



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 045 • 2<sup>e</sup> SESSION • 40<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le lundi 23 novembre 2009**

**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le lundi 23 novembre 2009

• (1530)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):** Bonjour mesdames et messieurs. Je vous souhaite la bienvenue au Comité de la santé. Je m'appelle Joyce Smith et je suis présidente du comité. Nous sommes très heureux que vous soyez ici aujourd'hui.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous avons aujourd'hui une séance d'information sur l'impact sur la santé de l'approvisionnement en radio-isotopes.

Aujourd'hui nous allons demander à chacune des organisations de faire un exposé. Chaque personne aura cinq minutes pour présenter son exposé.

Nous recevons aujourd'hui Jean-Luc Urbain, président de l'Association canadienne de médecine nucléaire. Bienvenue, monsieur Urbain.

Nous recevons Anne Doig, présidente de l'Association médicale canadienne. Merci docteur Doig.

De l'Ontario Association of Nuclear Medicine, M. Christopher O'Brien. Bienvenue, monsieur O'Brien.

Du Réseau du Cancer du Nouveau-Brunswick, nous avons M. Eshwar Kumar. Bienvenue. Je vous ai souhaité la bienvenue un peu plus tôt, et je vous souhaite encore une fois la bienvenue, monsieur.

Et de l'Association européenne de médecine nucléaire, nous avons Patrick Bourguet qui en est le président désigné.

Nous avons également avec nous M. Alexander McEwan qui vient tout juste d'arriver. J'ai levé la tête et je vous ai aperçu, monsieur McEwan. Merci d'être ici. M. McEwan est un conseiller spécial sur les isotopes médicaux pour la ministre de la Santé.

Nous vous souhaitons la bienvenue à notre comité. Comme je l'ai dit, vous aurez tous l'occasion de présenter un exposé. Nous allons commencer par Mme Anne Doig de l'Association médicale canadienne qui aura cinq minutes pour nous faire son exposé. Lorsque nous aurons entendu tous les exposés, nous passerons ensuite à une période de questions et de réponses.

Bienvenue, madame Doig.

**Dre Anne Doig (présidente, Association médicale canadienne):** Merci et bonjour, madame la présidente. Je suis heureuse de m'adresser au comité dans le cadre de son travail de surveillance de la situation de l'approvisionnement en isotopes médicaux.

En tant que médecin de famille, je ne suis pas moi-même spécialisée en médecine nucléaire, mais je réfère des patients des services de diagnostic et de traitement qui requièrent l'utilisation d'isotopes médicaux.

D'abord et avant tout, je dois souligner que l'AMC est très fière du travail et du dévouement des prestataires de soins de santé, partout au Canada, qui ont redoublé d'efforts pour aider à répondre aux besoins

des patients au cours de cette période stressante et exigeante qui se prolonge. Grâce à leurs efforts concertés, et à ceux de l'industrie et des gouvernements, le système semble « se débrouiller ». Les patients reçoivent les services de diagnostic et de traitement dont ils et elles ont besoin, grâce aux modèles radiopharmaceutiques ou à des solutions de rechange. Cependant, comme cela se produit depuis le début de cette situation, on continue à recevoir des rapports d'événements indésirables sporadiques, notamment des retards de 48 à 72 heures et des résultats d'imagerie sous-optimaux attribuables à l'usage répandu du thallium-201 au lieu du technétium-99m, qui est en pénurie.

L'AMC et les représentants du secteur de la médecine nucléaire continuent à travailler en collaboration avec Santé Canada pour atténuer l'impact de la pénurie d'isotopes médicaux. L'organisation de calendriers de soins appropriés en fonction de l'approvisionnement prévu en isotopes a été facilitée par les efforts de Lantheus et Covidien, fournisseurs de générateurs et de produits radiopharmaceutiques, qui partagent régulièrement de l'information cruciale au sujet de leur production avec le secteur de la médecine nucléaire. Cet échange a amélioré les communications, ce qui a permis de mieux prévoir l'approvisionnement qu'en mai et juin derniers.

Au cas où vous seriez tentés de conclure de mes commentaires que tout va bien, permettez-moi d'être claire. On déploie beaucoup d'efforts, mais la situation actuelle n'est ni optimale ni viable, et il ne semble y avoir aucun plan pour le long terme. La pénurie actuelle d'isotopes fait peser un lourd fardeau sur le système de santé tout entier, ce qui préoccupe les médecins du Canada. Plus particulièrement, la demande accrue que la situation impose aux ressources, humaines et financières, d'autant plus que nous connaissons en même temps une pandémie, est invivable. C'est pourquoi nous avons demandé aux gouvernements d'investir dans un plan d'action de cinq ans, comportant un plan d'urgence, pour accroître l'utilisation de la technologie à émission de positrons et la fabrication des produits radiopharmaceutiques connexes, partout au Canada.

À notre assemblée annuelle en août dernier, les médecins du Canada ont exprimé leurs préoccupations en adoptant une série de résolutions réclamant des interventions gouvernementales et plus spécifiquement, exigeant que le gouvernement fédéral préserve la capacité canadienne de production et d'exportation d'isotopes médicaux et le leadership du pays en la matière, et revoit sa décision de se retirer de la production d'isotopes médicaux. Leurs motions demandent également la création d'un groupe international d'experts afin de revoir en profondeur la décision d'abandonner les réacteurs nucléaires MAPLE 1 et 2 à Chalk River, qui auraient approvisionner les marchés canadiens et étrangers en isotopes médicaux; et qu'il fasse connaître rapidement au public les conclusions et les recommandations du groupe.

Nos délégués ont aussi exigé que le gouvernement fédéral procède à des consultations ouvertes, significatives et continues auprès des médecins spécialisés en médecine nucléaire et de leurs associations nationales respectives au sujet de toute décision fédérale qui aura des répercussions directes sur l'approvisionnement en isotopes médicaux. On a en effet trouvé préoccupant que des décisions aient été prises et continuent à être prises pour des raisons d'opportunisme politique et budgétaire et sans tenir compte des répercussions médicales de ces décisions.

Nous avons été heureux d'avoir l'occasion de participer au groupe d'experts sur la production d'isotopes médicaux créé par le ministre des Ressources naturelles. Le groupe doit présenter son rapport au ministre d'ici la fin du mois, mais nous ne savons pas quand le rapport sera rendu public ni combien de temps il faudra pour que ses recommandations se transforment en action.

Les médecins du Canada pressent en outre le gouvernement fédéral d'investir immédiatement dans la recherche en sciences fondamentale et clinique pour trouver des solutions de rechange viables à la production et à l'utilisation du technétium-99m. L'annonce de l'attribution de 6 millions de dollars à la recherche sur les solutions de rechange aux isotopes médicaux, devant être réalisée grâce à un partenariat entre les Instituts de recherche en santé du Canada et le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada est un bon début. Nous devons souligner que la recherche sur l'application clinique des résultats est elle aussi critique: il faut en effet pouvoir traduire les nouvelles technologies en méthodes de prestation des soins.

• (1535)

En conclusion, l'AMC continue à s'interroger sur la capacité des prestataires de soins de santé et du système de santé de traverser la pénurie actuelle; sur la capacité du Canada d'assurer un approvisionnement stable et prévisible d'isotopes médicaux médicalement nécessaires et sur notre absence de plan en vue d'une éventuelle pénurie à l'avenir. L'AMC continuera à travailler avec tous les intervenants afin d'assurer que la population canadienne ait accès aux meilleurs soins et traitements possibles.

**La présidente:** Merci, docteur Doig.

Nous allons maintenant donner la parole au Dr Jean-Luc Urbain.

Veuillez nous présenter votre exposé.

[Français]

**Dr Jean-Luc Urbain (président, Association canadienne de médecine nucléaire):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Madame la présidente, honorables membres de ce comité, je voudrais tout d'abord vous remercier, au nom de l'Association canadienne de médecine nucléaire, ou ACMN, de l'invitation à comparaître devant le Comité permanent de la santé et de lui faire rapport sur les effets de la pénurie d'isotopes sur les Canadiens. Comme vous le savez, l'ACMN représente les praticiens de la médecine nucléaire partout au Canada et les deux millions de patients que nous traitons à chaque année.

[Traduction]

Depuis le premier arrêt du réacteur NRU en décembre 2007, l'Association canadienne de médecine nucléaire a travaillé sans relâche avec toutes les organisations qui travaillent dans le domaine de la médecine nucléaire.

[Français]

Le réacteur de Chalk River est maintenant en arrêt depuis plus de sept mois. L'incidence sur les Canadiens et le milieu canadien de la

médecine nucléaire a été énorme et se fera sentir longtemps. Cela aura un impact sur la santé des patients, la pratique de la médecine au Canada et partout dans le monde, le milieu canadien et international de la médecine nucléaire, ainsi que la technologie nucléaire au Canada.

[Traduction]

Au cours des sept derniers mois, l'approvisionnement hebdomadaire en technétium au Canada a varié entre 0 et 100 p. 100, la moyenne se situant entre 50 et 70 p. 100 selon la région et le fournisseur. Les professionnels, les technologues, les physiciens, les pharmaciens, le personnel de soutien et les médecins en médecine nucléaire partout au Canada ont travaillé sans relâche pour répondre aux besoins de leurs patients. En doublant les quarts, en réorganisant les examens en fonction de la disponibilité des réserves de technétium, en utilisant différents protocoles et différents isotopes, en consacrant énormément de temps à rejoindre les patients par téléphone et en recommandant aux médecins de reprogrammer leurs études et de ne pas fournir de services sur demande, le milieu canadien de la médecine nucléaire a réussi à réduire au minimum les effets de la pénurie sur les patients canadiens.

• (1540)

[Français]

En maintenant cet équilibre très délicat, grâce notamment à une hausse importante des coûts d'opération, nous avons réussi à limiter les annulations d'examen pour les patients. Cet effort extraordinaire et insoutenable à long terme, l'incertitude des approvisionnements en technétium et l'imprévisibilité de la production d'isotopes médicaux au Canada ont déjà eu quelques conséquences lourdes et néfastes pour notre pays. Par exemple, les inscriptions d'étudiants en sciences de la médecine nucléaire, surtout chez les technologues et les médecins, sont à la baisse. Des technologues ont été mis à pied dans certaines régions du Canada et des spécialistes en médecine nucléaire et en physique nucléaire s'exilent au sud de la frontière.

[Traduction]

Uniques du fait qu'ils permettent d'examiner le fonctionnement des cellules, des tissus et des organes, les isotopes permettent de détecter et de traiter les maladies à l'échelle moléculaire avant qu'elles se manifestent anatomiquement et que les patients présentent des symptômes. Nous vous avons distribué un schéma à cet effet que nous aimerions porter à votre attention. Plus une maladie est détectée tôt, plus les chances de guérison sont grandes. J'espère que vous avez reçu les références un et deux liées aux diagnostics du cancer et des maladies cardiovasculaires qui sont détectés tôt. L'ACMN est très préoccupée par la baisse importante — soit de 10 à 25 p.100 selon les régions — du nombre de patients à qui on prescrit des examens cardiologiques et oncologiques nucléaires. Faute de pouvoir les détecter, les évaluer et les traiter tôt, les maladies cardiaques et les cancers progresseront inexorablement à un point tel que le bien-être du patient sera gravement compromis et que la morbidité sera plus élevée, peu importe comment les cas seront gérés, et le fardeau financier deviendra énorme pour le système de santé et pour la société.

[Français]

Plusieurs d'entre nous avons assisté à l'assemblée annuelle de l'Association européenne de médecine nucléaire qui s'est tenue à Barcelone en septembre dernier. C'est le plus grand rassemblement annuel de professionnels de médecine nucléaire dans le monde. Cette année, plus de 5 000 spécialistes en médecine nucléaire ont participé à la conférence.

[Traduction]

Il n'est pas exagéré de dire que la crédibilité du Canada quant à sa capacité de construire des réacteurs nucléaires et de produire des isotopes médicaux a été totalement ébranlée. De plus, nos collègues d'Europe ne comprennent simplement pas pourquoi les Canadiens n'ont pas également accès au technétium et aux nouveaux isotopes tels le FDG et la tomographie par émission de positrons. Les professionnels de la santé et les patients remettent vraiment en question la pertinence de la Loi canadienne sur la santé et, en particulier de ses critères de transférabilité et d'universalité. Il est difficile et humiliant de devoir admettre à nos collègues étrangers qu'en 2009, le Canada offre des services de santé avec des moyens du XX<sup>e</sup> siècle.

[Français]

Comme vous le savez probablement, la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest ont décidé de maintenir leur technologie en matière de réacteurs nucléaires pour les 25 prochaines années. La France, par exemple — le Dr Patrick Bourguet pourrait en témoigner —, a procédé à la construction d'une centrale nucléaire dans le Sud de ce pays. La Hollande vient de décider de construire un réacteur à Petten.

[Traduction]

En refusant de mener une enquête sur la situation des réacteurs MAPLE, en accordant 22 millions de dollars pour un réacteur vieux d'un demi-siècle à Hamilton et en distribuant 6 ou peut-être 12 millions de dollars pour financer des projets comme la production de technétium dans des cyclotrons afin de diminuer d'ici 5 à 10 ans la pénurie actuelle de technétium, nous sommes vraiment devenus la risée de la communauté médicale et scientifique internationale.

[Français]

L'Association canadienne de médecine nucléaire encourage assurément les membres de ce comité à lire et à analyser...

[Traduction]

**La présidente:** Monsieur Urbain, je suis désolée de vous interrompre, mais vous avez largement dépassé le temps qui vous était alloué. Nous voulons avoir beaucoup de temps pour les questions.

• (1545)

**Dr Jean-Luc Urbain:** Je suis désolé. Je croyais avoir 10 minutes comme par le passé.

Je veux simplement réitérer notre offre de collaboration avec toutes les parties intéressées afin que les Canadiens reçoivent le système de soins de santé qu'ils méritent.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous allons passer à M. Christopher O'Brien.

**M. Christopher O'Brien (président, Ontario Association of Nuclear Medicine):** Merci et bonjour.

La médecine nucléaire permet d'avoir une compréhension unique d'une maladie qu'il n'est pas possible d'avoir avec la tomographie par ordinateur ou l'IRM. C'est par la combinaison d'imagerie fonctionnelle, qui est la spécialité de la médecine nucléaire, et l'imagerie anatomique comme la tomographie par ordinateur et l'IRM que les patients obtiennent les plus grands bienfaits. La médecine nucléaire joue également un rôle vital pour la détection et le traitement de diverses maladies comme le cancer, les maladies du cœur, les troubles de la glande thyroïde et les caillots dans les poumons, entre autres.

Bien que la majeure partie de notre conversation ait été à propos du cancer et des maladies du cœur, nos patients vont des nouveautés aux gens plus que centenaires. Alors les conséquences de la pénurie d'isotopes médicaux sont profondes, touchant tous les Canadiens qui ont besoin d'un traitement en médecine nucléaire. À cette fin, il est essentiel que l'approvisionnement d'isotopes médicaux soit régulier et à un prix raisonnable. Si les isotopes médicaux deviennent trop chers sans que les fonds opérationnels nécessaires soient transférés aux hôpitaux et aux cliniques, l'effet sera le même que...

**La présidente:** Monsieur, pourrais-je vous demander de ralentir un peu parce que les interprètes n'arrivent pas à vous suivre.

**M. Christopher O'Brien:** Oh, je suis désolé.

**La présidente:** Ça va. C'est très intéressant.

**M. Christopher O'Brien:** Alors l'effet serait le même que si nous n'avions pas d'isotopes médicaux. On commence à voir un rationnement et des mises à pied, et si les coûts commencent à augmenter les départements risqueront de fermer leurs portes. Cet effet ne se fera pas sentir dans les centres urbains; il se fera sentir dans les plus petits hôpitaux communautaires au Canada qui dépendent de services de médecine nucléaire, et les conséquences seront disparates mais réelles. Si cela se produisait, les conséquences négatives pour les patients seraient profondes, comme on l'a déjà dit.

Nous ne songeons pas seulement au présent, mais nous devons également penser à ce qu'offrira la médecine nucléaire à l'avenir dans le cadre de la médecine personnalisée. Il s'agira d'adapter le traitement et le diagnostic aux caractéristiques de la progression de la maladie. Pour y arriver et pour que les patients canadiens y aient accès, nous aurons besoin au Canada d'une très forte capacité en médecine nucléaire qui sera appuyée par la recherche dans le développement d'isotopes médicaux et d'agents pharmacologiques afin que les patients puissent recevoir rapidement des soins médicaux.

On a discuté par le passé du besoin d'isotopes médicaux. C'est une discussion qui s'est faite autant dans la presse régulière que lors de la réunion des divers comités. En Amérique du Nord, on a évalué que, pour la cardiologie nucléaire, entre 2008 et 2012, il y aura une augmentation de 46 p. 100 de la demande de services en médecine nucléaire seulement pour les examens cardiaques. On peut s'attendre à une augmentation d'environ 11 p. 100 de la demande pendant la même période si l'on compte aussi la médecine nucléaire générale et la tomographie par émission de positrons. On ne parle ici que de l'Amérique du Nord.

Si l'on tient compte des augmentations potentielles au Moyen-Orient, en Afrique, en Chine, en Inde et en Amérique du Sud, il y aura une augmentation mondiale de la demande d'isotopes médicaux. S'il n'y a pas d'infrastructure canadienne visant à assurer au Canada de continuer à jouer un rôle dans ce développement, notre pays sera en concurrence avec de plus vastes marchés afin de garantir à la population canadienne un accès aux services de médecine nucléaire. Cela est essentiel. Il ne s'agit pas seulement de la concurrence au Canada mais d'une concurrence mondiale. Si nous ne sommes pas bien placés, notre situation sera peut-être difficile.

Quelle est la raison de cette augmentation? La médecine nucléaire est un traitement qui est extrêmement économique. Comparativement à la tomographie informatisée et à l'IRM, c'est l'une des moins chères procédures de diagnostic. Les capacités uniques de diagnostic et l'effet sur les soins des patients sont presque merveilleux. Nous avons une bonne technologie qui donne de bons résultats et qui est économique.

Le Canada a toujours été au premier plan de la production et la distribution d'isotopes médicaux. Dans le contexte des tendances mondiales, je pense qu'il doit le rester. Le Canada doit s'efforcer d'être à la pointe de cette industrie en croissance. Malheureusement, le message que le Canada envoie depuis six mois est qu'il ne sera peut-être pas un participant actif. L'annulation des réacteurs MAPLE a eu un effet qui nous a pris complètement par surprise. Les déclarations du Bureau du premier ministre à l'effet qu'en 2016, le Canada ne produira plus d'isotopes médicaux envoient le message aux niveaux national, provincial, local et international que le Canada est en voie de ne jouer qu'un rôle secondaire plutôt que de continuer à être sur le devant de la scène internationale comme il l'a été ces 50 dernières années. Voilà un triste constat.

Quelle est la situation actuelle? Aujourd'hui, notre approvisionnement en isotopes médicaux provient entièrement de l'étranger. Comme il a été dit, les diverses entreprises ont fait du bon travail.

• (1550)

**La présidente:** Vous avez dépassé votre temps, monsieur O'Brien, alors pourriez-vous s'il vous plaît conclure?

**M. Christopher O'Brien:** Oui. Je crois qu'une des choses importantes qu'il faut examiner dans le cadre de cette augmentation de coûts est la possibilité d'un transfert ponctuel de fonds aux hôpitaux et aux cliniques pour leur permettre d'assumer les frais supplémentaires encourus. Nous avons besoin d'un fonds pour l'équipement médical nucléaire qui permettra la modernisation de nos plates-formes afin d'utiliser moins d'isotopes médicaux et de réduire l'exposition de nos patients aux traitements. Nous avons besoin d'un programme de TEP et nous devons réévaluer l'abandon du projet MAPLE.

**La présidente:** Merci, monsieur O'Brien.

Nous allons maintenant passer à M. Eshwar Kumar, du Réseau du Cancer du Nouveau-Brunswick.

**M. Eshwar Kumar (co-premier dirigeant, ministère de la santé du Nouveau-Brunswick, Réseau du Cancer du Nouveau-Brunswick):** Bonjour. Merci de m'avoir invité à comparaître devant votre comité.

Je suis le co-premier dirigeant du Réseau du Cancer du Nouveau-Brunswick, qui est une division du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. J'ai été également le chef du centre du cancer à Saint John au Nouveau-Brunswick, où je suis encore un radio-oncologue clinique actif. Dans ces deux rôles, à titre de fonctionnaire qui supervise le Réseau du Cancer au Nouveau-Brunswick et à titre d'oncologue clinique en pratique, j'ai un point de vue assez unique des conséquences de la pénurie d'isotopes radioactifs.

Mes patients et leur famille sont évidemment très inquiets lorsque je les rencontre la première fois. Le périple du cancer, du diagnostic jusqu'au traitement en passant par les examens, n'est pas facile. Il apporte avec lui un énorme fardeau émotionnel et physique. En tant qu'oncologue, ma tâche est de les aider dans ce périple et d'alléger leur fardeau de mon mieux.

Les nouvelles d'une pénurie d'isotopes radioactifs pouvant causer des retards dans l'achèvement des examens de stadification,

l'élaboration des plans de traitement et le début des traitements a sans aucun doute augmenté cette anxiété et ce stress émotionnel. Cependant, du moins au Nouveau-Brunswick, grâce au dévouement et aux efforts du personnel en médecine nucléaire qui a travaillé de longues heures et de nombreuses fins de semaine, les conséquences pour les patients ont été limitées.

Bien qu'il y ait des inconvénients parfois pour les patients, le personnel a bien réussi à gérer la pénurie et à éviter tout retard important pour commencer le traitement. Je sais que l'incertitude concernant l'approvisionnement hebdomadaire augmente le stress en milieu de travail, mais ceux qui gèrent les départements de médecine nucléaire seraient mieux placés pour en parler.

Cependant, en tant que clinicien, je suis ravi que mes patients aient pu subir leurs examens et leurs traitements dans un délai raisonnablement acceptable. Toutefois, une telle situation nous mène à réviser notre pratique clinique et nous force à devenir plus sélectifs dans nos demandes d'examens, tout en nous assurant de ne pas compromettre le traitement. Alors bien que la situation ne soit pas idéale, nous sommes arrivés à nous en sortir jusqu'à maintenant.

D'un point de vue provincial, la très étroite collaboration entre les zones de santé et les autorités provinciales a été très satisfaisante. Il y a eu un partage des ressources et des renseignements pour répondre aux besoins des patients. Encore une fois, on ne peut pas exagérer le dévouement du personnel en médecine nucléaire.

À titre de représentant du Nouveau-Brunswick au groupe de travail RPT sur les isotopes, je veux souligner l'énorme appui reçu de Santé Canada. La convocation de téléconférences hebdomadaires, les mises à jour régulières sur l'approvisionnement et leurs efforts pour que les fournisseurs nous donnent les prévisions de l'avenir immédiat nous ont aidés à faire la planification locale. Je voudrais aussi remercier mes collègues des autres provinces qui font partie de ce groupe d'avoir si librement partagé les renseignements sur l'approvisionnement et les méthodes pour faire face à la pénurie et la gérer. Tout cela a été extrêmement utile.

En résumé, je suis ravi de dire que jusqu'à maintenant, nous nous en sommes sortis mais je demeure inquiet quant à l'avenir puisque l'incertitude à propos de l'approvisionnement pèse toujours. Cet état de crise perpétuel n'est pas sain.

Merci.

**La présidente:** Merci, monsieur Kumar.

Nous allons maintenant passer à M. Bourguet par téléconférence. M. Bourguet fera un exposé de cinq minutes. Ensuite, nous passerons aux questions et réponses.

Monsieur Bourguet, veuillez débiter.

• (1555)

[Français]

**Dr Patrick Bourguet (président désigné, professeur de médecine nucléaire, Association Européenne de Médecine Nucléaire):** Bonjour et merci beaucoup de m'avoir invité à comparaître devant le Comité permanent de la santé.

En préambule, j'aimerais dire que je ne souhaite pas, à titre d'Européen, me mêler de la politique interne canadienne, mais plutôt vous faire part de la situation européenne par le truchement de mon témoignage ou des questions que vous poserez tout à l'heure.

Tout d'abord, la crise actuelle du technétium n'est un problème ni spécifiquement canadien ni spécifiquement européen. C'est un problème mondial, mais qui concerne plus particulièrement le Canada, la Hollande, la Belgique et la France, si on exclut l'Afrique du Sud à cause de la faible production de molybdène. Ce sont quand même les quatre premiers États que j'ai cités qui sont directement concernés, car jusqu'alors, ce sont eux qui produisaient l'essentiel du molybdène mondial nécessaire à la fabrication des générateurs de technétium.

Le premier élément à considérer et qui a déjà été soulevé par mes collègues, c'est l'intérêt envers le technétium. On a pu s'interroger sur la place des examens au technétium dans la stratégie médicale. Je crois qu'actuellement le débat n'a plus lieu. À titre de référence, je voudrais vous suggérer un excellent rapport qui a été publié par la communauté européenne en date du 30 juin 2009. Ce rapport dresse le bilan quant à la place et à la pertinence des examens.

D'autre part, un audit mandaté par l'État néerlandais et qui est maintenant disponible sur le site de l'Association européenne fait aussi état d'une enquête de prévision de croissance dans la zone européenne des examens au technétium. Cela, bien sûr, ne tient pas compte des perspectives des pays en émergence, comme a pu l'indiquer tout à l'heure notre collègue le professeur Urbain. Très clairement aujourd'hui se pose un vrai problème d'approvisionnement en technétium-99-m, ce qui est un vrai problème de santé publique.

Quelle est la situation actuelle en Europe? C'est la même que celle qui prévaut chez vous, car nous dépendons du réacteur canadien et nous dépendons, pour l'essentiel, du réacteur néerlandais. Ce dernier fonctionne à l'heure actuelle, mais il devra s'arrêter pour subir des travaux d'entretien importants dès le printemps prochain. Ainsi, cela annonce une crise prévisible de l'approvisionnement, puisque seront arrêtés à la fois le réacteur canadien et le réacteur néerlandais.

On estime qu'environ 30 p. 100 seulement des besoins mondiaux seront couverts pendant une période de trois à quatre semaines. C'est une véritable difficulté. Clairement, nous nous efforçons, du côté européen, de faire émerger une solution industrielle, en sachant qu'une solution industrielle européenne, contrairement au projet initial du MAPLE canadien, n'a pas pour ambition de couvrir les besoins mondiaux — je crois que c'est très important de le comprendre. Il est important d'imaginer des solutions transatlantiques qui permettent de sécuriser l'approvisionnement en technétium-99-m des deux côtés de l'océan.

Actuellement, en Europe, la crise est modérée. Elle a été plus sévère l'année dernière, avec des périodes pendant lesquelles l'approvisionnement selon les pays était entre 20 et 80 p. 100. Certains membres de la communauté européenne ont pu profiter d'approvisionnement par la Russie ou par les pays qui étaient dans l'ex-URSS, car il existait à l'époque une production de générateurs. Cependant, ils ne sont pas autorisés actuellement sur le marché européen.

Très clairement, la situation est un petit peu différente de celle du Canada, car nous avons un plus grand nombre de fournisseurs en matière de commercialisation de générateurs. De plus, l'un des avantages que nous avons peut-être actuellement, c'est que l'ensemble des industriels sont regroupés autour d'une association, l'AIPS, qui est un interlocuteur à la fois crédible et actif dans la

gestion de la crise, interlocuteur avec lequel les pouvoirs publics, les industriels de la production des réacteurs et les sociétés savantes telles que la nôtre peuvent discuter pour essayer de faire émerger un plan.

Ce qu'a évoqué tout à l'heure le professeur Urbain, c'est qu'il y a une solution...

• (1600)

[Traduction]

**La présidente:** Pourrais-je vous interrompre un instant, monsieur Bourguet? Votre temps est écoulé, alors si vous pouviez conclure, nous passerons ensuite aux questions et réponses.

[Français]

**Dr Patrick Bourguet:** D'accord, il n'y a pas de problème. Je peux répondre aux questions, car je pense avoir dit l'essentiel.

[Traduction]

**La présidente:** Nous allons maintenant passer à M. Alexander McEwan.

**Dr Alexander McEwan (conseiller spécial sur les isotopes médicaux pour la ministre de la Santé, à titre personnel):** Madame la présidente et honorables députés, merci de me permettre de comparaître encore devant votre comité. Je suis reconnaissant de cette occasion de vous donner une mise à jour de ma perception de la situation actuelle. Je vous rappelle que j'ai également comparu au Comité permanent des ressources naturelles le 19 octobre. Je répéterai la déclaration que j'y ai faite, c'est-à-dire que le système s'en sort. La situation est fragile, et le terme que j'ai utilisé était celui de « stabilité fragile », qui je crois résume assez bien notre situation.

Avec votre indulgence, madame la présidente, j'aimerais vous donner un bref aperçu du passé et ensuite parler un peu de l'avenir.

Je pense que nous devons reconnaître le travail de deux groupes en particulier qui ont vraiment été touchés par cette crise et qui y ont très bien répondu. Le premier groupe est nos patients. Nous avons pu offrir les examens à tous ceux qui en ont besoin, mais les patients ont dû parfois se présenter à des heures inhabituelles. On leur a demandé de changer leurs rendez-vous, et nous devons reconnaître le stress que nous leur avons imposé.

Deuxièmement et encore plus important, je pense que cette crise a été gérée grâce à l'excellent travail et à la souplesse de la communauté, surtout nos collègues technologues. Ils ont changé de quarts de travail, ils ont changé leurs pratiques de travail, ils ont changé leurs heures d'entrée au travail, et je crois que nous devons à l'Association canadienne des technologues en radiation médicale des remerciements pour ce qu'ils ont fait.

Je pense que nous devons aussi reconnaître que les fabricants de générateurs ont fait plus que le nécessaire pour partager et avoir accès à d'autres sources de molybdène et pour faire en sorte qu'il y ait une certaine cohésion dans la livraison des générateurs.

Nous devons également souligner les efforts de Santé Canada. Le ministère a facilité les approbations réglementaires. Je pense à l'approbation du réacteur OPAL australien pour le molybdène. Le document directeur, dont nous avons déjà discuté de nombreuses fois, a été très utile pour permettre aux institutions et aux départements de changer leurs pratiques et mieux gérer la crise. Plus important encore, le ministère a partagé les prévisions d'approvisionnement et les données sur l'approvisionnement avec ses homologues provinciaux et territoriaux et les institutions privées.

Je pense que nous avons aussi été chanceux. L'approvisionnement en molybdène a dépassé les prévisions faites au début de la fermeture. Lantheus est le producteur canadien. Je vous rappelle qu'ils approvisionnent de nombreux sites, surtout en Ontario. Ils ont été à un niveau de 50 p. 100 pendant cette crise. Covidien, l'autre fournisseur qui utilise des sources de molybdène autres que le NRU, a évidemment été en mesure d'offrir à ses clients un approvisionnement de près de 100 p. 100 et a pu partager avec Lantheus.

Je vous ai fourni quelques tableaux sur l'approvisionnement. Je n'en parlerai pas en détail, mais je serai ravi de répondre à vos questions. Ce tableau vous donne un aperçu de l'approvisionnement national depuis le début de la crise. C'est une combinaison de l'approvisionnement de Lantheus et Covidien. Parce que Lantheus est le fournisseur canadien principal, on y voit la situation réelle au pays, bien que, par exemple, si nous regardons la dernière semaine au tableau, il y ait eu un approvisionnement de 50 à 60 p. 100. Ces chiffres dépendent grandement des accords de partage entre les entreprises.

Le deuxième tableau que je vous ai fourni concerne l'approvisionnement des institutions ontariennes. On y retrouve la date de calibration. La colonne en gras donne l'activité originale du générateur reçu avant la fermeture du NRU, le volume commandé, le volume livré et ensuite le pourcentage avant la fermeture du NRU, et le volume livré sous forme de pourcentage de ce qui avait été commandé.

Je pense que ces données sont importantes. C'est une analyse d'une semaine d'approvisionnement pour les institutions, et vous avez ensuite la deuxième semaine.

• (1605)

Je le répète, nous sommes dans une situation de stabilité fragile.

Nous nourrissons quelques préoccupations. Premièrement, on assiste à une diminution du nombre de clients recommandés. La semaine dernière, j'ai fait des appels téléphoniques dans divers centres de l'ensemble du Canada pour avoir une idée du nombre de clients recommandés. Dans la plupart des cas, on m'a dit qu'il n'y a eu aucun changement en un an. Cela dit, ainsi que l'a souligné M. O'Brien, la situation dans les petits centres urbains de l'Ontario est vraiment préoccupante.

**La présidente:** Je vous remercie, docteur McEwan. Je suis désolée mais votre temps de parole est écoulé. Nous avons prolongé quelque peu cette partie, mais il nous reste quand même suffisamment de temps pour tenir une période de questions.

**L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.):** Compte tenu du fait que le Dr McEwan est le conseiller du gouvernement, vous constaterez qu'il y a consensus pour qu'on le laisse terminer.

**La présidente:** Tout le monde est-il d'accord?

**Des voix:** D'accord.

**La présidente:** C'est bien, alors poursuivez.

Je vous remercie.

**Dr Alexander McEwan:** Je vous remercie, madame la présidente.

Les Drs O'Brien et Urbain ont tous les deux cerner la question des coûts. Or, ces derniers résultent de nombreux facteurs. Avant qu'on suspende les activités du réacteur NRU, des hausses de coûts avaient été annoncées. Nous attendons que nos homologues provinciaux nous fournissent leurs données sur les écarts de coûts à l'échelle provinciale et feront un rapport là-dessus dès que nous les aurons reçues.

L'Association canadienne des technologues en radiation médicale a souligné certains problèmes par rapport aux ressources humaines, et je lui suis reconnaissant des renseignements qu'elle a fournis dans son rapport de l'automne dernier. Il ne fait aucun doute que l'incidence la plus forte s'est fait sentir chez les technologues, ce qui nous a incités à demander qu'on modifie la façon dont on fait les choses, et les gens ont agi de manière remarquable. Nous tenons tous à ce que des étudiants continuent de s'inscrire en technologie en radiation médicale et à ce que cette discipline suscite encore l'enthousiasme.

Bien entendu, mon souci le plus actuel est d'aller de l'avant vers 2010. Nous sommes dans une situation de stabilité fragile. Le milieu international des réacteurs nucléaires, ainsi que l'a précisé le Dr Bourguet, en collaboration avec l'AIPES, est en train d'élaborer un plan destiné à augmenter les approvisionnements en provenance d'autres sources que Petten au cours de l'année. Plus tard ce mois-ci, les producteurs vont se réunir à Paris, après quoi ils présenteront un plan d'exploitation maximal des réacteurs. EACL a laissé savoir qu'elle prévoit être en fonction au premier trimestre de 2010. Bien entendu, nous espérons tous que cela se concrétise, mais nous devons tout de même planifier aussi les mesures à prendre dans le cas contraire. C'est là-dessus que je concentre mes activités pour le moment, et la coordination des calendriers de fonctionnement et des activités des réacteurs sera certainement fort utile à cette fin.

Enfin, dans notre milieu, nous continuons d'améliorer la manière dont nous utilisons nos ressources. Cela comprend le recours à des radio-isotopes différents — ainsi par exemple, le thallium utilisé à des fins d'imagerie du cœur — afin de tirer le maximum de nos réacteurs.

Trois importantes initiatives vont être prises pour nous préparer à l'avenir. L'Institut canadien d'information sur la santé va se pencher sur une étude détaillée de l'incidence de la situation actuelle sur les recommandations, l'utilisation des services, les volumes et nombre de technologues. Nous prévoyons que le rapport portant là-dessus sera présenté à la fin du premier quart de 2010, et il nous permettra d'avoir un aperçu de la situation.

En second lieu, à mon avis, les résultats du concours des Instituts de recherche en santé du Canada chargés de trouver des solutions de rechange aux radio-isotopes présentement utilisés à des fins médicales, constitueront un mécanisme important et utile. Ils nous permettront peut-être de remplacer, y compris de toute urgence, certains de nos produits au technétium. Je suis d'ailleurs en conversation avec le ministre afin de voir, pour répéter les propos du Dre Doig, comment nous pourrions appliquer tout cela sur le plan clinique. Le financement de sept de ces propositions a été approuvé, et quatre d'entre elles pourraient avoir des répercussions considérables sur l'exercice de la médecine nucléaire.

Enfin, nous avons entendu dire que le comité d'experts va déposer son rapport à la fin du mois. Il s'agit là d'une très importante initiative à mes yeux et partant, d'un rapport tout aussi important, étant donné l'incidence qu'il pourrait avoir sur la manière dont nous allons exercer notre discipline.



Madame la présidente, je vous remercie de l'indulgence dont vous avez fait preuve à mon égard en me permettant de parler un peu plus longtemps. Je suis aussi reconnaissant au comité d'avoir eu la même indulgence.

● (1610)

**La présidente:** De manière tout à fait imprévue, la sonnerie vient d'être déclenchée pour convoquer les députés à un vote. La sonnerie dure 30 minutes et la mise aux voix aura lieu vers 16 h 45, je pense donc qu'avec votre indulgence, peut-être pourrions-nous continuer de siéger encore 15 minutes car nous ne sommes pas très loin de la Chambre.

Y a-t-il consentement unanime pour que nous poursuivions? Si nous faisons preuve de diligence, nous aurons le temps de terminer un tour de table, à raison de cinq minutes par intervenant, mais il faudra que vous m'obéissiez lorsque je vous interromprez.

Docteur Bennett, voulez-vous commencer? Vous avez cinq minutes pour les questions et les réponses.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Je vous remercie de votre présence parmi nous.

La situation nous préoccupe tous beaucoup. Pour ma part, je suis préoccupée par les grandes différences entre les témoignages que nous avons entendus. Je me serais attendue à ce que le gouvernement ait mis en oeuvre un processus permettant de suivre des choses comme les recommandations. L'Association canadienne de médecine nucléaire nous a dit que si ces dernières diminuent de 10 à 25 p. 100, le dépistage des maladies se fera beaucoup plus tard.

Je suis également préoccupée par le témoignage de l'Association des technologues. Elle s'inquiète en effet de la baisse des inscriptions à ses cours. Elle s'inquiète aussi de la possibilité que nous perdions de manière permanente des chercheurs canadiens au profit d'autres pays si l'on ne maintient pas suffisamment de capacité de recherche dans les centres avec réacteur NRU. Il y a un manque de direction à cet égard.

Nos partenaires internationaux ont aussi affirmé que rien ne peut se substituer aux isotopes produits par les réacteurs. Nous en aurons toujours besoin. Or, nous n'avons pas prévu de plan B. Compte tenu du fait que nous ne disposons que de réacteurs vieux de 50 ans, il faut que nous en concevions un.

Il est rare que les médecins soient tous d'accord. En règle générale, il y a encore plus de positions différentes qu'il n'y a de médecins dans une même pièce. La convergence des recommandations de l'Association canadienne de médecine nucléaire et de l'Association médicale canadienne est donc révélatrice.

Docteur McEwan, l'AMC, l'Association canadienne de médecine nucléaire et l'Ontario sont tous d'avis qu'un comité d'experts indépendant doit se pencher sur la décision prise au sujet des réacteurs MAPLE. Selon eux, il faut que certains de ces autres isotopes soient approuvés dans des délais beaucoup plus brefs. Pour l'essentiel, ils affirment aussi que le manque d'argent est un problème grave. On a besoin de ressources pour financer les infrastructures médicales et également pour mobiliser les services de tomographie par émission de positrons dans l'ensemble du pays. Il ne semble pas y avoir le genre de lien que nous espérions voir se former entre le gouvernement et ces organismes professionnels.

L'Association canadienne de médecine nucléaire nous a présenté quatre recommandations fermes. Allez-vous les retransmettre aux ministres ainsi que celles de l'Association médicale canadienne?

**Dr Alexander McEwan:** Il faut reconnaître que le système maîtrise à peine la situation. Il ne fait que s'en sortir. À mon avis, le

concours de l'IRSC a cependant tenu compte de certaines des demandes de l'Association médicale canadienne. Je songe particulièrement à deux des subventions considérables accordées afin qu'on mette à l'essai d'autres sources et qui nous fourniront des données susceptibles de nous aider à appliquer ces nouveaux moyens sur le plan clinique.

Pour ce qui est des recommandations, elles reflètent la géographie de notre pays. Dans les centres que j'ai consultés la semaine dernière, en un an, on n'a observé aucune évolution de la tendance des recommandations.

● (1615)

**L'hon. Carolyn Bennett:** Êtes-vous entré en contact avec tous? Qu'est-ce qui vous a amené à choisir d'appeler certains d'entre eux?

**Dr Alexander McEwan:** Les centres que j'ai sondés sont situés à Vancouver, en Alberta, au Manitoba et dans les provinces de l'Atlantique. Pour ce qui est de la situation au Québec, le Dr Lamoureux a dit en conférence de presse qu'on n'y a observé aucun changement important dans le nombre des recommandations. Lors de mes conversations avec le Dr Tracy, il m'a dit avoir remarqué une légère remontée des recommandations dans les hôpitaux qui le préoccupaient et qui sont situés dans le Sud de l'Ontario.

Devant votre comité et celui des ressources naturelles, j'ai affirmé que ma conviction se fonde sur des différences géographiques manifestes, et que les centres les plus affectés par cette crise sont situés dans les petites agglomérations, tant urbaines que rurales de l'Ontario.

**La présidente:** Je vous remercie, docteur McEwan.

Monsieur Malo, la parole est à vous.

[Français]

**M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ):** Docteur McEwan, j'aurais deux questions pour vous. J'espère que vous serez suffisamment bref pour que je puisse vous poser ma deuxième question.

Premièrement, le Dr Urbain, dans sa présentation, nous a dit que la situation à long terme était insoutenable et que les professions liées à la médecine nucléaire étaient en danger à long terme parce qu'on n'est pas capable de soutenir la formation des individus. De plus, le Dr Bourguet nous a dit qu'on développe, en Europe, une solution continentale et qu'on aimerait développer une solution transatlantique. Également, le NRU est vieux, et même si on le remet en marche et en fonction au premier quart de 2010, ce sera une solution à court terme parce que c'est un vieux réacteur.

Allez-vous recommander au gouvernement et à la ministre de la Santé d'établir un plan à long terme d'approvisionnement en technétium-99 produit localement?

[Traduction]

**Dr Alexander McEwan:** Madame la présidente, je vous remercie de cette question. Je serai bref.

Je crois avoir précisé lors de mon exposé, qu'à l'heure actuelle, ce que nous cherchons, ce sont des solutions à moyen et à long termes. À mon avis, notre milieu est susceptible d'attirer des étudiants techniciens en radiation médicale. Je crains toutefois que ces derniers ne soient effrayés de venir, à cause de leur perception que tout est en train de s'effondrer. Il est vrai que notre programme de formation continue de recevoir un nombre excédentaire de candidatures. Malgré cela, si nous n'assurons pas une certaine continuité ni ne réussissons à susciter la confiance des gens — et ici, je suis d'accord avec le Dr Urbain — nous risquons de voir nous échapper de jeunes candidats remarquables.

[Français]

**M. Luc Malo:** Deuxièmement, vous nous indiquez que vous allez évaluer les coûts des gouvernements des provinces qui sont engendrés par la crise. Avez-vous clairement l'intention de recommander à la ministre de dédommager les provinces pour les coûts supplémentaires engendrés par toute la crise des isotopes?

[Traduction]

**Dr Alexander McEwan:** Il s'agit d'une question très importante. Que je sache, elle a fait l'objet de discussions lors de la dernière réunion fédérale-provinciale-territoriale et elle sera aussi à l'ordre du jour d'autres réunions semblables. De plus, ainsi que je l'ai précisé dans mon mémoire, nous attendons de recevoir les données des provinces pour avoir une idée de l'incidence réelle de la situation sur les coûts.

[Français]

**M. Luc Malo:** Y aura-t-il dédommagement?

• (1620)

[Traduction]

**Dr Alexander McEwan:** Malheureusement, comme je ne fais pas partie du gouvernement, je ne suis pas en mesure de répondre à ces questions. Tout ce que je peux vous dire est que j'ai l'intention de savoir quelles sont les répercussions de la situation sur les coûts. Une fois que je le saurai, nous pourrions alors avoir des échanges plus complets.

[Français]

**M. Luc Malo:** Docteur Bourguet, pourriez-vous nous dire quelles sont les solutions à long terme étudiées par les spécialistes et les gouvernements européens? Vous pourriez peut-être donner des exemples intéressants, que notre gouvernement pourrait suivre puisqu'il semble en manque de solution.

**Dr Patrick Bourguet:** Voulez-vous parler du technétium?

**M. Luc Malo:** C'est exact.

**Dr Patrick Bourguet:** Voici, pour éclairer un aspect: l'étude qu'on a faite en Europe qui, à mon avis, s'applique aussi au Canada, vise à déterminer où se trouve l'expertise. L'expertise actuelle est clairement dans les réacteurs mais aussi dans la transformation. Si l'on regarde où sont les sites de transformation, on se rend compte que c'est essentiellement au Canada, en Hollande et en Belgique. Donc, c'est vrai qu'il y a un potentiel d'expertises sur lesquelles il faut s'appuyer.

Actuellement, en Europe, très clairement, il y a un projet à moyen terme — puisqu'on parle de 2016, c'est-à-dire un horizon de cinq ou six ans — qui est le projet néerlandais Pallas. Vous savez que, parallèlement, il y a un projet au Sud de la France, qui est le projet Jules-Horowitz et qui n'est pas destiné à fabriquer du molybdène, mais qui est quasiment axé sur le fait de pouvoir en produire de façon accessoire, en quelque sorte en *backup* par rapport au réacteur

hollandais, et le troisième qui est un projet absolument crédible, c'est l'utilisation du réacteur universitaire de Munich, en Allemagne, qui devrait, avec Jules-Horowitz, assurer le *backup* du projet hollandais.

Clairement, la chose est élaborée pour essayer de pérenniser une production qui soit capable, en ligne, de couvrir les besoins européens — cela est tout à fait clair. Autrement dit, cela se substitue actuellement au HFR de la Hollande, mais cela n'aura pas une dimension capable de couvrir les besoins mondiaux. L'idée est d'essayer d'avoir peut-être deux fois la capacité de production pour, éventuellement, suppléer les défauts ou les travaux d'entretien de l'un ou de l'autre.

Je redis clairement ce que j'ai dit tout à l'heure: il faut imaginer un projet qui soit transatlantique avec au moins un équivalent du côté nord-américain, car c'est la plus grosse zone de consommation mondiale. Il faut avoir un projet qui soit cohérent de l'autre côté aussi, cela me paraît important.

[Traduction]

**La présidente:** Je vous remercie, docteur Bourguet.

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

**Mme Judy Wasylycia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD):** Je vous remercie, madame la présidente, et je remercie aussi tous nos témoins de leur présence parmi nous aujourd'hui.

Monsieur McEwan, êtes-vous en mesure de confirmer que le rapport du comité d'experts, qui doit être déposé le 30 novembre, sera fourni à chacun des parlementaires ainsi qu'au public?

**Dr Alexander McEwan:** Madame la présidente, je n'ignore pas que le rapport sera fourni le 30 novembre. Je n'en sais toutefois pas assez au sujet de la procédure parlementaire pour savoir si je suis en mesure de répondre à cette question. Je tiens pour acquis qu'il paraîtra quand il sera prêt.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** À mon avis, nous nous réjouissons tous de le recevoir et de pouvoir le parcourir immédiatement.

Monsieur McEwan, d'après vous, comment le gouvernement fédéral peut-il assurer une certaine coordination de ces questions à l'échelle provinciale? Dans la situation actuelle de pandémie et de vaccin contre le H1N1, il me semble que l'Agence de la santé publique du Canada a rendu des comptes. Je n'ai cependant pas eu la même impression de la part de votre organisme, ni de la part du gouvernement fédéral dans son ensemble. Je pense ici à ce que nous aurions aimé savoir au sujet de la possibilité que le gouvernement ait évité que les provinces ou que des établissements de soins médicaux traitent directement avec les fournisseurs.

**Dr Alexander McEwan:** Nous disposons de deux tribunes où l'on communique régulièrement sur ces questions. Il y a d'abord la réunion fédérale-provinciale-territoriale hebdomadaire, où chacun renseigne les autres puis celle du comité d'experts, à laquelle participent l'Association canadienne de médecine nucléaire et la Société canadienne de médecine nucléaire.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** En tant que membre du gouvernement fédéral, assumez-vous la responsabilité d'un approvisionnement fiable de radio-isotopes conformément aux contrats passés?

**Dr Alexander McEwan:** Madame la présidente, j'aimerais répéter que je ne fais pas partie du gouvernement fédéral et que, par conséquent, je ne suis pas en mesure de répondre à ce genre de question.

•(1625)

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Bien. Êtes-vous en mesure de nous dire combien cette pénurie de radio-isotopes à des fins médicales coûtera aux gouvernements provinciaux?

**Dr Alexander McEwan:** Nous avons demandé aux provinces de nous fournir les données pertinentes mais elles ne nous ont pas encore été envoyées.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Vous n'êtes pas en mesure de confirmer ou de nier que lors de la dernière conférence des ministres de la Santé, il a été question d'un coût d'au moins 250 000 \$.

**Dr Alexander McEwan:** Je peux vous dire que j'ai eu l'occasion de discuter de cela avec des collègues qui travaillent sur le terrain, c'est-à-dire dans des établissements de soins médicaux. L'augmentation de ces coûts est très variable. Ainsi par exemple, on a dit avoir observé une augmentation de 8 \$ à 12 \$ la dose.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Tous les coûts supplémentaires sont assumés soit par les gouvernements provinciaux, soit par les établissements de soins médicaux, par opposition au gouvernement fédéral. C'est bien cela?

**Dr Alexander McEwan:** La prestation des soins de santé est une responsabilité provinciale. Je vous rappelle que cette question a été soulevée à l'occasion d'une réunion récente des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux. Des renseignements ont déjà été demandés. Lorsqu'ils seront reçus, nous serons plus aptes à établir les coûts réels.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** J'aimerais savoir ce que les autres témoins pensent de l'expression « stabilité fragile », qui est utilisée par M. McEwan parce que je ne constate pas beaucoup de stabilité dans le système, et je crois qu'il serait utile de connaître les incidences sur les patients, les professionnels, les collègues et les installations de médecine nucléaire.

**Dre Anne Doig:** Merci de cette question.

Je crois que la meilleure façon de répondre à votre question consiste simplement à confirmer l'expression utilisée par le Dr McEwan, c'est-à-dire, que la stabilité est fragile en ce moment.

Si on se rappelle les mots que j'avais utilisés lorsque je vous ai parlé du dossier H1N1, il avait été question du manque de capacité de surtension. La situation est semblable à celle de la crise des isotopes nucléaires. Pour le moment, nous nous tirons d'affaire. Mais nous n'avons presque plus, sinon plus du tout, de marge de manoeuvre. Comme votre témoin étranger l'a mentionné, si un réacteur dans un autre pays est mis hors service au moment où nous n'avons plus de capacité au Canada, il y aura une capacité de surtension négative qui nuira sans aucun doute aux personnes qui doivent composer avec le problème quotidiennement.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Monsieur O'Brien.

**M. Christopher O'Brien:** La meilleure façon de décrire le problème consiste à utiliser un exemple de ce qui se passe dans mon ministère tous les jours. Lorsqu'on nous dit quotidiennement que l'approvisionnement se limite à 20 p. 100, 50 p. 100 ou 80 p. 100, nous devons constamment faire des compromis. Si je peux réduire l'activité d'un tel degré pour faire un certain test, est-ce que je peux utiliser quelques millicuries pour tenter d'effectuer un test pour un autre patient? Chaque jour, sans exception, nos technologues doivent faire face à ce genre de situation.

Les patients peuvent quand même passer leurs tests. Certains jours, il n'y a pas d'isotopes, et si vous devez procéder à une scintigraphie pulmonaire pour voir s'il y a des caillots de sang dans

les poumons, et qu'on ne peut pas utiliser le tomодensitogramme pour le patient, celui-ci pourrait ne pas passer le test entier le même jour, parce que je n'ai pas la quantité d'isotopes nécessaire. Un test qui prend habituellement une heure risque alors d'exiger deux jours parce que je dois attendre le lendemain pour faire la deuxième partie. C'est très stressant pour le personnel de bureau et les technologues. Les travailleurs viennent me voir tous les jours pour me dire: il faut que quelqu'un prenne l'initiative, il faut assurer l'approvisionnement, il faut régler le problème. Nous ne pouvons pas continuer comme ça.

Les autres témoins ont raison: pour le moment, nous nous en tirons en dépit d'un système instable, fragile et de plus en plus chancelant.

**La présidente:** Je suis désolée, madame Wasylcia-Leis, vous n'avez plus de temps. Merci de ces bonnes questions.

Nous suspendons maintenant la séance, et je demande aux membres du comité de revenir après la tenue du vote.

Merci de votre indulgence. Nous devons nous rendre à la Chambre, et nous reviendrons ensuite pour poser d'autres questions.

•(1625)

(Pause)

•(1655)

**La présidente:** Nous reprenons nos travaux. J'invite les témoins à prendre place. Merci.

Nous pouvons reprendre. Nous terminerons maintenant la série de questions et réponses de cinq minutes en commençant par M. Carrie.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Je vous remercie beaucoup, madame la présidente.

Je voulais tout simplement dire que nous avons eu l'occasion, mon collègue Pat Davidson et moi-même, de rencontrer l'Association canadienne des technologues en radiation médicale. Je crois que nous devrions tous les féliciter. Ils travaillent de longues heures et sont prêts à bousculer leur emploi du temps. En dépit des difficultés, ils sont très dévoués et s'efforcent de faire le travail nécessaire dans l'intérêt des Canadiens.

Je souhaite poser une question au Dr McEwan concernant la recherche qui a été annoncée. En effet, les Instituts de recherche en santé du Canada ont annoncé récemment l'affectation de 5,3 millions de dollars à sept projets de recherche visant à trouver des solutions de rechange pour répondre aux besoins prioritaires en matière de diagnostic. Il me semble que c'est un bel exemple des efforts que nous déployons pour trouver des solutions de rechange. Vous avez parlé plus tôt de quatre propositions qui, à votre connaissance, pourraient nous aider à moyen et à long termes. Voudriez-vous en dire davantage à ce sujet de manière à informer le comité?

**Dr Alexander McEwan:** Certainement, madame la présidente. J'estime que l'initiative des IRSC est d'une grande importance. Elle nous permet de trouver des moyens de faire en sorte que la crise actuelle ne dure pas trop longtemps, si nous continuons d'avoir des difficultés d'approvisionnement en technétium.

Des sept projets, il me semble que quatre risquent d'avoir des répercussions à très court terme sur la pratique clinique. L'un des projets a trait à l'utilisation du rubidium-82 en imagerie cardiaque. Les résultats permettront aux responsables de la réglementation d'approuver cette nouvelle méthode d'imagerie cardiaque. D'après les résultats déjà connus, il s'agit d'une façon efficace de gérer les patients. Ainsi, si cette recherche porte fruit, j'ai l'impression qu'on pourra réduire de beaucoup les tensions imposées au système du technétium, étant donné que la cardiologie occupe une si grande place en médecine nucléaire.

Il y a, je crois, deux projets. L'un a trait à l'imagerie du rein et l'autre à l'imagerie des nodes lymphatiques de patients atteints du cancer du sein. Les résultats pourraient être transposés très rapidement dans la pratique clinique et, encore ici, cela pourrait entraîner une réduction des besoins en technétium.

Un projet un peu plus ambitieux porte sur l'imagerie des cellules rouges. On appose un marqueur radioactif aux cellules rouges, afin de prendre deux mesures. On cherche tout d'abord à savoir s'il y a saignement, et d'où provient le saignement intestinal. On cherche également à étudier la fonction cardiaque de patients en chimiothérapie. Dans un cas comme dans l'autre, ces tests consomment une grande quantité de technétium. Encore ici, si on pouvait substituer le test à l'étude, le système deviendrait beaucoup plus flexible.

Dans le dernier cas, il s'agit je crois d'une solution intéressante plutôt pour le long terme mais j'estime que les milieux scientifiques doivent l'étudier. Par une nouvelle conception du ciblage et une nouvelle technologie, pouvons-nous faire en sorte que des cyclotrons produisent du technétium? Je ne sais pas si la chose est possible. Je ne suis pas physicien. Cependant si la nouvelle technologie nous permet de le faire, alors nous pourrions redéfinir nos pratiques commerciales. Il s'agit d'une recherche à long terme, mais elle est fort stimulante.

**M. Colin Carrie** Merci beaucoup.

Monsieur O'Brien, vous avez dit que certains médecins se demandaient si, à l'avenir, nous aurions même besoin du technétium. Est-ce bien ce que vous avez dit? Est-ce que vous venez rejoindre en cela les propos de M. McEwan. Nous parlons de recherches portant sur des solutions de rechange. Pourriez-vous nous en dire davantage sur ce que cela représente, sur ce que vous vouliez dire?

**M. Christopher O'Brien:** C'est-à-dire qu'un débat a toujours eu cours à savoir si la médecine nucléaire allait durer et si il était nécessaire d'investir pour garantir un approvisionnement d'isotopes médicaux pour la population canadienne ou si cette spécialité allait être remplacée par autre chose. Il semble ressortir des données dont nous disposons que l'imagerie médicale accompagnée de techniques de médecine nucléaire... L'imagerie fonctionnelle est ici pour rester et prendre une importance grandissante. Grâce aux subventions des IRSC, on se penche notamment sur la tomographie par émission de positrons du rubidium-81, comme l'a souligné le Dr McEwan. Deux autres éléments sont également associés à la tomographie par émission de positrons.

Ainsi, la médecine nucléaire a une importance qui dépasse bien d'autres techniques pour ce qui est de fournir des images du fonctionnement physiologique. Dans notre spécialité, l'imagerie par TEP est le prochain processus d'évolution à cet égard et je pense donc que nous pouvons supposer sans grand risque de nous tromper que la demande d'isotopes médicaux continuera d'exister. En Ontario, il existe 100 départements de médecine nucléaire et environ 200 caméras gamma. L'imagerie par TEP ne remplacera pas tout cela. Ainsi, la TEP aura un rôle à jouer dans le cadre d'un plan stratégique d'ensemble équilibré pour l'Ontario, tout comme la TEP et les isotopes médicaux habituels ont leur rôle à jouer. Ce qui importe pour nous, c'est de mettre à niveau notre matériel de caméra gamma pour être en mesure de faire appel à moins d'isotopes médicaux, de réduire l'exposition, et cela pourrait être fait dès maintenant. La technologie est là.

Voilà à quoi je voulais en venir, monsieur.

• (1700)

**La présidente:** Je crois que le Dr McEwan souhaite également intervenir.

**Dr Alexander McEwan:** Merci, madame la présidente.

Je suis entièrement d'accord avec Chris. Je crois que toute cette question de pénurie de technétium a fait ressortir à bien des égards la valeur de la médecine nucléaire pour nos patients mais, ce qui importe encore davantage, elle nous incite à redéfinir nos pratiques pour l'avenir. Je crois que, en composant avec la crise, nous avons constaté qu'il y avait là l'occasion de redéfinir nos pratiques.

**La présidente:** Je vous prie de m'excuser, le temps est écoulé, monsieur Carrie.

Nous avons des affaires de comité à régler à 17 h 15. Puisque des votes ont lieu, je demanderai au comité si nous pouvons consacrer les 15 premières minutes de notre réunion de mercredi à ces questions.

Êtes-vous d'accord?

**Des voix:** D'accord.

**La présidente:** Nous allons poursuivre les questions et réponses aujourd'hui pour profiter de la présence de nos témoins. C'est très important.

Nous passons maintenant à la deuxième série de questions, où cinq minutes sont prévues pour les questions et réponses.

Nous allons commencer par Mme Duncan.

**Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci aux témoins de comparaître.

J'estime que ce comité a pour rôle de veiller à ce que la santé des patients soit protégée à court, moyen et long termes.

Il a été question de divers aspects qui peuvent sembler contradictoires. On a parlé de non-optimalité, d'inquiétude grave en matière de santé publique, d'une crise des isotopes nucléaires, d'imagerie sous-optimale, de stabilité fragile, et ainsi de suite. Il me semble que nous devons revenir sur certaines de ces notions.

J'aimerais commencer par vous, monsieur Urbain. L'Association canadienne de médecine nucléaire a-t-elle demandé de rencontrer le ministre de la Santé ou le ministre des Ressources naturelles?

**Dr Jean-Luc Urbain:** Nous avons essentiellement eu des rapports avec Santé Canada. En janvier de la présente année, notre association a été déléguée à Paris. Une délégation du Canada a été dirigée par Serge Dupont de Ressources naturelles Canada.

Je ne suis pas tout à fait certain qu'il existe un canal de communication direct entre l'Association canadienne de médecine nucléaire, Ressources naturelles Canada et la ministre de la Santé. Selon ce que je comprends, nous devons agir par le truchement de Santé Canada et selon divers processus.

**Mme Kirsty Duncan:** Les ministres ont-ils sollicité des rencontres avec vous?

**Dr Jean-Luc Urbain:** Non, pas à ma connaissance.

**Mme Kirsty Duncan:** Merci.

Docteur McEwan, j'aimerais vous interroger à nouveau au sujet du rapport du 30 novembre. Sera-t-il rendu public entièrement, ou seulement en partie? Il se peut que vous ne puissiez répondre à cette question. Alors, quand le gouvernement répondra-t-il à ce rapport?

•(1705)

**Dr Alexander McEwan:** Madame la présidente, encore ici, je voudrais rappeler au comité qu'il s'agit d'un rapport de Ressources naturelles Canada, et non pas de Santé Canada. J'aimerais vraiment pouvoir répondre à cette question puisque, parmi ceux qui sont ici, je suis vraisemblablement celui qui est le plus impatient d'en prendre connaissance. Excusez-moi de ne pas pouvoir vous fournir d'autres renseignements.

**Mme Kirsty Duncan:** Très bien. Merci.

Docteur Urbain, je ne sais pas si vous pouvez répondre à cette question, mais j'aimerais connaître votre point de vue. Que pensez-vous de la façon dont le gouvernement a géré cette crise? Que pensez-vous qu'on pourrait faire pour aider les patients à l'heure actuelle?

**Dr Jean-Luc Urbain:** Il s'agit d'une crise fort complexe. Tel que vous l'a mentionné le Dr Patrick Bourguet, cette crise touche le monde entier. Le noeud du problème se trouve dans l'approvisionnement des isotopes dans le monde. Le Canada produisait 40 p. 100 des isotopes destinés à être envoyés dans les autres pays du monde et tout d'un coup cette production a chuté à zéro. Comme vous le savez, on vient d'indiquer que le Canada n'approvisionnera plus le monde en isotopes. Mais alors que feront les autres pays et le Canada?

J'aurais aimé qu'un plan ait été mis en oeuvre avant de prendre une telle décision. Nous l'avons dit à plusieurs reprises que, malheureusement, le Canada accusait déjà 20 années de retard en ce qui concerne la technologie utilisée et la production d'isotopes. Nous le répétons sans cesse car c'est la vérité. Vous pouvez vérifier ces faits auprès de nos collègues au sud de la frontière et également en Europe. De nos jours, nous devons pratiquer la médecine et gérer les patients en utilisant les outils du XX<sup>e</sup> siècle. Bien que le Canada était, il y a 20 ans, à la fine pointe de la technologie, je ne trouve plus que le Canada utilise adéquatement ses ressources.

**Mme Kirsty Duncan:** Merci.

Docteur McEwan, je ne sais pas si quelqu'un ici peut répondre à cette question: savons-nous quand le NRU sera remis en service?

**Dr Alexander McEwan:** Je crois qu'ils espèrent le remettre en service au cours du premier trimestre, conformément à leurs attentes.

**Mme Kirsty Duncan:** Quand est-ce que cela aura lieu dans le premier trimestre? Comme l'a mentionné le Dr Urbain — et il l'a dit aujourd'hui — il faut mettre en oeuvre un plan d'urgence. C'est difficile pour les médecins et les hôpitaux de planifier cela. Ils ont besoin d'obtenir une date précise afin de pouvoir faire une planification adéquate.

**Dr Alexander McEwan:** EAACL nous avisera dès qu'ils savent que leurs méthodologies de réparation fonctionnent. À l'heure actuelle j'envisage le moyen terme et je fais une planification en fonction du pire scénario possible. C'est ce que j'ai fait avec mes collègues à l'heure actuelle.

**La présidente:** Merci, docteur McEwan.

Cédons maintenant la parole à M. Trost.

**M. Brad Trost (Saskatoon—Humboldt, PCC):** Merci, madame la présidente.

Pour ma propre gouverne, j'aimerais revenir à ce que M. Carrie disait.

Ai-je bien compris que l'avenir de la médecine nucléaire semble prospère, mais que nous risquons fortement d'utiliser un bassin d'isotopes plus diversifié ou différent? Ainsi, l'on ne va pas nécessairement utiliser plus de technétium-99. À la place, on

utilisera peut-être un bassin plus diversifié d'isotopes. Ai-je bien compris?

Il n'y a qu'une personne qui acquiesce. J'aimerais que les deux témoins répondent à cette question.

**La présidente:** Qui voudrait répondre?

**Dr Jean-Luc Urbain:** Vous avez tout à fait raison. Mais le technétium ne risque pas de disparaître dans un avenir proche. La technologie existe. On ne passe pas à une utilisation de technétium à hauteur de 80 p. 100 à une utilisation nulle en cinq ans.

Le problème réside dans le fait que le Canada a manqué de perspective au cours des 20 dernières années. Et je parle du Canada dans le sens le plus vaste possible. Cela concerne le gouvernement, Santé Canada, les médecins et d'autres intervenants. Nous n'avons pas créé suffisamment de solutions de rechange au technétium, alors nous en payons la note aujourd'hui. L'Europe a agi autrement. Ils ont créé un programme de tomographie par émission de positrons dans tous les pays et cela leur permet de mieux gérer cette crise.

**La présidente:** Docteur Bourguet, voulez-vous faire une observation là-dessus?

Allez-y.

•(1710)

[Français]

**Dr Patrick Bourguet:** Je ne partage pas tout à fait l'opinion de mes collègues au sujet de la substitution. Nous, en Europe, sommes absolument convaincus que le technétium a une espérance de vie d'encore plusieurs décennies, ne serait-ce que parce que les pays en voie de développement en auront besoin et ne serait-ce que parce que la proportion de caméras TEP dont vient de parler mon collègue Urbain est de 1 à 10 par rapport aux caméras standards. Des examens au technétium sont parfaitement réalisables.

On a un peu tendance à mélanger les deux. Actuellement, le champ principal de la TEP, c'est l'oncologie. Ce n'est pas en substitution aux examens au technétium, mais c'est vraiment un nouveau champ d'examen. Prenons l'exemple de la France où nous avons, depuis six ans, développé un programme « Cancéro ». Nous avons installé 80 machines TEP entièrement dédiées à la cancérologie et qui ne se substituent en rien aux examens au technétium, qui sont maintenant, dans un grand nombre d'emplacements, l'examen d'entrée dans la prise en charge des patients.

Donc, ne pas confondre TEP et technétium. À mon avis, le technétium a encore plusieurs décennies devant lui, ce qui nous amène à penser qu'un projet tel que celui qu'on essaie de construire autour de nouveaux réacteurs est crédible relativement à la durée de vie d'un réacteur.

[Traduction]

**La présidente:** Monsieur Trost.

**M. Brad Trost:** Merci.

Ces réponses permettent aux membres du comité de tirer des conclusions, car les types d'isotopes que nous choisirons auront une incidence sur la conception du réacteur qui produira les isotopes en question.

Je vous adresse cette question à vous messieurs et à Mme Doig: au lieu de déployer tous nos efforts en misant sur un seul type de réacteur ou système de production d'isotopes, ne croyez-vous pas que nous devrions plutôt diversifier nos efforts afin d'avoir un large éventail de projets — sans trop étaler les ressources — afin d'avoir plus de sources d'approvisionnement pour une variété d'isotopes? Croyez-vous que cette stratégie serait prudente et réfléchie? Dites-nous si c'est le cas ou non et pourquoi.

**La présidente:** Monsieur O'Brien.

**M. Christopher O'Brien:** Oui, tout à fait.

Mais il faut savoir qu'il n'y aura pas de solution miracle. Du point de vue de la médecine nucléaire, il n'existera pas des solutions multiples qui nous permettront d'avoir une gestion adéquate des isotopes médicaux et de fournir une accessibilité aux soins de santé au Canada.

Du point de vue de l'Ontario, il sera important de mettre sur pied un plan éprouvé qui soit relativement bien accueilli. Cela serait positif pour la production d'isotopes médicaux et ressemblerait un peu à ce qui se passe en Europe où ils vont de l'avant avec un programme axé sur les réacteurs.

Il est vrai que le technétium va continuer à exister pendant des décennies, car l'imagerie de la TEP et les autres types d'imagerie ne pourront pas être tout simplement remplacés d'une manière aussi rentable que nous connaissons de nos jours. Mais il faut également prôner une approche plus équilibrée. Nous ne voulons pas mettre tous les oeufs dans le même panier. Ainsi, nous devons nous prévaloir d'une technique éprouvée, qui pourrait être basée sur les réacteurs. Nous devons également appuyer les nouvelles approches en ce qui concerne l'approvisionnement en isotopes médicaux. Mais il ne faut pas que ces nouvelles sources soient le noeud de ce que nous faisons en ce moment. Nous avons besoin d'un équilibre. Nous devons pouvoir utiliser les isotopes médicaux existants de manière plus efficace car les frais ont continué d'augmenter. Pour ces motifs, nous devons moderniser l'équipement sur le terrain.

**La présidente:** Merci, monsieur O'Brien.

Monsieur Malo.

[Français]

**M. Luc Malo:** Dans sa réponse à ma question, le Dr Bourguet disait qu'une solution transatlantique devait être privilégiée pour s'assurer d'un approvisionnement à long terme en technétium.

Dans la réponse qu'il donnait à M. Trost, il disait que le technétium avait encore devant lui plusieurs décennies de vie utile, parce que des solutions de rechange ne sont pas encore tout à fait au point pour remplir l'ensemble des tâches actuellement effectuées par le technétium.

Le seul projet de réacteur nucléaire qui soit actuellement envisagé, bien qu'il ait été abandonné, c'est le projet MAPLE. Ce que plusieurs groupes semblent demander depuis le début de la crise, c'est une réévaluation par un groupe d'experts international de l'arrêt du projet MAPLE.

À la lumière des discussions que nous avons, je me demande ce qui empêche encore le gouvernement d'aller de l'avant, non pas de remettre le projet sur les rails, mais simplement d'en faire évaluer la pertinence par un groupe d'experts indépendants.

Y a-t-il des gens autour de la table qui auraient envie de me dire, en raison des informations qu'ils possèdent et de leurs expériences, pourquoi le gouvernement ne veut pas répondre affirmativement à cette demande d'un nombre de plus en plus grand de groupes

engagés dans le domaine de la médecine nucléaire. Peut-être que le conseiller spécial de la ministre ou que Dr O'Brien...

• (1715)

[Traduction]

**La présidente:** Qui souhaite répondre à cette question?

Monsieur O'Brien.

**M. Christopher O'Brien:** Vous avez soulevé un point fort important. Nous estimons que la décision d'abandonner les réacteurs MAPLE a peut-être été prise de manière prématurée. En effet, on n'a peut-être pas pris en compte tous les dommages collatéraux qui sont peut-être survenus en raison de cette décision. Il risque également d'y avoir des problèmes réglementaires pour la CCSN qui peut avoir du mal à octroyer une licence pour le réacteur. Il faut examiner cela dans un forum public. Il faudrait rendre publique toute documentation appuyant l'abandon des réacteurs MAPLE. Jusqu'à présent, nous ne savons pas si une évaluation des réacteurs MAPLE a été effectuée d'une manière réfléchie et fructueuse, qui permettrait d'évaluer toutes les incidences que cela aura sur la recherche, sur les emplois des Canadiens, sur la distribution, et sur l'accès aux soins de santé de nos patients.

La production d'isotopes médicaux est une industrie canadienne que nous sommes sur le point de perdre. Cela s'accompagnera de la perte de nombreux emplois, de capacités de recherche et de perspectives pour les gens dotés d'un doctorat ou d'un post-doctorat. Que feront-ils si nous n'avons pas une infrastructure en place pour les appuyer?

Alors, en définitive, du point de vue de la santé et du Canada, il faudrait réévaluer ce dossier.

**La présidente:** Docteur Urbain.

**Dr Jean-Luc Urbain:** J'aimerais faire une brève observation.

Je ne suis pas d'accord avec le Dr McEwan en ce qui concerne la pertinence du projet financé par les IRSC. Il faudrait se poser la question suivante... Nous venons de dépenser 6 millions de dollars sur un projet qui, clairement, ne donnera rien dans les deux prochaines années, alors que nous aurions sans doute dû dépenser 100 000 \$ pour qu'un panel d'experts examine la question des réacteurs MAPLE.

**La présidente:** D'accord. Docteur McEwan.

**Dr Alexander McEwan:** Je ne suis pas d'accord avec mon collègue. Je trouve que c'est une initiative fort importante. Il faut examiner ce qui se passera à court et à moyen termes et je crois que nous en récolterons les avantages.

**La présidente:** Monsieur O'Brien.

**M. Christopher O'Brien:** Les IRSC examinent une des subventions portant sur l'utilisation de l'ortho-iodohippuran pour l'imagerie rénale. Il ne s'agit pas d'un agent différent, qui utilise l'iode-131 par rapport à l'iode-123. Nous avons déjà ces renseignements.

Le ganglion lymphatique constitue un projet de recherche fort important, et je songe notamment à la lymphoscintigraphie. Il y a des hôpitaux qui l'utilisent à l'heure actuelle en Ontario. Je pense qu'il est important de recueillir des renseignements sur cette recherche. Mais si je reviens à mon exemple de l'ortho-iodohippuran, c'est ce que j'utilisais en 1978 à titre de technologue. Alors on peut y voir des choses positives, mais parfois j'ai l'impression que, dans certains aspects, nous sommes en train de réinventer la roue.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Passons maintenant à Mme Davidson.

**Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC):** Merci, madame la présidente. Je vais partager mon temps avec Mme McLeod.

Nous sommes très reconnaissants envers toute la collectivité médicale d'être intervenue et d'avoir géré ce problème. Même si cette gestion peut sembler précaire, nous sommes capables de gérer cette situation grâce à la collectivité médicale. Comme l'a mentionné M. Carrie, nous avons tous les deux eu l'occasion de rencontrer l'ACTRM la semaine dernière et de débattre de cette question avec eux. Nous savons quels sacrifices ils ont faits et les modifications qu'ils ont apportées.

Docteure Doig, vous avez parlé de rapports sur des effets indésirables sporadiques. Il faut s'y attendre dans ce type de situation. Vous avez également parlé de retards de l'ordre de 48 à 72 heures dans l'imagerie sous-optimale en raison de l'utilisation massive de thallium-201 plutôt que de technétium-99m. Craignez-vous que les résultats soient moins précis ou que l'on effectuera moins de tests si l'on utilise d'autres sources que le technétium?

• (1720)

**Dre Anne Doig:** Oui. Je vais laisser le soin à mes collègues à ma gauche de répondre aux questions techniques portant sur cette question. Lorsque nous devons trouver une solution autre que celle d'utiliser les meilleures pratiques actuelles ou les procédures normatives, nous pouvons d'habitude le faire, mais cela est toujours assorti à un risque. C'est ce que je voulais dire dans mes remarques.

**Mme Patricia Davidson:** Est-ce qu'un autre témoin souhaite ajouter quelque chose?

**Dr Jean-Luc Urbain:** Je suis tout à fait d'accord avec la Dre Doig.

J'aimerais faire une analogie. En 2009, aucun d'entre nous ne voudrait conduire une voiture des années 1960. Si vous devez aller du point A au point B et que vous n'avez rien d'autre, alors vous utiliserez la vieille voiture. Mais nous souhaiterions tous plutôt avoir un modèle de 2010.

**Mme Patricia Davidson:** Pour être claire, je parlais des nouvelles technologies et des nouvelles techniques qui risquent de survenir.

Monsieur O'Brien, partagez-vous les mêmes préoccupations?

**M. Christopher O'Brien:** En ce qui concerne l'imagerie sous-optimale, le thallium est une source de préoccupation car il expose le patient à une plus forte dose de radiation. De plus, il est très difficile de fixer un rendez-vous pour une telle imagerie. Les patients doivent être soumis à toute une série de procédures pour pouvoir subir une telle imagerie. La qualité du diagnostic est plutôt bonne, mais, en contrepartie, les patients sont soumis à une plus forte dose de radiation. C'est ce que nous utilisons dans les années 1970. Il s'agit d'une technique vieille de 30 ans.

Puisque nous veillons à ne pas trop exposer les patients à des fortes doses de radiation, le thallium n'est pas le meilleur choix que l'on pourrait prôner en ce moment. On peut l'utiliser en dernier recours, mais ce n'est pas notre premier choix. Nous aimerions utiliser les produits novateurs. Nous sommes particulièrement curieux de voir ce qui se passera avec les produits radiopharmaceutiques. Mais, puisque nous n'avons pas l'infrastructure pour les utiliser sur une base régulière dans les hôpitaux communautaires, ces produits n'auront pas une grande incidence.

**La présidente:** Madame McLeod, vous pouvez maintenant poser votre question. Merci.

**Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC):** J'aurais aimé discuter de... mais nous allons voir ce qui se passera. Merci à tous et à toutes d'être venus.

Docteur Bourguet, nous avons entendu parler de la recherche que nous ferons au Canada. Pouvez-vous nous dire rapidement quelle recherche a lieu à l'échelle internationale?

**La présidente:** Docteur Bourguet.

[Français]

**Dr Patrick Bourguet:** Je pense à la recherche dans le domaine des radio-isotopes à usage médical.

[Traduction]

**Mme Cathy McLeod:** Oui. Merci.

[Français]

**Dr Patrick Bourguet:** Il est vrai que c'est un domaine qui est en explosion. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, cette recherche ne porte pas exclusivement sur des isotopes émetteurs de positons, mais bien aussi sur ce qu'on appelle les isotopes émetteurs de simples photons, dont le technétium. De plus, toute une partie de la recherche est translationnelle et consiste à convertir des molécules pour qu'elles soient utilisables avec un marquage technétium.

Actuellement, c'est vrai que l'arrivée de la technologie TEP sur le marché international et en routine clinique a fait exploser la recherche dans ce domaine. Quels sont les pays de pointe? Du point de vue pharmaceutique, ce sont clairement les pays dits industrialisés. C'est vrai que l'Amérique du Nord, les États-Unis et le Canada, l'Europe, le Japon et la Corée sont certainement des pays de pointe en matière de développement radiopharmaceutique. Toutefois, en amont, en ce qui a trait à la recherche en radioactivité à proprement parler, il est clair que les nations que j'ai citées au début de ma discussion, l'Amérique du Nord et l'Europe, sont très nettement en avance.

[Traduction]

**La présidente:** Passons maintenant à Mme Murray.

**Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.):** Merci de votre témoignage.

J'aimerais revenir à ce qui vient d'être dit et poser une question quant à la décision du Canada de mettre hors service les réacteurs MAPLE. Quelle incidence est-ce que cela aura pour le Canada étant donné que la recherche est fructueuse? Quelle incidence est-ce que cela aura sur les activités liées au réacteur MAPLE? Et je ne songe pas uniquement à la production de technétium. Qu'en est-il des incidences relativement à l'importance d'avoir un plan B pour Chalk River, un établissement vieillissant qui nous a prouvé qu'il pouvait nous laisser tomber de temps en temps. Je me demande quelles seront les autres incidences relatives au fait que nous ne jouerons plus ce rôle dans l'industrie.

• (1725)

**La présidente:** Docteur McEwan.

**Dr Alexander McEwan:** Je serais ravi de répondre à cette question, madame la présidente.

Le Dr Bourguet, en décrivant l'explosion de la recherche dans ce domaine, témoigne de l'importance de ce que peut accomplir la communauté de la médecine nucléaire en aidant ses collègues dans les domaines cliniques lorsqu'ils prennent des décisions cliniques importantes et trient les patients en fonction du traitement qu'ils recevront. Comme l'a dit Christophe, à l'avenir je crois que nous allons passer à l'ère de la médecine personnalisée.

Je pense que les IRSC sont particulièrement importants car ils permettent de montrer que nous ne sommes pas uniquement en train d'examiner comment nous allons traiter les produits dérivés du technétium, comment nous allons trouver des solutions de rechange aux tests actuels, mais que nous nous engageons à aller de l'avant et à faire évoluer la prochaine génération de tests.

J'ai eu le privilège de faire partie d'un groupe de travail en liaison avec les IRSC sur l'imagerie médicale. Dans ce contexte, nous créons un cadre qui nous permettra de trouver des façons nouvelles de créer et de remplacer le technétium tout en créant un cadre qui, comme l'ont si bien dit le Dr Urbain et le Dr O'Brien, nous mènera à la prochaine génération de tests.

**Mme Joyce Murray:** Merci. J'aimerais être certaine d'avoir le temps d'entendre les autres témoins nous parler de l'incidence qu'aura l'abandon des réacteurs MAPLE sur notre recherche et nos programmes.

**M. Christopher O'Brien:** Si nous n'avons plus de capacité de recherche et que vous abandonnez les réacteurs MAPLE, alors vous allez perdre une industrie canadienne et aussi empêcher les étudiants munis d'un doctorat d'avoir une carrière fructueuse au Canada. Les patients seront également laissés pour compte car, si nous ne pouvons effectuer de la recherche sur les isotopes médicaux au Canada, nos patients n'auront plus accès à des protocoles de

recherche nouveaux et novateurs, car toute la recherche s'effectuera au sud de notre frontière.

Cette décision aura donc des dommages collatéraux. C'est pour cela qu'il est crucial que le Canada joue un rôle dans la production des isotopes médicaux et aussi dans la recherche nucléaire de base puisque ces réacteurs sont des unités de recherche et de production. Nous mettons l'accent sur les isotopes médicaux, mais il ne faut pas oublier notre potentiel de recherche. Cela me préoccupe fortement.

**La présidente:** Docteur Urbain.

**Dr Jean-Luc Urbain:** J'aimerais soulever deux points. D'abord, les isotopes médicaux sont produits par des réacteurs de recherche. Ainsi, l'objectif premier de ces réacteurs est de faire de la recherche. Il ne faudrait pas perdre cela de vue. Si nous n'avons pas un réacteur pour faire la recherche, alors toute la recherche sur cette technologie disparaîtra. Ensuite, il n'y aura pas de médecine personnalisée sans isotopes médicaux.

**La présidente:** Merci.

Cela clôt les délibérations du comité. Nous remercions tous les témoins de leurs observations fort éclairantes. Nous vous souhaitons bonne chance.

J'aimerais remercier les membres du comité. Nous allons maintenant passer à la réunion du sous-comité sur les maladies neurologiques. 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>