



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 028 • 2^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 18 juin 2009

Présidente

Mme Joy Smith

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

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

Comité permanent de la santé

Le jeudi 18 juin 2009

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bon après-midi, mesdames et messieurs. Je souhaite la bienvenue à nos invités. Je suis heureuse que vous ayez pu venir à si court préavis pour participer à notre débat sur cette question tellement importante.

Avant de commencer, je dois m'adresser aux membres du comité. Nous sommes saisis d'une motion concernant l'adoption d'un budget de 5 500 \$ pour notre étude de l'impact sur la santé de l'approvisionnement en radio-isotopes.

Quelqu'un peut-il proposer la motion?

(La motion est adoptée.)

La présidente: Nous passons maintenant à l'ordre du jour.

Comme vous le savez, chaque groupe de témoins aura sept minutes pour faire son exposé. Il y aura ensuite deux tours de questions, le premier de sept minutes et le deuxième de cinq minutes, ce qui comprendra à chaque fois les questions et réponses.

Nous commençons avec l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Qui souhaite prendre la parole?

Mme Rob Beanlands (directeur, Centre de TEP cardiaque, Chef de l'imagerie cardiaque, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa): Je peux commencer.

La présidente: Allez-y, docteur Beanlands.

Mme Rob Beanlands: Je suis très heureuse de m'adresser au comité au nom de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Je dirige le programme d'imagerie cardiaque de l'institut. Nous avons aussi un cyclotron qui produit des isotopes de TEP.

Avant toute chose, je dois dire que notre objectif primordial à tous est de dispenser des soins à nos patients de manière opportune et au mieux de nos capacités.

Si nous sommes ici, c'est pour chercher des solutions à court terme, à moyen terme et à long terme.

Des mesures ont déjà été prises pour évaluer les solutions à long terme. Un atelier se tiendra cet automne pour examiner attentivement les solutions possibles à long terme, et nous sommes heureux de participer à cette initiative.

Plus tôt cette semaine, la ministre de la Santé a parlé de solutions à moyen terme en évoquant le programme de subventions des IRSC pour chercher des solutions de remplacement au technétium.

En ce qui concerne les solutions à court terme, c'est ce que nous faisons sur place, à l'institut de cardiologie. Par exemple, en imagerie cardiaque, nous avons commencé à utiliser appelé indicateur thallium qui est très fiable pour imager la circulation du sang dans le cœur. Nous avons aussi acquis — le Dr Ruddy pourra vous en parler — un scanner utilisant moins de technétium. C'est une nouvelle technologie. Nous avons aussi accès à de l'imagerie TEP

pour les agents de la circulation sanguine, et nous faisons aussi de l'imagerie TEP cardiaque, ce qui montre que nous avons pu nous adapter dans ces situations.

De plus, notre personnel travaille d'arrache-pied. Beaucoup d'employés viennent en fin de semaine pour nous aider à faire face à la situation.

En fin de compte, grâce à notre planification et à notre travail d'équipe, nous avons pu résister à la tempête, si vous voulez, et aucun de nos patients n'attend beaucoup plus longtemps qu'avant la fermeture du réacteur de Chalk River.

Je devrais ajouter que l'institut de cardiologie contribue aussi à la production de fluorure de sodium, ce que nous devons à la prévoyance du Dr McEwan, qui s'adressera à vous tout à l'heure, à l'équipe de l'Université de l'Alberta et aussi au groupe de McMaster. Nous avons collaboré avec eux pour présenter une proposition à Santé Canada, laquelle a été rapidement examinée et approuvée. Nous serons donc prêts à fournir du fluorure de sodium comme solution de remplacement pour faire de la scintigraphie osseuse à Ottawa. Nous en fournissons à l'hôpital d'Ottawa. L'institut donnera également accès à ses caméras si l'hôpital d'Ottawa a une surcharge de patients, et nous pourrions aussi traiter certains de ces derniers dans notre système.

L'un de nos atouts, à mon avis, est que nous collaborons avec la municipalité et avec l'hôpital d'Ottawa. L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa collabore également avec les autres cyclotrons existant au Canada et avec la communauté de médecine nucléaire pour essayer de trouver des solutions au problème actuel.

Je conclus en disant que nous avons récemment participé à une réunion de la Société de médecine nucléaire où bon nombre de mes collègues du domaine de l'imagerie cardiaque nous ont félicités pour les initiatives que nous avons prises, ce dont nous sommes très fiers. Je pense que nous avons réussi à très bien collaborer, ce qui explique nos résultats.

J'en reste là, madame la présidente.

• (1535)

La présidente: Il vous reste encore quelques minutes, si vous voulez ajouter quelque chose. Sinon, c'est très bien.

Je donne maintenant la parole à Jean-Luc Urbain, de l'Association canadienne de médecine nucléaire.

[Français]

Dr Jean-Luc Urbain (président, Association canadienne de médecine nucléaire): Madame la présidente, mesdames et messieurs du comité...

[Traduction]

La présidente: Veuillez m'excuser, le Dr Ruddy voudrait utiliser le reste des sept minutes.

Allez-y, docteur.

Mme Terrence Ruddy (professeur, Médecine et de radiologie, Chef de la Division de cardiologie, Directeur, Cardiologie nucléaire, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa): Je m'appelle Terry Ruddy et je suis chef de la division de cardiologie de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, et directrice du service de cardiologie nucléaire. Je suis également chef du service de médecine nucléaire de l'hôpital d'Ottawa, ce qui me permet de voir le problème par les deux bouts.

Dans le monde de la cardiologie, tout va bien. Les choses continuent plus ou moins comme avant, à quelques détails près. Quand nous remplaçons le technétium par du thallium, nous utilisons en fait un produit qui a une symétrie moins favorable et des caractéristiques d'imagerie moins favorables. C'est adéquat, mais tout juste. C'est une solution de secours qui marche bien mais qu'on ne voudrait pas conserver à long terme.

Nous avons donc besoin de retrouver nos composés de technétium et de pouvoir compter sur eux, sinon nous devons nous lancer dans l'imagerie TEP de manière plus intensive. Les composés étiquetés technétium pour l'imagerie cardiaque sont adéquats ou à la limite adéquats par rapport à la TEP. L'exactitude d'un diagnostic TEP est beaucoup plus grande en maladie cardiaque que celle d'un diagnostic SPECT avec des composés de technétium. On pourrait donc dire que nous avons soudain l'occasion d'avoir plus recours à la TEP. Cela veut dire qu'il faudra plus de caméras de TEP dans tout le Canada et plus de construction de cyclotrons pour pouvoir utiliser une option supérieure au technétium, ne plus avoir les préoccupations du technétium et bénéficier en fait d'une meilleure imagerie de diagnostic.

En médecine nucléaire, la scintigraphie osseuse est essentielle pour la moitié des patients, à peu près. Pour l'autre moitié, on peut faire d'autres examens qui peuvent être similaires, ou pas exactement similaires — un peu comme des pommes et des oranges. Il y a une population importante pour qui il n'existe vraiment aucune autre option que la scintigraphie osseuse, laquelle peut être faite soit avec du technétium, soit avec un traceur de TEP, comme le Dr McEwan a fait avec du fluorure de sodium.

Pour faire face aux pénuries futures, il serait très souhaitable d'avoir plus de caméras de TEP dans le pays. Ce serait également très souhaitable pour les scintigraphies osseuses qui sont mises en péril par notre pénurie de technétium.

La présidente: Merci, docteur Ruddy.

C'est maintenant au tour du Dr Jean-Luc Urbain, de l'Association canadienne de médecine nucléaire.

Dr Jean-Luc Urbain: Merci beaucoup.

[Français]

Madame la présidente, mesdames et messieurs du comité, j'aimerais tout d'abord, au nom de l'Association canadienne de médecine nucléaire, vous remercier de nous avoir offert la possibilité de nous exprimer devant ce comité.

L'Association canadienne de médecine nucléaire a été fondée en 1971. Elle est le porte-parole des médecins spécialistes en médecine nucléaire de tout le Canada et des deux millions de patients que nous servons et traitons chaque année.

Depuis le premier arrêt brutal du réacteur national de recherche universelle en décembre 2007, l'Association canadienne de médecine nucléaire a oeuvré sans relâche au sein du groupe de travail extraordinaire composé d'experts dans le domaine de la santé, formé par le ministère de la Santé, pour l'atténuation des répercussions de la pénurie d'isotopes sur le bien-être des Canadiens et des Canadiennes.

Le groupe de travail extraordinaire sur les isotopes médicaux a soumis en mai 2008 un rapport au ministère de la Santé sur les enseignements tirés de l'arrêt du réacteur en décembre 2007. Dans ce rapport, nous insistions sur la nécessité: d'assurer une communication efficace entre la communauté médicale et la population; de chercher un équilibre entre la santé et la sécurité de la population et les conséquences sur la santé des patients dans la prise de décisions; de veiller à une participation appropriée des médecins au processus décisionnel; d'harmoniser les pouvoirs et les responsabilités relatifs à la gestion des isotopes médicaux.

Au chapitre des recommandations, notre groupe de travail a proposé que le gouvernement: sécurise une solution canadienne afin de garantir l'approvisionnement d'isotopes, particulièrement le molybdène et le technétium 99, en mettant en service sans tarder les réacteurs MAPLE 1 et MAPLE 2; collabore avec des partenaires internationaux à l'examen de la capacité mondiale de production d'isotopes, mais aussi à la promotion de l'élaboration de protocoles internationaux et à l'élimination des obstacles au transport mondial des radio-isotopes en période de pénurie; entreprenne activement le développement et la commercialisation d'autres isotopes médicaux, en particulier les émetteurs de positrons.

Le 16 mai 2008, alors que nous mettions la dernière main à notre rapport, de concert avec Santé Canada, le gouvernement fédéral a pris unilatéralement la décision de mettre au rancart les réacteurs MAPLE 1 et MAPLE 2. Depuis mai 2008, nous avons vécu entre cinq et six crises de pénurie d'isotopes.

À l'annonce, le 18 mai dernier, d'un nouvel arrêt du réacteur NRU, cette fois durant un mois pour cause de fuite radioactive — et on sait maintenant que c'est pour au moins trois mois —, l'Association canadienne de médecine nucléaire a exprimé ses inquiétudes au sujet de la capacité de ses membres à offrir des services médicaux digne du XXI^e siècle aux Canadiens et Canadiennes.

Au cours des quatre semaines qui viennent de s'écouler, notre communauté a maximalisé et même poussé à l'extrême le personnel et l'équipement disponible avec un approvisionnement tout à fait inconstant et peu fiable de technétium. Nous avons annulé nos services de garde pour préserver le peu de technétium disponible, et nous nous sommes tournés vers le moins désirable isotope thallium, dont le docteur Ruddy a parlé, pour réaliser l'examen de cardiologie. Nous avons aussi donné la priorité aux enfants pour les tests réalisés au technétium.

• (1540)

[Traduction]

La tomographie par émission de positrons, ou TEP, utilise des isotopes médicaux qui caractérisent extrêmement bien la physiologie et la pathologie du corps humain, comme les maladies cardiaques, la plupart des cancers et les troubles neurologiques tels que la maladie d'Alzheimer. La plupart des examens de médecine nucléaire effectués sur des patients cancéreux avec du technétium 99m peuvent être remplacés par des procédures de TEP. La non-disponibilité de la technologie TEP et des isotopes dans tout le Canada a une incidence très sévère sur notre aptitude à diagnostiquer et à traiter rapidement nos patients cancéreux.

Notre communauté est très troublée et frustrée par la décision récente de la ministre de la Santé d'attribuer un total de 28 millions de dollars à des projets de recherche visant, au moins en partie, à mettre au point des méthodes de production du technétium au moyen de technologies de remplacement qui, selon nos informations, ont échoué dans d'autres régions du monde. Dans le meilleur des cas, ces méthodes ne donneront pas de résultats avant au moins trois à cinq ans. Considérant le registre du cancer de tout le Canada, nous estimons que le pays a besoin d'environ 125 000 examens TEP par an pour des patients cancéreux. Avec 28 millions de dollars, on pourrait effectuer environ 28 000 de ces examens TEP et fournir un diagnostic et un traitement adéquats aujourd'hui même et pendant les trois à quatre prochains mois à des patients cancéreux du Canada, tout en s'assurant une source fiable de technétium.

Nous sommes donc très troublés. Nos patients ont besoin de solutions aujourd'hui, pas dans cinq ans. L'Association canadienne de médecine nucléaire recommande donc au comité et au gouvernement d'envisager d'urgence les éléments suivants.

Premièrement, la décision d'abandonner le MAPLE 1 et le MAPLE 2 devrait être immédiatement et attentivement revue par un comité d'experts international.

Deuxièmement, le gouvernement fédéral, par le truchement de Santé Canada, devrait approuver sans retard l'utilisation d'isotopes émetteurs de positrons et de leurs produits radiopharmaceutiques. Cette recommandation se fonde sur des essais précliniques et cliniques effectués en Europe et aux États-Unis au cours des 20 dernières années et sur les critères établis par les instances de réglementation des États-Unis et de l'Union européenne.

Troisièmement, nous recommandons que, pendant une période de cinq ans, le gouvernement fédéral oeuvre avec les provinces et territoires pour appuyer et subventionner la récente hausse du coût du technétium 99m et le coût de déploiement de la technologie TEP.

Quatrièmement, le ministère des Ressources naturelles et Santé Canada devraient collaborer officiellement et avec diligence avec leurs homologues internationaux pour s'assurer une source fiable et abordable de technétium 99m jusqu'au redémarrage du réacteur NRU ou la mise en service des réacteurs MAPLE.

Cinquièmement, le ministère des Ressources naturelles et Santé Canada devraient définir clairement les processus par lesquels ils entendent oeuvrer avec les organisations médicales pertinentes, et le ministère de la Santé devrait définir le mandat du conseiller spécial qui vient juste d'être nommé.

L'ACMN a l'intime conviction que les défis actuels constituent encore pour le Canada une occasion unique de sauver son industrie nucléaire et de retrouver son leadership et sa prééminence à l'échelle mondiale. Ils offrent aussi l'occasion de moderniser le système canadien de soins de santé avec les outils diagnostiques et

thérapeutiques de médecine nucléaire du XXI^e siècle que méritent les citoyens.

L'Association canadienne de médecine nucléaire réitère son offre de fournir son appui, son expérience, son expertise et son témoignage pour atteindre ces objectifs.

Merci de votre attention.

• (1545)

La présidente: Merci, docteur Urbain.

Je donne maintenant la parole au Dr François Lamoureux, président de l'Association des médecins spécialistes en médecine nucléaire du Québec.

[Français]

Dr François Lamoureux (président, Association des médecins spécialistes en médecine nucléaire du Québec): Merci, madame la présidente.

Distingués membres du comité, merci de me donner l'occasion, en tant que président de l'Association des médecins spécialistes en médecine nucléaire du Québec et au nom de mes collègues spécialistes en médecine nucléaire, de comparaître devant vous.

Dès qu'on a appris le prolongement de la fermeture de Chalk River, on a su qu'une crise sévissait, parce qu'il y a 18 mois, on avait vécu un problème et on savait que cela se reproduirait.

J'ai écouté, la semaine dernière, le témoignage crève-coeur d'une jeune patiente de 21 ans qui souffre d'un cancer de la thyroïde. Elle était littéralement terrorisée par la possibilité de ne pas avoir son traitement à l'iode-131, pour son cancer. Elle se préoccupait aussi des autres malades.

Au Canada, il y a 5 000 nouveaux cas de cancer de la thyroïde, dont 75 p. 100 sont des femmes. Les chances d'y survivre pendant 10 ans, si le cancer est bien traité, sont de plus de 95 p. 100. Si ces patients n'ont plus accès à ce traitement, quel sera leur futur? Cette semaine, nous devons recevoir de l'iode-131 de l'Afrique du Sud pour fins de traitements. Or il y a eu un problème qui a fait en sorte que nous n'avons pas pu l'utiliser cette semaine. Nos cas doivent donc être remis à la semaine prochaine. C'est notre quotidien que nous devons expliquer aux malades: remettre des examens, remettre des traitements.

De plus, une femme sur neuf, au Canada, développera un cancer du sein. Aujourd'hui, lorsqu'on offre un traitement à ces patientes, on fait une technique en médecine nucléaire appelée la recherche du ganglion sentinelle, c'est-à-dire qu'on fait une injection au pourtour de la tumeur, et lorsque la malade arrive à la salle d'opération, une heure plus tard, le chirurgien essaie de détecter s'il y a une irrigation des cellules tumorales au niveau d'un ganglion cible. Dans ce cas, il enlève ce ganglion, le pathologiste l'étudie, et s'il n'y a pas de cellules cancéreuses, le chirurgien fait une chirurgie minimale. S'il y a un envahissement, la malade aura un évidemment beaucoup plus onéreux, entraînant parfois une mastectomie, qui est une chirurgie beaucoup plus extensive. Si on n'a plus accès au technétium, on ne peut plus offrir ce service aux malades, et le chirurgien est obligé de chercher de 10 à 20 ganglions, c'est-à-dire tous les ganglions présents. Cela a un impact terrible.

C'est la même situation pour un cancer dont l'occurrence monte en flèche: le mélanome, le cancer de la peau. On utilise aussi cette technique pour le traiter.

Chez les malades diabétiques, on est dans une situation où ça devient presque une pandémie. Ces gens sont souvent sujets à faire un infarctus, à avoir une maladie cardiaque, et 15 p. 100 d'entre eux mourront spontanément lors de leur première attaque. Les examens de perfusion cardiaque, comme le Dr Ruddy et le Dr Beanlands l'ont expliqué, sont des examens préventifs qu'on fait chez ces gens. On les utilise même en stade préopératoire chez des gens âgés qui doivent subir une intervention importante.

Cela vous démontre l'application de ces examens, qui ne peuvent pas être remplacés par d'autres examens.

Les malades sont vraiment inquiets. On vit cette tragédie tous les jours avec nos technologues et nos secrétaires, qui doivent expliquer aux malades que leur traitement sera remis encore et encore. Les malades ont besoin de connaître la vérité sur la situation actuelle. Que le gouvernement prenne les mesures le plus appropriées pour le malade d'abord. Ce dernier ne se préoccupe pas beaucoup de ce qui pourra se produire dans trois ans, cinq ans, dix ans ou même dans 18 mois. Même si on annonce à pleines pages de journaux des projets de recherche, ce n'est pas la préoccupation actuelle des malades, ni la nôtre. Nous nous préoccupons plutôt, dans l'immédiat, de répondre aux questions des malades et de leur offrir les traitements et les soins dont ils ont besoin.

Au Québec, dès que nous avons appris cette problématique, nous avons remis sur pied notre réaction en cas de crise, de concert avec le gouvernement québécois. Nous collaborons de façon exceptionnelle avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Association des médecins spécialistes. Nous avons mis en place toutes les mesures que mes collègues de l'Institut de cardiologie ont citées. De plus, on a au Québec un avantage sur le reste du Canada: on a 15 appareils de tomographie par émission de positrons cliniques dans les hôpitaux. Ceux-ci sont accessibles à l'ensemble des malades de la province, parce qu'ils sont situés un peu partout au Québec. J'ajoute qu'il n'y a pas de frais pour les hôpitaux ni pour les malades, lorsqu'on offre ce service. On a aussi prolongé les heures. Peu importe dans quelle institution hospitalière l'appareil se trouve, les malades y ont accès, selon leur état clinique. L'hôpital où je pratique à Montréal n'a pas d'appareil de tomographie par émission de positrons, mais chaque semaine, j'envoie une vingtaine de malades dans un autre hôpital, soit au Montreal General Hospital ou à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, où ils ont accès à cette technologie. Je trouve dommage que les autres citoyens du Canada n'aient pas accès à ces services essentiels et extrêmement importants.

• (1550)

En France, l'ultime priorité est le cancer. Ils ont 80 cliniques de TEP et ils en ouvriront 40 autres nouvelles, ce qui leur en fera un total de 120. Donc, la situation canadienne est inexplicable. On n'a pas bien expliqué à nos dirigeants l'importance de cette technologie, qui nous permet en plus d'économiser du technétium pour l'utiliser à d'autres fins.

Pour nous, toute cette situation était un peu prévisible. On s'interroge encore et on ne peut pas donner de réponse à nos malades lorsqu'ils nous demandent ce qu'a fait le gouvernement il y a 18 mois. On continue à s'interroger. On lit toutes sortes de choses dans les journaux, que les réacteurs MAPLE sont fonctionnels, qu'ils sont parfaits. Encore aujourd'hui dans le *Globe and Mail*, nos malades ont pu lire cela et ils nous posent des questions. Je leur réponds que je n'ai pas l'expertise pour leur répondre. Mais il faut que le gouvernement puisse leur répondre. Ils se demandent comment il se fait qu'ils n'ont pas accès à ce technétium alors que des gens qui s'identifient font paraître des pages pleines dans les journaux pour dire que c'est fonctionnel. Je n'ai pas cette expertise, et les gens n'ont

pas confiance en ce que dit le gouvernement. Il dit vouloir qu'un comité international d'experts indépendant réponde à cette question.

En ce qui concerne le nombre d'exams TEP faits au Québec, il est actuellement de 30 000 par année, environ. Alors, ce que disait le Dr Urbain au sujet de la prévision de 120 000, cela équivalait peut-être à ce qui devrait être fait un peu partout.

On utilise aussi le fluorure de sodium, qu'on se procure à l'Université de Sherbrooke, pour les mêmes fonctions.

Alors, nous appuyons totalement, au Québec, l'évaluation de l'association canadienne, et nous sommes prêts à collaborer dans le même sens.

Merci, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Merci, docteur Lamoureux. Nous passerons bientôt à la période des questions. Merci beaucoup.

J'aimerais maintenant entendre le Dr Albert Driedger, de l'Université de Western Ontario.

M. Albert Driedger (professeur émérite, University of Western Ontario): Merci, madame la présidente.

J'aimerais aborder la question sous deux angles. Le premier m'a été inspiré par ce que me disait quelqu'un un peu plus tôt: « J'ai l'impression qu'on essaye de faire de la chirurgie avec des gants de boxe ».

Mettre au point la technologie de production d'isotopes prend beaucoup de temps et exige une technologie très avancée, et c'est pourquoi nous avons besoin d'un plan à long terme pour retrouver un approvisionnement stable. Nous avons aussi besoin de solutions à court terme. Les témoins précédents ont parlé un peu des deux mais je pense qu'il faut bien les séparer du point de vue opérationnel.

La deuxième question que je veux soulever me préoccupe depuis très longtemps: je n'entends pas de réponse claire au sujet des réacteurs MAPLE. J'ai beaucoup travaillé dans ce milieu et j'en connais donc au moins une partie de la terminologie, même si je n'en connais pas toute la physique. Tous les réacteurs du Canada fonctionnent avec un coefficient de vide positif, ce qui est un raccourci pour dire qu'ils ne peuvent pas obtenir de licence. Je n'ai pas de réponse claire à la question de savoir s'il y a eu un changement de réglementation qui aurait rendu les coefficients de vide positif intenable dans les nouveaux réacteurs ou s'ils ont vraiment un problème opérationnel.

J'ai lu dans le *Globe and Mail* d'aujourd'hui, et c'est la deuxième raison de ma préoccupation, que le président de MDS Nordion affirme que les réacteurs MAPLE peuvent être exploités en toute sécurité et qu'ils pourraient produire autant de molybdène que le NRU s'ils étaient exploités à la moitié de leur puissance. Il y a donc peut-être là une solution à court terme, à condition d'obtenir toute la documentation et que des experts puissent l'examiner, comme disait le Dr Urbain.

Je discutais hier avec un oncologue de notre centre qui m'expliquait que tous les examens cliniques sont maintenant totalement désorganisés parce que les protocoles indiquant la procédure à suivre pour chaque patient ont été rédigés il y a longtemps. Il y a maintenant des écarts par rapport aux protocoles, ce qui fait qu'il est difficile d'évaluer dans l'immédiat dans quelles voies s'engagent les traitements, d'autant plus qu'il s'agit dans un certain sens de traitements expérimentaux. Il était profondément troublé par cette situation, en étant un peu décalé par rapport à nous dans un sens. C'est l'une des répercussions de la situation actuelle et je suis sûr qu'elle concerne des examens cliniques dans beaucoup de régions du pays.

La dernière chose que je veux dire est que je suis pour l'essentiel un médecin du cancer de la thyroïde. Je surveille attentivement l'approvisionnement en I-131 et, jusqu'au début de cette semaine, on me donnait l'assurance que nous en aurions toujours un approvisionnement adéquat. Or, depuis deux jours, je reçois beaucoup de courriels me disant que l'approvisionnement est menacé. Il faut longtemps pour préparer les patients à leur traitement et cela coûte cher. Si l'on n'est pas en mesure, à la fin des préparatifs, de dispenser le traitement par l'iode radioactif, cela perturbe considérablement la situation, et l'on commence donc à ressentir un certain impact à ce niveau.

Merci.

• (1555)

La présidente: Merci, docteur Driedger.

C'est maintenant au tour du Dr Sandy McEwan, le conseiller médical de la ministre.

M. Sandy McEwan (conseiller médical du ministre de la Santé, à titre personnel): Merci de votre invitation, madame la présidente.

Permettez-moi de dire d'abord que je suis médecin en médecine nucléaire au Cross Cancer Institute d'Edmonton. Comme le Dr Driedger, je traite des patients qui souffrent du cancer de la thyroïde et aussi des patients qui ont des tumeurs neuroendocriniennes. Dans les deux cas, le traitement nécessite de l'iode radioactif.

Je suis actuellement président du service d'oncologie de l'Université de l'Alberta, et aussi ex-président du service de radiologie de la même université. J'ai été président de l'Association canadienne de médecine nucléaire et de la Société canadienne de médecine nucléaire, et je serai dans deux jours l'ex-président de la American Society of Nuclear Medicine.

J'ai été membre du groupe de travail spécial sur la réglementation et je suis depuis le début, avec le Dr Urbain, membre du groupe de travail sur les isotopes médicaux.

Il y a quelques jours, la ministre m'a demandé si j'accepterais d'être son conseiller spécial sur les isotopes médicaux, requête que j'ai acceptée avec honneur et avec plaisir car je pense avoir quelques connaissances qui peuvent être utiles à la communauté médicale et à la ministre dans le contexte actuel.

J'ai été particulièrement encouragé par les paroles d'approbation et d'encouragement du président de l'AMC, qui s'exprimait au nom des deux organisations de médecine nucléaire du Canada. Cela fait 18 mois que je travaille avec le Dr Urbain au sein du groupe de travail et je suis déterminé à continuer de collaborer avec lui pour chercher des solutions au problème actuel.

Mon rôle de conseiller va devenir de plus en plus complexe, je crois. Évidemment, je vais collaborer étroitement avec mes collègues

du groupe de travail spécial, notamment pour comprendre ce qui se passe dans les autres provinces. Nous avons en Alberta des problèmes différents de ceux de l'Ontario et de ceux du Québec, par exemple.

Je ferai évidemment des mises à jour sur la situation clinique et sur son incidence pour les patients à mesure que le processus avance, et je collaborerai étroitement avec mes collègues cliniques et avec le Dr Urbain pour offrir à la ministre les meilleures informations et les meilleurs conseils possibles.

J'espère pouvoir également conseiller la ministre sur la manière de réagir aux préoccupations provinciales et territoriales en m'assurant qu'il y a des échanges d'information dans les deux sens entre les différents paliers de gouvernement. Il sera important pour moi d'être capable de fournir des données de base à la ministre de façon à lui faire comprendre l'incidence de la situation et à lui permettre de l'expliquer à ses collègues du Cabinet et du Parlement.

Il est important de souligner que la communauté, c'est-à-dire Santé Canada et le monde médical, est saisie de ce dossier depuis 18 mois. Quand les problèmes sont apparus, en 2007, il était clair qu'il ne s'agirait pas d'une situation temporaire et que nous devrions donc dresser des plans proactifs. Le groupe de travail a préparé un document d'orientation. En fait, c'est encore une ébauche car nous le considérons comme un document vivant qui aura besoin d'être modifié. Je pense que nous avons communiqué efficacement avec nos collègues cliniques.

Nous avons aussi produit une sorte de trousse d'outils qui est utilisée dans beaucoup de centres, je le sais, pour faciliter le triage, examiner des solutions de remplacement et maximiser l'utilisation du technétium produit par les générateurs.

L'une des choses particulièrement encourageantes, à mes yeux, a été la rapidité avec laquelle nous avons pu obtenir les approbations du programme d'accès spécial requises pour les produits radiopharmaceutiques. Étant donné ce que vient de dire le Dr Driedger sur l'iode, je pense qu'il est encourageant qu'une approbation de programme d'accès spécial ait été accordée pour l'iode radioactif d'Afrique du Sud et que le processus d'approbation réglementaire ait été lancé pour permettre à DRAXIMAGE de l'offrir comme produit approuvé.

Le processus d'agrément pour des examens cliniques a été considérablement rationalisé. Il m'a fallu moins d'une semaine pour faire approuver l'utilisation du fluorure pour la scintigraphie osseuse. Le 2 juillet, au Cross Cancer Institute, le fluorure remplacera le technétium dans toutes les scintigraphies osseuses et nous le mettrons aussi à la disposition des hôpitaux d'Edmonton, de Calgary et de Winnipeg. Cela résulte d'une collaboration de l'Université McMaster, de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et de collègues de Winnipeg.

•(1600)

Mardi, la ministre a annoncé qu'une somme de 6 millions de dollars sera fournie par les IRSC pour faire des recherches sur le remplacement des produits pharmaceutiques adaptés au technétium. Les modalités d'octroi de ces subventions prévoient l'introduction rapide de ces nouveaux produits dans la pratique clinique. On s'attend à ce que cela se fasse à échéance d'un an ou deux. Je pense que nous avons des stratégies pour améliorer la situation à court terme et à long terme. Nous dépendons maintenant du groupe de travail mis sur pied par la ministre Raitt pour chercher d'autres méthodes de production du technétium. Je crois donc qu'il y a des stratégies à court terme, à moyen terme et à long terme.

Cela ne veut pas dire que la situation n'a pas eu d'incidence profonde sur nos patients et sur nos collègues cliniciens. La situation est grave. Je sais que mes collègues cliniciens sont frustrés par notre incapacité à dispenser les meilleurs soins. Évidemment, les patients sont inquiets. Je pense qu'il faut reconnaître que le personnel des départements de médecine nucléaire du Canada déploie des efforts dépassant largement tout ce qu'on est en droit d'attendre, pour s'assurer que les patients reçoivent les meilleurs soins possibles.

Je crois que ma nomination démontre que la ministre comprend parfaitement que nous avons des problèmes importants à régler. Je pense apporter les compétences nécessaires, ainsi que les liens nécessaires avec mes collègues de la communauté, pour garantir que la ministre, le Cabinet et le Parlement obtiendront les meilleurs avis dans ce domaine.

J'ai hâte de collaborer avec le Dr Urbain, le Dr Driedger, le Dr Lamoureux, le Dr Ruddy et le Dr Beanlands pour améliorer la situation dans le pays. Il y a un manifestement des variations régionales importantes qui, je crois, sont souvent reliées à notre géographie. Je crois que la situation en Alberta est plus facilement gérable qu'au Québec ou en Ontario, disons.

Je solliciterai mes collègues, le comité et mes collègues cliniciens en cardiologie et en oncologie pour recevoir leurs avis et recommandations. En dernière analyse, toutefois, nous ne devons pas oublier qu'il s'agit d'une situation qui préoccupe profondément nos patients et que tout ce que nous faisons dans le groupe de travail comme médecins, et dans nos communications avec la ministre et avec le comité, doit refléter cette priorité.

Merci.

La présidente: Merci, docteur McEwan.

Docteur Bennett.

•(1605)

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Merci beaucoup.

Docteur McEwan, vous avez dit en janvier, je crois, qu'il serait « criminel » pour le Canada, qui a été un leader en médecine nucléaire, de sortir de ce secteur ou de ne plus en faire partie. Selon le *Globe and Mail* d'aujourd'hui et les témoignages que nous avons recueillis, les MAPLE pourraient être une solution. Allez-vous demander aux deux ministres de revoir cette décision et d'envisager une solution « made-in-Canada »?

M. Sandy McEwan: J'avais fait cette remarque avant la création du groupe de travail d'experts international par la ministre Raitt. Je crois que nous avons l'occasion de travailler avec la ministre de la Santé, et c'est mon mandat. Il ne conviendrait pas que j'aille au-delà de ce mandat. Je crois que mon rôle est de veiller à ce que la ministre de la Santé possède les meilleurs avis possibles sur la manière de régler les problèmes à court terme et sur des produits pharmaceutiques adaptés au remplacement. Nous devons nous assurer que le

technétium est employé de la manière la plus productive, que nous pouvons faciliter les applications en essais cliniques et les processus PAS, et que nos collègues ont accès aux produits pharmaceutiques dont ils ont besoin.

L'hon. Carolyn Bennett: D'aucuns ont dit qu'il serait problématique que vous vous exprimiez en votre nom personnel et non pas au nom des associations de médecine nucléaire. Voulez-vous dire que vous rejetez la première recommandation de l'Association canadienne de médecine nucléaire, qui est de mettre sur pied le comité international et d'étudier la mise en service du MAPLE 1 et du MAPLE 2? Que se passera-t-il si vous êtes en désaccord avec votre association professionnelle?

M. Sandy McEwan: Je suis rarement en désaccord avec mes collègues cliniciens. Nous sommes généralement unanimes. Il y avait hier à Toronto à la Société de médecine nucléaire une réunion, qui continue d'ailleurs aujourd'hui, avec la NEA, l'administration de l'énergie nucléaire de l'OCDE. Cette réunion à laquelle participaient des producteurs, des membres et des représentants d'agences gouvernementales, a porté sur l'intégration de l'approvisionnement mondial. Je vous rappelle que j'ai été président des trois associations. Je connais parfaitement les responsabilités d'une association, et je connais aussi parfaitement les miennes envers mes collègues cliniciens.

L'hon. Carolyn Bennett: L'un de nos problèmes est qu'on exerce la médecine nucléaire dans 245 endroits au Canada et qu'il n'y a pas de solution de remplacement partout. Évidemment, avec le thallium, c'est un peu différent, même si ce n'est pas aussi bien. Toutefois, à cause de la dispersion des procédures de TEP dans le pays, il me semble qu'on sera obligé de faire du triage, peut-être même interfrontalier. Il y a un scanner de TEP à Gatineau mais, pour le moment, il n'y en a pas encore un ici qui soit utilisé cliniquement.

Croyez-vous que votre rôle est d'aider à mettre sur pied un système de triage que même le premier ministre juge maintenant nécessaire? Seriez-vous prêt à aller au Centre des opérations de Santé Canada pour dire quels patients en ont besoin et pendant combien de temps ils devront attendre?

Je n'ai pas encore vu de carte indiquant où se trouvent les sources, pour les 245 sites du pays car, même à Terre-Neuve, deux des cliniques sont approvisionnées par Chalk River et deux, par la Hollande. Évidemment, en Alberta, vous êtes dans une bien meilleure situation car vous êtes approvisionnés par la Hollande et vous avez des contrats fermes, comme la Colombie-Britannique. Comment allez-vous faire le partage dans le pays si cette chute de 70 p. 100, cette pénurie mondiale, se produit en juillet, et comment allez-vous vous assurer — par exemple, pour les enfants — qu'on a accès à des examens de TEP dans tout le pays? Transformer les procédures de recherche en Ontario en procédures cliniques, et peut-être même étudier les possibilités de TEP mobile qui semblent disponibles aux États-Unis sur des camions semi-remorques, prêts à venir au Nord si nous en avons besoin... C'est tout ça que vous allez faire?

M. Sandy McEwan: Je pense que ce sont là des éléments importants des avis que je serais amené à fournir à partir des réactions de mes collègues cliniciens des sociétés. Si je prends l'exemple de l'Alberta, le fluorure produit à Edmonton est utilisé dans trois villes. Nous utilisons nos scanners de TEP au maximum...

L'hon. Carolyn Bennett: Mais vous sautez la Saskatchewan, qui n'a absolument aucune capacité. Qu'allez-vous faire pour elle?

•(1610)

M. Sandy McEwan: Madame la présidente, nous effectuons régulièrement à Edmonton des examens de TEP pour les patients de la Saskatchewan jusqu'à ce que la province obtienne cette capacité. Il y a déjà une collaboration interprovinciale dans l'établissement de protocoles permettant... Parce que, bien sûr, chaque TEP fait pour une scintigraphie osseuse libère du technétium.

L'hon. Carolyn Bennett: Comme ils ne font pas de scintigraphie osseuse à l'heure actuelle et qu'ils vont avoir des TEP à la place, c'est une chose très différente et, comme vous le savez, on ne peut faire que 10 TEP là où on pouvait faire 40 scintigraphies osseuses. Pensez-vous que le gouvernement fédéral devrait payer l'augmentation de coût effarante qui en résulte, du point de vue des transports et des isotopes, étant donné que c'est lui qui a fait une erreur?

M. Sandy McEwan: Si vous me le permettez, madame la présidente, je vais dire quelques mots du mécanisme de production d'une scintigraphie osseuse. Une scintigraphie osseuse se fait avec une caméra gamma; une scintigraphie osseuse au fluorure se fait avec une caméra TEP. Une caméra gamma faisant des scintigraphies osseuses toute la journée ne pourrait pas en faire plus de 10 ou 12 dans la journée. Une caméra de TEP, avec la technologie actuelle, peut en faire quelque chose comme 10 à 15 dans une journée. Je parle des scanners modernes. Par conséquent, un service qui fait 40 à 50 scintigraphies osseuses par jour doit typiquement avoir cinq scanners consacrés à cela. Il aura alors d'autres scanners consacrés à tous les autres examens et aux examens cardiaques.

À ce que je sache, il n'existe pas au Canada un seul centre capable de faire 50 scintigraphies osseuses par jour. Certes, nous en faisons du matin au soir, c'est-à-dire 15 à 20 par jour pour des patients cancéreux, avec les deux caméras.

La présidente: Merci, docteur McEwan.

Monsieur Malo.

[Français]

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

Vous le savez, les réacteurs MAPLE ont été conçus pour prendre la place du NRU qui était un vieux réacteur, en fin de vie. Ça prenait donc une source fiable pour produire des isotopes radioactifs.

Quand le gouvernement a décidé de mettre un terme au projet MAPLE, il n'a pas mis 1 ¢ pour tenter de trouver d'autres façons de produire des isotopes.

Puis, aujourd'hui, docteur McEwan, vous vous réjouissez des 6 millions de dollars versés pour trouver une solution à long terme. Il me semble qu'on est un peu en retard pour tenter de trouver des solutions. Car, moi, j'entends les médecins sur le terrain nous dire qu'ils sont obligés de gérer ça à la petite semaine.

En quoi l'argent que vous êtes heureux d'annoncer aujourd'hui vaut-il faire en sorte que ces médecins vont arrêter de gérer à la petite semaine, puis d'inquiéter les patients?

J'ai entendu le Dr Urbain en parler. Cela a été très intéressant d'avoir cet éclairage. Ils sont à bout de souffle, les médecins. Ils sont à bout de souffle, les spécialistes du domaine de la santé, les infirmières et tout le personnel.

Que répondez-vous à ces gens, aujourd'hui? Il me semble que dans votre argumentaire, je n'ai trouvé aucune réponse à ces questions.

[Traduction]

La présidente: Docteur McEwan.

M. Sandy McEwan: Madame la présidente, je n'essaye pas de minimiser les problèmes auxquels nous sommes confrontés dans l'immédiat. Je sais que nous avons des problèmes d'approvisionnement mais je crois qu'il ne serait pas responsable de ne pas se pencher en même temps sur la problématique à moyen terme, et je pense que c'est ce que nous faisons.

Pour ce qui est de l'immédiat, je crois que les conversations d'hier entre les producteurs mènent à des collaborations internationales. On a approuvé le molybdène de l'Australie. Le pays accélère son programme et deviendra bientôt un fournisseur important du marché canadien. Je sais qu'il y a des conversations avec NTP pour accroître son offre d'isotopes médicaux aux fournisseurs du marché canadien. Je pense que ce sont là des initiatives très importantes qui assureront qu'il y aura un élément de réaction à court terme.

Je pense aussi que la trousse d'outils que nous avons préparée est un guide important pour les hôpitaux. Chaque fois que c'est possible — par exemple, ça s'est fait en Colombie-Britannique et en Alberta, où j'ai ma base clinique et où je vois mes patients —, nous avons mis au point des mécanismes pour assurer le partage, pour s'assurer que la radiopharmacie centrale peut, par exemple, mettre les générateurs épuisés à la disposition des sites qui n'ont pas besoin de quantités aussi élevées de molybdène.

Je crois que nous pouvons tirer des leçons de ce que nous avons fait en Alberta et offrir des suggestions aux autres provinces. Nous avons certainement des possibilités en Alberta. Je serais reconnaissant d'entendre... J'ai déjà parlé à certains de mes collègues de l'Ontario sur la manière dont ils ont réagi.

Je ne minimise pas le court terme. Je ne minimise pas les besoins immédiats de nos patients. Tout ce que je dis, c'est que, si nous ne commençons pas à nous pencher dès maintenant sur le moyen terme, vous me reposerez la même question dans 18 mois quand je reviendrai vous voir. J'aimerais pouvoir vous dire alors que nous avons commencé ces activités maintenant.

•(1615)

La présidente: Merci, docteur McEwan.

Il vous reste quelques minutes.

[Français]

M. Luc Malo: Madame la présidente, à propos de ce que vient de nous dire le Dr McEwan, j'aimerais aussi avoir l'éclairage des médecins qui travaillent avec les patients au quotidien.

Dr Jean-Luc Urbain: La première chose de laquelle je voudrais parler, c'est le pourcentage que vous avez mentionné, madame Bennett, entre 10 examens sur une caméra à positrons et 40 examens de scintigraphie osseuse. Il faut savoir que la différence entre le nombre de caméras à positrons et le nombre de caméras qui peuvent faire des scintigraphies osseuses est moins de 10 p. 100. Cela veut dire que nous n'avons pas la capacité en matière de positrons afin de réaliser ces examens osseux.

La seconde chose porte sur ce que vous avez dit à propos de l'intenable situation sur le terrain. Les techniciens ont travaillé 16 heures par jour, les secrétaires ont travaillé 16 heures par jour. À moyen et à long terme, c'est tout à fait insoutenable.

Il faut savoir aussi que les isotopes sont un peu comme des glaçons sous le soleil: il faut les utiliser tant qu'il n'y a pas de soleil. Cela veut dire qu'il faut les utiliser tant qu'on les a, et après, ils disparaissent. Cela signifie donc que nous compressons une semaine de sept jours en pratiquement deux ou trois jours de travail.

Nous avons besoin de solutions aujourd'hui. Je suis d'accord avec le Dr McEwan: nous avons besoin de solutions à moyen et à long terme. Or la solution à moyen et à long terme, c'est encore d'avoir une réponse formelle dans l'immédiat quant aux réacteurs MAPLE.

[Traduction]

La présidente: Il vous reste deux minutes, monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo: Je crois savoir que le Dr Ruddy veut parler.

[Traduction]

La présidente: Allez-y, docteur Ruddy.

Mme Terrence Ruddy: Il faut comprendre qu'il y aura du technétium pendant la pénurie. On n'est pas à zéro, c'est une réduction. À l'heure actuelle, la réduction nous amène à 75 p. 100 environ. Nous nous débrouillons parce que nous utilisons du thallium pour répondre à une partie des besoins. Nous descendrons à environ 40 p. 100 et nous aurons des problèmes fin juillet ou début août. À ce moment-là, à un certain moment, le réacteur de Petten reprendra du service et nous remonterons à 75 p. 100.

Nous avons donc deux à quatre semaines problématiques. La solution de Sandy McEwan avec la TEP nous aidera. Nous pourrions couvrir les 40 p. 100, dans une certaine mesure. Certains examens de patients seront un peu décalés mais je pense que nous nous en sortirons. Les patients qui ont désespérément besoin d'une scintigraphie osseuse l'obtiendront.

Ce n'est donc pas une crise, c'est un problème. La crise, c'est que c'est un problème récurrent. Nous avons besoin d'une solution à long terme. Ou les MAPLE entrent en service — ce serait une bonne solution à long terme — ou nous nous lançons dans la TEP à grande échelle et construisons des centres de TEP dans 10 ou 20 sites supplémentaires, ce qui exigera de l'argent. Nous pourrions prendre les frais d'exploitation actuels des caméras SPECT et les consacrer à des caméras TEP pour que le choc financier ne soit pas si dur. Nous aurions alors une meilleure solution clinique pour nos patients. Nous aurions de la TEP dans tout le pays. Ce serait extraordinaire. Nous aurions encore du technétium qui permettrait de faire certains examens bon marché pour le dépistage mais, en ce qui concerne les besoins de diagnostic réel, nous ferions de la TEP.

Considérez donc qu'il s'agit d'un problème de cinq ans. Si nous pouvons résister à la tempête, ça ira, mais nous devons prendre certaines mesures pour que, dans un an ou deux, nous ayons des caméras de TEP au Nunavut, peut-être, je n'en sais rien. Mais ce sera ce genre de situation.

Je pense qu'il faut mettre en oeuvre des solutions réelles, pas des mesures transitoires.

La présidente: Merci.

Madame Wasylcia-Leis.

Mme Judy Wasylcia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins de leur présence. Je sais qu'on vous a demandé de vous présenter devant beaucoup de comités différents, ce qui vous éloigne du travail que vous devez faire pour régler ce problème. J'espère que la réunion d'aujourd'hui débouchera sur

certaines recommandations que le comité pourra présenter au gouvernement avant la fin des travaux de la Chambre, demain à 14 heures. Sinon, nous passerons tout l'été sans avoir de solution.

Je commence avec vous, docteur Urbain. Vous avez fait plusieurs recommandations. Au sujet des 28 millions de dollars qui viennent d'être annoncés pour faire des recherches sur des solutions de remplacement, vous avez dit que des études internationales ont déjà été faites et qu'elles montrent que ces solutions de remplacement ne sont de toute façon pas efficaces. De ce fait, vous avez dit que les 28 millions de dollars devraient plutôt être consacrés à réaliser les plus de 100 000 examens de TEP, à peu près, dont on a besoin au Canada. C'est bien ça?

• (1620)

Dr Jean-Luc Urbain: J'aimerais commencer par préciser que le Japon a tenté de produire du technétium avec un accélérateur linéaire et que ça n'a pas marché. Produire du technétium avec un cyclotron n'est pas très efficace. Nous savons que ça s'est fait en Europe. J'invite donc le gouvernement à se pencher sur les études qui ont déjà été publiées.

En ce qui concerne ces 28 millions de dollars — 6 millions ont été annoncés hier et je pense qu'il y a 22 millions pour McMaster —, nous croyons, sur la base de certaines statistiques que nous avons vues il y a deux ou trois ans au Registre du cancer, que les Canadiens ont besoin de 125 000 TEP par an, à peu près. À 1 000 \$ l'examen, nous pourrions en assurer 28 000 au cours des trois à quatre prochains mois. idéalement, durant cette période, la situation du technétium se sera stabilisée. L'autre chose est que, soyons réalistes, la scintigraphie osseuse est un outil merveilleux mais ce n'est pas suffisant pour traiter les patients. Pourquoi n'essayons-nous pas de profiter de cette crise pour déployer un outil de diagnostic qui est crucial du point de vue du diagnostic, du traitement et du suivi des patients cancéreux?

Mme Judy Wasylcia-Leis: En outre, je pense qu'il est important de préciser que tout cet argent, qui totalise 56 millions de dollars, n'est pas de l'argent frais. Ça vient de quelque part, probablement d'autres priorités de Santé Canada.

Docteur Driedger, puis-je vous demander ce que vous pensez de cette utilisation de l'argent, par rapport aux autres priorités telles que vous les envisagez?

M. Albert Driedger: Madame la présidente, je ne connais pas assez les détails des subventions pour pouvoir répondre. J'ai vu certains documents généraux qui permettent de penser que nous aurons peut-être dans trois à cinq ans un modèle pour des isotopes produits par cyclotrons mais je pense qu'il faudra encore plusieurs années de plus pour avoir un mécanisme robuste de production stable. Mes collègues me corrigeront si je me trompe.

Les 22 millions de dollars sont une subvention accordée à l'Université McMaster. On a mentionné la rénovation de son réacteur nucléaire. C'est un réacteur MW, si je me souviens bien, à une puissance maximum de 5 MW, ce qui est la moitié de la puissance possible des MAPLE. Si McMaster peut le faire, on peut peut-être le faire aussi avec les MAPLE.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Les membres du comité seraient-ils d'accord pour recommander au gouvernement du Canada qu'un comité d'experts indépendant et international soit immédiatement mis sur pied pour étudier si le MAPLE 1 et le MAPLE 2 pourraient être mis en service dès que possible?

Dr Jean-Luc Urbain: Le Dr Driedger et le Dr Lamoureux font tous deux partie du conseil d'administration de l'Association canadienne de médecine nucléaire. Le document que vous avez vu aujourd'hui — et nous avons présenté un document similaire à RNCAN — a été approuvé par le conseil d'administration de l'Association canadienne de médecine nucléaire. Nous ne revenons pas sur ce que nous avons mis par écrit.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Allez-y, docteur Driedger.

M. Albert Driedger: Madame la présidente, je soupçonne que la documentation existe déjà. Il suffit de la trouver, de la lire et d'être rassuré, d'une certaine manière. Je vais essayer de voir ce que je peux trouver.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Puis-je passer à un autre sujet et, si quelqu'un souhaite répondre à cette question...

La présidente: Oui, madame Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Un rappel au Règlement. J'aimerais savoir de quel document parlait le Dr Urbain. Je n'ai pas ce document.

Dr Jean-Luc Urbain: J'ai envoyé le document hier au greffier pour qu'il soit traduit en anglais. En outre, je pense que le document de RNCAN vous est accessible.

Mme Patricia Davidson: Merci.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Si je comprends bien, vous dites qu'il pourrait y avoir certaines solutions de remplacement à terme mais que nous mettons beaucoup d'argent dans ce projet douteux alors que nous sommes maintenant en pleine crise.

Cela a été clairement rapporté dans la presse. Votre organisation, docteur Urbain, n'a pas mâché ses mots au sujet de la catastrophe qui nous pend au nez ou qui est déjà là. Le Dr Driedger parlait tout à l'heure du cancer de la thyroïde. Nous venons d'apprendre que le Québec n'a plus d'iode 131.

On vient de publier le rapport sur les temps d'attente où il est dit que le temps d'attente moyen pour le traitement du cancer est « 46 jours, soit près de sept semaines » et que la plupart de ces traitements dépassaient « la norme de quatre semaines fixée pour le traitement curatif du cancer ».

Nous avons donc cette statistique, conjuguée à la pénurie d'isotopes. Jusqu'où ira la crise? Pouvez-vous le prédire? Pouvez-vous nous dire quelle est la gravité de la situation?

• (1625)

Dr Jean-Luc Urbain: Madame la présidente, j'ai le privilège, et aussi le fardeau, d'être le coprésident de l'Alliance sur les temps d'attente. C'était l'une des questions des journalistes. Aujourd'hui, il ne fait aucun doute que la pénurie d'isotopes perturbe les soins aux patients et prolonge leur accès aux soins et aussi leur accès au traitement. C'est particulièrement vrai pour les patients cancéreux. Nous n'avons pas le même problème avec les patients cardiaques, comme l'ont dit les Drs Ruddy et Beanlands, mais c'est manifestement un gros problème pour les patients cancéreux et pour les enfants.

La présidente: Merci, docteur Urbain.

Docteur Carrie.

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

Je remercie les témoins de leur présence. Je sais que vous êtes tous très occupés. Je suis sûr que tout le monde ici apprécie vos conseils et votre sagesse au sujet de cette situation car je pense que tout le monde comprend que c'est une situation très grave.

Je voudrais parler un peu des solutions. Je pense que nous réalisons tous que c'est en grande mesure un problème mondial et qu'il faudra une solution mondiale.

Docteur McEwan, vous avez dit que vous travaillez aussi avec les provinces et territoires. Nous avons eu ici des discussions sur les examens de TEP et sur la coordination de ces choses-là. Quel est l'état d'avancement de ces discussions avec les provinces et territoires? Comment le gouvernement travaille-t-il avec les provinces et territoires et internationalement à l'heure actuelle?

M. Sandy McEwan: Madame la présidente, je n'occupe ce poste que depuis trois jours et mon niveau de connaissance est donc imparfait, veuillez m'en excuser.

Je sais que le ministre a participé à un certain nombre de téléconférences — je crois qu'il y en a eu trois — avec ses homologues provinciaux et territoriaux sur cette question. Je sais aussi qu'elle parlait au moment de ma nomination à tous ses homologues provinciaux et territoriaux et je suppose donc qu'il y a continuellement des conversations.

En ce qui concerne les conversations internationales, je sais que l'activité réelle porte sur l'accès, le plus tôt possible, à d'autres sources d'approvisionnement. Les fournisseurs de nos produits d'iode radioactif m'ont dit qu'il n'y a pas de problème d'approvisionnement et, comme le Dr Driedger, j'ai été surpris d'apprendre qu'il y a un problème d'approvisionnement.

Lors de la réunion de la Société de médecine nucléaire, j'ai parlé à des représentants d'OPAL, en Australie, et de NTP, en Afrique du Sud. Ils m'ont dit en termes élégants qu'ils ont énormément d'iode radioactif qu'ils peuvent mettre à la disposition du fournisseur au Canada. La clé est de s'assurer que le cadre réglementaire existe pour faciliter l'accès. Ça se fait en ce moment. Je sais qu'il y a des documents des deux pays qui sont en cours d'examen. Je pense qu'il y a eu la semaine dernière 120 PAS pour de l'iode radioactif de ces deux fournisseurs.

Les protocoles que nous avons mis en place semblent efficaces, c'est-à-dire que nous pouvons obtenir rapidement les approbations réglementaires pour faire ça. J'espère que l'iode radioactif de NTP et de l'Australie sera bientôt mis à la disposition des fournisseurs canadiens. Je ne sais pas quel est l'échéancier. Je ne sais pas où en est le processus réglementaire mais je sais qu'il a débuté et je sais que, jusqu'à ce qu'il soit achevé, des PAS seront accordés de routine.

M. Colin Carrie: Vous avez dit aussi que vous faites partie d'un groupe de travail depuis 18 mois et que vous avez une ébauche de document d'orientation. Quel succès avez-vous eu pour faire diffuser ce document à vos collègues?

M. Sandy McEwan: Je sais qu'en Alberta, par exemple, ce document a été largement diffusé par le truchement d'un groupe de travail de Alberta Health Services qui cherche des méthodes pour atténuer la crise. Je sais qu'il a été mis à la disposition de toutes les autres provinces. Je sais que l'Ontario a commencé le travail au sujet de certains des protocoles de ce document. C'est donc un exemple concret de collaboration entre les diverses parties de la communauté.

•(1630)

M. Colin Carrie: Bien. Merci beaucoup.

J'ai quelques questions à poser au sujet des déclarations liminaires. Veuillez m'excuser, je n'ai pas mes lunettes. Je crois que je veux m'adresser au Dr Beanlands et au Dr Ruddy. Vous avez dit qu'il n'y a pas d'augmentation notable des temps d'attente pour vos patients, et je pense que tous ici, en tant que parlementaires, nous avons des électeurs inquiets, des citoyens du Canada inquiets. Vous avez dit cela et je me demande si vous pourriez préciser. Je sais qu'il y a des solutions de remplacement du technétium. Avec ces solutions, peut-on dire avec certitude que des personnes n'auront pas de diagnostic, parce que nous avons la possibilité de les diagnostiquer? Ai-je raison?

Mme Rob Beanlands: Je peux parler précisément de l'imagerie cardio-vasculaire. Tout d'abord, avec les interruptions de service passées, nous avons pris conscience qu'il pourrait y avoir des problèmes à l'avenir et nous nous sommes donc préparés. Nous avons aussi préparé notre personnel à ce type d'éventualité. Grâce à une préparation minutieuse, cette situation a été partiellement réglée.

Nous avons pris la décision de faire toutes nos tomographies de cardiologie au thallium et aussi d'utiliser le scanner TEP pour l'imagerie de perfusion, ou l'imagerie de circulation sanguine. Nous avons apporté ces deux changements quand nous avons su que nous avions perdu le technétium, ou que l'approvisionnement était réduit. Le Dr Ruddy a raison de dire que ce n'est pas une perte totale, seulement une réduction. Cela nous permet de faire en sorte que l'autre hôpital, l'hôpital d'Ottawa, où se fait la majeure partie de l'imagerie du cancer, pourra faire plus de scintigraphies osseuses. Nous avons un plan détaillé. En outre, nos technologues viennent le samedi matin pour faire d'autres tomographies, de façon à alléger le fardeau car la période des examens au thallium est un peu différente de ceux au technétium.

Voilà des choses que nous pouvons faire. On a dit que les technologues et le personnel assument un lourd fardeau et travaillent très dur. C'est vrai mais notre objectif primordial est de veiller à ce que les patients obtiennent les soins qu'ils méritent dans un temps raisonnable. Nous avons pu obtenir ce résultat au moins dans le service de cardiologie. Nous n'avons pas vu de changement notable dans les délais d'attente de nos patients cardiaques.

M. Colin Carrie: Docteur Ruddy, vous avez souligné que ce n'est pas comme si nous n'avons plus d'isotopes. Nous en recevons un peu et je suis heureux que vous l'ayez précisé car certaines personnes à qui j'ai parlé pensent qu'il n'y en a plus du tout.

J'allais vous demander comment se passe la coopération avec les techniciens. Je crois comprendre que le technétium que nous avons a une demi-vie. Il se détériore. Pouvons-nous faire fonctionner les machines 24 heures sur 24 au maximum de leur capacité? Est-ce un facteur à l'heure actuelle?

Mme Terrence Ruddy: Les machines tournent plus longtemps mais pas 24 heures sur 24. Nous travaillons en fin de semaine. Un générateur arrive, il est chaud et il se dégrade. Typiquement, il arrive le jeudi ou le vendredi, comme par hasard, ce qui oblige les techniciens à travailler le samedi ou le dimanche, ce qui n'est pas habituel. Comme le disait le Dr Beanlands, il y a des problèmes. Les gens ne sont pas encore épuisés mais ils sont très fatigués. Donc, la solution est de travailler en fonction des soins des patients mais il y a une dépense en ce qui concerne les technologues.

La présidente: Merci, docteur Ruddy.

Nous entamons maintenant le deuxième tour, de cinq minutes, pour les questions et les réponses. C'est Mme Murray qui commence.

Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.): Merci, madame la présidente. Je suis très heureuse d'avoir accès à autant d'expertise pour nous aider à comprendre ce problème ou cette crise potentielle.

Il n'y a pas de temps d'attente pour les procédures cardiaques dans les hôpitaux d'Ottawa mais y a-t-il des temps d'attente supérieurs à la normale ailleurs? Y a-t-il des patients qui n'obtiennent pas leur traitement et est-il possible de quantifier cela pour l'ensemble du pays?

Dr Jean-Luc Urbain: Ce serait très difficile à quantifier pour tout le pays. Ce que je peux vous dire, c'est que nous sommes très fiers d'avoir l'Institut de cardiologie d'Ottawa comme porte-drapeau. Comme programme exemplaire, nous avons typiquement tout à notre disposition, plus ou moins, pour faire notre travail.

La plupart des centres de médecine nucléaire du pays ne dispensent pas seulement des services de cardiologie mais aussi d'oncologie. La manière dont on manipule le thallium, par exemple, est différente du technétium, et la gestion n'est donc pas aussi facile qu'avec le technétium.

Certes, il y a eu certains délais dans les procédures parce que nous ne pouvons pas traiter autant de patients avec le thallium qu'avec le technétium, particulièrement aussi parce que la plupart des centres n'ont pas accès à des scanners TEP pour faire des examens cardiaques. Je ne sais pas quelle est la situation au Québec.

•(1635)

Mme Joyce Murray: Merci.

L'un des témoins — le Dr McEwan — a dit que la coordination à l'échelle nationale ne pose pas de problème et que l'on assure un accès égal aux différentes installations. Les autres témoins pensent-ils que nous devrions faire plus pour assurer l'égalité d'accès et un partage équitable des produits?

Dr Jean-Luc Urbain: L'un des problèmes est que ce sont les provinces qui assument la responsabilité de la prestation des soins de santé. Ça exige évidemment beaucoup de travail.

Au sujet du deuxième aspect, le Dr McEwan a mentionné qu'on a besoin d'isotopes pour les tumeurs neuroendocriniennes, à la fois pour le diagnostic et pour le traitement, et la situation en Ontario est assez sérieuse. Les patients nous accusent maintenant de dispenser les soins de santé selon le code postal.

La présidente: Veuillez m'excuser, docteur Urbain, mais le Dr Beanlands veut ajouter un mot.

Mme Joyce Murray: J'ai trois autres questions.

La présidente: Vous aurez le temps de les poser. Vous ne voulez pas savoir ce que le Dr Beanlands veut dire?

Mme Joyce Murray: Je veux continuer.

On a recommandé de mettre sur pied un comité spécial pour étudier la situation des MAPLE. Serait-il utile d'avoir un autre mécanisme pour aider à coordonner l'accès à court terme?

Dr François Lamoureux: J'aimerais ajouter quelque chose, madame la présidente.

[Français]

Je pense qu'une réunion des ministres de la Santé canadiens devrait avoir lieu et que le fédéral devrait mettre à la disposition de chaque province une somme d'argent — au prorata — de façon à ce que la technologie TEP puisse être mise en oeuvre immédiatement.

Les gens de l'Alberta et d'Ottawa sont venus vous parler ici d'excellents centres, de modèles. Or ce n'est pas ce qu'on retrouve dans les 245 centres du reste du Canada. Il n'y a pas de technologie TEP ou de choix de ce genre. On ne peut pas transporter les malades en camion, d'un endroit à un autre. De plus, en médecine nucléaire, on ne parle pas d'examens prévisibles: dans 50 p. 100 des cas, ce sont des examens urgents, pour lesquels on ne peut pas attendre. C'est ce qui est dangereux. Quand on ne fait pas appel à des organisations nationales, on n'a pas de vue d'ensemble du problème.

Heureusement que la santé est de compétence provinciale. Au Québec, nous nous sommes entendus avec notre gouvernement pour obtenir l'avis non pas d'un conseiller particulier mais d'une association regroupant tout le monde. Chacun a donné son opinion sur la question. Il y a un consensus, et nos malades sont mieux protégés que dans le reste du Canada. Ils bénéficient d'un meilleur accès. À l'heure actuelle au Canada, la chose à faire serait de réunir les ministres de la Santé.

[Traduction]

La présidente: Veuillez m'excuser, docteur Lamoureux.

Docteur McEwan, voulez-vous intervenir aussi?

Mme Joyce Murray: J'ai une autre question sur le titre du document.

La présidente: Madame Murray, il y a deux personnes qui souhaitent vous répondre.

Mme Joyce Murray: Je serais très heureuse d'entendre leurs réponses une fois que j'aurai terminé mes questions.

Je m'interroge au sujet du titre du document dont vous avez parlé et qui, selon vous, comporte déjà certaines suggestions.

M. Albert Driedger: Je ne connais pas le titre du document mais je sais que des études importantes ont été consacrées au fonctionnement du MAPLE. Nous n'avons cependant pas d'opinion directe d'experts, exprimée de manière compréhensible, sur le potentiel du MAPLE. Nous recevons des messages contradictoires.

La présidente: Merci.

Dr Beanlands, puis Dr McEwan.

Je sais que Mme Murray a hâte d'entendre vos réponses.

Mme Rob Beanlands: Je pense que la vraie question est de trouver un équilibre entre accroître l'approvisionnement et offrir des solutions de rechange. Il faut assurer ou accroître l'approvisionnement d'une manière ou d'une autre. Beaucoup d'autres initiatives sont prises pour avoir accès à OPAL, au molybdène 99, etc. Résoudre le problème du MAPLE serait peut-être une autre solution pour accroître la production.

L'autre problème est celui de la distribution. Il faut travailler avec les sociétés de distribution pour essayer d'assurer une répartition équilibrée dans tout le Canada durant cette période de besoin. Il y a actuellement un grand déséquilibre dans la manière dont les différentes juridictions sont approvisionnées. J'admets que c'est un problème.

Accroître l'accès à la TEP serait aussi une solution. Chaque fois qu'un patient fait l'objet d'un examen de TEP ou d'un examen au

thallium, c'est un patient de moins qui a besoin d'un examen au technétium. Il y a donc toutes ces solutions.

Je pense aussi qu'on ne doit pas faire fi des solutions à moyen terme et à long terme dans le cadre de cette approche équilibrée. Il nous faut certaines solutions à moyen terme pour les nouvelles choses qui vont arriver, et des solutions à long terme.

• (1640)

La présidente: C'est à vous, monsieur Trost.

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

Je suggère aux membres du comité qui se posent ces questions de lire les procès-verbaux du Comité des ressources naturelles. Nous nous sommes penchés sur ces questions de long terme et avons obtenu des réponses de physiciens et d'ingénieurs. Vous pourrez demander des précisions aux députés de vos partis qui sont membres de ce comité.

Je m'adresse d'abord à M. Urbain. J'essaie de comprendre sa recommandation et son raisonnement.

Si je comprends bien, vous-même et l'Association canadienne de médecine nucléaire recommandez que l'on consacre plus d'argent aux MAPLE pour les faire redémarrer. Cela exigera plus d'argent car, quoiqu'on décide d'en faire, il y aura des travaux à exécuter, de l'ingénierie, etc. Vous voudriez donc que l'on dépense plus d'argent pour les MAPLE, ce qui est une solution à long terme qui serait excellente si ces réacteurs marchaient. En revanche, vous n'approuvez pas les 28 millions de dollars destinés à appuyer des recherches sur d'autres méthodes. Vous ai-je bien compris? Vous voulez consacrer de l'argent aux MAPLE mais pas aux autres solutions?

Dr Jean-Luc Urbain: Vous étiez à la réunion du Comité permanent des ressources naturelles, monsieur. Je pense que vous déformez ce que j'ai dit.

M. Brad Trost: Voilà pourquoi je vous pose la question.

Dr Jean-Luc Urbain: Oui, c'est ce que j'ai dit, vous déformez ma position.

Tout d'abord, nous ne demandons pas plus d'argent pour les MAPLE. Nous réclamons de la clarté et de la transparence au sujet des MAPLE. Il se peut qu'on ne puisse jamais les mettre en service comme il faut. Nous n'en savons rien. Je ne suis pas un physicien nucléaire et c'est ce que je vous ai dit la semaine dernière.

Nous disons qu'il y a actuellement une crise et que nous sommes très frustrés de voir qu'on va consacrer 28 millions de dollars à une solution qui ne produira peut-être jamais rien.

M. Brad Trost: Monsieur Urbain, j'aimerais savoir comment on pourrait les remettre en marche sans dépenser d'argent.

Vous avez dit devant le Comité des ressources naturelles que vous ne savez pas si des experts internationaux ont été consultés. En fait, on en a consultés. Je suis sûr qu'on vous en a informé depuis votre témoignage. On en a consultés et ils ont produit un rapport en 2005. Je ne sais pas si votre association était au courant lorsqu'elle a formulé sa recommandation. Je crois qu'elle aurait dû l'être et qu'elle aurait dû faire ses recherches.

L'hon. Carolyn Bennett: Avez-vous lu le *Globe and Mail* de ce matin?

M. Brad Trost: Je ne suis pas sûr que Mme Bennett ait participé à la séance dont je parle.

La présidente: À l'ordre, s'il vous plaît.

Continuez, monsieur Trost.

M. Brad Trost: Voici ma deuxième question. Les réacteurs nucléaires de McMaster prendraient au maximum 18 mois pour être remis en service. Ils ont déjà produit des isotopes. Il y a un réacteur à McMaster.

La présidente: Monsieur Trost, pourriez-vous adresser vos remarques aux témoins?

M. Brad Trost: Ils ont déjà produit du molybdène 99. Ils pourraient produire environ 20 p. 100 de la demande nord-américaine. Ce n'est pas autant que le NRU.

Ne pensez-vous pas qu'il serait prudent de consacrer de l'argent à cela de façon à avoir une solution de dépannage si le NRU tombait à nouveau en panne?

Dr Jean-Luc Urbain: Monsieur Trost, la première chose que nous demandons est d'avoir accès aux documents qui n'ont pas été divulgués par le gouvernement. C'est la première priorité si nous voulons faire notre travail. Et, oui, nous faisons notre travail.

Ensuite...

M. Brad Trost: Ce sont des documents publics.

Dr Jean-Luc Urbain: ... vous avez posé une question sur le technétium. Je peux vous garantir que, si vous ressentez des douleurs à la poitrine, vous voudrez avoir un diagnostic aujourd'hui, pas dans un an ou deux. Quand nous voyons un patient arriver aux soins intensifs à cause d'un problème cardiaque aigu ou d'un syndrome cardiaque aigu, un SCA, nous ne nous demandons pas s'il risque d'avoir un cancer du côlon dans cinq ans. Nous traitons son problème immédiat. Nous avons besoin de solutions aujourd'hui. Je conviens parfaitement que nous avons aussi besoin de solutions pour demain et après-demain mais occupons-nous maintenant des problèmes urgents d'aujourd'hui.

• (1645)

M. Brad Trost: Si j'ai bien compris, en conjuguant le travail des deux comités, nous avons examiné le court terme, le moyen terme et le long terme. C'est là où je voulais en venir.

Il y a une chose qui m'intrigue. On a dit qu'il n'y a pas de problème d'approvisionnement en iode 131. L'offre est abondante. Je suis cependant curieux car, lors d'un comité précédent, des témoins nous ont dit que des patients étaient terrorisés à l'idée qu'ils pourraient ne pas recevoir leur traitement à l'iode 131. Le Dr Lamoureux avait dit cela lors d'un autre comité. Je m'interroge. Si nous avons une offre abondante, pourquoi...

M. Sandy McEwan: Permettez-moi d'être clair. L'iode fourni aux patients du Canada provenait presque totalement du NRU dans le passé. Le fournisseur canadien s'est approvisionné en iode radioactif venant d'autres réacteurs. Nous pensions que c'était suffisant et c'est ce que m'avait dit le fournisseur, et je suis sûr que le Dr Driedger

avait la même information. La semaine dernière, nous avons appris qu'il y a peut-être un problème.

L'iode produit en Australie et en Afrique du Sud n'est pas encore un produit agréé au Canada. Il n'a pas fait l'objet du processus de réglementation et l'on utilise donc le programme d'accès spécial pour en obtenir. Il y a beaucoup d'iode. Nous faisons tout notre possible avec le programme d'accès spécial et le processus de réglementation ordinaire pour que DRAXIMAGE puisse avoir accès à ce produit, de façon à rétablir l'approvisionnement des fournisseurs normaux. Le programme d'accès spécial servira à résoudre certains problèmes immédiats, si j'ai bien compris, et je pense que nous aurons très bientôt obtenu les approbations réglementaires pour permettre à NTP et à OPAL...

M. Brad Trost: Il n'y a donc aucune raison de...

La présidente: Merci, docteur McEwan.

Monsieur Dufour.

[Français]

M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ): Merci, madame la présidente.

Je remercie nos témoins d'être venus partager leur expertise avec nous aujourd'hui.

Monsieur Lamoureux, pour faire contrepoids, vous nous avez dit dernièrement qu'il n'y aurait pas de traitement contre les cancers de la thyroïde cette semaine, étant donné la pénurie d'iode-131. Selon vous, à quel genre de situation les patients vont-ils faire face au cours des prochaines semaines?

Dr François Lamoureux: On vit dans l'insécurité. On ne sait pas avant la fin de la semaine si un produit sera disponible. Il y a deux semaines, nous devons recevoir toute une série de générateurs, mais ceux-ci n'ont pas été autorisés parce qu'ils n'étaient pas conformes.

Des efforts fantastiques sont déployés dans le cadre du programme d'accès de Santé Canada. Là n'est pas la question. Le problème est qu'on vit dans l'incertitude continuellement. Du 14 juillet au 14 août prochain, le réacteur nucléaire de Petten va être fermé. On prévoit aussi qu'il va être fermé pour six mois à partir du 1^{er} janvier prochain. Il va y avoir une crise.

Les gens avec qui je vis me posent des questions auxquelles je ne peux pas répondre. Ils me demandent entre autres pourquoi le gouvernement fédéral a déjà investi 28 millions de dollars, s'il a consulté les experts internationaux qui étaient à Toronto cette semaine et si dans le monde entier on approuve les solutions qui sont envisagées.

Si le gouvernement canadien a décidé d'abandonner la production d'isotopes, pourquoi investit-il dans des solutions de remplacement? Pourquoi ne laisse-t-il pas des pays comme l'Allemagne, la France, l'Argentine, l'Australie ou la Hollande nous fournir du technétium? Nous ne comprenons pas. Pour nous, c'est une énigme.

À l'heure actuelle, les malades sont notre priorité. On peut bien dire que de l'iode est disponible, mais on ne sait pas si on va y avoir accès. En effet, le Canada n'est pas le seul à vouloir de ce produit: le monde entier en recherche.

M. Nicolas Dufour: Vous avez dit le 16 juin dernier que pour le moment, personne n'était mort au Québec depuis le début de la crise, mais que si cette dernière continuait, ça pourrait arriver. Quelle est votre position aujourd'hui?

Dr François Lamoureux: Quand nous avons témoigné devant le Comité permanent des ressources naturelles, c'est le Dr Karen Gulenchyn, de Hamilton, qui a dit que si le niveau de technétium disponible devenait inférieur à 50 p. 100, il pourrait y avoir des décès. Il faudrait donc poser la question au Dr Gulenchyn.

M. Nicolas Dufour: Vous n'avez toujours pas obtenu la moindre information de la part du gouvernement. C'est le néant total, le questionnement.

Dr François Lamoureux: Je vais vous donner un exemple. Notre groupe n'a jamais été consulté concernant la décision de dépenser ces 28 millions de dollars. Je crois que l'association canadienne, l'association québécoise et l'association ontarienne — bien que je ne puisse pas parler pour mes collègues — ne l'ont pas été non plus.

Pour nous, qui sommes spécialistes en médecine nucléaire et qui travaillons tous les jours dans ce domaine, ainsi que pour nos malades et nos journalistes, c'est incompréhensible. Pour ma part, j'aurais demandé un avis, d'autant plus que des experts de 70 pays étaient présents à Toronto cette semaine. Le dernier président de l'association américaine de médecine nucléaire a même dit que nous faisons face à l'une des plus grandes crises ayant menacé la médecine moderne. Il est évident qu'il ne s'agit pas simplement d'un petit problème, mais d'une crise. Celle-ci a été niée, puis reconnue par le gouvernement. On prétend de nouveau qu'elle n'existe pas.

• (1650)

M. Nicolas Dufour: Trop peu, trop tard! Pourtant, la ministre de la Santé a mis sur pied un groupe de consultation dont fait partie M. McEwan.

Comment voyez-vous non seulement la création de ce comité, mais surtout, le fait que... On a senti à plusieurs reprises que vous vouliez qu'il y ait consultation auprès de la majorité des intervenants, auprès des organismes — et non seulement auprès d'individus à titre personnel, mais auprès d'organismes qui représentent une multitude de médecins.

Comment voyez-vous non seulement la nomination de M. McEwan, mais l'attitude qui se dégage depuis tout à l'heure, parce que je sens qu'on ne prend pas en considération les remarques et les propositions que vous faites depuis des semaines?

Dr François Lamoureux: Si je peux me permettre de répondre, madame la présidente...

Dans la province de Québec, on ne fonctionne pas comme ça. On est tout de même 7,8 millions, on est des Canadiens et on travaille directement avec notre gouvernement. Pour moi, puisque vous me le demandez, c'est un tampon entre la ministre de la Santé et je ne sais qui.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

Madame McLeod.

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

Je tiens moi aussi à remercier les témoins de se joindre à nous aujourd'hui alors qu'ils sont certainement débordés de travail.

Je crois que le Comité de la santé doit s'intéresser en particulier à des solutions dans l'immédiat. Je sais que les solutions à long terme sont également cruciales mais nous sommes le Comité de la santé.

Mes premières questions partent de ce constat et je les adresse au Dr McEwan. Nous traversons une crise internationale. Vos conversations vous donnent-elles une idée assez précise de ce que font les autres pays — qui font aussi face à des pénuries, évidemment — pour résoudre ces problèmes immédiats?

M. Sandy McEwan: Lors de la réunion de la Société de médecine nucléaire qui s'est tenue à Toronto, j'ai convoqué une rencontre largement représentative. Il y avait des membres des deux sociétés canadiennes, de l'Association européenne de médecine nucléaire et de la Société britannique de médecine nucléaire. Il y avait aussi un membre de la communauté australienne et, bien sûr, mes collègues de la Société de médecine nucléaire. Nous avons examiné l'incidence de la crise à l'échelle mondiale. Nous nous sommes penchés sur ce qui se passe en Europe, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Je pense que ce qui est encourageant, c'est qu'un certain nombre des initiatives que nous avons prises par le truchement du comité de travail spécial sont actuellement adoptées par les autres pays ou qu'ils commencent à s'en occuper. Nous avons évidemment eu des conversations sur l'information des patients, sur la meilleure manière d'utiliser le générateur pour s'assurer qu'on peut traiter le maximum de patients avec chaque générateur individuel, et sur la meilleure manière d'effectuer des examens de remplacement.

Je pense que l'initiative des IRSC est importante. Si j'en crois mes conversations avec mes collègues de la communauté radiopharmaceutique, nous pourrions probablement, avec cette subvention, trouver deux produits radiopharmaceutiques de remplacement qui pourront entrer en clinique, probablement d'ici un an, pour remplacer les produits au technétium. Je vous rappelle que le technétium est encore nécessaire. On ne peut pas faire tous les examens par TEP. Donc, toute augmentation des services de TEP que nous pouvons offrir à nos patients libère du technétium pour d'autres examens, si vous voulez.

Je crois qu'il y a un certain nombre d'initiatives qui sont remarquablement concordantes à l'échelle mondiale. Je dois dire que le groupe de travail spécial, à mon avis, a fait un travail remarquablement efficace et que ce fut un plaisir de travailler avec le Dr Urbain au sein de ce groupe pour assurer que nous sommes vraiment le chef de file. Cette réunion était intéressante. Je pense qu'il ne fait aucun doute que les initiatives de mise en oeuvre au Canada nous ont permis d'éviter certains des problèmes auxquels font face d'autres pays qui n'ont pas été aussi proactifs.

Mme Cathy McLeod: Merci.

S'il me reste une minute, j'aimerais savoir si, à notre époque de cartes informatisées indiquant où se trouve chaque site faisant telle ou telle catégorie d'examen, et en quelque quantité, nous avons ce genre d'information provinciale de base ou si c'est quelque chose que vous envisagez de produire?

•(1655)

M. Sandy McEwan: La Société canadienne de médecine nucléaire a fait une étude générale, il y a environ quatre ans, sur la répartition des examens à l'échelle nationale. Je sais que les deux associations se penchent sur ce problème. Je conviens avec vous que ce serait une chose importante à savoir.

Mme Cathy McLeod: S'il me reste quelque secondes, j'aimerais vous demander si le scanner de TEP est un appareil qui coûte cher. Est-ce un gros appareil? Pouvez-vous me donner quelques détails, du point de vue purement mécanique?

M. Sandy McEwan: On utilise deux scanners en médecine nucléaire: la caméra gamma qui utilise du technétium, et le scanner TEP qui utilise des produits chimiques adaptés à la TEP. La caméra gamma, dépendant du modèle choisi, peut coûter entre 350 000 \$ et 700 000 \$ ou 800 000 \$. Un scanner TEP coûte entre 2 et 3 millions de dollars. Les images produites par un scanner TEP sont un peu différentes de celles d'une caméra gamma. Elles fonctionnent de la même manière sur le plan du diagnostic, elles vous donnent la même information générale. Les scanners TEP ont besoin d'une infrastructure de soutien. Ils ont besoin de cyclotrons dans une zone géographique. Comme je l'ai dit, le cyclotron d'Edmonton approvisionne deux provinces directement et une troisième indirectement.

La présidente: Merci, docteur McEwan.

Docteur Fry.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je remercie tous les témoins d'être venus. Je sais que vous devez répondre continuellement aux mêmes questions mais sachez bien que cela finit par être utile. Je pense que nous sommes tous préoccupés par la disponibilité immédiate d'isotopes pour tous les besoins différents. Je pense que la ministre nous a dit qu'il y aurait un approvisionnement suffisant et qu'il y aurait des produits de remplacement en cas de difficulté.

Tout d'abord, y a-t-il des produits de remplacement?

Deuxièmement, au sujet du moyen terme et du long terme, nous savons qu'un réacteur peut toujours tomber en panne, ce qui signifie que cette situation pourrait se reproduire continuellement si nous dépendions uniquement de réacteurs pour les isotopes. Évidemment, il y a la TEP. Je dois dire que j'ai entendu pour la première fois cette année aux États-Unis qu'on y vend plus de caméras TEP que de caméras SPECT, ce qui indique qu'il y a un mouvement vers la TEP.

Je voudrais parler un peu d'un approvisionnement durable en isotopes. Nous savons que nous avons ici TRIUMF qui travaille sur des petits cyclotrons pouvant être installés dans des hôpitaux régionaux de façon à produire en fonction des besoins. Nous savons aussi, comme l'a dit le Dr McEwan, que même si la TEP vous donne une image tout aussi bonne, certains diront même meilleure, elle peut aussi avoir des marqueurs vous indiquant si une tumeur, par exemple, est oestrogénique, etc., ce qui permet de focaliser le traitement au lieu d'y aller à tâtons.

Voici donc ma question. Comme nous savons que TRIUMF pourrait, avec 50 millions de dollars, être en ligne et être prêt à produire en 2012 les petites caméras utilisant la photofission, comment se fait-il que nous ne parlions pas de cela comme source de production fiable et propre qui permettrait à tout le monde de mettre en marche et d'arrêter son cyclotron en fonction de ses besoins? Cela pourrait coûter plus mais, à longue échéance, cela mettrait aussi le

Canada en position de pointe sur la nouvelle technologie de remplacement pour produire des isotopes. Qu'en pensez-vous?

Je vois tout le monde hocher de la tête mais je ne sais pas si c'est pour dire oui ou non.

La présidente: Qui voudrait répondre? Je commence avec le Dr McEwan puis le Dr Urbain.

M. Sandy McEwan: Je pense qu'il faut dire très clairement que nous comprenons que beaucoup des radiotraceurs de TEP — et j'ai en fait prononcé beaucoup d'allocutions à ce sujet la semaine dernière — dont vous parlez ne sont pas utilisés de manière routinière à l'heure actuelle. Donc, par exemple, l'imagerie par récepteur des oestrogènes n'est pas un examen de routine que l'on fait actuellement avec le technétium. Je pense que nous avons besoin de nous concentrer sur les techniques que nous pouvons utiliser pour remplacer les produits radiopharmaceutiques actuels au technétium. C'est l'objectif des bourses des IRSC et c'est aussi pourquoi notre hôpital est passé au fluorure.

•(1700)

La présidente: Docteur Urbain.

Dr Jean-Luc Urbain: Je partage votre analyse. Il est très clair que nous avons besoin d'une source durable, fiable et abordable — je pense que l'adjectif abordable est essentiel — de technétium pour l'avenir. Comme vous le dites, les réacteurs tombent en panne et c'est la raison pour laquelle le Canada a construit deux MAPLE et non pas un. À moyen et à long termes, nous devons envisager cela.

En ce qui concerne les TEP, j'ai dit, et je suppose que M. Trost s'en souvient, que j'exerce au Canada depuis six ans — j'exerçais auparavant en Europe et aux États-Unis — et que je n'ai jamais vu autant de cancers avancés qu'au Canada, ce qui s'explique par le fait que la TEP n'a pas été disponible au Canada, ce qui est dramatique. Comme je l'ai déjà dit, profitons de cette crise pour faire entrer notre système de santé dans le XXI^e siècle, et la TEP est la bonne solution.

La présidente: Nous allons maintenant entendre le Dr Ruddy et le Dr Beanlands. Voulez-vous commencer, docteur Ruddy?

Mme Terrence Ruddy: J'allais dire que la TEP est supérieure à la SPECT pour plusieurs choses, comme le diagnostic du cancer, et qu'elle produit donc un meilleur examen. Autrement dit, si nous adoptons la TEP, nous adoptons un meilleur examen.

Pour revenir à TRIUMF et à la photofission, c'est de la recherche. C'est quelque chose qui peut marcher ou ne pas marcher. C'est encore très hypothétique et nous ne savons pas si ça va marcher.

Nous savons que la TEP marche. Les examens oncologiques de TEP marchent dès maintenant. Si vous êtes au Québec et que vous avez le cancer, vous faites l'objet d'un examen de TEP et vous êtes heureux d'avoir cette possibilité. En Ontario, c'est très limité et c'est un problème. Nous serions ravis d'avoir un scanner de TEP pour le cancer en Ontario.

L'hon. Hedy Fry: Si vous me permettez d'intervenir brièvement, nous savons que TRIUMF fabrique des petits cyclotrons que l'on peut dès maintenant installer dans des hôpitaux régionaux. C'est une solution « made-in-Canada » pour avoir la TEP. Je ne parle pas de la photofission, maintenant, je parle de la fission. Je parle de ce que nous savons maintenant en termes de cyclotrons.

La présidente: Rapidement, docteur Ruddy.

Mme Terrence Ruddy: Je veux juste revenir là-dessus.

Vous avez raison, TRIUMF peut nous aider à établir des cyclotrons pour faire des traceurs de TEP dans tout le Canada.

La présidente: Madame Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci beaucoup.

Je voudrais revenir à ma question...

La présidente: Veuillez m'excuser, le Dr Beanlands souhaite intervenir.

Mme Rob Beanlands: Je veux simplement ajouter que TRIUMF est une excellente institution, à mon avis, et que nous avons la conviction qu'il est capable de produire des solutions de remplacement. Je ne peux pas parler de la méthode de la photofission mais je pense que c'est une solution à long terme que nous devrions clairement étudier et dans laquelle nous devrions envisager d'investir. Je partage absolument ce qui a été dit au sujet de la TEP car je crois que la rendre plus largement disponible au Canada ne pourra qu'être bénéfique à nos patients.

Vous avez parlé de solutions de remplacement. On a parlé du fluorure de sodium. Si vous me permettez de revenir à une remarque de Mme McLeod, je crois, sur la possibilité de surveiller et d'évaluer — ce qui devrait aussi être relié à cette question de marche et d'arrêt de TRIUMF —, nous avons besoin d'une bien meilleure méthode pour savoir qui utilise cela réellement. L'une des solutions serait que l'Association canadienne de médecine nucléaire fasse une enquête mais je pense en réalité qu'une chose que le gouvernement pourrait faire serait d'étudier de meilleures manières de surveiller l'utilisation des traceurs, par rapport aux méthodes que nous avons. Je n'en suis pas sûr mais est-ce que Santé Canada a les ressources nécessaires pour cela? Y a-t-il actuellement des ressources disponibles qui permettraient d'utiliser des méthodes plus fines pour surveiller cette situation et examiner la répartition, pour étudier réellement l'accès de tous les Canadiens?

La présidente: Merci.

Madame Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci, madame la présidente.

Je voudrais revenir à ma question sur le cancer et interroger le Dr Driedger qui, je crois, est un spécialiste du cancer thyroïdien. Quelqu'un a dit que nous avons des données indiquant qu'il y a beaucoup d'iode 131. Est-ce vrai ou faites-vous face à une pénurie quelconque pour traiter le cancer thyroïdien?

M. Albert Driedger: Si je peux me répéter, on m'a donné l'assurance très récemment — la semaine dernière, je crois — qu'il n'y aura pas de pénurie d'iode 131. Depuis deux jours, j'entends dire qu'il y aura une pénurie cette semaine, et vous avez entendu dire que c'est vrai. J'ai reçu un certain nombre de courriels de patients qui sont inquiets et qui veulent savoir la vérité. Si l'on en croit le Dr McEwan, il s'agit là d'un hiatus du système qui se réglera de lui-même et, globalement, tout ira bien en ce qui concerne l'iode.

L'avantage de l'iode par rapport au technétium est que sa demi-vie est plus longue. Vous pouvez en entreposer en petites quantités et vous pouvez l'expédier sur de longues distances avec moins de perte. Il ne devrait donc pas y avoir de problème, je crois.

• (1705)

Mme Judy Wasylycia-Leis: Mais avez-vous besoin d'isotopes pour le diagnostic et le traitement du cancer de la thyroïde?

M. Albert Driedger: Oui, et l'iode 131 est l'un de ces isotopes. Le technétium est aussi utile à certains moments.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Globalement, diriez-vous que le nombre de personnes qui ont absolument besoin d'avoir des isotopes pour le diagnostic et le traitement de n'importe quel cancer ou d'une maladie cardiaque est supérieur au nombre d'isotopes disponibles?

M. Albert Driedger: Il faut sérier les problèmes.

Pour la thérapie à l'iode radioactif du cancer de la thyroïde et des troubles thyroïdiens bénins, je pense qu'il y en aura assez car ce ne sont pas des problèmes qui se présentent de manière routinière ou même en urgence. La majeure partie de notre utilisation des isotopes se fait sous forme de thérapie adjuvante pour ces patients. Si vous passez aux tumeurs neuroendocriniennes, c'est une autre histoire et, du point de vue du diagnostic, comme on l'a dit, on est peut-être, et même probablement, actuellement en situation de crise.

Mme Judy Wasylycia-Leis: On nous a dit il y a un an et demi, quand la production d'isotopes s'est arrêtée pendant 20 jours, que c'était une situation de vie ou de mort si nous n'agissions pas immédiatement sans nous occuper des questions de sécurité nucléaire. Aujourd'hui, la période est beaucoup plus longue. Sommes-nous dans une situation de vie ou de mort?

M. Albert Driedger: J'aimerais répondre du point de vue de ce que nous appelons le principe ALARA. La Commission internationale de protection radiologique a produit en 1928 le document sur lequel tous les pays fondent leurs pratiques de sécurité radiologique. Le principe ALARA veut que nous donnions aux gens les doses d'irradiation les plus basses que l'on peut raisonnablement atteindre. La plupart des gens s'arrêtent là mais, dans le document, il y a une virgule et on dit ensuite « eu égard aux facteurs sociaux et économiques ».

J'étais à l'étranger il y a 18 mois mais il me semble que la question des facteurs sociaux et économiques a été prise en compte dans ce qui a été fait. De même, si on examine l'opérabilité des MAPLE à un niveau de puissance donné, je pense que nous devons appliquer le principe ALARA, c'est-à-dire tenir compte des facteurs sociaux et économiques.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Quelqu'un d'autre peut-il nous dire dans quelle mesure la situation actuelle sera critique si le gouvernement n'agit pas immédiatement?

Et, pendant que vous y êtes, pouvez-vous répondre aussi à une autre question. Le gouvernement — ou plutôt le ministre des Ressources naturelles — a annoncé le 28 mai, en pleine crise, qu'un comité d'examen composé d'experts sera chargé de trouver des solutions à long terme pour l'approvisionnement en isotopes. Je n'ai pas entendu dire qu'un tel comité a été mis sur pied. Et vous?

Dr Jean-Luc Urbain: Non, Je n'ai pas entendu parler de cela. Cela dit, ce serait une bonne initiative et j'espère que nous serons consultés.

Mme Judy Wasylycia-Leis: En ce qui concerne la crise actuelle et la manière d'en sortir, si nous recommandions au gouvernement de prendre les 28 millions de dollars qui viennent d'être annoncés pour chercher des solutions de remplacement et de les consacrer à la mise au point ou à l'augmentation d'équipement de TEP, cela... Y a-t-il d'autres solutions de remplacement que nous devrions envisager dans ce contexte?

En particulier, docteur Lamoureux, que faisons-nous dans le cas du Québec qui possède apparemment déjà suffisamment de scanners de TEP?

Dr François Lamoureux: Au Canada, je crois, nous devons donner à chaque province un pourcentage de la somme attribuée. Cela dit, nous n'avons pas assez de scanners de TEP au Québec. C'est simplement une première étape. Nous avons déjà utilisé cet argent au lieu de le consacrer à autre chose. Nous l'avons utilisé pour la TEP parce que c'était une chose très importante à faire dans l'intérêt des patients. C'était en fait l'orientation de l'Association canadienne de médecine nucléaire. Nous avons donc déjà utilisé l'argent dû par la province, en fait.

Nous avons besoin de TEP dans les régions éloignées tout comme dans les régions centrales. Les habitants du Nord ont besoin du même accès à la médecine et de la même qualité de médecine. Le chirurgien qui opère un cancer doit pouvoir offrir à son patient le même accès et la même qualité. Donc, la TEP ne doit pas être concentrée dans les hôpitaux universitaires ou dans les grandes villes mais être répartie dans tout le pays.

La présidente: Merci, docteur Lamoureux.

Nous passons maintenant à Mme Davidson.

Mme Patricia Davidson: Merci, madame la présidente.

Je me fais l'écho de mes collègues et vous remercie tous et toutes d'être ici aujourd'hui. Je sais que vous vivez actuellement une période très stressante et que vous devez être tous très occupés.

Ce que nous avons entendu cet après-midi me semble très encourageant car cela montre que l'information circule. Tout le monde a parlé d'un plan à court terme, à moyen terme et à long terme. Je pense que c'est extrêmement important.

Le problème dont est saisi le Comité de la santé est celui du court terme, j'en conviens, mais un plan à court terme ne sera pas efficace si l'on n'a pas de plans à moyen terme et à long terme pour faire le suivi.

Je constate que nous avons devant nous une réserve d'expertise considérable et j'ai vraiment beaucoup apprécié ce que vous nous avez dit. Je pense que nous avons beaucoup appris aujourd'hui.

Je voudrais d'abord poser une question au Dr McEwan et je m'adresserai ensuite aux autres.

Si notre comité devait formuler trois recommandations pour le court terme, que proposeriez-vous? Quelles sont les trois choses les plus importantes à votre avis?

• (1710)

M. Sandy McEwan: Voici quelles seraient mes suggestions, madame la présidente. Premièrement, il faudrait établir un mécanisme pour faciliter les activités en cours. Celles-ci sont efficaces et marchent relativement bien mais je suis sûr qu'on pourrait les améliorer. Ce serait donc la première chose: un groupe de travail spécial.

Deuxièmement, il faudrait établir un mécanisme ou faciliter le genre de communications dont nous avons parlé, à l'échelle du pays, de façon à savoir beaucoup plus clairement où se situent les problèmes et où les choses vont bien. Il y a des leçons à tirer de cela et je pense que ça nous aiderait à comprendre.

Finalement, pour le très court terme, je mentionne le rôle crucial de Santé Canada en matière de réglementation, pour faciliter l'accès aux isotopes médicaux de fournisseurs non traditionnels. Nous avons parlé de l'iode radioactif et c'est un excellent exemple.

Si vous me permettez d'ajouter une précision, madame la présidente, le fabricant des cyclotrons destinés aux hôpitaux n'est pas TRIUMF, c'est une société de Vancouver, Advanced Cyclotron Systems, qui utilise la technologie de TRIUMF.

La présidente: Merci.

Docteur Ruddy.

Mme Terrence Ruddy: Je pense que la réponse est d'avoir plus de TEP. À l'heure actuelle, nous avons environ 75 p. 100 du technétium que nous avions il y a un an. Nous pouvons nous en accommoder parce que nous avons remplacé le technétium par le thallium pour les examens cardiaques et, à 75 p. 100, nous tenons bon.

Toutefois, le thallium n'est pas aussi bon que le technétium. Il irradie plus le patient. Si nous avons plus de TEP, nous pourrions faire plus d'examens cardiaques par TEP. Ce serait souhaitable. Si nous descendons vers quelque chose comme 40 p. 100 fin juillet ou début août, c'est à ce moment-là que la situation sera difficile, et le problème sera la scintigraphie osseuse. Si nous pouvions faire plus de scintigraphies osseuses par TEP, pour un plus grand nombre de patients, nous économiserions le technétium que nous avons. Ce serait une bonne solution dans l'immédiat: plus de TEP pendant un mois ou deux. Comme disait le Dr Lamoureux, 28 millions de dollars consacrés à cela serait une bonne solution à court terme. Nous avons beaucoup de scanners de TEP.

Le Dr McEwan et d'autres auront à assurer la répartition. Les frais pourront être couverts de cette manière et ce serait une bonne solution dans l'immédiat. Je souligne cependant aussi que faire plus de TEP serait une bonne solution à moyen terme. Je peux envisager plus de centres de TEP répartis dans le pays, pour faire des examens à distance ou au moyen de ces véhicules qui transportent la caméra.

Mme Patricia Davidson: Ça peut être mobile?

Mme Terrence Ruddy: Oui, l'équipement de TEP peut être mobile. Aux États-Unis, on le transporte dans un semi-remorque. Il y a un État où trois ou quatre caméras de TEP se déplacent pour aller dans des petites collectivités semblables à Peterborough.

Mme Patricia Davidson: Docteur Beanlands.

Mme Rob Beanlands: Comme l'a dit le Dr McEwan, nous devons continuer à investir dans les initiatives déjà lancées — le comité dont parlait le Dr McEwan — et continuer cela de manière équilibrée. Je pense que nous devrions nous pencher sur le court, le moyen et le long termes, en jonglant avec les trois. Je pense que cela doit continuer.

Je crois moi aussi qu'accroître l'accessibilité et la disponibilité de l'imagerie par TEP devrait être une priorité. Je pense que nous devons mieux mesurer l'usage et la répartition dans le pays, comme on l'a déjà dit.

Merci.

• (1715)

Mme Patricia Davidson: Docteur Lamoureux.

[Français]

Dr François Lamoureux: En ce qui concerne le patient, il faut absolument qu'il retrouve la confiance, et le déploiement de la technologie TEP est la chose la plus importante.

En ce qui a trait à l'appareil de TEP mobile, c'est une erreur absolue de vouloir implanter cela: la France l'a rejeté et c'est elle qui a la plus grande expérience en matière de TEP. Le Québec l'a rejeté. C'est un déni de services pour ceux qui ont ces appareils. À ceux qui en font la promotion et qui sont aussi convaincus de leurs mérites, on suggère de leur offrir un appareil de TEP mobile en remplacement de l'appareil TEP qui est dans leur hôpital.

Dans les hôpitaux, on installe des appareils de résonance magnétique stable, car on ne peut prévoir le jour de la tenue des examens. Il s'agit d'exams que l'on doit programmer tous les jours. Alors, un appareil de TEP mobile, ce n'est pas utile; c'est une dépense inutile. On a rejeté cette formule, car ça entraîne des coûts excessifs pour l'entretien du tracteur, du moteur, et ça été complètement rejeté par la France. Le Canada aurait beaucoup avantage à regarder ce qui se fait en France ou en Belgique, parce que ce sont ces pays qui ont la plus grande expertise.

[Traduction]

La présidente: Je sais que votre temps de parole est écoulé mais ces réponses sont très intéressantes. Docteur Urbain, voulez-vous intervenir?

Dr Jean-Luc Urbain: Oui. Il y a trois choses. La première que je tiens à souligner est que la réglementation actuelle de Santé Canada pour approuver les produits radiopharmaceutiques, qui sont considérés comme des produits pharmaceutiques, est totalement désuète et qu'il est grand temps d'accélérer l'approbation de ces produits sur la base de normes internationales, pas de la norme canadienne.

La deuxième est que la tomographie par émission de positrons est un besoin absolu, surtout pour les patients en oncologie.

La troisième est que j'encouragerais absolument tout le monde à parler aux organisations médicales plutôt qu'aux individus.

La présidente: Un mot, docteur Driedger?

M. Albert Driedger: Oui, madame la présidente. Merci.

J'approuve les résumés qui viennent d'être faits sur la nécessité d'avoir un plan exhaustif pour le court terme et le long termes.

Bien que je sois toujours favorable à la recherche et au développement et que j'hésite à critiquer ce qu'on a décidé de financer cette semaine — parce que je n'ai pas vu les détails — au sujet du réacteur de McMaster, il ne faut pas oublier que nous utilisons un réacteur de 50 ans pour venir au secours d'un réacteur de 52 ans. La sagesse de cette décision me laisse un peu dubitatif.

La présidente: Monsieur Uppal.

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

Je vous remercie de vos contributions et de votre présence.

Le gouvernement est évidemment conscient de la gravité de cette pénurie mondiale d'isotopes médicaux. De fait, même le gouvernement précédent était conscient du problème, dès 2003, ce qui veut dire que cette situation n'est pas récente.

Docteur McEwan, je me demande comment nous collaborons avec les autres pays pour faire face à cette situation mondiale, et comment nous nous comparons aux autres pays?

Dr Sandy McEwan: J'ai déjà parlé de la réunion animée par la société avec des représentants de plusieurs pays et d'organisations médicales et de médecine nucléaire.

En fait, nous nous en tirons mieux que la plupart mais pas aussi bien que certains. Il ne fait aucun doute que nous pourrions nous

améliorer dans plusieurs domaines, notamment le partage d'informations. C'est incontestable. D'ailleurs, comme je l'ai dit plusieurs fois, j'estime que ce sera un aspect important de mon rôle. J'ai travaillé avec Jean-Luc et Al pendant de très nombreuses années, nous nous connaissons bien, nous pouvons communiquer et partager des idées, et je pense qu'il est important que les liens avec le groupe de travail — qui, je le rappelle, regroupe des oncologues, des cardiologues et a accès à l'AMC — continuent car c'est une manière de faire avancer les choses.

Si vous examinez la manière dont les autres pays ont fait face au problème d'approvisionnement en iode radioactif, en particulier, nous faisons probablement mieux que la plupart. Comme le Dr Driedger et moi-même l'avons dit, cette pénurie ponctuelle nous a pris par surprise car le fournisseur nous avait garanti qu'il n'y aurait pas de problème.

Le dernier aspect au sujet duquel nous voyons de vrais progrès, à mon avis, est la manière dont Santé Canada aborde depuis quelques temps les questions de réglementation des produits radiopharmaceutiques que nous pouvons utiliser en remplacement ou, ce qui est plus important, des isotopes médicaux venant d'autres sources. Les approbations ont été rapides, exhaustives, facilitatrices et interactives.

• (1720)

M. Tim Uppal: Je sais que vous n'occupez votre poste que depuis quelques jours mais votre mandat consistera-t-il aussi à faciliter les communications dont vous avez parlé et qui ont été jusqu'à présent insatisfaisantes?

Dr Sandy McEwan: J'espère que la ministre et la collectivité considèrent que c'est un aspect important de ma fonction. Pour ma part, c'est bien comme cela que je l'envisage, comme je l'ai dit, et j'ai déjà entamé des conversations avec des collègues de l'Ontario de façon à mieux comprendre leurs problèmes. L'Ontario et le Québec sont différents de l'Alberta et la Colombie-Britannique. Ce sont des provinces où il y a des petites collectivités qui n'ont pas accès à des radiopharmacies centrales et je me dois de bien cerner leur problématique. Je dois dire que je suis ravi des conversations que j'ai eues jusqu'à présent.

M. Tim Uppal: Docteur Beanlands, pouvez-vous nous dire comment nous nous en sortons par rapport aux autres pays?

Mme Rob Beanlands: En ce qui concerne les examens cardiaques, on a souligné lors de la récente réunion de la Société de médecine nucléaire que nous avons réussi, au moins dans le domaine de l'imagerie cardiaque, à gérer la crise au niveau national en décidant de passer au thallium. Bon nombre de centres américains n'ont pas utilisé le thallium depuis longtemps et ils nous demandent maintenant de les guider dans cette transition. Nous jouons donc le rôle de modèle, ce dont nous pouvons être fiers.

C'est un exemple de la manière dont notre communauté a réussi à se serrer les coudes pour résoudre ces problèmes et nous comptons bien continuer dans cette voie sous le leadership du Dr McEwan. La communauté de la médecine nucléaire est certainement une communauté importante mais il y a aussi des patients en cardiologie et en oncologie qui sont affectés. Ces disciplines doivent aussi être intégrées au processus et je suis heureux d'apprendre que cela se fera.

La présidente: Nous avons encore quelques minutes.

J'ai deux demandes. Je vais être très stricte sur le temps. Je vais vous donner une minute pour la question et une minute pour la réponse, si cela vous convient.

Dr Bennett, puis Dr Carrie.

L'hon. Carolyn Bennett: Juste une demande au Dr McEwan. En Ontario, évidemment, 95 p. 100 de notre approvisionnement vient généralement de Chalk River et nous n'avons pas de TEP. Il est temps que le ministère de la Santé de l'Ontario dise la vérité sur l'approvisionnement. Nous n'obtenons pas d'informations au niveau fédéral et nous avons donc dû téléphoner directement aux fournisseurs. Je pense que votre rôle est très clair: vous devez faire savoir aux gens ce qui est disponible, comment ça arrivera, etc.

Hier, j'ai demandé à la ministre si elle pourrait déposer devant le comité un tableau indiquant la source et l'approvisionnement des 245 sites, les solutions de remplacement disponibles dans ces sites et la capacité de chacun de venir en aide à d'autres ou comme vous avez pu le faire en Saskatchewan. Si nous avons une carte, comme disait Cathy... Nous devons vraiment encourager le gouvernement à fournir de l'argent parce que c'est l'autre chose que l'Ontario a très clairement indiquée. En ce qui concerne les incitatifs pour accroître les procédures de TEP, ce serait très important pour la communauté et pour les citoyens du Canada. Comme le disait un jour Allan Rock: « La géographie ne saurait justifier l'inégalité ». S'il pouvait y avoir des incitatifs pour développer la TEP à court terme et à long terme, le comité apprécierait d'obtenir l'information.

La présidente: Quelqu'un peut-il répondre au Dr Bennett?

Dr Sandy McEwan: Madame la présidente, je suis sensible à la confiance dont témoigne la députée au sujet de mon aptitude à travailler avec la ministre et avec la communauté dans le domaine de la communication. J'en suis encouragé et j'ai l'intention de collaborer avec la présidente et avec le comité.

Je rappelle qu'il n'y a que deux fournisseurs de générateurs en Amérique du Nord. Il s'agit des unités qui convertissent le molybdène en technétium. Le problème est la discordance d'approvisionnement de ces deux fabricants. Je suis sûr qu'ils travaillent 24 heures par jour pour rééquilibrer leur approvisionnement. Il est clair qu'il est très important que ces deux fabricants travaillent aussi fort que possible pour faire venir du molybdène d'Australie.

Vous avez constaté l'autre jour que Santé Canada a accordé un AC pour le molybdène d'OPAL en Australie. Je pense qu'il est clair que nous pouvons utiliser le processus de réglementation pour faciliter l'accès aux produits du molybdène et du technétium.

• (1725)

L'hon. Carolyn Bennett: Comment pourrez-vous résister aux enchères dont ces produits feront l'objet au niveau mondial?

La présidente: C'était la dernière, docteur Bennett.

Très rapidement, docteur McEwan.

Dr Sandy McEwan: Le technétium est un produit intéressant. Pendant de nombreuses années, il ne représentait qu'une partie

insignifiante du coût d'un produit pharmaceutique. Aujourd'hui, avec la montée du prix, c'est devenu une partie importante du coût global d'un examen et les gens commencent à en prendre note.

La présidente: Docteur Carrie.

M. Colin Carrie: Merci, madame la présidente.

Je voudrais résumer à nouveau, docteur McEwan, si ça ne vous dérange pas. Vous nous avez indiqué les trois choses importantes à vos yeux. Vous avez mentionné le groupe de travail spécial qui existe depuis 18 mois. Vous avez dit qu'il fonctionne bien et vous avez recommandé que l'on continue à travailler avec ce groupe pour obtenir des avis éclairés, pas seulement provincialement et territorialement mais aussi internationalement.

La deuxième chose que vous avez mentionnée, ce sont les communications. C'était l'une de mes questions tout à l'heure, pour m'assurer que les recommandations que vous allez formuler seront correctement diffusées à tous les acteurs clés.

Troisièmement, vous-même et le Dr Urbain avez mentionné Santé Canada dans son rôle de réglementation. J'ai constaté dans vos remarques que vous rendiez hommage au gouvernement au sujet du programme d'accès spécial et de la manière dont nous accélérons les procédures, mais vous avez dit aussi que nous pouvons encore améliorer cela.

Telles sont donc les trois choses que vous recommandez. Nous devons continuer de faire ce que nous faisons et essayer de le faire mieux.

Dr Sandy McEwan: C'est en tout cas ce que nous devrions faire dans l'immédiat. Ce sont les choses qui amélioreront la situation pour nos patients demain. Beaucoup des autres choses dont nous avons parlé prendront plus de temps. Ce dont nous devons nous assurer, c'est que le processus de réglementation est aussi efficace que possible pour avoir accès le plus rapidement possible au molybdène dans la chaîne d'approvisionnement et de production des produits radiopharmaceutiques. Comme je l'ai dit, j'ai obtenu l'approbation du fluorure en moins d'une semaine pour mon essai clinique. Je l'ai même obtenue plus rapidement que j'ai pu m'en servir.

M. Colin Carrie: Que j'aime entendre cela!

Puis-je vous adresser une recommandation pour votre nouvelle fonction? On a beaucoup parlé aujourd'hui des scanners de TEP qui semblent être une bonne solution. Je pense que tout le monde en convient. Je me demande si nous pourrions vous encourager à collaborer vraiment étroitement avec les provinces et territoires, car je sais que le Dr Lamoureux a mentionné des choses. Nous devons toujours veiller à respecter les champs de compétence mais, en dernière analyse, nous représentons tous les gens que nous représentons. Si nous pouvons collaborer pour régler ces problèmes afin de mieux servir nos concitoyens, c'est merveilleux.

Pour conclure, je tiens à vous remercier tous et toutes. J'ai beaucoup apprécié votre contribution.

Merci beaucoup, madame la présidente.

La présidente: Merci.

Oui.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Un rappel au Règlement, madame la présidente. J'aimerais voir si le comité serait prêt à donner son consentement unanime à la motion suivante: que le Comité de la santé, considérant la crise actuelle des isotopes, recommande au gouvernement du Canada de convoquer immédiatement un groupe d'experts international pour le conseiller sur le potentiel des réacteurs MAPLE 1 et 2 à produire des isotopes dans un délai raisonnable.

La présidente: Monsieur Trost.

M. Brad Trost: Madame la présidente, je ne suis pas sûr que Mme Wasylcia-Leis comprenne bien la différence entre le Comité de la santé et le Comité des ressources naturelles. Sa motion relève en réalité du Comité des ressources naturelles.

L'hon. Carolyn Bennett: Elle est ici depuis un peu plus longtemps que vous.

M. Brad Trost: Oui, je comprends que les comités peuvent faire ce qu'ils veulent mais il faut tenir compte du thème du débat. Des experts sont venus témoigner devant le Comité des ressources naturelles. Il y a eu des ingénieurs nucléaires, des physiciens, TRIUMF. Les responsables du réacteur de McMaster, à Hamilton, sont venus aussi. On a beaucoup débattu de cette question au Comité des ressources naturelles.

Comme je l'ai dit plus tôt, EACL a fait appel à des experts internationaux au sujet des MAPLE. Voilà pourquoi je pense que Mme Wasylcia-Leis devrait faire quelques recherches sur ces questions avant de proposer une telle motion.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Madame la présidente, sur cette question...

• (1730)

La présidente: Les députés consentent-ils à débattre de la motion?

Des voix: Non.

La présidente: Il n'y a pas de consentement.

Je veux dire à nos invités...

L'hon. Carolyn Bennett: J'en ai une. Laissez-moi essayer.

La présidente: Veuillez m'excuser, je veux...

L'hon. Carolyn Bennett: Un rappel au Règlement.

La présidente: Veuillez me donner une minute, j'ai quelque chose à dire.

Je tiens à remercier nos témoins d'aujourd'hui. Vous avez été tout simplement...

L'hon. Carolyn Bennett: Très respectueusement, madame la présidente, je ne pense pas que vous puissiez continuer quand il y a un rappel au Règlement.

La présidente: Voyez-vous, j'aimerais que le comité garde un minimum de dignité. Nous n'avons pas besoin de faire de la politique maintenant. Ce que nous devons...

L'hon. Carolyn Bennett: Je ne fais pas de politique. J'ai demandé au Dr McEwan s'il pourrait déposer un tableau ou une carte sur la source et les quantités de produits de remplacement dans tout le pays. Je pense que le comité est généralement d'accord avec cette proposition. Je pense qu'il serait vraiment utile pour tous les Canadiens de savoir qu'il existe un organisme central qui suit la situation de près. Avec le consentement unanime, il serait fantastique que tout le monde convienne que nous demandions cette information et que le Dr McEwan puisse nous la fournir.

La présidente: Monsieur Trost.

M. Brad Trost: Je ne suis pas sûr. Demande-t-elle simplement à ce monsieur de déposer le rapport qu'il a déjà produit ou propose-t-elle une motion pour lui demander de produire un tel élément? Je ne saisis pas bien ce que demande le Dr Bennett.

La présidente: Y a-t-il consentement unanime au sujet de cette information?

M. Brad Trost: Non, pas tant que je n'aurai pas compris ce qu'on me demande. Je suis contre.

L'hon. Carolyn Bennett: Je pense que c'est ce que décrivait Mme McLeod. Il serait très important que les gens du Canada sachent où les 245 sites du pays obtiennent leurs isotopes et combien ils s'attendent à en obtenir au cours des prochains mois. Ils devraient savoir aussi quel est leur accès aux solutions de remplacement, comme les examens de TEP, et quelle est leur capacité — comme au Québec, que Gatineau aide Ottawa, par exemple. C'est juste pour avoir le sentiment qu'il y a un plan, sur une base mensuelle, pour savoir qu'on s'en sortira dans l'immédiat.

La présidente: Docteur Carrie.

M. Colin Carrie: Je me demande simplement si elle essaye de proposer une motion sur un rappel au Règlement. C'est ça que nous faisons maintenant?

Mme Judy Wasylcia-Leis: Elle demande le consentement unanime pour le rappel au Règlement.

La présidente: Oui, elle demande le consentement unanime pour un rappel au Règlement.

Je vais donc poser ma question: qui est en faveur de ce rappel au Règlement?

M. Brad Trost: Je m'y oppose car je ne suis pas encore totalement sûr de ce que nous faisons, ici.

La présidente: Dans ce cas, il vous suffit de lever la main et de dire non.

L'hon. Carolyn Bennett: Si vous n'en êtes pas sûr, nous pouvons vous l'expliquer, monsieur.

M. Brad Trost: J'aimerais également demander aux témoins s'ils pensent que cela serait un problème pour eux et si cela exigerait beaucoup d'efforts ou non. Il y a des choses comme ça.

L'hon. Carolyn Bennett: C'est quelque chose qui va devoir se faire, monsieur Trost.

La présidente: Docteur McEwan, s'il vous plaît.

Veuillez m'excuser, je donne la parole au Dr McEwan.

Dr Sandy McEwan: Madame la présidente, j'aimerais répondre brièvement en trois parties.

La première concerne les prévisions d'approvisionnement. Des prévisions d'approvisionnement sont fournies à Santé Canada et je pense qu'elles sont fournies au reste du pays chaque semaine. Les prévisions du 18 juin... Pour le technétium 99m, le molybdène, nous serons à 100 p. 100. Lantheus, pour ses clients directs, c'est-à-dire les hôpitaux qui dépendent de Lantheus pour un générateur, 70 p. 100. Les radiopharmacies de Lantheus, 50 p. 100 aujourd'hui et demain, et après. C'était ça le 18 juin. Ça montera à 100 p. 100 la semaine prochaine. Le thallium n'est pas produit dans des réacteurs mais dans des cyclotrons. C'est 100 p. 100. L'iode 131, selon ce qu'on nous a dit, ce sera faible cette semaine. Nous croyons cependant que la situation sera réglée dans deux ou trois semaines par une combinaison de PAS, le programme d'accès spécial, et par la réapprovisionnement du fournisseur. Évidemment, la solution à long terme est d'obtenir un approvisionnement de l'Afrique du Sud et de l'Australie. C'est le premier point.

Deuxièmement, je suis sûr que les provinces détermineront elles-mêmes d'où viennent les générateurs. Je n'aurais certainement

aucune objection à ce qu'on me demande de réunir les informations disponibles puisque cela fera clairement partie de mon rôle en matière de communications.

Finalement, je pense qu'il est très important de comprendre les échéanciers de production des principaux réacteurs au cours de l'année à venir. C'était le thème de la réunion d'hier et d'aujourd'hui de l'AEN.

● (1735)

La présidente: Je vous remercie de ces informations, docteur McEwan.

La motion est rejetée.

La présidente: Je tiens à remercier tous nos invités qui nous ont donné des informations très importantes. Je sais que le comité a été très intéressé par ce que vous aviez à dire. Vous êtes venus à très court préavis et je vous en remercie tout spécialement.

La séance est levée.

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

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

**Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :
Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:
<http://www.parl.gc.ca>**

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

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