonniers, et c'était avant qu'on ait recours à la société GSK. Il y a 30 ans que je travaille à Connaught si bien que je peux m'en souvenir. En fait, Connaught a pris les devants pour préconiser et négocier un système à deux fournisseurs étant donné les dangers inhérents que l'on court quand il n'y en a qu'un seul.

Dans le cas qui nous occupe, le vaccin est beaucoup plus difficile à produire que n'importe quel autre, sur une base saisonnière. L'inquiétude ne tient pas seulement à la mutation du virus. Que peut-on dire de l'origine des oeufs et du risque que le virus contamine les oeufs ou le poulet? Voilà autant d'étapes où quelque chose peut clocher. En 1992, nous avons proposé — et le gouvernement nous a appuyés entièrement — l'idée d'avoir recours à deux fournisseurs pour la fabrication du vaccin saisonnier.

Lorsqu'il s'est agi d'envisager un vaccin antipandémique, un autre élément a été introduit en 2001. On s'est inquiété alors d'un éventuel embargo, d'une pénurie mondiale de ce vaccin antipandémique. On s'est demandé ce qui se passerait si nous ne pouvions pas faire venir ce vaccin au Canada. On s'est alors dit qu'il nous fallait un fabricant au Canada. Ainsi, tous les autres fabricants ont été exclus de ce contrat.

Il est vrai que cette façon de faire peut reposer sur une inquiétude réelle mais, quant à moi, j'ai du mal à comprendre pourquoi on se soucie d'avoir deux fournisseurs pour garantir l'approvisionnement en vaccins saisonniers réguliers alors que cela devient sans importance s'agissant d'un vaccin antipandémique. En ce qui concerne la santé de la population canadienne, selon nous, il faut rappeler l'importance de garantir la sécurité de l'approvisionnement et le fait que le Canada serait en meilleure posture s'il pouvait compter sur de multiples fabricants — indéniablement un fabricant installé au Canada mais également un autre qui a une capacité de production à l'extérieur du Canada en même temps que des capacités à l'intérieur de nos frontières. Par exemple, notre laboratoire de Toronto, en ce moment même, procède à l'étiquetage et à l'emballage de vaccins antigrippes destinés au marché américain. Nous avons la capacité de nous occuper de ces étapes-là même si nous ne fabriquons pas la boîte. En outre, à Toronto, nous avons la capacité de remplir les flacons.

Autrement dit, ce vaccin ne peut pas se comparer tout à fait aux autres vaccins et d'un point de vue stratégique, nous estimons que le Canada aurait intérêt à pouvoir compter sur deux fournisseurs.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Monsieur Griffiths, allez-y. Pouvez-vous nous donner la position du gouvernement à cet égard?

M. Elwyn Griffiths: Non, pas en ce qui concerne l'achat. Cela relève de l'Agence de la santé publique du Canada. Disons que nous devons réglementer tous les vaccins qu'on nous soumet. Cette question relève de l'Agence de la santé publique du Canada. Il s'agit de l'approvisionnement.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Dites-nous ce que vous en pensez.

M. Paul Lucas: En ce qui concerne les vaccins saisonniers, c'est tout à fait juste. Nous partageons l'approvisionnement au Canada. Je n'étais pas employé par la compagnie lors de l'achat à l'origine. Cette compagnie et les laboratoires qui fabriquent le vaccin appartenaient auparavant à des compagnies différentes.

La question est épineuse sur un enjeu délicat. L'élément essentiel est que l'Agence de la santé publique du Canada voulait une source sûre pour l'approvisionnement à l'échelle du pays ne sachant pas ce que produirait une pandémie avec fermeture des frontières.

La présidente: Votre temps est presque écoulé. Je sais que Mme Fletcher va ajouter quelques mots.

Madame Fletcher, rapidement.

Mme Susan Fletcher: Merci.

J'ai sous les yeux, pour les années depuis l'an 2000, les chiffres du programme américain d'indemnisation pour préjudice causé par la vaccination. Il y a une ventilation selon les vaccins, DPT, MMR, hépatite B, etc. Dans chacun des cas on dit que seront couverts tous les handicaps, maladies aiguës ou blessures y compris « toute complication aiguë ou séquelle (y compris le décès) ».

Au Canada, la mort n'est pas reconnue comme une conséquence adverse due à la vaccination. Pourquoi? Pourquoi en est-il ainsi aux États-Unis et pas ici?

• (1725)

La présidente: Merci, madame Fletcher.

La parole est maintenant à M. Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente.

J'ai quelques questions à vous poser et j'espère que vous aurez le temps d'y répondre.

Mme Fletcher a évoqué tout à l'heure la possibilité que le vaccin provoque des maladies auto-immunes. J'espère que M. Griffiths va pouvoir développer son point de vue car nous n'avons pas eu le temps nécessaire pour qu'il le fasse quand on lui a posé la question. Deuxièmement, pouvez-vous nous en dire davantage sur les signes encourageants enregistrés en Australie dans la lutte contre le H1N1?

Je voudrais aborder également la question de la production au pays. Je vous ai entendu dire qu'il serait nécessaire de pouvoir compter sur un deuxième fabricant. Dans ce cas-là, est-ce que toute la production de vaccins se ferait au pays également? Pouvez-vous nous dire pourquoi GSK considère que cela est important? La société pourrait-elle assurer la totalité de la production advenant une fermeture des frontières?

M. Paul Lucas: Voulez-vous commencer à répondre à cela?

M. Elwyn Griffiths: Votre question comporte beaucoup d'éléments mais très brièvement sur les maladies auto-immunes — le syndrome de Guillain-Barré, par exemple, pouvant en être une —, elles sont si rares qu'il faudrait voir les choses dans un contexte plus vaste. Ces maladies ne se manifestent pas par millions.

Comme le Dr Butler-Jones l'a expliqué plus tôt, une personne sur un million serait atteinte d'une telle maladie à cause du vaccin antigrippal saisonnier, s'il y a vraiment une relation de cause à effet. Nous n'en savons rien. Nombre de ces risques sont évoqués comme risques théoriques potentiels, et la preuve est très difficile à établir. Ces cas sont rares, extrêmement rares, si bien qu'en l'occurrence, il faut un équilibre entre le risque avéré pour la santé, mettant en cause des vies, et ce risque théorique.

Je n'ai pas très bien compris ce que vous demandiez à propos de l'Australie mais je vous dirai tout simplement que ce qui se passe en Australie... Nous sommes en étroite contact avec les autorités australiennes, grâce à des téléconférences tenues régulièrement, et non seulement avec elles mais également avec les autorités américaines et européennes. Nous discutons de tous les nouveaux développements si bien que nous serons tenus au courant si quelque chose se produit.

M. Patrick Brown: D'après les rapports, la saison de la grippe en Australie ne serait pas aussi grave qu'ici, n'est-ce pas?

M. Elwyn Griffiths: Excusez-moi, il s'agissait du H1N1. Vous avez raison, la grippe là-bas est plutôt faiblarde mais c'était lors de la première phase. On s'attend à une deuxième phase au printemps — c'est-à-dire notre printemps.

M. Patrick Brown: Monsieur Lucas?

La présidente: Voulez-vous répondre?

M. Paul Lucas: En ce qui concerne la production, tout ce que je peux vous dire c'est que la stratégie s'est révélée positive avec un seul fabricant situé au pays, pour cette pandémie en tout cas. Nous respectons l'échéancier. Nous respectons les échéances de fabrication. Nous sommes un des seuls pays au monde qui aura essentiellement assez de doses du vaccin pour inoculer toute la population, avec une dose, d'ici Noël. Si le Canada est dans une position si avantageuse, c'est grâce à cette stratégie.

M. Elwyn Griffiths: Puis-je ajouter quelque chose? Vous devez vous rappeler que nous ne fabriquons pas de l'aspirine ou du coca-cola quand nous fabriquons un vaccin. La fabrication d'un vaccin exige des produits biologiques très difficiles à obtenir. Il est très bien de pouvoir compter sur une politique qui repose sur les données scientifiques les plus fiables mais par contre, l'aspect biologique crée parfois des écarts.

Prenez la question de l'approvisionnement — et c'est ici que je voudrais faire une remarque. Je suis sûr que vous savez tous qu'aux États-Unis, il y a des difficultés d'approvisionnement en vaccins, même si je pense qu'il y a là-bas quatre ou cinq fabricants. Animés des meilleures intentions du monde, les fabricants ont annoncé qu'ils pourraient fournir 130 millions de doses aux États-Unis, ou quelque chose comme ça. Mais en réalité...

Je vous dirai ceci. Nous pensons avoir affaire à un virus de la grippe, comme si c'était du pareil au même. Ces virus changent un petit peu chaque année. Quelqu'un disait tout à l'heure que ces changements sont très subtils et que les virus se comportent très différemment. Dans le cas qui nous occupe, ce virus en particulier croît très très modestement. On n'avait pas prévu cela quand on a commencé à fabriquer les vaccins et cela a occasionné un énorme problème au niveau de l'approvisionnement.

Ainsi, je pense qu'il faut un équilibre entre les meilleures données scientifiques à la source de la politique mais en outre, il ne faut pas oublier que nous sommes en l'occurrence dans le domaine de la biologie.

M. Patrick Brown: Quant à la fabrication au pays, monsieur Van Exan?

M. Rob Van Exan: Oui, une seule remarque.

À la réunion du Comité consultatif sur les pratiques d'immunisation (ACIP) tenue aux États-Unis le 22 octobre, des experts américains ont déclaré: « Dieu merci, nous pouvons compter sur des fournisseurs multiples. » Il y a cinq fournisseurs aux États-Unis qui ont pu faire leurs premières livraisons de vaccins dès le 29 septembre. Cela milite en faveur de fournisseurs multiples. Si l'un d'eux est un peu plus lent, on peut compter sur les autres.

L'avantage de pouvoir compter sur deux fournisseurs, un au pays et un à l'étranger, tient au fait que l'on ne met pas tous les oeufs dans

le même panier. Permettez-moi un calembour, mais si les basses-cours sont infectées au Canada, on peut toujours compter sur des basses-cours ailleurs dans le monde...

• (1730)

La présidente: Excusez-moi, monsieur Van Exan, votre temps est écoulé. Merci de vos remarques.

Il reste environ 30 secondes et j'aimerais poser une question, si vous êtes d'accord.

Je ne sais pas si vous pouvez y répondre, monsieur Griffiths ou si je dois la poser à l'Agence de la santé publique du Canada. Les gens qui sont porteurs du VIH et dont le système immunitaire est vulnérable, ceux qui souffrent de cancer, qui ont subi des greffes de moelle osseuse ou qui souffrent de polyarthrite rhumatoïde, devraient recevoir quel vaccin, selon vous? Celui qui contient l'adjuvant ou l'autre? Quelle est la dose recommandée dans le cas de ces personnes?

M. Elwyn Griffiths: Je pense que vous devriez poser la question au Dr Butler-Jones.

La présidente: C'est bien ce que je pensais.

M. Elwyn Griffiths: On recommande le vaccin avec adjuvant parce que d'habitude, l'effet chez ces patients est très modeste. Toutefois, nous n'avons pas encore de données disponibles. Nous progressons mais ces groupes particuliers exigent encore des études. Faut-il une ou deux doses du vaccin? Le dilemme persiste mais je pense qu'on recommande, dans le cas de ces personnes, deux doses du vaccin avec adjuvant.

La présidente: D'accord. Quand le Dr Butler-Jones reviendra, nous lui poserons probablement la question.

Je tiens à remercier les membres du comité.

Je tiens à remercier nos témoins d'être venus aujourd'hui car leur témoignage a été fort enrichissant.

Comme vous le savez, le Sous-comité sur les maladies neurologiques se réunira mercredi.

La séance est levée.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>