



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 036



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 8 décembre 2016

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le jeudi 8 décembre 2016

•(0850)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): La séance est ouverte. Nous devons commencer une étude aujourd'hui. Le 1^{er} novembre, le Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé a convenu que la réunion du jeudi 8 décembre servirait à amorcer une étude sur les restrictions imposées actuellement aux hommes ayant eu un rapport sexuel avec un autre homme en ce qui concerne les dons de sang.

Nous sommes très heureux d'accueillir des invités aujourd'hui. Nous attendons avec impatience leur témoignage. À la fin de la réunion, nous déciderons quelle sera la prochaine étape de cette étude. Nous avons invité plusieurs groupes comme l'avaient suggéré les membres du Comité, mais nombre d'entre eux ont refusé l'invitation. Nous sommes donc très reconnaissants à ceux qui sont présents aujourd'hui.

Nous accueillons aujourd'hui Gary Lacasse et Janne Charbonneau de la Société canadienne du sida; les docteurs Graham Sher et Dana Devine de la Société canadienne du sang; Catherine Parker du ministère de la Santé.

Commençons par la Société canadienne du sida. Vous disposez de 10 minutes pour votre déclaration préliminaire, si vous le souhaitez.

M. Gary Lacasse (directeur général, Société canadienne du sida): Bonjour, monsieur le président, messieurs les vice-présidents, mesdames, messieurs les membres du Comité permanent sur la santé.

Je m'appelle Gary Lacasse. Je suis le directeur général de la Société canadienne du sida. Je vous remercie d'avoir invité la Société à la séance d'ouverture pour venir témoigner sur les restrictions en ce qui concerne les dons de sang imposées actuellement aux hommes ayant eu une relation sexuelle avec un autre homme, ou HARSAH comme nous les appelons dans le jargon de la santé.

La Société canadienne du sida est une coalition nationale regroupant des organismes communautaires qui s'efforcent de renforcer la lutte contre le VIH-sida au Canada. Pour ce faire, ces organismes collaborent de façon continue avec des partenaires dans la collectivité et des intervenants canadiens en vue de surveiller et d'assurer la sûreté des réserves de sang au Canada, en particulier depuis la parution en 1997 du rapport du juge Krever de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada.

Au fil des ans, la Société canadienne du sida a travaillé en étroite collaboration avec la Société canadienne du sang et d'autres partenaires pour modifier en juillet 2013 la politique de non-admissibilité aux dons de sang visant les hommes ayant eu une relation sexuelle avec un autre homme et faire passer la période d'indéfinie à cinq ans après le dernier rapport sexuel. À ce moment-là, nous percevions ce changement comme une avancée positive vers

une politique de non-admissibilité qui serait basée sur des critères non discriminatoires, sur les comportements et sur les facteurs de risque plutôt que sur l'orientation sexuelle.

Depuis, la Société canadienne du sida a continué de collaborer et de consulter la Société canadienne du sang en vue d'examiner les données probantes et scientifiques recueillies depuis plusieurs années. Nous appuyons l'annonce qu'a faite la ministre Philpotten juin 2016 concernant la période de non-admissibilité d'un an. Nous considérons qu'il s'agit d'un pas dans la bonne direction et qu'ultimement nous pourrions lever les restrictions imposées aux HARSAH pour les dons de sang.

La Société canadienne du sida a adopté il y a longtemps une position simple et directe dans ce dossier. Nous estimons que les critères d'admissibilité au don de sang devraient être fondés sur les comportements plutôt que cibler des populations en raison de seulement leur orientation sexuelle ou de leur sexe.

Essentiellement, la Société canadienne du sida continue de prôner un maintien de réserves de sang sûres, mais dans le respect des droits de la personne. Force est de constater que les directives concernant l'admissibilité ont été et demeurent discriminatoires tant pour les hommes que pour les femmes. Les questions posées aux donneurs sur les formulaires de la Société canadienne du sang cernent des groupes de la population et, en particulier, les hommes ayant eu une relation sexuelle avec un autre homme, peu importe leurs comportements ou pratiques actuels.

Sur le questionnaire, les hommes doivent répondre à la question: « au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec un autre homme? » Sur le questionnaire, les femmes doivent répondre à la question: « au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme qui a eu une relation sexuelle avec un autre homme au cours des 12 derniers mois? » Si une personne répond oui à l'une de ces questions, elle n'est pas admissible au don de sang.

De la même façon, les critères d'admissibilité s'appliquent également aux personnes transgenres selon qu'elles ont ou non subi une intervention chirurgicale de confirmation du genre, et ce, sans égard aux comportements à risque.

Bien qu'elle ne soit fondée sur aucune expérience clinique, la période de non-admissibilité actuelle part de l'hypothèse que certains groupes sont plus susceptibles de contaminer les réserves de sang. La Société canadienne du sida continue de recommander que des recherches scientifiques comportementales soient menées en vue de l'adoption de critères d'admissibilité non discriminatoires fondés sur les comportements à risque. La recherche comportementale permettra de recueillir des données permettant de distinguer les donneurs à faible risque et ceux à risque élevé en fonction de leurs comportements sexuels et sans égard à leur orientation sexuelle ou à leur identité sexuelle.

À cette fin, nous voyons d'un bon œil l'annonce faite récemment par la Société canadienne du sang concernant la tenue d'une réunion de deux jours en janvier 2017. Cette réunion à laquelle seront conviés des intervenants nationaux et étrangers servira à déterminer les recherches prioritaires qui permettront de recueillir les données manquantes sur l'admissibilité des hommes ayant eu une relation sexuelle avec un autre homme. L'objectif de cette réunion consiste à examiner d'autres approches permettant de déterminer l'admissibilité des donneurs de sang et d'autres technologies permettant de recueillir des données et de modifier les critères d'admissibilité actuels.

Il n'existe actuellement aucun consensus à l'échelle internationale quant à la non-admissibilité des HARSAH. Nombre de pays, comme les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la Suède et les Pays-Bas, ont adopté ou adopteront une période de non-admissibilité d'un an. D'autres, comme l'Italie ou l'Espagne, n'imposent aucune période de non-admissibilité aux HARSAH et préfèrent évaluer le risque du donneur en ciblant des comportements précis.

En somme, je tiens à insister sur le fait que la stigmatisation et la discrimination sont encore des préoccupations et des obstacles majeurs dans le cadre de notre lutte visant à réduire et éradiquer la transmission du VIH au pays. Même si la période de non-admissibilité a été réduite à un an après la dernière relation sexuelle, cette restriction s'appliquant aux donneurs HARSAH continue d'entretenir une culture de discrimination et de stigmatisation qui nous empêche d'atteindre notre objectif.

● (0855)

Au fil des ans, la Société canadienne du sida a toujours prôné une approche fondée sur des données scientifiques et a travaillé en étroite collaboration avec la Société canadienne du sang et divers intervenants afin de créer un système de collecte et de distribution du sang qui soit sûr et non discriminatoire envers certains groupes. Même si nous avons encore du chemin à parcourir, nous avons certainement fait des pas dans la bonne direction au cours des dernières années. Nous sommes passés d'une interdiction complète des dons provenant de HARSAH à une période de non-admissibilité de cinq ans en 2013 puis à une période de non-admissibilité d'un an en août dernier.

Nous attendons avec impatience l'adoption dans un futur rapproché d'approches scientifiques et fondées sur les comportements pour la détermination de l'admissibilité des donneurs qui permettront une utilisation optimale des nouvelles technologies. Nous souhaitons ainsi changer les critères d'admissibilité des donneurs afin que les réserves de sang soient sûres et qu'elles respectent les droits de la personne. Ce qui est un objectif réaliste et atteignable.

Je vous remercie encore une fois de nous donner la chance d'exprimer notre point de vue dans ce dossier important.

Le président: Merci beaucoup.

Passons maintenant à la Société canadienne du sang.

Dr Graham Sher (chef de la direction, Bureau principal, Société canadienne du sang): Merci beaucoup, monsieur le président et mesdames, messieurs les membres du Comité de me permettre de commenter les critères d'admissibilités des HARSAH au don de sang.

Comme vous le savez, il s'agit d'un sujet délicat et chargé d'émotions qui touche les gens des deux côtés du don de sang: le donneur qui souhaite contribuer au système de collecte et de

distribution du sang au Canada et le patient qui reçoit les produits sanguins.

Permettez-moi tout d'abord de passer rapidement en revue la façon dont nous déterminons l'admissibilité des donneurs. Je donnerai ensuite un aperçu de l'évaluation des risques et des analyses effectuées sur le sang. Je souhaite également expliquer le contexte historique entourant les risques associés aux HARSAH et au VIH pour le système de collecte et de distribution du sang, survoler comment procèdent les autres fournisseurs de sang à l'étranger et enfin parler des conséquences des changements aux critères d'admissibilité sur le système de collecte et de distribution du sang.

Ma collègue, Mme Devine, fera ensuite un résumé des prochaines étapes.

Comme vous le savez, au Canada, le sang est réglementé au même titre qu'un médicament par Santé Canada. Ainsi, la Société canadienne du sang doit prouver que les modifications aux politiques et aux procédures qui pourraient se répercuter sur la sécurité des patients n'entraîneront pas de risque mesurable supplémentaire pour les réserves de sang avant que l'adoption de ces modifications ne soit approuvée par le fédéral.

Avant le don de sang, l'admissibilité des donneurs est déterminée afin que le don soit sûr pour les donneurs ainsi que pour le patient qui recevra les produits sanguins. Les donneurs doivent tout d'abord remplir un questionnaire. Nous comptons sur l'honnêteté des donneurs quant à leur exposition au risque. Un membre du personnel passe ensuite en revue les réponses du donneur et fait d'autres vérifications pour déterminer si ce dernier est admissible au don. Selon leurs réponses, les donneurs sont classés dans différentes grandes catégories de risques et sont jugés admissibles ou non admissibles au don en conséquence.

Les donneurs peuvent ne pas être admissibles au don pour de nombreuses raisons différentes, dont les voyages, les vaccins, les tatous et le mode de vie. Ce qui m'amène à parler de la façon dont nous évaluons les risques.

Les critères d'admissibilité sur le questionnaire du donneur sont établis en fonction de multiples évaluations des risques relatifs aux maladies transmissibles. Dans le cadre de ce processus, la Société canadienne du sang fait des analyses pour détecter les maladies transmissibles dans les dons de sang et les infections transmissibles par transfusion chez les patients ayant reçu des produits sanguins. Par ailleurs, nous surveillons en permanence l'apparition de pathogènes au pays et à l'étranger. Le virus Zika en est un bon exemple.

Nos modèles de risque sont fondés sur des données relatives aux pathogènes d'intérêt et aux pathogènes qui y sont associés. Nous tenons également compte des données provenant d'études démographiques comme celles de l'Agence de la santé publique du Canada. Lorsque nous apportons un changement important aux critères d'admissibilité des donneurs, nous procédons à des sondages anonymes pour évaluer le taux d'admissibilité des donneurs selon les nouvelles questions.

Nous recevons naturellement beaucoup de questions des donneurs au sujet des critères et sur les raisons qui justifient l'imposition de ces critères étant donné la possibilité de faire des analyses de sang. Il est vrai que la Société canadienne du sang analyse tous les dons de sang pour détecter le VIH-1, le VIH-2, l'hépatite B, l'hépatite C, les virus T-lymphotropes 1 et 2 humains et la syphilis. Nous faisons également des analyses pour détecter la maladie de Chagas pour les donneurs qui sont à risque puisqu'ils ont voyagé et, au printemps, à l'été et à l'automne, nous faisons des tests de dépistage pour le virus du Nil occidental.

Bien que les technologies que nous utilisons soient à la fine pointe, comme les tests des acides nucléiques, les pathogènes ne peuvent être détectés par les analyses actuelles pendant une courte période de temps après l'infection. Si une personne donne du sang pendant la période de latence sérologique — le stade précoce de l'infection —, les analyses ne permettront pas de détecter le virus. Les produits sanguins fabriqués à partir de ce don pourraient alors transmettre l'infection au patient. Cette période de latence est maintenant de moins de 10 jours pour le VIH et l'hépatite C et moins de deux mois pour la plupart des autres pathogènes. Or, aucune analyse n'est exacte à 100 %. Elles peuvent échouer pour des raisons techniques ou en raison d'une mutation des pathogènes.

Compte tenu de la tragédie du sang contaminé qui a touché les réserves de sang au Canada, les modifications aux critères d'admissibilité des HARSAH ont nécessité des analyses considérables et une consultation continue des groupes de défense des patients, dont la communauté des LGBT et nombre d'autres organismes. Nous souhaitons ainsi nous assurer de maintenir la confiance du public à l'égard du système canadien. Lorsque la Société canadienne du sang a été créée en 1998, à la suite du scandale du sang contaminé, les critères imposés aux HARSAH étaient en effet stricts. Si un homme avait eu une relation sexuelle ne serait-ce qu'une fois avec un homme depuis 1977, il était inadmissible au don de sang. À ce moment, et pendant les années qui ont suivi, la population des HARSAH était considérée comme un groupe à risque élevé. 1977 a été désignée l'année zéro pour l'arrivée du VIH en Amérique du Nord. C'est pourquoi elle a été ajoutée aux critères.

● (0900)

Comme les membres du Comité le savent, nous avons adopté une période de non-admissibilité de cinq ans en juillet 2013. Après que nous ayons présenté la demande, Santé Canada a demandé à la Société canadienne du sang et à Héma-Québec de recueillir des données pendant un minimum de deux ans en vue de prouver que le système de collecte et de distribution du sang n'était exposé à aucun risque supplémentaire avant qu'ils puissent demander une autre réduction de la période d'attente pour les HARSAH. Nous avons pu répondre à la demande sans problème.

Selon nos données, la politique actuelle de non-admissibilité d'un an couvre amplement la période de latence pour le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C et le risque résiduel de transmission de ces trois pathogènes est d'un sur un million d'unités transfusées. De la même façon, le suivi après l'adoption des modifications a prouvé qu'il n'y avait aucune incidence défavorable sur la prévalence du VIH chez les donneurs, sur la conformité des donneurs ou sur la confiance à l'égard du système. Les données ont permis à la Société canadienne du sang de présenter une autre demande à Santé Canada pour une période d'exclusion d'un an. En juin dernier, la demande a été approuvée et la période d'exclusion est entrée en vigueur en août.

De plus, selon les chiffres les plus récents de l'Agence de la santé publique du Canada, les hommes ayant eu une relation sexuelle avec

un autre homme représentent 54 % des nouvelles infections par VIH au Canada; leur proportion est supérieure à toutes les autres catégories de risque combinées. Selon de vastes études de cohorte sur les populations des HARSAH au Canada, la fréquence des comportements à risque serait également plus élevée. Les preuves scientifiques disponibles sont toutefois inadéquates. La plupart des recherches en santé publique portent sur des personnes appartenant à la population des HARSAH et dont les comportements sont considérés comme à risque élevé de transmission de maladie infectieuse. Ce sont ces données qui ont servi de base aux politiques jusqu'à maintenant. Nous disposons de peu de données sur les personnes à faible risque, comme celles qui sont dans une relation monogame à long terme. De nouvelles recherches devront être réalisées pour recueillir les données requises qui permettront de cerner les groupes à faible risque et de les inclure comme donneurs admissibles sans qu'il y ait de risque pour le système de collecte et de distribution du sang.

Comme les caractéristiques, les causes et les effets du VIH varient d'un pays à l'autre, la communauté scientifique n'est parvenue à aucun consensus sur une politique optimale de non-admissibilité. Depuis que nous sommes passés à la période d'inadmissibilité d'un an pour les HARSAH, nous avons été interrogés sur les conséquences sur l'adéquation des réserves de sang du Canada. Malheureusement, nous ne disposons pas encore de données claires à ce sujet. Après que la période d'inadmissibilité permanente soit passée à cinq ans, une centaine de donneurs qui étaient inadmissibles au don de sang auparavant puisqu'ils avaient eu une relation sexuelle avec un autre homme sont revenus pour un don et ont été jugés admissibles. De la même façon, le suivi après l'adoption de la période d'inadmissibilité de cinq ans laisse croire qu'environ 400 hommes qui avaient eu une relation sexuelle avec un autre homme après 1977, mais depuis plus de cinq ans seraient maintenant admissibles à faire un don de sang annuellement.

Il est possible que la perception de la Société canadienne du sang qu'ont les donateurs potentiels — en particulier les jeunes qui ont à cœur la justice sociale — ait une plus grande incidence sur l'approvisionnement. Voilà pourquoi la Société canadienne du sang mène de vastes activités d'information auprès de nombre d'organismes, notamment auprès des étudiants au moyen de présentations sur les campus, et organise des réunions avec des groupes intéressés. Nous reconnaissons que le niveau de frustration demeure élevé au sein de nombreux groupes de parties concernées puisque leurs membres estiment que les changements apportés récemment aux critères d'admissibilité ne sont pas allés assez loin et n'éliminent pas les éléments qu'ils considèrent comme discriminatoires.

La période actuelle d'exclusion d'un an pour les HARSAH est en effet un pas de plus vers l'adoption progressive de critères de dons inclusifs. Nous sommes conscients que le rythme des changements est péniblement lent pour la vaste majorité des HARSAH qui sont toujours inadmissibles au don de sang selon les critères actuels. Nous sommes très reconnaissants de la collaboration et de la participation des intervenants dans tous les organismes concernés, dont la Société canadienne du sida.

Je laisse maintenant Mme Devine vous expliquer les prochaines étapes et les changements qui pourraient être apportés aux critères touchant les HARSAH.

● (0905)

Dre Dana Devine (chef, affaires médicales et scientifiques, Bureau principal, Société canadienne du sang): Merci.

Comme l'a mentionné le Dr Sher, nous avons besoin de preuves solides pour motiver d'autres changements à la réglementation et ce type de recherche et de données prennent du temps à obtenir. En collaboration avec les scientifiques, la communauté LGBTQ, les groupes de patients et Santé Canada, nous étudions actuellement d'autres changements aux critères d'admissibilité qui permettraient — nous le souhaitons — à un plus grand nombre de HARSAH de donner du sang.

Grâce aux 3 millions de dollars affectés récemment à la recherche par Santé Canada, nous pouvons planifier et mener à bien des travaux de recherche qui nous permettront d'augmenter l'inclusivité des critères tout en assurant la sûreté et l'adéquation de l'approvisionnement en produits sanguins pour les bénéficiaires.

Les approches de sélection qui ne tiennent pas compte des sexes et de l'orientation sexuelle sont l'un des champs de recherche à explorer. À titre d'exemple, nous pourrions demander à tous les donneurs s'ils ont eu un nouveau partenaire sexuel ou plus d'un partenaire sexuel dans une période de temps donnée.

Grâce au soutien de Santé Canada et à la collaboration de son organisation sœur, Héma-Québec, la Société canadienne du sang organise une réunion de deux jours à la fin janvier 2017 à laquelle participeront des scientifiques du Canada et de l'étranger. Cette réunion est organisée en collaboration avec les dirigeants d'Égale Canada Human Rights Trust, du Community-Based Research Centre for Gay Men's Health et du Centre canadien pour la diversité et l'inclusion.

Elle aura pour objectif de communiquer de l'information aux participants sur les recherches, pratiques et stratégies en matière de politique au pays et à l'étranger; de déterminer les grandes questions auxquelles la recherche doit répondre; et de dresser une liste de priorités et de projets de recherche qui permettraient de répondre à ces questions. Nous parlerons également des obstacles à la recherche et des façons de les surmonter. Nous nouerons de nouveaux partenariats et de nouvelles collaborations et en ferons la promotion afin de faire progresser la recherche dans ce domaine. De plus, nous établirons des mécanismes pour la présentation des demandes de fonds et l'affectation des fonds pour la recherche dans ce domaine. Les représentants des patients et de la communauté LGBTQ ont été invités à la réunion à titre d'observateurs concernés et auront la possibilité de discuter avec les autres participants.

Les patients subissent 100 % des risques associés aux transfusions sanguines et, par conséquent, des changements aux critères d'admissibilité des donneurs. Notre objectif est d'assurer la sûreté des réserves de sang tout en imposant le moins de restrictions possible aux donneurs.

Nous attendons avec beaucoup d'impatience cette réunion en janvier, car elle est la prochaine étape qui nous permettra d'atteindre notre objectif.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

La parole est maintenant à Catherine Parker du ministère de la Santé.

Mme Catherine Parker (directrice générale, Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, Direction générale des produits de santé et des aliments, ministère de la Santé): Merci.

[Français]

Bonjour à toutes et à tous.

Je vous remercie de m'avoir invitée à prendre la parole devant le Comité aujourd'hui. Je suis heureuse d'être parmi vous pour parler du rôle que joue Santé Canada, en tant qu'organisme de réglementation, pour optimiser la sécurité du système d'approvisionnement en sang au Canada. Il s'agit plus précisément du rôle que nous jouons quant aux critères d'exclusion des hommes qui ont eu des relations sexuelles avec d'autres hommes au chapitre des programmes de donneurs.

● (0910)

[Traduction]

Le gouvernement fédéral est responsable de réglementer la sûreté des réserves de sang du Canada. Il le fait par l'intermédiaire de Santé Canada. En réponse à la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang, la Commission Krever, notre ministère s'est concentré avant toute chose sur la sûreté du sang auquel les Canadiens ont accès. Le Canada a maintenant l'un des systèmes d'approvisionnement en sang les plus sûrs au monde grâce aux normes sévères sur la collecte et sur le traitement du sang qui sont désormais en vigueur au Canada. Ces normes se sont avérées extrêmement efficaces, puisque depuis 25 ans, le Canada n'a vu aucun cas de transmission du VIH par transfusion sanguine.

N'oublions jamais les leçons tirées de la crise du sang contaminé. Le système de réglementation actuel sur la sûreté des réserves de sang a été conçu de manière à ce que cette tragédie ne se reproduise plus jamais au Canada. On lui a aussi conféré assez de souplesse pour permettre de modifier ces normes en fonction de tous nouveaux renseignements ou progrès technologiques qui l'exigeraient. La sûreté de ce système est absolument cruciale, et la sûreté doit reposer sur des données scientifiques.

Profondément engagé à maintenir ce niveau d'innocuité, Santé Canada collabore avec des intervenants du Canada et de l'étranger pour examiner tout ce qui pourrait menacer la sûreté des réserves de sang et pour prendre toutes les précautions nécessaires pour enrayer la transmission de maladies contagieuses par les réserves de sang. Ces collaborations reposent sur notre relation avec deux fournisseurs de sang: la Société canadienne du sang, ou la SCS, et Héma-Québec, avec lesquels nous collaborons de manière ouverte et transparente tout en protégeant notre autonomie d'organisme de réglementation.

Comme le Dr Sher vient de le dire, le Canada considère le sang comme une drogue. Il est donc assujéti aux exigences de la Loi sur les aliments et drogues. Un ensemble de règlements distincts de la Loi décrit toutes les exigences sévères que les fournisseurs de sang doivent observer en le prélevant, en le traitant, en l'analysant, en l'étiquetant, en le conservant et en le distribuant au Canada. Ces règlements se complètent d'une ligne directrice détaillée qui présente l'interprétation de chaque règlement en termes non juridiques. Les centres principaux de prélèvement sanguin doivent obtenir une licence de Santé Canada, et les inspecteurs du ministère les vérifient régulièrement.

Le Règlement sur le sang exige que les fournisseurs suivent une série d'étapes lorsqu'ils recueillent du sang. Il en découle une superposition d'étapes assurant la sûreté. Les étapes critiques sont celles de l'évaluation de l'admissibilité des donneurs et l'utilisation de technologies de pointe pour analyser le sang afin d'éliminer toute possibilité de transmettre une maladie contagieuse à un receveur.

Les receveurs de sang sont parmi les patients les plus vulnérables du système de santé du Canada, car un grand nombre d'entre eux seraient incapables de combattre une infection transmise par transfusion de sang. La phase d'évaluation de l'admissibilité des donneurs se solde très souvent par une période d'exclusion des donneurs à haut risque. On leur interdit de donner de leur sang afin d'éviter qu'ils ne transmettent leur infection. L'analyse du sang ne suffit pas en soi, parce que comme le Dr Sher l'a expliqué, malgré les progrès technologiques, il nous reste une période de latence sérologique entre l'infection et le dépistage possible d'un pathogène pendant laquelle l'analyse ne détecte pas les unités de sang infecté.

On exclut donc ces donneurs pour des périodes de différentes durées si l'on trouve qu'ils courent un plus grand risque de contracter le VIH, l'hépatite, la malaria ou d'autres maladies infectieuses. Cependant, ces périodes d'exclusion ne sont pas prévues dans les règlements. Ceux-ci exigent que les établissements de sang recueillent auprès des donneurs des renseignements sur leur identité et sur leurs antécédents médicaux et sociaux liés au risque de contracter des maladies infectieuses.

On laisse aux fournisseurs de sang — c'est-à-dire à la SCS et à Héma-Québec — le soin de déterminer les questions à poser. Il s'agit là d'une « réglementation fondée sur la performance ». Autrement dit, le règlement prévoit une norme, mais les parties réglementées disposent d'une certaine souplesse pour atteindre cette norme. Ce type de réglementation permet aux parties d'adapter leurs procédures sans être tenues de suivre un processus compliqué de modification et de mise à jour des règlements.

Le Règlement sur le sang exige que Santé Canada approuve les processus ainsi que toutes modifications apportées à ces processus. Les parties doivent en faire la demande en présentant toute l'information sur le processus ou sur la modification pour qu'une équipe de scientifiques de Santé Canada puisse les examiner.

Au Canada, aucun règlement n'interdit aux HARSAH et à d'autres groupes de donner du sang. Ces périodes d'exclusion font partie des processus que la SCS et Héma-Québec ont créés pour respecter les normes d'innocuité en excluant un groupe qui, selon les statistiques, présente un plus grand risque de transmettre certaines maladies.

Comme nous l'avons mentionné, l'exclusion permanente n'existe plus. La SCS et Héma-Québec ont effectué un travail consciencieux au cours de ces dernières années pour modifier la période d'exclusion des HARSAH. Ces deux organismes ont apporté deux modifications: en 2013, cette période a passé de permanente à cinq ans, puis en 2016, la période de cinq ans a été réduite à un an. Santé Canada a approuvé ces deux modifications après avoir examiné une documentation volumineuse et complète que lui avaient remise la SCS et Héma-Québec. Cette documentation contenait des données scientifiques démontrant que ces modifications ne menaceraient aucunement la sûreté des réserves de sang.

Nous remercions et appuyons les travaux que la SCS mène pour trouver des moyens d'éliminer l'exclusion des HARSAH et des autres groupes. Nous nous ferons un plaisir d'examiner ses demandes de modification. Mais ces demandes devront se fonder sur des données scientifiques actuelles et ne devront pas menacer la sûreté des réserves de sang. La barre est haute, mais la SCS et Héma-Québec l'ont déjà franchie à deux reprises dans le cas de la période d'exclusion des HARSAH.

Les décisions que prend Santé Canada dans son rôle d'organisme de réglementation doivent se fonder sur des données scientifiques. Par conséquent, si on lui présente des données probantes solides indiquant que l'on peut éliminer la politique de période d'exclusion

des HARSAH donneurs de sang sans pour autant compromettre la sûreté du système canadien d'approvisionnement en sang, Santé Canada les examinera conformément aux normes qu'il s'est fixées.

Merci beaucoup.

● (0915)

Le président: Je vous remercie tous beaucoup. Je crois que nous avons déjà bien enrichi nos connaissances.

Conformément à notre processus, nous allons maintenant passer à une ronde de questions de sept minutes. Ensuite, nous ferons une ronde de cinq minutes et une brève ronde de trois minutes.

Aujourd'hui, nous allons commencer par M. Eyolfson.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie tous d'être venus.

Docteur Sher, c'est un plaisir de vous revoir. Vous avez peut-être mentionné cela dans votre allocution, mais je voudrais le confirmer. Savez-vous quelle est la prévalence ou l'incidence du VIH dans la population des HARSAH?

Dr Graham Sher: Comme je l'ai dit dans mon allocution, nous suivons de très près les publications de l'Agence de la santé publique du Canada. En fait, nous les avons ici devant nous. Il est vrai que selon les données publiées le plus récemment, en 2014, parmi tous les cas de VIH, la prévalence de la population des HARSAH était de 54,3 %.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Diriez-vous que ce pourcentage augmente ou qu'il diminue avec le temps? Qu'indiquent vos données?

Dr Graham Sher: En 2011 il était de 50 %, et les données de 2014 indiquent 54 %. Ce pourcentage demeure stationnaire depuis bien des années. La Dre Devine pourra vous donner plus d'information à ce sujet.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Je vois que depuis que l'on a apporté ces modifications, les taux d'innocuité sont excellents. Vous nous avez dit que depuis 25 ans, vous n'avez pas eu un seul cas de transmission du VIH par transfusion sanguine.

Dr Graham Sher: C'est exact.

M. Doug Eyolfson: C'est remarquable. Je vous félicite tous pour cet excellent travail.

Maintenant, au sujet de la politique sur les périodes d'exclusion, diriez-vous que notre pays est l'un des plus sévères, ou l'un des moins sévères? Diriez-vous que d'autres pays ont des politiques d'exclusion même moins sévères que celles du Canada?

Dre Dana Devine: Je vais répondre à cette question.

Si l'on regarde ce qui se passe dans le monde, nous faisons partie des nations qui ont dirigé la modification d'une exclusion permanente à une période plus courte. À l'heure actuelle, environ douze pays ont mis en vigueur — ou se préparent à le faire — une période d'exclusion d'un an. La plupart des autres pays appliquent encore l'exclusion permanente.

● (0920)

M. Doug Eyolfson: Je comprends.

Vous avez dit qu'à l'heure actuelle, la période de latence sérologique est d'environ 10 jours avant que l'on ne puisse détecter une infection. Est-ce que je me trompe?

Dr Graham Sher: Non, c'est juste.

M. Doug Eyolfson: Voyez-vous une possibilité d'utiliser cette technologie pour abréger plus encore la période d'exclusion, soit très bien, soit éventuellement à l'avenir?

Dr Graham Sher: Je vais présenter un bref commentaire, M. Eyolfson, puis la Dre Devine pourra compléter ma réponse.

En janvier, nous allons en fait examiner deux voies politiques possibles. Chercherons-nous seulement à raccourcir la période d'exclusion tout en maintenant la politique sur les HARSAH? Ou adopterons-nous une approche entièrement différente, comme nous et les témoins de la Société canadienne du sida l'avons dit, pour établir une politique qui ne fait pas de discrimination en fonction du sexe et de l'orientation sexuelle? Il est crucial que nous déterminions cela, parce qu'une simple réduction de la période d'exclusion ne corrigera pas les allégations d'injustice et de discrimination.

Ce dont vous avez parlé pourrait être une façon de faire, mais je ne suis pas certain que ce soit la façon optimale, ou idéale. Il faut que nous examinions les données probantes et les résultats de recherche pour trouver une autre façon de faire. Il nous faudrait une politique qui ne se contente pas de raccourcir la période d'exclusion, mais qui continue à cibler le groupe des HARSAH. Nous allons commencer par analyser et par examiner ces questions de recherche. Nous devons y répondre avant de modifier à nouveau cette politique.

Dre Dana Devine: Je ne vois pas ce que je pourrais ajouter à cela. C'est vraiment la voie que nous suivons.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Monsieur Lacasse, merci d'être venu. J'exerce la médecine depuis 20 ans, et j'ai été témoin de la discrimination que subissent les membres de la communauté LGBT dans la collectivité et dans le système de santé quand ils demandent des soins. Les écoles de médecine ont essayé d'améliorer cette attitude afin d'éliminer ces obstacles et pour que les fournisseurs de soins reconnaissent ces problèmes et s'efforcent de les corriger.

Dans le cas de la crainte et des stigmates sociaux qui entourent le VIH/sida, quelles mesures devrions-nous prendre, selon vous, pour aider à corriger cette attitude du grand public et de la communauté médicale afin de réduire cette crainte et ces stigmates?

M. Gary Lacasse: Dans le cas des stigmates sociaux, vous parlez de la population en général, pas nécessairement des services d'approvisionnement en sang?

M. Doug Eyolfson: Je parle de la population en général.

M. Gary Lacasse: Il nous faudrait réunir des données comportementales sur ces stigmates. On n'a pas mené beaucoup d'études de recherche sur les stigmates sociaux dus au VIH. Nous cherchons désespérément des fonds pour faire de la recherche sur ces comportements, parce que selon nous, seule la science comportementale pourra réduire ces stigmates.

Nos observons ces stigmates sociaux dans les centres multidisciplinaires de services de santé; nous nous y heurtons à un service après l'autre. Nous avons des gens dans les provinces de l'Atlantique qui ne se soumettent même pas à un test de dépistage du VIH parce qu'ils vivent en campagne et que leur cousin dispense les ordonnances de leurs médicaments au guichet de la pharmacie du village. C'est une forte réalité dans les régions rurales du Canada. Mais on s'y heurte aussi à Montréal, à Toronto et à Vancouver. Ces

stigmates ont envahi toute notre société. Nous les retrouvons aussi dans les lieux de travail, en faisant notre épicerie, ils sont partout.

Il faut lutter contre ces stigmates sociaux partout au monde. Mais nous devons aussi aborder l'autostigmatisation que les gens s'infligent quand on leur annonce qu'ils sont porteurs du VIH. Je trouve que nous avons besoin de mener d'autres études de recherche pour déterminer pourquoi les gens s'autostigmatisent afin de les aider à y faire face pour le reste de leur vie.

M. Doug Eyolfson: Je suis tout à fait d'accord avec vous. Je me souviens qu'il y a 20 ans, les gens disaient que les compagnies d'assurance refusaient de les assurer uniquement parce qu'ils s'étaient soumis à un test de dépistage du VIH.

M. Gary Lacasse: C'est vrai.

M. Doug Eyolfson: Les compagnies disaient que les gens qui avaient une raison de se soumettre à un test de VIH menaient sûrement des activités qui les mettaient à risque. Elles ne voulaient donc pas courir le risque de les assurer. C'est ainsi que les gens pensaient dans les années 1990.

Mais nous avons une bonne nouvelle, sous la forme de certaines données erronées. Vous avez probablement entendu, au cours de ces derniers mois, la nouvelle au sujet du fameux « patient zéro », l'agent de bord d'Air Canada que l'on a blâmé d'avoir amené le VIH en Amérique du Nord. Il s'avère que cette hypothèse reposait sur des données erronées et sur des suppositions. Après avoir réexaminé ces données, on a découvert que cette accusation était entièrement fautive.

• (0925)

M. Gary Lacasse: Oui, exactement.

M. Doug Eyolfson: Ce patient n'était pas du tout responsable de l'introduction du VIH en Amérique du Nord. Il était simplement l'un des premiers patients chez lesquels on avait diagnostiqué cette maladie.

Le président: Je suis désolé, votre temps est écoulé.

M. Doug Eyolfson: D'accord.

Merci beaucoup d'être venu.

Le président: À vous la parole, monsieur Webber.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci, monsieur le président.

Je tiens tout d'abord à remercier mes collègues membres du Comité d'avoir demandé que nous menions cette étude. À mon avis, il était grand temps de le faire. Je vous remercie d'avoir adopté ma motion il y a quelques mois.

Notre première priorité est sans aucun doute de veiller à la sûreté des réserves de sang du Canada. Je sais aussi que notre deuxième priorité est d'étendre la base de donneurs pour notre système d'approvisionnement en sang.

Au mois de juin, le gouvernement a annoncé qu'il allait réduire la période d'exclusion de cinq ans à un an. J'ai donc compris que la science appuyait un réexamen de nos politiques de don de sang ici au Canada. Est-ce que le choix d'amener cette période à un an repose uniquement sur des données scientifiques? La longueur de cette période ne demeure-t-elle pas quelque peu arbitraire? J'espérais recevoir une réponse à cette question aujourd'hui. Vous avez fourni de nombreuses réponses, et je vous en remercie.

J'ai quelques questions à vous poser, et la première s'adresse à Mme Parker. Je ne sais pas si je devrais vous appeler Dre Parker ou Mme Parker. La Société canadienne du sang et Héma-Québec ont déposé les résultats de leur recherche à Santé Canada au début de 2016 en demandant que l'on réduise de cinq ans à un an la période d'exclusion des hommes ayant eu une relation sexuelle avec un autre homme. En juin, vous avez décidé d'accéder à cette demande, mais vous n'avez pas publié les résultats de la recherche qui vous ont amenés à prendre cette décision. Je sais que certaines personnes n'ont pas réussi à les obtenir en faisant une demande d'accès à l'information. Je soupçonne que la plus grande partie de cette recherche a été financée avec l'argent des contribuables. Voudriez-vous, ou la SCS ou Héma-Québec, fournir au Comité les résultats de la recherche sur laquelle repose votre décision?

Mme Catherine Parker: Merci d'avoir posé cette question. La décision de réduire cette période à un an repose sur des données que nous ont remises la SCS et Héma-Québec avec leur demande. Nous avons en fait publié un sommaire de la recherche que nous avons examinée en expliquant comment nous en sommes arrivés à prendre cette décision. Vous trouverez cela dans notre site Web. Je ne sais pas pourquoi vous n'auriez pas reçu des renseignements supplémentaires en faisant une demande d'accès à l'information.

Notre décision se base sur les résultats que nos scientifiques et nos statisticiens nous ont présentés après avoir examiné les données que ces deux fournisseurs de sang nous avaient remises.

M. Len Webber: Je comprends, c'est intéressant.

J'ai une question pour la Société canadienne du sang. Vous avez dit dans votre allocution que depuis 25 ans, il n'y a eu absolument aucun transfert de VIH par transfusion sanguine. C'est fantastique.

Combien de dons de sang rejetez-vous parce que les résultats de l'analyse indiquent qu'il est contaminé par le VIH? Pourriez-vous me donner quelques chiffres?

Dre Dana Devine: Très, très peu. Moins d'une douzaine par année en général.

M. Len Webber: Merci.

Dre Dana Devine: Notre questionnaire de présélection est très efficace.

M. Len Webber: Y tirez-vous des renseignements, comme de l'information démographique, les sources de ce sang, les cliniques qui vous l'ont envoyé?

Dre Dana Devine: Nous communiquons avec tous les donateurs de sang contaminé par le VIH. Nous posons toute une série de questions aux donateurs dont le sang est contaminé. Nous essayons par là de comprendre s'ils ont eu des comportements qui les plaçaient dans une catégorie à risque ou si, au moment de donner du sang, ils ne savaient pas du tout qu'il était contaminé par le VIH.

M. Len Webber: Je comprends.

Je voudrais parler un peu de vos procédures d'analyse. Vous faites une analyse des anticorps — un test d'amplification de l'acide nucléique — pour dépister le VIH. Ne pourriez-vous pas analyser ainsi tout le sang prélevé dans votre système?

Dre Dana Devine: La SCS analyse chaque unité de sang qu'elle reçoit. Dans ses réserves, le Canada n'a pas une seule unité qui n'ait pas été analysée.

● (0930)

M. Len Webber: Je comprends. Mais alors pourquoi est-il nécessaire de soumettre les donateurs à ces longs questionnaires? Après cela, vous évaluez... vous analysez leur sang de toute façon

pour dépister le VIH. Pourquoi est-il nécessaire de leur poser ces questions?

Dre Dana Devine: Le maintien de la sûreté des réserves de sang est un processus de superposition des mesures de sécurité. La première phase est le questionnaire. Il vise à ce que nous prélevions seulement le sang de personnes chez lesquelles nous risquons le moins de dépister les maladies au cours des analyses. Pourquoi faisons-nous cela? En partie, à cause de la période de latence sérologique dont nous a parlé le Dr Sher. Nous le faisons aussi parce qu'aucune de nos analyses n'est absolument parfaite. Nous savons que ces analyses peuvent subir des erreurs puisque des humains participent au processus. Nous savons aussi que les pathogènes — les virus, les parasites et les bactéries que nous cherchons à dépister — sont des organismes vivants et que leur ADN subit des mutations. Ils peuvent muter au point où l'analyse ne les détecte plus. Nous avons déjà observé ce phénomène.

Tous les fournisseurs de sang commencent par ce processus de présélection afin de ne prélever que le sang de donateurs qui risquent le moins d'être porteurs. C'est la philosophie sur laquelle repose cette présélection.

M. Len Webber: Ah bon, c'est intéressant.

Parlons un peu de cette période de latence sérologique. Je suis désolé, je ne m'y connais pas beaucoup dans le domaine du sang. Je ne suis pas médecin ou autre. Lorsque vous prélevez le sang d'une personne sans savoir du tout si elle est porteuse du VIH ou non, pouvez-vous conserver ce sang pendant les 10 jours — ou pendant la durée de cette période de latence — pour voir si le sang va muter ou non, et ensuite l'analyser pour y dépister le VIH?

Dre Dana Devine: Vous parlez ici d'un processus que suivent certains pays. Ils ne le font pas pour tous les dons de sang, mais pour les dons de plasma. Nous appelons cela « sécuriser par quarantaine » dans l'attente d'un contrôle sérologique. On congèle sans tarder le plasma du donneur — on le congèle de toute façon dans le cadre du processus de production —, et on le conserve dans un congélateur pendant quatre à six mois. Puis le donneur revient faire un autre don. Si les résultats de l'analyse de ce deuxième don sont négatifs, on peut distribuer le premier don qui attendait dans le congélateur. C'est le seul endroit où l'on puisse conserver le sang avant de le distribuer.

Ce processus ne s'applique pas aux composants sanguins frais, parce que les plaquettes ne survivent que pendant cinq jours; cette période d'attente n'est pas suffisante.

Le président: Votre temps est écoulé.

Monsieur Davies.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'être venus.

Ma question s'adresse à Santé Canada. Qui a lancé l'initiative de demander une réduction de la période d'exclusion de la population des HARSAH de cinq ans à un an? Était-ce Santé Canada, ou la Société canadienne du sang, ou Héma-Québec?

Mme Catherine Parker: C'était la Société canadienne du sang et Héma-Québec. C'est à eux de lancer le processus de modification de conditions déjà approuvées. Ces deux organismes l'ont fait en remettant une demande à Santé Canada.

Mais ils communiquaient déjà avec nous depuis longtemps. Nous nous étions rencontrés et consultés pendant qu'ils envisageaient de soumettre cette demande.

M. Don Davies: Merci, madame Parker. Vous avez anticipé ma question suivante.

Mme Catherine Parker: Je suis désolée.

M. Don Davies: Ce n'est pas grave.

Quand Santé Canada a-t-il reçu cette demande de modification de la politique?

Mme Catherine Parker: Pour revenir au début du processus, je crois que nous avons commencé à en discuter l'année d'avant, en 2015. Nous nous sommes rencontrés plusieurs fois pour parler des données exigées et du type d'information que nous voudrions examiner, puis nous avons reçu leur demande.

M. Don Davies: La Société canadienne du sang et Héma-Québec n'avaient pas présenté cette demande au gouvernement précédent. Leur première demande a-t-elle été déposée auprès du gouvernement libéral actuel? Ou a-t-elle été déposée juste à la fin du mandat du gouvernement conservateur?

Mme Catherine Parker: Nous n'avons reçu que ces deux demandes: la première en 2013 pour réduire la période permanente à cinq ans, et la deuxième, que nous avons reçue plus tôt cette année, pour la réduire de cinq ans à un an.

M. Don Davies: Merci.

Ensuite, y a-t-il un pays ou un gouvernement au monde qui permet à tous les HARSAH de donner du sang simplement après avoir répondu à des questions sur leur comportement?

Dre Dana Devine: Je vais répondre à cette question, si vous me permettez.

Oui, il y a un très petit nombre de pays qui ne posent pas de questions du tout au sujet des HARSAH. L'Espagne et l'Italie sont probablement les pays que l'on cite le plus souvent à ce sujet. Ils suivent des processus différents des nôtres. La plupart du temps, leurs donneurs sont présélectionnés par des médecins. Leur capacité d'obtenir des renseignements sur le comportement à risque des gens est donc différente du criblage qu'effectuent la plupart des fournisseurs de sang. Deux ou trois pays d'Amérique du Sud et d'Amérique centrale ont aussi modifié leurs processus. Je crois que le Mexique a éliminé ses questions sur le comportement des HARSAH il y a environ un an et demi.

• (0935)

M. Don Davies: Dispose-t-on de données sur ces pays qui indiqueraient que leurs systèmes courent plus de risques de prélever du sang contaminé?

Dre Dana Devine: Les données les plus complètes sont celles de l'Espagne. On y détecte en fait un plus grand nombre de donneurs porteurs du VIH, et cette contamination provient de leur comportement des HARSAH. À l'heure actuelle, le ministère de la Santé espagnol envisage de s'engager dans l'une de deux voies différentes. D'un côté, ses données ressemblent aux résultats de la recherche comportementale dont parlait mon collègue, et le ministère pense que l'on ne pose peut-être pas les questions comme on le devrait et qu'il faudrait préparer un nouveau questionnaire. D'un autre côté, le ministère envisage de suivre l'exemple de la plupart des pays européens en imposant une période d'exclusion de 12 mois. Les données de l'Italie ne sont pas consolidées, alors je ne peux rien vous répondre sur ce pays.

M. Don Davies: Je comprends.

Dans ma prochaine question, je voudrais préciser deux aspects de cet enjeu. Je crois connaître la réponse, mais je voudrais être sûr de bien comprendre. Le Dr Sher et les témoins de Santé Canada ont

répété plusieurs fois qu'il n'existe pas de test de dépistage des pathogènes dont les résultats soient totalement fiables.

Vous avez parlé d'une période de latence sérologique de neuf jours à deux mois pendant laquelle un pathogène peut s'introduire dans les réserves de sang. Vous avez aussi dit que la sûreté est cruciale et qu'elle repose sur des données scientifiques. Vous cherchez à détecter les risques potentiels, puis vous y remédiez en appliquant les protections nécessaires.

Et de plus, docteur Sher, j'ai inscrit mot à mot ce que vous aviez dit: vous vous attendez à ce que les donneurs soient honnêtes.

Ma question à trait à la politique de Santé Canada sur l'admissibilité des donneurs de plasma que vous rémunérez. En théorie, si vous payez les donneurs de plasma et que vous y invitez les populations vulnérables — les pauvres, les toxicomanes —, vous les encouragez à venir. S'ils ont besoin d'argent contre leur don, en théorie — et cela me préoccupe —, quand vous leur posez des questions sur leur comportement, leurs besoins financiers les incitent à ne pas répondre honnêtement. On m'a dit et l'on m'a assuré que cela ne crée pas de problème dans le cas du plasma, mais...

J'essaie de confirmer deux choses. Les tests sont-ils efficaces à 100 %? Les questions des donneurs sont-elles importantes, ou non? Ou encore, la situation entre le plasma et le sang entier est-elle différente à cause de la manière de conserver et d'analyser ces deux produits?

Dr Graham Sher: Je vais essayer de vous répondre brièvement. Vos questions sont complexes, monsieur Davies, mais je peux vous répondre tout simplement que les systèmes d'approvisionnement en sang de partout au monde — comme la Société canadienne du sang et de nombreux organismes comme le nôtre partout au monde — ne paient pas les donneurs. Nous appliquons ce principe de bénévolat et de non-rémunération des donneurs de sang depuis très longtemps.

Il existe une industrie de production commerciale de plasma qui rembourse les donneurs en général entre 25 \$ et 40 \$. On s'est souvent demandé si ce processus de remboursement n'incitait pas des donneurs à plus grand risque de venir y participer. Les preuves sont absolument claires — et je les ai déjà présentées à ce comité dans d'autres circonstances —; les produits plasmatiques qui sortent d'une ligne de production, qu'ils viennent de donneurs rémunérés ou bénévoles, ne sont absolument pas différents les uns des autres. Ces produits présentent le même degré de sûreté. Cela ne s'explique pas seulement par les processus de présélection et d'analyse, mais par le fait que le plasma passe par d'autres étapes de purification et d'inactivation qui rendent les produits extraordinairement sûrs. Mais cela ne s'applique qu'aux produits plasmatiques. C'est pourquoi les donneurs rémunérés et les donneurs bénévoles génèrent des produits tout aussi sûrs les uns que les autres.

Nous cherchons maintenant à déterminer si les donneurs eux-mêmes ont accru l'incidence des maladies contagieuses. Le système d'approvisionnement en sang frais ne comporte pas ces étapes de réduction des pathogènes, et c'est l'une des raisons pour lesquelles on s'oppose au remboursement des donneurs. Il est crucial de distinguer les produits qui sortent du processus de production sans garantir la sûreté du sang qui ne passe pas par cette étape supplémentaire. C'est l'une des raisons pour lesquelles ce processus se compose de phases de sûreté superposées, comme l'a expliqué la Dre Devine. On ne rembourse pas les donneurs, on leur pose des questions, on analyse leur sang et l'on se fie à leur honnêteté, ce qui produit des composants sanguins extrêmement sûrs pour les receveurs.

• (0940)

M. Don Davies: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant la parole à Mme Sidhu.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie tous nos témoins.

Ma question s'adresse au Dr Sher. Le tribunal a conclu qu'on ne lui avait pas présenté assez de preuves pour imposer une période d'exclusion indéfinie aux HARSAH. Depuis, on a réduit cette période deux fois; d'abord à cinq ans, puis à un an. En tenant compte des données scientifiques dont vous disposez, quelle durée d'exclusion recommandez-vous?

Dr Graham Sher: Je vais répondre comme je l'ai fait à la question de le Dr Eyolfson, puis la Dre Devine pourra compléter ma réponse.

Nous ne voulons pas choisir une durée au hasard. Les données recueillies en 2013 appuyaient notre demande de cinq ans. À cette époque, les données scientifiques indiquaient qu'en appliquant cette période d'exclusion, nous ne menacerions pas la sûreté du système.

En répondant à votre question, je voudrais présenter à tout le Comité un élément très important. En 2013, nous avions la tâche cruciale d'inciter les groupes de patients, qui constituent la population vulnérable dans cette situation, à accepter que nous modifiions la politique. Pendant des années et des années, les groupes de patients au Canada avaient soutenu qu'ils n'accepteraient aucun changement à la politique d'exclusion permanente. Nous les avons consultés et avons aussi parlé aux groupes LGBTQ en leur proposant une approche graduelle fondée sur des données probantes. Tous les groupes et l'ensemble des données probantes appuyaient une période de cinq ans. Après avoir recueilli plus de données, au bout de deux ans nous avons pu démontrer qu'une période d'un an ne nuirait pas à la sûreté des réserves de sang.

Comme la Dre Devine vous l'a résumé, nous allons maintenant déterminer s'il est possible de réduire encore cette période — à six mois, trois mois, quatre semaines —, ou si nous devrions modifier entièrement le processus de présélection pour qu'il ne repose plus sur la durée de la période, ce qui inclura beaucoup mieux les donneurs tout en ne menaçant pas plus la sûreté du système d'approvisionnement en sang. Comme la Dre Devine et moi-même vous l'avons expliqué, il nous manque les données nécessaires. C'est pourquoi la Dre Devine et ses collègues se préparent à diriger cette recherche au Canada afin de créer l'ensemble de preuves qui soutiendront la prochaine demande que nous soumettrons à Santé Canada.

Je soutiens qu'il n'est pas sage de choisir tout simplement un autre chiffre — 12, ou 24 semaines — et que cette façon de faire n'est pas appuyée par des données probantes. En faisant cela, nous ne tiendrions pas compte d'autres préoccupations face à cette politique, celles du manque d'inclusion et d'équité. Nous essayons d'équilibrer notre recherche de preuves et les aspects discriminatoires de cette politique, tout en protégeant la sûreté du sang pour les receveurs, ce qui est en fait notre mandat ultime.

Tout cela pourrait générer soit une période d'exclusion différente plus brève que 12 mois, soit un ensemble d'approches visant les HARSAH très vulnérables, mais pas les HARSAH peu à risque, soit une approche qui ne cible personne. Nous devons tenir compte avec beaucoup de soin tout cet assortiment d'enjeux. La Dre Devine et son équipe y collaboreront. Il s'agit là de toute une recherche comportementale, sociale et scientifique.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Ma prochaine question s'adresse à la Société canadienne du sida. Les porteurs du VIH ne savent souvent pas qu'ils ont infectés. Quelles initiatives devrions-nous établir pour encourager les gens à se soumettre à un test de dépistage?

M. Gary Lacasse: Votre question est très à propos, parce que nous venons de lancer la semaine dernière la campagne de cette année sur les tests de dépistage. Nous menons ces campagnes partout au Canada, mais elles visent aussi à établir un guide de référence national sur le dépistage. En effet, toutes les provinces et tous les territoires n'y accordent pas autant d'importance, ce qui pose des obstacles aux personnes qui désirent se soumettre à un test.

Nous menons aussi des campagnes d'une plus grande portée sur les tests de dépistage, particulièrement auprès des populations à risque. C'est l'une de nos grandes priorités. Tous nos membres, partout au Canada, font une promotion active des tests de dépistage pour les personnes qui ne sont pas infectées par le VIH. Nous y incitons aussi les gens qui sont déjà infectés, parce qu'il est extrêmement important que les personnes porteuses du VIH soient aussi protégées contre les autres maladies qui se transmettent par le sang. C'est une activité que nous menons continuellement de concert avec tous les organismes communautaires et les fournisseurs de soins de santé au Canada.

• (0945)

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Ma prochaine question s'adresse aux témoins de Santé Canada.

On nous a présenté les procédures que le gouvernement fédéral suit pour assurer l'innocuité des réserves de sang. Pensez-vous qu'il y aurait lieu d'améliorer ces procédures, ou en êtes-vous satisfaits?

Mme Catherine Parker: Excusez-moi. Vous parlez de nos procédures et de notre réglementation...?

Mme Sonia Sidhu: Oui.

Mme Catherine Parker: Nous avons entièrement modernisé et mis à jour notre règlement sur le sang au Canada. Nous nous sommes fermement engagés à le tenir à jour en l'adaptant à tous les changements technologiques. Nous sommes donc convaincus de la solidité de notre processus de réglementation. Il est très sévère. Les normes sont très élevées. Nous menons un programme d'inspection de la collecte de sang dans les établissements. Les fournisseurs de sang sont tenus de présenter continuellement des rapports. Nous sommes donc convaincus de l'efficacité de notre système.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Le président: Il vous reste une minute. Avez-vous terminé?

Mme Sonia Sidhu: Oui.

Le président: Ceci termine donc notre ronde de sept minutes. Nous passons maintenant à une ronde de cinq minutes, et M. Carrie va commencer.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'être venus aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à la Société canadienne du sida.

Tout d'abord, Gary, je tiens à vous remercier tous de l'excellent travail que vous accomplissez depuis des années. Nous avons entendu dire que le Canada est en tête de file, et cela est dû en grande partie au travail d'organismes comme le vôtre et des groupes qui oeuvrent sur le terrain.

Nous avons appris très récemment que la ministre de la Santé avait fait des compressions et réduit considérablement le financement aux organismes de lutte contre le VIH et contre le sida partout au pays. J'étais un peu scandalisé et je vous dirai franchement que j'ai été surpris de la manière dont elle s'y est prise pour le faire. Nous savons que les organismes comme le vôtre travaillent en première ligne. Vous fournissez de l'éducation, vous sensibilisez les gens et vous offrez de l'information et des ressources sur le terrain, vous lutez en première ligne.

Comme nous l'avons entendu dire aujourd'hui, le dépistage et la prévention sont cruciaux. Je me demande ce que vous en pensez. Dans quelle mesure est-ce que ces compressions nuiront aux progrès que vous avez faits jusqu'à présent dans votre lutte contre le VIH et le sida, particulièrement dans les domaines de l'éducation, de la prévention et de la sensibilisation?

M. Gary Lacasse: Eh bien, nous étions heureux que la ministre et l'Agence de la santé publique nous promettent un financement de transition pour l'année prochaine, mais ce n'est qu'une solution provisoire. Oui, les conditions changent, on constate un virage, mais il ne faut pas qu'il se fasse au détriment des personnes qui vivent avec le VIH. C'est ce que nous soutenons continuellement. Cette exhortation sera à la base de notre défense, et je vais m'efforcer d'obtenir notre plein financement pour 2018. Je vais demander une augmentation proportionnellement indexée du financement de notre fonds d'action communautaire et peut-être aussi de nouveaux fonds pour nos activités de lutte contre le VIH partout au pays.

Les services de première ligne, qui font de la prévention, qui fournissent des traitements et qui soutiennent le travail de première ligne, seront les plus touchés par ce cycle de financement. De plus, comme nous nous concentrons uniquement sur les gens qui ne sont pas infectés par le VIH, nous devons veiller à ce que les personnes infectées demeurent indétectables. En effet, la science nous a démontré que quand ces gens prennent leurs médicaments, ils deviennent indétectables et ne peuvent pas transmettre le VIH à d'autres. Il est donc crucial que, dans le cadre de l'action 90-90-90 d'ONUSIDA, nous établissions une approche globale à la prévention du VIH. Nous sommes profondément convaincus que cet aspect manque à l'action canadienne dans le cadre de ce nouveau cycle de financement des organismes communautaires.

C'est donc l'argument que nous utiliserons pour faire des pressions. À mon avis, si nous maintenons une approche globale en luttant contre le VIH à tous les niveaux, tous les Canadiens en profiteront, parce que si nous injectons des fonds à cet effet, d'ici à 2030 nous aurons éliminé la transmission du VIH.

M. Colin Carrie: J'espère que vous y arriverez, et je suis tout à fait d'accord avec cette perspective.

Nous avons consulté votre site Web. Environ 75 500 personnes sont atteintes du VIH au Canada. C'est le chiffre le plus élevé jamais enregistré. La bonne nouvelle, c'est que les personnes atteintes vivent, et elles vivent plus longtemps, mais ce qui m'a surpris, c'est qu'une sur cinq ne le sait même pas. C'est quoi me semble si important et qui est si important dans le travail que vous faites sur le terrain. Aujourd'hui, on parle des HARSAH et des gais qui sont le segment de population le plus touché par le VIH et le sida au Canada. Comme on l'a dit tout à l'heure, ils représentent 56 % des cas de VIH/sida et 45 % des nouvelles infections au Canada.

Compte tenu de la situation, le fait d'avoir plus de donneurs de sang est très positif, et c'est une direction dans laquelle je pense qu'il faut continuer, mais la question, encore une fois, est de savoir si le fondement scientifique d'une suppression de l'interdiction d'un an

est suffisant pour garantir la sécurité du système d'approvisionnement en sang au Canada. Vous avez dit quelque chose de très important. Vous avez parlé des critères scientifiques et comportementaux et vous avez parlé de stigmates. Vous avez donné un exemple en Nouvelle-Écosse. Je sais que la Nouvelle-Écosse a été durement touchée par les coupures. Qu'est-ce qu'il y a lieu de faire encore en matière de recherche et que peut-on faire de plus, par exemple concernant les critères scientifiques et comportementaux? Avez-vous des exemples à nous donner?

• (0950)

M. Gary Lacasse: Oui. On a fait des recherches comportementales et communautaires il y a quelques années, mais très peu. L'une des pionnières dans le domaine de la recherche comportementale sur le VIH et les ITSS connexes est Joanne Otis, de l'Université du Québec à Montréal. Tout son travail en science du comportement visait à découvrir pourquoi les hommes réduisent leur protection dans leur comportement sexuel.

Je crois que c'est ce qui nous permettra de comprendre le comportement des HARSAH et de la population en général, parce qu'il ne faut pas perdre de vue que 32,6 % des nouveaux cas d'infection au VIH sont des hétérosexuels. Il y a un fort pourcentage d'hétérosexuels infectés.

Quand on examine la situation des HARSAH et l'ensemble de la dynamique, compte tenu des Autochtones et de différents segments de la population, il est extrêmement important de comprendre le comportement. Est-ce qu'il s'agit de consommateurs d'opioïdes? Est-ce qu'il s'agit d'immigrants récents qui cherchent des modes de vie différents, par exemple? C'est ce qu'il faut chercher à savoir. Si on veut trouver la solution, il faut partir du comportement, à mon avis, mais ça doit aussi être fondé scientifiquement.

Le président: Votre temps de parole est écoulé.

Monsieur Kang.

M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier tous les témoins d'être venus nous voir et d'éclairer un peu notre lanterne.

Le 16 juin 2016, Santé Canada a donné à la Société canadienne du sang et à Héma-Québec l'autorisation de modifier les critères applicables aux HARSAH donneurs pour faire passer de cinq ans à un an la période de non-admissibilité. Dans quelle proportion est-ce que le nombre de donneurs a augmenté quand vous avez modifié la période de non-admissibilité indéfinie pour réduire le délai à cinq ans? Est-ce que vous avez des données attestant que le nombre de donneurs a augmenté quand vous avez fait passer ce délai de cinq à un an?

Dre Dana Devine: Je vais essayer de répondre à ça. Il n'est pas facile d'y répondre directement parce qu'il y a une question que nous ne posons plus. On ne sait pas vraiment quel est le dénominateur commun, mais on sait que, à l'époque où la non-admissibilité était permanente, on associait un code aux dossiers des donneurs s'étant déclarés HARSAH. On sait que, quand le délai a été ramené à cinq ans, on a récupéré une centaine de donneurs. Quand on est passé au délai d'un an, on a supprimé ce code dans environ 400 dossiers.

Nous pensons que le nombre de personnes désormais aptes à donner alors qu'elles ne le pouvaient pas auparavant est supérieur à ça, mais, comme nous ne cherchons plus à obtenir ce renseignement, nous ne sommes pas complètement sûrs. Je dirais que c'est de l'ordre de quelques centaines, mais moins de 1 000.

M. Darshan Singh Kang: Ma prochaine question porte sur le volume estimatif de sang qui sera accessible grâce à l'élimination du délai de non-admissibilité. De quel volume est-ce qu'on disposera?

Dre Dana Devine: Nous n'avons pas essayé de quantifier de cette façon. Il y a des effets collatéraux, dont le fait que, pendant que nous essayons d'améliorer l'admissibilité des donneurs, d'autres, qui n'avaient pas fait de don parce qu'ils étaient en colère contre les critères de non-admissibilité de la Société canadienne du sang, commencent à dire que ça devient plus raisonnable. Ils reviennent faire des dons ou ils donnent pour la première fois. Encore une fois, nous n'avons pas de chiffres exacts.

• (0955)

M. Darshan Singh Kang: Merci.

Ma question s'adresse à la Société canadienne du sida et concerne les coupures budgétaires. Je pense que le financement reste à 26,4 millions de dollars par an et qu'il n'y a pas de coupures, n'est-ce pas?

M. Gary Lacasse: Le financement reste à 26,4 millions de dollars, c'est vrai, mais le paysage budgétaire a changé et ça a eu pour effet que 33 % d'organisations à travers le Canada, dont la Société canadienne du sida, se sont vues refuser des fonds parce qu'elles ne remplissaient pas les objectifs des nouveaux critères, alors que ces critères manquaient de transparence et changeaient constamment sans qu'on puisse avoir une idée de ce à quoi devrait ressembler le nouveau mode de financement. Nous avons été pris de court par le nouveau mode de financement, mais nous avons également constaté que, depuis 2008, 13,8 millions de dollars du budget n'ont pas été dépensés par les gouvernements antérieurs.

Ce que nous demandons, c'est que l'argent qui n'a pas été dépensé soit réaffecté aux secteurs où il en manque actuellement. Le nouveau budget de transition pour un an va permettre de combler beaucoup de secteurs laissés pour compte jusqu'ici. Santé Canada a déclaré qu'il y avait d'énormes lacunes qui n'ont pas été comblées dans le cycle de financement de cette année et qu'on ne s'attendait pas à tant de lacunes. Le ministère est en train de réaffecter des fonds, et on peut espérer obtenir un meilleur impact.

M. Darshan Singh Kang: Donc, ce n'est pas le gouvernement actuel, mais le précédent d'une certaine façon. Pour quelle raison est-ce que cet argent n'avait pas été dépensé?

M. Gary Lacasse: Nous avons constaté qu'il n'a pas été dépensé dans différents portefeuilles du programme fédéral, aussi bien dans la recherche que dans l'action communautaire. C'était variable, mais c'était partout dans tous les portefeuilles du budget.

M. Darshan Singh Kang: Mais la raison... je voudrais savoir pourquoi les fonds...

M. Gary Lacasse: Nous n'avons jamais réussi à obtenir d'explications.

M. Darshan Singh Kang: D'accord.

Le président: Votre temps de parole est écoulé.

Madame Harder, c'est à vous.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Ma première question s'adresse à Santé Canada.

Je crois savoir qu'on a attribué 3 millions de dollars à la recherche comportementale. Est-ce que vous pourriez nous expliquer un peu comment ces fonds seront employés et nous dire ce que vous espérez accomplir grâce à ces fonds?

Mme Catherine Parker: Bien sûr.

En fait, ce budget est attribué à la SCS et à Héma-Québec, et ces fonds serviront à financer la recherche de solutions de rechange à la période de non-admissibilité des HARSAH. Il s'agira pour l'essentiel de financer des projets axés sur l'étude d'autres modes de sélection et aussi, peut-être, des projets liés à d'autres types de technologie, comme la réduction pathogène, qui est un type de traitement du sang potentiel.

La conférence internationale de janvier, dont a parlé le Dr Sher dans ses remarques, servira à fixer le programme de recherche, les priorités et le principal usage qui sera fait des fonds.

Mme Rachael Harder: D'accord.

Qui est invité à la conférence? Qui sont les participants qui contribueront à cette décision?

Dre Dana Devine: Permettez que je réponde, puisque c'est moi qui organise la conférence. Les parties à la conférence sont de deux catégories différentes, en fait.

Cette rencontre a pour but de fixer le programme de recherche, et nous avons invité une série de chercheurs universitaires, du Canada pour la plupart, mais aussi quelques étrangers qui font de la recherche dans des pays qui pensent à apporter des changements ou qui l'ont déjà fait. Ce groupe sera invité à se réunir pour nous aider à comprendre les enjeux de la recherche, à déterminer les études qu'il faut faire pour répondre aux questions liées à ces enjeux et à circonscrire les obstacles qui nous empêchent de faire cette recherche au Canada.

Nous avons aussi invité des représentants de groupes de défense des patients et d'organisations LGBTQ. Il y aura par ailleurs quelques représentants de ministères de la Santé de pays étrangers qui réfléchissent aux moyens de changer la période de non-admissibilité des HARSAH chez eux.

C'est à peu près le groupe général.

• (1000)

Mme Rachael Harder: D'accord. Désolé, mais j'ai peut-être mal entendu: est-ce qu'il y aura aussi des groupes de défense des patients?

Dre Dana Devine: Oui.

Mme Rachael Harder: Madame Parker, vous avez un peu parlé de la période de latence sérologique et du fait que l'Espagne et l'Italie n'en tiennent pas compte. Je crois comprendre, d'après vos déclarations, que l'Espagne a enregistré une augmentation du volume de sang séropositif. Est-ce que j'ai bien compris? Ou ce n'était pas vous?

Dre Dana Devine: Non, ce n'était pas moi.

Mme Rachael Harder: Est-ce que c'était vous?

Dre Dana Devine: Oui, c'était moi et, oui, vous avez bien compris.

Mme Rachael Harder: D'accord. Est-ce que c'est seulement parce qu'ils fondent l'acceptation du sang sur, j'imagine, l'autodéclaration plutôt que sur des tests sanguins?

Dre Dana Devine: Ils ne demandent tout simplement pas au donneur s'il a eu des relations avec un autre homme...

Mme Rachael Harder: D'accord. Donc ils ne posent pas du tout la question?

Dre Dana Devine: C'est ça. Quand ils ont supprimé la question... Ces pays appliquaient une période de non-admissibilité permanente, comme la plupart des autres pays européens à l'époque. Ils l'ont supprimée et ils ont enregistré une augmentation du nombre de dons de sang séropositif. Ou bien ces hommes ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs, ou bien, comme certains l'ont pensé, l'Espagne n'avait pas, à ce moment-là, de très bon système de dépistage, et il y a eu des gens qui sont venus donner du sang pour être testés.

Mme Rachael Harder: D'accord. Est-ce que vous savez de quel ordre était cette augmentation?

Dre Dana Devine: Environ le double.

Mme Rachael Harder: Le double. Merci.

La question s'adresse à la SCS. D'après vous, comment est-ce que les groupes de défense des patients réagiraient si, mettons, on éliminait complètement la période de non-admissibilité?

Dr Graham Sher: Je vais commencer si vous permettez. J'en ai parlé il y a quelques minutes.

Je pense que c'est une question importante. Évidemment, quand la Société canadienne du sang a commencé son travail en 1998, nous avons d'abord largement informé les patients, parce ce sont eux qui portent effectivement le fardeau des conséquences de ce qu'on a appelé la période du sang contaminé au Canada. Je pense que nous comprenons, depuis des années, que, quand nous prenons une décision concernant l'innocuité du sang, ceux qui assument les risques sont ceux qui reçoivent du sang. Les donneurs ne sont pas obligés de donner, mais les receveurs ne choisissent pas. Si vous avez un accident de la route ou si êtes atteint du cancer et que votre médecin vous prescrit une transfusion de sang, en général vous n'avez pas vraiment le choix. Nous savons depuis toujours que chacune de nos décisions doit tenir compte du receveur comme véritable porteur des risques.

Cela dit, concernant la politique relative aux HARSAH, nous avons travaillé très fort avec les groupes de patients et les groupes de défense des patients, comme avec les participants de l'autre côté, les groupes LGBT. Depuis bien des années, les groupes de patients disent: « On ne veut pas changer la politique. Ça nous va très bien, et peu importe qu'elle soit générale et discriminatoire. » Mais nous avons pu les convaincre qu'il y avait un équilibre à trouver, que c'était une question d'équité. Et on peut garantir la sécurité en même temps.

C'est pour cette raison que nous avons commencé par ramener la période à cinq ans. C'est pour cette raison que, en toute confiance, nous l'avons ramenée à un an. Comme l'a dit la Dre Devine, les groupes de patients seront notre principal souci quand il s'agira de déterminer le programme de recherche. Il est essentiel de tenir compte de ce groupe, mais aussi des gens qui ont le sentiment de faire l'objet de discrimination et d'être laissés pour compte. Il faut vraiment travailler avec toutes les parties intéressées dans cette équation, mais les patients sont ceux qui assument les risques.

Mme Rachael Harder: Merci.

Le président: Votre temps de parole est écoulé.

Monsieur Oliver.

M. John Oliver (Oakville, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci beaucoup aux témoins.

Quel est le pourcentage de sang donné qui sert à la transfusion humaine et quel est le pourcentage, en gros, qui va à la recherche et sert à d'autres fins?

Dre Dana Devine: Ça dépend de l'élément sanguin qu'on en tire. Si on parle des globules rouges qui servent à la transfusion, la plus grande partie de ce sang est transfusée. En fait, une petite proportion en est périmée, parce qu'on ne peut le garder que 42 jours. Il peut arriver qu'il ne soit pas utilisé, surtout dans certains de nos hôpitaux plus petits qui le conservent en cas d'urgence. Pour le sang donné, les taux de rejet sont de l'ordre d'un seul chiffre.

Le sang destiné à la recherche est en fait donné précisément à cette fin.

M. John Oliver: Donc, le donneur sait tout de suite que son sang est destiné à la recherche.

Dre Dana Devine: Absolument. Il donne un consentement éclairé.

M. John Oliver: D'accord.

Dans une autre vie, j'ai travaillé dans un hôpital qui desservait une vaste population de témoins de Jéhovah. Un de nos médecins en faisait partie et appliquait des stratégies assez solides, en salle d'urgence et en salle d'opération, pour éviter les transfusions sanguines. Tout passait par un comité médical consultatif qui s'occupait des examens tout ça. C'est revenu au moment où la crise a frappé. Quand nous avons fait toutes ces réflexions sur le passé, les avis aux patients et le travail de transparence à l'époque, aucun membre des témoins de Jéhovah n'était présent si mes souvenirs sont exacts. On parle d'il y a 15 ou 20 ans.

Est-ce qu'on fait une promotion suffisante de la non-utilisation de produits sanguins? J'examinais la recherche hier soir. Il existe toutes sortes de stratégies de rechange. Il y a les concentrateurs à forte teneur d'oxygène. Il y a aussi les programmes de gestion du sang, intra-opératoires et post-opératoires. On pourrait employer des stratégies d'épargne cellulaire et des dons de sang autologue. Est-ce qu'on ne pourrait pas beaucoup plus pour réduire le risque de transfusion sanguine en utilisant plus largement des solutions de rechange?

● (1005)

Dre Dana Devine: La réponse simple est oui, on pourrait faire beaucoup plus. On a déjà fait beaucoup de travail dans ce domaine. Je pense que la société a une dette envers les témoins de Jéhovah, parce qu'ils ont poussé les chirurgiens à trouver des procédures exigeant moins de sang. Ils ont changé les mentalités concernant la transfusion sanguine.

Essentiellement, vingt ans plus tard, la plupart des pays développés enregistrent une baisse considérable du volume de sang transfusé chaque année. Et c'est vraiment attribuable à de meilleures techniques chirurgicales, à certains médicaments de meilleure qualité et à la sélection de ceux qui doivent être transfusés, c'est-à-dire que c'est considéré comme une procédure médicale à n'appliquer que si elle est absolument nécessaire. Je pense que les mentalités ont beaucoup changé concernant l'usage de produits sanguins parmi les médecins. Nous sommes probablement un des rares secteurs qui essaie activement de ne pas vendre ses produits.

M. John Oliver: J'ai remarqué dans votre document que vous cherchez 100 000 nouveaux donneurs de sang entier dans les trois prochaines années. Encore une fois, étant donné qu'on essaie d'éviter la transfusion sanguine, qu'est-ce qui motive cette demande? Le vieillissement de la population ou...?

Dre Dana Devine: Il y a, entre autres, qu'un grand nombre de gens cessent de donner chaque année pour une raison ou une autre. Ils sont peut-être désormais des patients ou ils ont déménagé dans un endroit où nous n'avons pas de clinique. Nous perdons beaucoup de donneurs tous les ans simplement en raison des circonstances de la vie ou parce que l'expérience du don n'a pas été positive pour eux et qu'ils ne veulent pas revenir. Les gens cessent de donner pour toutes sortes de raisons.

Nous sommes tout le temps en train de recruter de nouveaux donneurs. Nous avons apporté quelques changements au système. Récemment, le plus notable est le délai entre les dons pour les femmes qui donnent du sang, parce que nous voulons être sûrs de ne pas causer de trop grande perte de fer chez les donneuses.

M. John Oliver: On parle plutôt de remplacement de donneurs que...

Dre Dana Devine: Oui, c'est ça.

M. John Oliver: ... d'accroître l'usage médical.

Dre Dana Devine: C'est exact.

M. John Oliver: Je m'adresse au ministère de la Santé et à Catherine Parker: est-ce que nous en faisons assez pour promouvoir et encourager les solutions de rechange à la transfusion sanguine? Elle comporte des risques. Certaines des nouvelles technologies et des nouvelles stratégies, et même les dons autologues, semblent comporter moins de risques.

Mme Catherine Parker: En plus de la réglementation l'approvisionnement en sang, nous sommes responsables de la réglementation des produits pharmaceutiques et biologiques. Je peux vous confirmer que les choses ont beaucoup évolué du côté des médicaments qui peuvent remplacer le traitement sanguin, pas seulement sous la forme de nouveaux produits, mais aussi sous la forme d'une reformulation des médicaments actuellement disponibles pour qu'ils conviennent mieux à certaines populations, comme les témoins de Jéhovah, qui ne veulent pas que des médicaments contiennent la moindre trace de sang. Je dirais qu'il y a eu une énorme évolution dans ce domaine.

Le président: Votre temps de parole est écoulé.

M. John Oliver: Merci beaucoup.

Le président: Passons à la série de questions de trois minutes. Monsieur Davies, c'est à vous.

M. Don Davies: Merci.

Je voudrais donner suite à ma question précédente sur le plasma pour être sûr que je comprends bien.

Monsieur Sher, vous avez dit, si j'ai bien compris, que le taux de transmission est faible pour les receveurs de produits du plasma à cause de la suppression et de l'« inactivation » du virus. Est-ce que cela veut dire que le risque résiduel de transmission du virus n'est pas influencé par la fréquence de l'infection dans la population des donneurs de produits du plasma? Autrement dit, peu importe que les donneurs soient infectés ou non. Vous dites que la vérification et le traitement du plasma élimineront le risque. Est-ce que c'est bien ce que vous avez dit?

Dr Graham Sher: Oui et non, monsieur Davies, un peu des deux.

Ce que je dis, c'est que, quand on examine le risque résiduel du produit fini, il n'y a absolument aucune différence entre les produits du plasma provenant de donneurs rémunérés et les produits du plasma faits...

• (1010)

M. Don Davies: Monsieur Sher, excusez-moi de vous interrompre, mais avez déjà expliqué cela, et j'ai compris. Je voudrais aller plus loin.

Je voudrais savoir... Si j'ai bien compris, la façon dont le plasma est traité élimine le risque, ce qui voudrait logiquement dire que peu importe si les donneurs sont infectés puisque le virus sera supprimé en cours de route. C'est ce que j'essaie de comprendre. Est-ce que c'est bien cela que vous dites?

Dr Graham Sher: Ce que je dis, c'est que, quand on examine le système d'approvisionnement en plasma rémunéré et le système d'approvisionnement en sang non rémunéré, les donneurs peuvent effectivement présenter des taux de séroprévalence différents pour l'hépatite et le VIH.

Ce qu'on ne peut pas affirmer catégoriquement, c'est que la cause en est simplement qu'ils sont payés. On prélève sur différents marchés. Les questions sont légèrement différentes de l'un à l'autre. Les procédures sont légèrement différentes aussi. Est-ce que le seul fait de payer les donneurs explique les différences dans les données brutes de séroprévalence? On ne le sait pas avec certitude.

Le seul fait largement avéré, et j'y reviens tout le temps, c'est le produit fini. Vous me demandez si le fait de payer les donneurs fait en soi augmenter le risque d'infection au VIH des donneurs qui se présentent. Il faut comprendre que la façon dont fonctionne le secteur de l'approvisionnement en plasma payé — où il installe des cliniques, comment il recrute ses donneurs — est radicalement différente de la façon dont fonctionne le système d'approvisionnement en sang, non payé, sans but lucratif. On ne peut donc pas les comparer. C'est la distinction importante que j'essaie de faire.

M. Don Davies: Permettez que je demande à Santé Canada. Je pense que je n'ai toujours pas obtenu de réponse à ma question.

La raison pour laquelle il faut imposer une période d'interdiction aux HARSAH, dit-on, est qu'il y a une période durant laquelle on ne sait pas si le sang est infecté ou non. Il faut donc poser la question, et bien entendu, le test n'est pas sûr à 100 %. Et pourtant, quand on parle de plasma payé, on dit qu'on peut accepter un risque supérieur en payant les gens, ce qui incite peut-être à la dissimulation — il me semble que c'est logique —, parce que la procédure permettra de supprimer le virus en cours de route, que ce soit en congelant le plasma ou autrement.

C'est ce que j'essaie de savoir: est-ce qu'on considère différemment le plasma payé et l'interdiction imposée aux HARSAH à cause de la technologie applicable au plasma par opposition au sang ou non? Madame Parker, est-ce que vous pouvez clarifier les choses pour moi?

Mme Catherine Parker: Oui, je l'espère. Je voudrais préciser que les donneurs de plasma au Canada sont assujettis à une réglementation stricte. Le don de plasma est sévèrement réglementé. Les donneurs de plasma, qu'ils soient payés ou non, passent par une procédure de sélection très rigoureuse.

M. Don Davies: C'est plus rigoureux que pour les donneurs de sang?

Mme Catherine Parker: Non, c'est tout aussi rigoureux. Divers aspects de la procédure de don de plasma sont conçus pour éliminer les gens qui seraient tentés de venir simplement pour gagner un peu d'argent. Ils doivent fournir une preuve d'adresse fixe et des choses comme ça. La sélection des donneurs et les tests qui leur sont appliqués sont également très rigoureux.

Comme je l'ai dit tout à l'heure dans mes remarques, quand on parle d'innocuité du sang, on parle d'une superposition de séries d'étapes. C'est la même chose pour le don de plasma. La collecte de plasma et l'admissibilité des donneurs sont rigoureusement réglementées. Même chose pour ce qui advient du plasma une fois qu'il est recueilli. Il est transformé en produits du plasma. Les produits du plasma qui reviennent au Canada doivent passer par une procédure d'approbation complètement distincte, où chaque aspect de l'inactivation virale, toutes les mesures prises pour éliminer les contaminants éventuellement présents dans le plasma, sont...

M. Don Davies: Plus que pour les produits sanguins?

Mme Catherine Parker: C'est différent, parce que le plasma est traité et il est, en fait, transformé en médicaments commerciaux. Il y a toute une transformation.

M. Don Davies: Est-ce que vous voulez dire que c'est cette transformation qui garantit que le produit final sera...

Le président: Monsieur Davies, vous avez largement dépassé votre temps de parole.

M. Don Davies: Désolé, merci.

Le président: Pas de problème.

Voilà qui termine notre période de questions. Je tiens à remercier tous les témoins.

Mais j'ai une question. Il y a quelques années, je suis allé donner du sang comme d'habitude, et on m'a dit que je ne pouvais plus donner de sang parce que j'étais trop vieux. Je devais apporter un certificat médical parce que j'avais plus de 65 ans. J'ai été éliminé. Est-ce que d'autres groupes sont refusés en dehors des gens âgés? Est-ce que c'est une norme nationale ou une norme locale?

Des voix: Oh, oh!

● (1015)

Dre Dana Devine: Vous serez heureux d'apprendre que vous pouvez revenir. Santé Canada nous a autorisés à supprimer la limite d'âge. Donc, je vous en prie, revenez.

Le président: Il n'y a pas de limite d'âge?

Dre Dana Devine: Non, mais nous avons d'autres raisons d'écarter des gens. Ça dépend où vous passez vos vacances au chaud pendant l'hiver. Ça pourrait être problématique. Si vous avez séjourné en Grande-Bretagne à l'époque de la vache folle, vous serez définitivement écarté. Nous avons une longue liste d'autres raisons, mais l'âgisme n'est plus un de nos problèmes.

Le président: Quand est-ce que cette règle a changé?

Dre Dana Devine: Il y a un an et demi ou deux ans.

Le président: Très bien, merci beaucoup.

Encore une fois, merci beaucoup de vos exposés. Ça nous donne une base solide pour avancer. Merci à tous d'être venus nous voir.

Merci aux membres du Comité de leur participation et de leurs excellentes questions.

Nous allons prendre une pause de cinq minutes. Puis nous aurons quelques questions à régler à l'interne.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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.

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.

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