



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 003



1<sup>re</sup> SESSION



42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le lundi 7 mars 2016**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le lundi 7 mars 2016

• (1530)

[Traduction]

**Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):** Mesdames et messieurs, la séance est ouverte.

Merci à nos invités de l'Agence de la santé publique du Canada et de la Société canadienne du sang. Vous êtes les tous premiers témoins que notre comité permanent a la chance d'accueillir à l'amorce de cette 42<sup>e</sup> législature. Nous vous attendions.

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** Toujours est-il que nous sommes très heureux de vous recevoir.

Nous allons discuter aujourd'hui de l'écllosion du virus Zika. Dans notre rôle de député, nous sommes sans cesse en interaction avec nos commettants. Nous devons être capables de répondre correctement à leurs questions, et nous espérons bien que vous pourrez nous aider à mieux y parvenir.

Nous devrions donc consacrer les 90 prochaines minutes à cet enjeu. Aux environs de 17 heures, si chacun a eu la chance de poser ses questions, nous nous pencherons sur le rapport du comité de direction.

Je propose que nous débutions avec les représentants de l'Agence de la santé publique du Canada. Nous entendrons ensuite ceux de la Société canadienne du sang. Comme à l'habitude, vos exposés ne doivent pas dépasser 10 minutes chacun. Les membres du comité auront ensuite des questions à vous poser.

Cela convient à tout le monde? Très bien.

**Dr Gregory Taylor (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada):** Merci beaucoup, monsieur le président.

C'est déjà un privilège de comparaître devant vous, et je me sens doublement privilégié d'être votre tout premier témoin. Je vous ai soumis un bref document que je vais passer en revue avec vous très rapidement. M. Matthew Gilmour, directeur général de notre Laboratoire national de microbiologie à Winnipeg, vous fournira certaines précisions supplémentaires.

J'aimerais d'abord vous faire part des trois messages fondamentaux que je souhaite vous transmettre aujourd'hui. Premièrement, il faut savoir que nos connaissances au sujet du virus Zika évoluent rapidement. Il est probable que bon nombre des recommandations que nous formulons et des activités que nous menons actuellement changeront lorsque nous en saurons davantage. Deuxièmement, nous voulons vous assurer que les risques pour les Canadiens vivant au Canada sont pour l'instant plutôt faibles. Troisièmement, sachez que nous avons adopté, à la lumière des données scientifiques disponibles, et à l'instar du reste de la planète, une approche reposant sur le principe de précaution dans le dossier du virus Zika.

À la page 2 de notre document, vous trouverez des renseignements généraux sur le virus et son mode de transmission. Il faut notamment retenir que seulement de 20 % à 25 % des personnes infectées développent des symptômes. Ce virus existe depuis un bon moment déjà. Il a été signalé en Afrique et en Asie dès 1947 ou 1950, mais nous ne connaissons malgré tout que très peu de choses à son sujet, surtout du fait qu'un très petit nombre de personnes ont été malades et hospitalisées. Cela fait partie de ces choses qui apparaissent sans que l'on s'y intéresse vraiment.

Le virus qui est actuellement en pleine éclosion dans les Amériques est quelque peu différent, mais la vaste majorité de son génome est identique. Comme vous le savez sans doute déjà, il fait partie d'une famille de virus où l'on retrouve la dengue, la fièvre jaune et le virus du Nil occidental. Ce dernier virus étant présent au Canada, il est possible que certains diagnostics soient un peu plus difficiles à établir.

Comme je l'indiquais, les connaissances sont encore très limitées. Nous en apprenons sans cesse davantage. Vous avez pu voir ces reportages au sujet de la microcéphalie et du syndrome de Guillain-Barré. Bref, nos connaissances s'approfondissent graduellement. M. Gilmour va vous parler tout à l'heure des diagnostics qui revêtent une très grande importance. Il faut toutefois savoir qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement ou de vaccin pour ce virus, et que les recherches doivent se poursuivre.

La page suivante traite des risques pour les Canadiens. Comme vous avez pu l'apprendre dans les médias, la flambée des dernières années fait en sorte que le virus est en circulation dans plus de 50 pays du monde et que plus de 30 pays en Amérique ont rapporté avoir des cas.

Étant donné que les risques pour les personnes vivant au Canada sont très faibles, nous devons concentrer nos efforts sur les voyageurs. Il est indiqué ici que plus de 3 millions de Canadiens voyagent chaque année dans des pays d'Amérique actuellement touchés par le virus. En date du 7 mars, 20 cas d'infection au virus Zika ont été confirmés au Canada par des tests en laboratoire. Toutes ces personnes ont été infectées lors d'un déplacement à l'étranger. Nous nous inquiétons d'abord et avant tout du sort des femmes enceintes et mes prochaines observations vont porter en grande partie sur leur cas particulier.

Ainsi, la page suivante traite du virus Zika dans le contexte d'une grossesse. Comme vous le savez, le Brésil déplore une hausse marquée des cas d'anomalie congénitale grave connue sous le nom de microcéphalie, c'est-à-dire que les nouveaux-nés ont une tête anormalement petite et un cerveau sous-développé. D'autres troubles neurologiques ont également été signalés. La situation est notamment rendue plus complexe du fait que le lien entre le virus et ces anomalies n'a pas encore été prouvé.

On a établi une corrélation avec la présence de ce virus. Vous avez sans doute vu dans les médias que pas moins de 5 000 ou 6 000 nouveaux cas de microcéphalie ont été signalés. Suivant certaines indications, une partie de ces cas seraient apparus avant que le virus Zika s'implante au Brésil, et seulement quelques centaines d'entre eux ont été associés à ce virus. Et je dis bien qu'ils ont été associés au virus. Nous n'en aurons jamais la preuve. Nous ne pouvons pas inoculer le virus à une femme enceinte simplement pour voir ce qui va arriver. Il faudra toujours se limiter à des études d'observation, mais les preuves s'accumulent progressivement.

Nous avons des preuves de la présence du virus dans des foetus et dans des placentas. Quant à savoir s'il est à l'origine de l'anomalie ou si sa présence n'est que fortuite, nous l'ignorons pour l'instant.

Nous ciblons donc les femmes enceintes en leur recommandant des précautions particulières. Comme vous avez pu le voir dans nos conseils de santé aux voyageurs, nous recommandons aux femmes enceintes qui comptent se rendre dans les pays touchés de revoir leurs plans et de renoncer à leur voyage tant que l'écllosion bat son plein. Si elles doivent tout de même faire ce déplacement, elles devraient tout mettre en oeuvre pour éviter les moustiques.

La transmission par contact sexuel est un autre nouvel élément de l'équation. Avant la flambée actuelle, c'était extrêmement rare, avec un ou deux cas seulement signalés à l'échelle planétaire. Vous avez sans doute vu dans les médias que l'on rapportait quelques nouveaux cas de transmission sexuelle. D'après ce que nous savons actuellement, il semblerait que le virus puisse séjourner dans le sperme pendant une période pouvant atteindre deux semaines. Il y a donc eu quelques cas d'hommes qui se sont rendus dans les pays infectés, y ont contracté le virus et l'ont transmis à leur retour à des femmes avec lesquelles ils ont eu des relations sexuelles.

À la page 5, il est question de ce qui se fait à l'échelle nationale. La surveillance est l'élément clé pour nous. Nous surveillons l'écllosion, établissons des statistiques pour dresser un portrait global, et veillons à ce que le pays respecte ses obligations aux termes du Règlement sanitaire international.

• (1535)

Nous sommes signataires du Règlement sanitaire international au même titre que les autres pays membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce règlement ne nous oblige pas à signaler tous les cas où des Canadiens ont contracté le virus Zika à l'étranger, mais nous devons notifier l'OMS si quelqu'un le contracte au Canada ou lorsque le virus est associé à une anomalie congénitale.

Nous multiplions les recommandations en la matière. Outre les conseils de santé aux voyageurs que j'ai déjà mentionnés, nous avons émis un avis de santé publique à l'intention de la population en général. Nous misons aussi sur le travail du Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages. Ce groupe d'experts que nous avons mis sur pied il y a plusieurs années déjà a produit toute une série de guides de voyage qui sont accessibles sur son site Web.

Il y a également les tests de laboratoire et les recommandations qui en découlent à l'égard du virus Zika dont M. Gilmour va vous parler tout à l'heure. Vous savez probablement déjà qu'une période d'exclusion de 21 jours est en vigueur pour les dons de sang, de cellules, de tissus et d'organes. Mes collègues de la Société canadienne du sang vous en diront plus long à ce sujet dans un instant.

La page 6 traite notamment du soutien pour l'administration de tests de diagnostic. À ce titre, je voulais que vous sachiez que nous avons eu un cas d'infection au Canada en 2013. Le virus a pu être

isolé chez un voyageur qui l'avait contracté en Thaïlande cette année-là. Nous en avons conservé un échantillon dans notre laboratoire, ce qui nous procure une longueur d'avance dans nos tests de diagnostic portant sur ce virus. Notre échantillon n'est pas absolument identique au virus, mais semblable à 99 %.

Matt, avez-vous quelques observations à ajouter concernant le soutien pour les tests de diagnostic?

**M. Matthew Gilmour (directeur général scientifique, laboratoire national de microbiologie, Direction générale de la prévention et contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada):** Avec plaisir, docteur Taylor.

Je tiens d'abord à vous remercier de m'avoir invité. Je peux vous assurer que l'on ne chôme pas actuellement au Laboratoire national de microbiologie à Winnipeg, notamment parce que c'est nous qui effectuons tous les tests de diagnostic pour le virus Zika au pays.

Nous effectuons deux types de test. Il y a d'abord le test moléculaire qui est très rapide. Pour les Canadiens qui reviennent tout juste d'une région du monde où le virus circule et qui en ont récemment ressenti les symptômes, nous réalisons ce test qui peut confirmer très rapidement et de façon catégorique s'ils ont effectivement contracté le virus. C'est un test facile qui permet de savoir si le virus circule encore dans leur sang ou dans leurs autres tissus.

Nous menons aussi des tests sérologiques pour voir si une personne a déjà été exposée au virus. Il s'agit de déterminer si le système immunitaire a produit des anticorps pour le virus en question. Malheureusement, le processus est moins rapide que pour le test moléculaire étant donné que c'est une infection antérieure que nous tentons de détecter. Il faut parfois des semaines pour confirmer un cas.

Nous nous comptons chanceux d'avoir ces deux tests parmi la gamme d'outils à notre disposition. Nous le devons à notre collaboration avec les collègues américains des CDC ainsi qu'à l'isolat que nous avons pu prélever en 2013 chez un voyageur de retour de la Thaïlande.

Comme de raison, nous sommes là pour effectuer les tests de diagnostic qui ne peuvent pas être réalisés par les laboratoires des hôpitaux ou des services provinciaux de santé publique lorsque des cas de maladie infectieuse se présentent au Canada. C'est ce qui est arrivé quand ce voyageur est revenu de Thaïlande avec ce qu'on croyait être des symptômes de la dengue. Ce n'était pas la dengue. Comme c'était autre chose, on a fait appel à nos services. Nous avons reçu les spécimens en 2013, et avons confirmé qu'il s'agissait du premier cas d'infection au virus Zika associé à un voyage à l'étranger. Comme le disait le Dr Taylor, ce cas nous a servi de tremplin pour amorcer la conception de tests de diagnostic et commencer à en effectuer.

À l'heure actuelle, nous fournissons les tests de diagnostic pour tous les laboratoires provinciaux de santé publique. Parallèlement à cela, nous avons entrepris certaines recherches, dont des travaux de recherche appliquée pour la conception de nouveaux tests. Nos travaux visent également l'évaluation des analyses commerciales. Si nous parvenons à mettre ces nouvelles mesures en place, nous pourrions répartir la capacité de dépistage entre les différents laboratoires provinciaux de telle sorte que tout le travail n'ait pas à se faire à Winnipeg.

Nous avons aussi débuté d'autres études avec le concours de modèles animaux car, pour connaître l'efficacité d'un antiviral ou d'un vaccin expérimental, il faut d'abord le tester sur de petits animaux. Nous essayons aussi de voir ce qu'il est possible de faire du côté des moustiques. Nous avons un laboratoire d'entomologie qui nous permettra d'effectuer des tests pour déterminer si les moustiques présents au Canada peuvent être porteurs du virus. Nous pouvons compter sur des spécialistes de la modélisation mathématique, de la télé-épidémiologie et de la géographie mathématique dont les modèles nous permettent de savoir si les moustiques présents au Brésil et en Amérique centrale peuvent émigrer au Canada en apportant le virus avec eux.

Nous pouvons donc miser sur toute une gamme de moyens scientifiques pour évaluer les risques, qui sont très faibles, que ces moustiques se rendent jusqu'au Canada et s'y établissent. Avec l'aide de modèles animaux, nous avons aussi entrepris des recherches qui pourraient nous permettre de concevoir un traitement, que ce soit sous la forme d'un antiviral ou d'un vaccin.

C'était donc un aperçu du travail que nous effectuons actuellement au Laboratoire national de microbiologie.

• (1540)

**Dr Gregory Taylor:** Merci, Matt. C'est très bien. Il faut dire également que nous coordonnons les efforts de plusieurs ministères à l'échelle fédérale tout en travaillant avec les provinces et les territoires et en collaborant avec nos partenaires internationaux.

Nous communiquons régulièrement avec nos collègues de tout le pays aux fins de la mobilisation des provinces; nous consultons des experts; nous transmettons les plus récents renseignements disponibles; et nous formulons nos mises en garde. Ainsi, je parle presque chaque jour aux médecins hygiénistes en chef. Un peu tout le monde s'interroge quant à la meilleure façon de signaler un cas ou se demande ce qui arrive exactement. Nos efforts sont incessants. Nous demeurons en lien avec les intervenants de première ligne, notamment par le truchement de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, du Collège des médecins de famille du Canada et de la Société canadienne de pédiatrie.

Comme vous pouvez vous l'imaginer, les femmes enceintes qui sont infectées ou craignent de l'être ont une décision très difficile à prendre. J'ai eu la chance de discuter à maintes reprises avec la directrice générale de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada qui m'a dit croire qu'un grand nombre de femmes choisiront de mettre un terme à leur grossesse, et que bien des femmes seront confrontées à un choix très difficile, que le test de diagnostic soit positif ou non. Il est possible qu'une femme ne présente pas de symptômes, mais que les tests sérologiques révèlent la présence d'anticorps, mais il ne faut pas oublier que l'interprétation de ces tests est très délicate. Nous collaborons donc étroitement avec les praticiens de première ligne pour les aider à ce chapitre.

J'ai déjà mentionné que nous coopérons avec plusieurs ministères fédéraux, mais nous travaillons aussi de concert avec Sport Canada, le Comité olympique canadien et son directeur médical le Dr Bob McCormack, et le Comité paralympique canadien pour les aider à prendre les décisions qui s'imposent concernant leurs athlètes.

À l'échelle internationale, nous travaillons avec l'OMS, mais aussi avec l'Organisation panaméricaine de la santé qui est notre principal point de contact étant donné que l'infection touche les Amériques. Notre collaboration avec ces partenaires est très étroite. Comme je le soulignais précédemment, nous signalons les cas en vertu du Règlement sanitaire international afin que l'OMS demeure au fait de la situation au Canada. L'OMS a demandé une aide de 56 millions de

dollars aux États membres. Nous essayons de déterminer la façon optimale de répondre à ces besoins.

Notre aide peut passer également par le travail accompli au laboratoire national. Nous essayons de voir ce que nous pourrions faire pour soutenir le travail de l'Agence de la santé publique des Caraïbes avec laquelle nous collaborons étroitement depuis de nombreuses années. Nous tentons de déterminer ce qu'il est préférable de faire pour appuyer cette organisation parapluie créée par plusieurs pays des Antilles.

Je vais en rester là pour l'instant et laisser la parole à mes collègues.

**Le président:** Merci beaucoup pour cet exposé et pour votre document d'information. Tout cela est très clair et on y trouve beaucoup de renseignements.

Docteur Sher.

**Dr Graham Sher (chef de la direction, Société canadienne du sang):** Merci beaucoup à tous les membres du Comité. Je suis très heureux d'avoir l'occasion de vous adresser la parole au nom de la Société canadienne du sang.

Je vais vous parler brièvement de notre organisation pour vous aider à situer l'enjeu du virus Zika dans le contexte de notre travail. Comme vous le savez, la Société canadienne du sang est un organisme indépendant qui appuie partout au pays les services médicaux de transfusion et de transplantation offerts au sein de notre système de santé. Nous sommes réglementés par Santé Canada en application de la Loi sur les aliments et drogues, mais notre financement nous vient des provinces et des territoires par le truchement des ministres de la Santé qui agissent à titre de membres de la Société.

Notre mandat consiste à gérer le système national d'approvisionnement en sang, en produits sanguins, en cellules souches et en services connexes pour toutes les provinces et tous les territoires à l'exception du Québec qui a sa propre agence, Héma-Québec. Nous gérons également pour le compte des Canadiens la banque nationale de sang de cordon ombilical. Nous sommes en outre responsables de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques dérivés du plasma pour le pays. Nous sommes aussi en charge d'un réseau interprovincial et national pour les dons d'organes et les transplantations. Nous espérons d'ailleurs avoir l'occasion d'en discuter davantage avec le Comité dans un avenir rapproché.

Notre organisation s'emploie à apporter une contribution véritable en améliorant l'état de santé des patients qui ont besoin d'une transfusion ou d'une transplantation grâce à un régime de santé plus efficient où les investissements sont optimisés. Nous misons sur un modèle intégré de prestation des services de portée pancanadienne dont l'infrastructure et l'approche de gouvernance font de nous une organisation unique dans le milieu canadien de la santé.

Comme mes collègues de l'Agence de la santé publique du Canada vous en ont déjà dit beaucoup au sujet du virus Zika, je vais me contenter d'ajouter que nous avons la responsabilité d'atténuer les risques que peuvent présenter tous les virus pour l'approvisionnement en sang. Ainsi, le Dr Taylor a mentionné l'émergence il y a plusieurs années du virus du Nil occidental qui est assez similaire à celui-ci. À l'époque, nous avons pris sans tarder des mesures proactives pour protéger l'approvisionnement en sang contre ce virus. Nous sommes maintenant confrontés à la même situation avec le virus Zika.

Que savons-nous du virus Zika et des risques qu'il représente pour l'approvisionnement en sang à l'échelle mondiale, et au Canada plus particulièrement? Dans les premiers temps de l'écllosion, il n'était pas clairement établi que le virus pouvait être transmis lors d'une transfusion sanguine. Deux cas récents au Brésil semblent toutefois indiquer que la transfusion de produits sanguins peut permettre la transmission du virus.

Il est important de noter — et la Dre Devine pourra certes vous en dire davantage si les membres du Comité ont des questions à ce sujet — qu'il n'existe pas actuellement de test de dépistage homologué pour le virus Zika. Contrairement à ce qui se fait pour le virus du Nil occidental, le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C, il n'y a pas de test de dépistage auquel nous pourrions soumettre tous les donateurs de sang. Dans les pays où le virus n'est pas largement répandu, les fournisseurs de sang, comme la Société canadienne du sang, doivent s'en remettre à une politique d'exclusion temporaire des donateurs qui reviennent d'un voyage dans une région infectée.

Les premiers cas ont été signalés au Brésil au milieu de 2015. En novembre, on en avait rapporté en Colombie, au Mexique, au Guatemala, au Salvador, au Venezuela et au Paraguay. Porto Rico s'est ajouté en décembre. En janvier, l'écllosion touchait d'autres secteurs des Antilles.

Étant donné que les Canadiens voyagent fréquemment dans cette région du globe, nous avons jugé nécessaire d'intervenir sur-le-champ en prenant des mesures de précaution pour protéger l'approvisionnement en sang. Nous avons fait appel à notre comité consultatif sur la recherche et les questions scientifiques, un groupe d'experts spécialisés dans les maladies transmissibles par transfusion. Nous avons consulté nos collègues d'Héma-Québec. Nous avons communiqué régulièrement avec l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada.

Comme le soulignait le Dr Taylor, nous sommes tous conscients que les risques sont minimes. Même si nous n'avions pas adopté une politique d'exclusion, les risques de transmission via une transfusion sanguine au Canada auraient été très faibles.

Néanmoins, conformément au principe de précaution qui sous-tend toutes les décisions prises par la Société canadienne du sang, nous avons annoncé le 28 janvier dernier notre intention d'adopter une politique officielle visant à limiter les risques de contamination de l'approvisionnement en sang par le virus Zika dès la semaine suivante, soit le 5 février. À l'occasion de cette annonce du 28 janvier, nous avons demandé publiquement aux Canadiens qui avaient séjourné récemment dans les régions touchées de reporter d'un mois leurs dons de sang pour nous laisser le temps d'effectuer une évaluation détaillée des risques et de déterminer la durée d'exclusion la plus appropriée pour le Canada.

La Dre Devine et son équipe ont alors entrepris un processus rigoureux d'analyse fondée sur les risques. Il s'agissait d'abord et avant tout d'assurer le maintien d'un approvisionnement en sang suffisant pour répondre aux besoins des patients de tout le pays tout en veillant à en garantir l'innocuité.

• (1545)

Pour arriver à comprendre l'ampleur des risques encourus, nous avons analysé toutes les données scientifiques disponibles ainsi que l'information sur les habitudes de voyage de nos donateurs. Nous avons ainsi pu concevoir un modèle évolué d'évaluation des risques fondé sur des hypothèses, des prévisions et les cas expérimentés avec le virus Zika en tant que pathogène connu et des virus similaires comme celui de la dengue.

Le 5 février dernier, nous avons décrété une période de non-admissibilité de 21 jours à la suite d'un séjour dans une région à risque. Héma-Québec nous a emboîté le pas. Plusieurs critères importants ont guidé l'établissement de cette période d'exclusion de 21 jours: l'estimation du risque de contamination du système d'approvisionnement canadien par une unité sanguine; les données disponibles sur la durée de maladie et le temps de séjour du virus dans le système sanguin; la nécessité d'opter pour une période d'attente que notre système informatique pourrait mettre en oeuvre rapidement et efficacement; la recherche d'une approche simple que nous n'aurions pas à modifier toutes les fois que la présence du virus Zika serait signalée dans un nouveau pays; un calcul des répercussions sur l'approvisionnement en sang pour nous assurer de conserver suffisamment de donateurs pour répondre aux besoins des patients canadiens; et, surtout, l'application du concept de risque proportionnel pour trouver le juste équilibre entre le maintien de l'approvisionnement et la garantie de son innocuité.

Nous savions à ce moment-là que la Food and Drug Administration américaine envisageait une période d'exclusion de 28 jours, comme plusieurs autres pays préoccupés par le virus Zika. Cette possibilité d'une période de 28 jours était fondée sur les calculs effectués par l'AABB, l'association américaine des banques de sang. La Dre Devine et moi-même avons d'ailleurs été membres du conseil d'administration de cette association. Leur comité a procédé à deux évaluations des risques: l'une pour une période de 14 jours et l'autre pour 28 jours. Ils n'ont pas fait d'évaluation pour une période de 21 jours. On a retenu ces deux délais, 14 et 28 jours, parce qu'ils avaient déjà été utilisés pour les politiques d'exclusion temporaire dans le cas d'autres virus.

Comme leurs données indiquaient qu'une période d'attente de 14 jours ne serait sans doute pas suffisante pour atténuer les risques de façon satisfaisante, ils ont recommandé que ce soit 28 jours. La FDA a suivi cette recommandation de l'AABB, et c'est devenu la politique aux États-Unis.

Notre modélisation des risques était fondée sur un calcul détaillé portant notamment sur la période de non-admissibilité de 21 jours. Selon nos données, et celles d'Héma-Québec également, les risques qu'une unité de sang infectée par le virus Zika contamine l'approvisionnement sanguin du Canada avec l'application d'une période d'attente de 21 jours sont de 1 sur 38 millions. Avec une période d'exclusion de 28 jours, ils se chiffrent à 1 sur 380 millions. Pour situer les choses dans leur contexte, disons que le risque combiné de contamination de notre approvisionnement sanguin par le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C s'établit actuellement, compte tenu des tests de dépistage perfectionnés à notre disposition, à environ 1 sur 3,8 millions. Si l'on compare avec les autres risques que nous avons à gérer, nous sommes donc persuadés que notre politique d'exclusion de 21 jours permet de réduire dans une proportion acceptable les risques associés au virus Zika.

Nous avons intentionnellement choisi une zone géographique très vaste pour l'application de notre politique d'exclusion à la suite d'un voyage à l'étranger. Ainsi, le délai d'attente de 21 jours sera en vigueur pour nos donateurs qui ont voyagé à l'extérieur de l'Amérique du Nord et de l'Europe.

Tel que mentionné, il faut également tenir compte de la situation des donneurs de cellules, de tissus et d'organes. Comme je le disais en introduction, en plus de gérer l'approvisionnement en sang, nous sommes responsables du réseau pour les dons de cellules souches au Canada ainsi que de la banque publique de sang de cordon ombilical. De plus, nous nous employons activement à appuyer les activités liées aux dons d'organes et aux transplantations partout au pays. Nous sommes convaincus que nos calculs des risques pour les donneurs de sang sont tout aussi valables pour les adultes qui veulent donner des cellules souches.

Les directives transmises par Santé Canada aux organisations s'occupant des dons de cellules, de tissus et d'organes s'harmonisent avec la période de non-admissibilité de 21 jours mise en place par la Société canadienne du sang et Héma-Québec. Bien que nous ne fassions pas de dépistage direct auprès des donneurs d'organes — ce sont les organisations provinciales qui s'en charge —, nous sommes d'avis que les recommandations formulées par Santé Canada et la Société Canada Transplant sont suffisantes pour atténuer les risques associés à la gestion des dons d'organes.

• (1550)

À l'instar de l'Agence de la santé publique du Canada, nous suivons de près l'évolution de la situation. Nous demeurons en contact avec nos nombreuses organisations partenaires responsables de ces questions, y compris les fournisseurs de sang de toute la planète et les agences de santé publique provinciales et fédérale.

En terminant, j'aimerais vous parler d'une autre technologie que la Société canadienne du sang juge extrêmement utile pour gérer et atténuer les risques, même si elle ne sera pas disponible à court terme au Canada. Il s'agit de l'inactivation des agents pathogènes. J'ai d'ailleurs à mes côtés l'une des expertes mondiales en la matière. Elle se fera un plaisir de répondre à vos questions à ce sujet.

Cette technologie ne mise pas sur le dépistage d'éléments dans le sang; elle vise plutôt à éradiquer ou inactiver les agents pathogènes avant leur transmission. Elle n'est pas encore homologuée pour utilisation au Canada, mais la Société canadienne du sang est active dans ce dossier; nous participons à un essai clinique et nous travaillons avec l'agence de réglementation pour obtenir l'homologation de cette technologie qui rendrait plus sécuritaire notre système d'approvisionnement en sang.

En conclusion, monsieur le président, je tiens à assurer aux Canadiens que la Société canadienne du sang a pris sans tarder des mesures concrètes pour atténuer les risques que le virus Zika contamine l'approvisionnement sanguin au Canada. Les patients canadiens peuvent continuer à compter sur nous pour bénéficier de transfusions en toute sécurité. À la lumière de ce que nous connaissons actuellement du virus Zika, nous avons la conviction que nos processus décisionnels rigoureux et fondés sur le risque nous ont permis d'adopter la politique qui convient le mieux à la situation qui prévaut au Canada.

Merci beaucoup.

• (1555)

**Le président:** Merci beaucoup. Vous nous avez certes donné amplement matière à réflexion, ce qui ne manquera pas de susciter de nombreuses questions.

Nous allons commencer sans plus tarder avec M. Kang pour les sept premières minutes. Nous poursuivrons en passant d'un côté à l'autre.

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

Bonjour à tous. Je tiens à remercier les représentants de l'Agence de la santé publique du Canada et de la Société canadienne du sang d'avoir bien voulu comparaître devant le Comité. Nous savons maintenant beaucoup mieux à quoi nous en tenir concernant le virus Zika.

Ma question porte sur le risque. Y a-t-il des groupes démographiques ou des résidents du pays qui sont particulièrement à risque au Canada?

**Dr Gregory Taylor:** Voulez-vous parler des personnes qui résident au Canada? Est-ce bien ce que vous voulez savoir?

**M. Darshan Singh Kang:** Oui. Y a-t-il un groupe particulier ou une région du pays...

**Dr Gregory Taylor:** D'accord.

**M. Darshan Singh Kang:** ... qui risque davantage d'être infecté par le virus?

**Dr Gregory Taylor:** Pour l'instant, le virus ne circule pas au Canada. Les moustiques qui le transmettent ne peuvent pas supporter la rigueur de notre climat. Comme Matt l'indiquait, des recherches sont en cours pour déterminer si les moustiques canadiens pourraient transmettre le virus. À l'heure actuelle, les risques qu'une telle chose puisse se produire au Canada sont très faibles.

Ce sont les Canadiens qui séjournent dans des pays où le virus est en circulation qui sont à risque. Dans l'état actuel de nos connaissances, il semblerait qu'il n'y ait pas de groupe particulièrement affecté, si ce n'est les femmes enceintes. Ainsi, une femme enceinte infectée par le virus Zika s'expose à des problèmes de neurodéveloppement du fœtus, qu'il s'agisse de microcéphalie avec croissance insuffisante du cerveau ou d'autres troubles de développement. Il y a aussi des éléments qui indiquent que les effets peuvent se faire ressentir en dehors du système neurologique, mais ce ne sont pour l'instant que des associations.

**M. Darshan Singh Kang:** Cela m'amène à une autre question. L'hiver tire à sa fin. Sommes-nous prêts pour le printemps et l'été lorsque la saison des moustiques battra son plein? Avons-nous planifié des mesures pour composer avec une situation semblable si jamais elle se présente?

**Dr Gregory Taylor:** Parmi les virus transmis par les moustiques vivants au Canada, c'est celui du Nil occidental qui se rapproche le plus de celui-ci. C'est généralement une infection plutôt bénigne. Nous recommandons les mesures habituelles pour éviter les piqûres de moustiques: rentrer la chemise dans le pantalon, utiliser un répulsif, etc. Mais ces directives ne s'appliquent pas dans le cas du virus Zika, car les moustiques qui le transmettent ne peuvent pas vivre au Canada. Ceux que nous avons ici en sont incapables. Je ne suis pas entomologiste, mais c'est en raison des glandes salivaires de nos moustiques qui diffèrent de celles des deux types qui sont porteurs, ces derniers ne pouvant pas se reproduire chez nous.

Cela fait partie des recherches que nous effectuons en collaboration avec nos partenaires pour voir si c'est chose possible. Pour l'instant, rien n'indique que ce soit le cas. Lorsque viendra le temps de vous protéger contre les piqûres de moustiques, vous pourrez prendre les précautions habituelles, mais il y a davantage à s'inquiéter de virus comme celui du Nil occidental que du Zika.

**M. Darshan Singh Kang:** Prévoyez-vous tenir une campagne d'information publique?

**Dr Gregory Taylor:** Nous informons les gens au moyen de nos conseils de santé aux voyageurs qui quittent le pays. Nous le faisons depuis plusieurs semaines déjà et nous allons continuer dans le même sens, notamment via Twitter et Facebook.

Chaque printemps, nous sensibilisons les gens au sujet des piqûres de moustiques. Nos messages sur ces deux tableaux vont donc s'inscrire dans une démarche concertée en insistant sur les précautions à prendre.

Pour les gens qui voyagent, et surtout pour les femmes enceintes qui doivent se déplacer, nous avons — sans parler de directives strictes — des conseils un peu différents. À titre d'exemple, nous recommandons aux femmes enceintes — et à personne d'autre — de dormir sous un moustiquaire de lit, qu'elles soient à l'hôtel ou non et qu'il y ait ou non des moustiquaires aux fenêtres. C'est ce que nous recommandons à ces femmes qui doivent absolument voyager.

Ce sont donc nos messages adaptés à la présente situation qui vont généralement dans le sens de ceux que nous transmettons déjà.

**M. Darshan Singh Kang:** Merci, monsieur Taylor.

Si on considère que le Brésil est l'épicentre de la présente écloison, avez-vous envisagé une interdiction de voyage dans ce pays ou croyez-vous que l'on en viendra à adopter cette solution?

**Dr Gregory Taylor:** Pour l'instant, ce n'est pas le cas.

À la différence du virus Ebola, il ne peut pas y avoir transmission d'une personne à une autre. Le virus Zika est transmissible par le biais d'un porteur. Pas moins de 80 % des personnes infectées ne présentent aucun symptôme. Pour les 20 % qui restent, les symptômes sont plutôt bénins, et très peu de personnes sont hospitalisées avec des complications graves.

Pour la vaste majorité des gens, c'est une infection tout à fait bénigne. Nous recommandons toujours des précautions aux personnes qui voyagent dans les pays où il y a des moustiques, car ceux-ci sont porteurs d'autres maladies comme la malaria et la dengue, et nous allons continuer de le faire. Nous ne jugeons toutefois pas nécessaire de décréter une interdiction de voyage. Nous nous limitons simplement à recommander aux femmes enceintes de renoncer à leur voyage tant que la situation ne se sera pas améliorée.

• (1600)

**M. Darshan Singh Kang:** Est-il possible que le virus entre en dormance pour se réactiver au bout d'un mois par exemple? Comment pourrions-nous être sûrs après trois ou quatre semaines qu'une personne n'a pas été infectée par le virus? Y a-t-il un risque que le virus soit inactif pendant le premier mois pour redevenir actif par la suite?

**Dr Gregory Taylor:** C'est une excellente question. Comme je le disais tout à l'heure, nous savons maintenant que le virus peut être présent dans le sperme. Avant l'écloison actuelle, il n'y avait eu que de très rares cas de transmission sexuelle.

Je crois que les Américains ont déjà relevé au moins six cas possibles de transmission via contact sexuel. Ce sont des hommes qui se sont rendus dans un pays infecté par le virus Zika pour ensuite le transmettre à une femme avec laquelle ils ont eu des relations sexuelles. D'après ce que l'on sait pour l'instant, le virus séjournerait environ deux semaines dans le sperme. Comme je le disais en introduction, ces données scientifiques sont appelées à évoluer et nos recommandations seront modifiées en conséquence.

Pour le moment, nous n'avons aucune indication à l'effet que le virus pourrait séjourner ailleurs dans le corps humain. Nous suivons toutefois la situation de très près et nous adapterons nos recommandations au fur et à mesure que nos connaissances scientifiques s'approfondiront.

**M. Darshan Singh Kang:** Merci beaucoup.

Vous nous avez glissé un mot tout à l'heure des efforts déployés par l'Agence de la santé publique du Canada pour travailler en coordination avec les provinces et les fournisseurs de soins de santé. Sur une échelle de un à dix, pouvez-vous nous dire dans quelle mesure ces efforts de concertation avec les provinces et les territoires portent fruit?

**Dr Gregory Taylor:** Lorsqu'on travaille pour le gouvernement fédéral, les efforts de collaboration avec les provinces semblent toujours mériter une note de 10.

Nos relations sont excellentes. C'est devenu presque routinier, si je puis dire. Il y a eu la pandémie, puis l'Ebola; les maladies se succèdent, ce qui crée une situation assez intéressante.

Nous avons des comités permanents. Il y a le Conseil du réseau de santé publique dont j'assume la coprésidence avec le représentant de la Nouvelle-Écosse. Il y a également les médecins hygiénistes en chef. Nous nous réunissons régulièrement dans le cadre d'un processus de concertation qui est devenu permanent.

Avec les praticiens de première ligne, c'est un peu la même chose. Nous avons travaillé avec eux dans les mêmes dossiers. Ce fut le cas notamment avec les réfugiés syriens, un dossier qui nous a amenés à collaborer avec le personnel infirmier, les médecins et d'autres intervenants de première ligne. C'est devenu pour nous chose courante et, en fait, notre façon normale de procéder.

**M. Darshan Singh Kang:** Merci beaucoup.

**Le président:** Nous passons maintenant à M. Webber du Parti conservateur.

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** Merci à vous, monsieur le président, ainsi qu'à nos témoins pour l'information qu'ils nous transmettent.

Lorsque j'ai entendu parler pour la première fois du virus Zika en février dernier, j'avais l'impression que la panique s'était emparée des médias. L'Organisation mondiale de la santé avait alors jugé que l'écloison du virus Zika nécessitait une déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale. J'ai tout de suite bien sûr fait le lien avec l'Ebola en me disant que c'était quelque chose de vraiment préoccupant. Vous nous indiquez toutefois que les risques pour les Canadiens sont très faibles.

Parmi les symptômes, on note des éruptions cutanées, de la fièvre, des douleurs articulaires et musculaires et des maux de tête. Il s'agit de symptômes assez bénins qui durent de deux à sept jours. La plupart des gens se remettent de l'infection sans complications. Les taux d'hospitalisation sont faibles. Je me réjouis de ces constats et du fait que ce virus ne soit pas comparable à l'Ebola ou à l'hépatite, par exemple.

Vous nous avez dit qu'environ trois millions de Canadiens séjournent dans les pays touchés par l'infection et que nous avons 20 cas confirmés actuellement. Y a-t-il des femmes enceintes parmi ces cas confirmés? Ce sont elles qu'il faut surveiller de plus près en raison des risques de malformations congénitales.

Est-ce que le virus peut être transmis autrement que par les moustiques et le sang? Peut-on le transmettre à quelqu'un en éternuant?

J'ai une question pour nos médecins de la Société canadienne du sang. Compte tenu des symptômes et du fait que les gens se remettent très bien de cette infection, ne pensez-vous pas que vous allez trop loin en reportant les dons de sang, d'organes et de tissus? Des gens meurent sur la table d'opération en attendant ces organes et ces tissus, et vous allez refuser un donneur potentiel parce qu'il a voyagé dans une région touchée?

Ne pourrait-on pas analyser préalablement ces organes et ces tissus, plutôt que d'exclure les donneurs? Y a-t-il eu des cas où des dons d'organes ou de tissus ont été reportés?

Je viens de vous poser toute une série de questions.

J'aimerais savoir une chose, monsieur le président. Si je n'utilise pas au complet mes sept minutes, est-ce que je peux laisser du temps à mes collègues?

• (1605)

**Le président:** Oui

**M. Len Webber:** Très bien. C'est ce que j'aimerais faire, alors.

**Le président:** Il vous reste quatre minutes et 17 secondes.

**M. Len Webber:** Merci. Est-ce que mes collègues ont des questions à poser?

**Le président:** Écoutons d'abord les réponses de nos témoins. Vous leur avez déjà donné beaucoup de travail.

**Dr Gregory Taylor:** J'ai entendu trois questions, toutes aussi excellentes les unes que les autres.

Concernant les femmes enceintes, comme Matt l'a dit, nous effectuons tous les tests au Canada en ce moment, tant pour détecter la présence du virus actif dans le sang que pour détecter les anticorps qui le combattent. Ce dernier test est difficile à interpréter. Il est très difficile à interpréter, et nous recommandons aux médecins d'en être très conscients et d'avoir une bonne conversation avec leurs patients avant ou après ce test.

Bien souvent, nous ne savons pas si l'échantillon vient d'une femme enceinte ou non. Nous sommes au courant d'un cas au Canada en ce moment. Il y en a peut-être plus, mais nous ne le savons pas. Bien souvent, pour des raisons de confidentialité, nous n'indiquons pas où la personne se trouve. Ce serait trop facile d'identifier les gens, mais c'est tout ce que nous savons.

Nous nous attendons à ce que ces chiffres augmentent. Étant donné qu'il y a trois millions de voyageurs, nous nous attendons à voir beaucoup plus de tests positifs. Espérons que ce ne seront pas des femmes enceintes, mais nous en verrons beaucoup plus.

Concernant votre question sur la contagion, non, on ne peut pas le transmettre en éternuant. D'après nos connaissances scientifiques, le mode de transmission se limite à ces deux types de moustiques. Le virus vit dans ces moustiques, et ils doivent piquer une personne non contaminée pour lui transmettre le virus. Il y a également la transmission sexuelle par le sperme. Le virus est présent dans le sperme d'un homme infecté, et il y reste présent jusqu'à deux semaines après le début de l'infection. Rarement, comme mes collègues l'ont dit, il peut y avoir contamination par transfusion sanguine, comme cela s'est vu au Brésil.

Je vous cède la parole.

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

Je vais répondre à votre question sur la période d'exclusion. Vous avez demandé si la période d'exclusion de 21 jours est trop longue et s'il ne serait pas plus bénéfique de voir l'autre côté de la médaille, de mettre l'accent sur l'accès aux dons de tissus, d'organes et de produits sanguins pour les Canadiens.

Nous avons fixé à 21 jours la période d'exclusion par mesure de précaution. Plus nous en apprendrons sur le virus Zika, mieux nous comprendrons comment il se comporte chez les sujets infectés, quels risques il présente vraiment. Nous réévaluerons continuellement la période d'exclusion pour déterminer si elle est trop longue. Pour

l'instant, nous estimons que c'est un bon point de départ, parce qu'il nous manque encore beaucoup d'information.

En ce qui concerne l'accès aux dons d'organes, aucun cas de donneur d'organes ayant voyagé dans une zone à risque de contamination et susceptible de devoir subir une exclusion n'a été porté à notre attention.

L'autre aspect à prendre en considération pour le don d'organes, c'est que c'est toujours au choix du médecin. En raison de la rareté des organes et de la longueur de la liste d'attente au Canada, il y a beaucoup plus de latitude pour les donneurs d'organes que pour les donneurs de sang.

Pour ce qui est des cellules souches, nous sommes au courant d'un cas où un donneur de cellules souches devait faire un don à une autre personne, mais avait prévu des vacances au Mexique qu'il n'était pas prêt à déplacer. Heureusement, le centre de transplantation avait plusieurs donneurs compatibles avec le patient, si bien qu'il a pu obtenir une transplantation quand même, même si le premier donneur avait choisi de ne pas modifier ses plans de voyage au Mexique.

**M. Len Webber:** Merci. C'est très apprécié.

Je m'excuse, il vous reste quatre minutes, allez-y.

**Le président:** Vous avez 50 secondes.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Cinquante secondes? Wow! Je ne pourrai jamais parler seulement 50 secondes.

Premièrement, docteur Taylor, les documents que vous nous avez remis sont excellents. Je n'avais jamais vu ces documents de l'Agence de la santé publique du Canada. Sont-ils facilement accessibles?

**Dr Gregory Taylor:** Oui.

**M. Colin Carrie:** Où peut-on les obtenir? Se trouvent-ils sur Internet? D'où viennent-ils?

Pour reprendre ce que disait mon collègue, M. Kang, je pense que c'est en grande partie une question de communication. Les médias parlent beaucoup de la microcéphalie. Cela crée beaucoup de stress.

Quand j'ai posé la question à la Chambre, la ministre m'a mentionné un site Web, mais je n'y ai pas trouvé ces documents. Depuis combien de temps sont-ils sur Internet?

• (1610)

**Dr Gregory Taylor:** Ils sont là depuis un certain temps. Nous publions également des gazouillis avec des pièces jointes. Ce sont des graphiques que nous avons conçus et que nous essayons de diffuser. Je pense qu'ils se trouvent dans nos gazouillis et sur Facebook. Je devrai vérifier pour vous confirmer depuis combien de temps ils sont publics, mais ils le sont depuis un certain temps, quelques semaines.

**M. Colin Carrie:** Je serais curieux de savoir si vous les diffusez activement dans les diverses agences, comme les agences de voyage. La population s'informe de diverses sources. Je pense que le meilleur traitement est la prévention et qu'il serait bon de diffuser ces renseignements. Que faites-vous pour communiquer l'information aux intervenants et à tous ceux qui peuvent la diffuser auprès du voyageur canadien moyen?

**Dr Gregory Taylor:** Nous inscrivons habituellement l'information dans les conseils de santé aux voyageurs. Nous publions continuellement des conseils de santé aux voyageurs. Nous croyons que c'est le meilleur moyen.

L'information se trouve aussi dans notre application. Nous avons maintenant une application pour les voyageurs, qui diffuse les recommandations d'usage, dont l'information provenant de notre agence. La population y a donc accès par cette application.

Ce sont nos outils de communication habituels, tout comme les gazouillis, Facebook, notre site Web. Nous ne communiquons habituellement pas directement avec les agents de voyage. Beaucoup de gens organisent d'ailleurs eux-mêmes leurs voyages. Nous jugeons plus efficace d'utiliser les canaux de communication habituels pour diffuser l'information.

**M. Colin Carrie:** Y a-t-il des données probantes qui montrent que c'est efficace?

Comme je l'ai dit, c'est une question de communication. Certains Canadiens reçoivent l'information. Il y a un peu... Je ne parlerai pas d'hystérie, mais quand on voit un bébé atteint de microcéphalie, c'est une déformation importante, même s'il n'y a pas de preuve directe du lien causal entre les deux. Pourriez-vous mesurer cela, pour vérifier si l'information se rend bel et bien aux Canadiens?

**Dr Gregory Taylor:** Oui. Nous le faisons parfois. Nous effectuons des sondages, nous communiquons avec différentes personnes pour déterminer si l'information circule bien. Nous ne l'avons pas encore fait. Ce pourrait être à envisager éventuellement.

**M. Colin Carrie:** Ce serait très bien.

Est-ce que mes 50 secondes sont terminées?

**Le président:** Oui. Vous vous en êtes bien tiré.

**M. Colin Carrie:** Merci.

**Le président:** M. Davies avait soulevé cette question.

La parole est à vous.

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

Je remercie tous les témoins d'être ici.

J'ai eu la chance de participer à une conférence vendredi dernier à UBC. Elle était donnée par une gynécologue spécialiste de la prévention des maladies, la Dre Deborah Money. Elle nous a présenté une description très pointue de l'état de la situation concernant le virus Zika. Je comprends très bien que la situation évolue constamment, que nous apprenons probablement de nouvelles choses tous les mois.

Je retiens de la conférence de vendredi que le lien entre le virus Zika et les conséquences graves observées chez les femmes enceintes et les foetus semble assez fort. Serait-ce une bonne évaluation de la situation?

**Dr Gregory Taylor:** Tout dépend de ce que vous voulez dire par « fort ». Il semble de plus en plus fort chaque jour, et de nouvelles preuves apparaissent au compte-gouttes presque tous les jours. Un rapport sorti la semaine dernière fait état de l'infection des cellules souches neurales. L'information change constamment. Il est difficile de qualifier le lien de « fort », mais cela semble de plus en plus probable.

**M. Don Davies:** Serait-il plus avisé de parler de « hausse »? Il y a une hausse du nombre de données...

**Dr Gregory Taylor:** Oui.

**M. Don Davies:** ... qui tendent à tout le moins à démontrer un lien avec le Zika.

**Dr Gregory Taylor:** Oui, tout à fait.

**Mr. Don Davies:** J'ai en mains un exemplaire du *New England Journal of Medicine* du vendredi 4 mars, qui vient tout juste de sortir. Il est encore tout chaud. Il y est écrit en conclusion que: « malgré des symptômes cliniques légers, l'infection par le ZIKV pendant la grossesse semble associée à des conséquences graves pouvant aller jusqu'à la mort fœtale, en passant par l'insuffisance placentaire, le retard de croissance intra-utérin et l'atteinte du SNC. » En fait, les chercheurs ont constaté que 29 % des femmes ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du Zika présentaient des anomalies fœtales à l'échographie, contre aucune dans le groupe de contrôle. Il semble commencer à y avoir des données assez probantes de ce lien.

**Dr Gregory Taylor:** Oui, nous nous rapprochons d'un lien. Il y a également des preuves que le virus n'affecte pas seulement le système neurologique, mais d'autres parties du fœtus, qu'il serait notamment la cause de foetus de petite taille. Il semble de plus en plus y avoir un lien causal, mais nous n'en sommes pas encore tout à fait là. Est-ce qu'il cause vraiment le problème ou est-ce une coïncidence? Toute la difficulté est là.

**M. Don Davies:** On m'a dit qu'il y avait quatre causes à la microcéphalie: la génétique, ce qui est rare; l'intoxication ou l'exposition chimique pendant la grossesse (il y a déjà une certaine théorie du complot); la malnutrition et l'infection bactérienne d'origine virale. Je retiens de notre rencontre de vendredi que les preuves tendent à démontrer une association. C'est la raison pour laquelle je pose la question.

Il semble également commencer à y avoir des preuves que l'exposition au virus pendant le premier trimestre est particulièrement dommageable pour le fœtus. Est-ce une chose que vous...?

•(1615)

**Dr Gregory Taylor:** C'est prévisible. De manière générale, le fœtus est le plus vulnérable pendant le premier trimestre. C'est le cas pour les autres infections virales, l'exposition aux produits chimiques, l'exposition à l'alcool, l'exposition à n'importe quoi. C'est ce à quoi on s'attend, mais il y aurait également des preuves qui portent à croire qu'il a également un effet au dernier trimestre. Nous verrons comment les choses évoluent.

Concernant votre observation sur la malnutrition, ce peut être multifactoriel, ce qui signifierait que plusieurs facteurs devraient se trouver en combinaison. Il est toujours intéressant que le problème s'observe dans une région du Brésil seulement, où le statut socioéconomique de la population est généralement inférieur à la moyenne, donc il pourrait y avoir une combinaison de causes, et c'est ce que nous découvrirons.

**M. Don Davies:** Mes collègues ont déjà souligné que c'est un peu paradoxal. L'expression du Zika semble assez asymptomatique 80 % du temps, selon votre témoignage, et les symptômes sont légers dans la plupart des cas. Les gens qui m'en ont parlé m'ont dit qu'il serait surtout préoccupant, en réalité, du point de vue de la santé publique, parce que le moment de sa transmission n'est pas évident. Y a-t-il lieu de s'en inquiéter?

**Dr Gregory Taylor:** C'est inquiétant seulement chez les femmes enceintes ou les hommes qui ont des relations sexuelles avec une femme enceinte ou qui pourraient rendre une femme enceinte. C'est là où c'est préoccupant, parce que vous avez raison de dire qu'une majorité de 80 % de la population ne saura pas qu'elle est infectée, et si une personne ne le sait pas, pourquoi y porterait-elle attention? Au sujet des tests, si une femme enceinte a voyagé dans la région touchée et qu'elle revient au pays, qu'elle présente ou non des symptômes, nous lui conseillons d'en parler avec son médecin. Si elle veut subir des tests, nous nous ferons un plaisir de lui administrer le test sérologique.

Pour ce qui est des hommes, nous leur conseillons l'usage du condom au moins les deux semaines suivantes, et s'ils ont des relations sexuelles avec une femme enceinte, nous leur recommandons d'éviter tout contact sexuel pendant toute la grossesse au moins. De même, les hommes qui ont des relations sexuelles avec une femme susceptible de devenir enceinte devraient, pour quelques mois, éviter de concevoir. Ce sont des recommandations très conservatrices, d'une prudence extrême, mais c'est justement parce qu'ils pourraient transmettre le virus sans le savoir.

**M. Don Davies:** J'ai essayé d'envoyer un courriel pendant que vous parliez, parce que je me suis peut-être trompé. J'ai écrit dans mes notes de la conférence que la présence la plus longue du virus Zika observée dans le sperme serait de 62 jours. Est-ce une erreur de ma part?

**Dr Gregory Taylor:** Je ne suis pas au courant. D'après les études que j'ai vues, ce serait deux semaines. Si c'est 62 jours, j'aimerais bien voir les données en question.

**M. Don Davies:** Très bien, je vais vous transmettre l'information si je mets la main dessus.

Nous savons que le Zika peut se transmettre par transfusion sanguine, bien que ce soit rare. Nous savons qu'il peut se transmettre sexuellement. Je comprends aussi que tous les cas recensés sont des cas de transmission d'un homme à femme. Il n'y aurait jusqu'ici aucun cas de transmission d'une femme à un homme. Est-ce exact?

**Dr Gregory Taylor:** C'est exact.

**M. Don Davies:** Nous savons qu'il traverse la barrière du placenta, il est donc présent in utero et peut se transmettre de la mère à l'enfant. Je sais que le virus Zika a été observé dans le lait maternel, mais jusqu'à maintenant, il semble n'y avoir aucun cas de transmission par l'allaitement.

**Dr Gregory Taylor:** Nous n'avons aucune donnée en ce sens.

**M. Don Davies:** Où en est la technologie de dépistage? Je sais que le virus n'est pas présent dans le sang ni dans l'urine des femmes enceintes. Il est présent dans le liquide amniotique, mais les méthodes de dépistage sont alors invasives. Y a-t-il des progrès en ce sens, une amélioration des méthodes de dépistage, particulièrement chez les femmes enceintes?

**Dr Gregory Taylor:** Je vais laisser M. Gilmore répondre à cela, mais en gros, nous dépistons la microcéphalie grâce à une série d'échographies. La Société des obstétriciens et gynécologues me dit que ce n'est pas particulièrement bon et que cela ne fonctionne pas avant un stade avancé de la grossesse, donc ce n'est pas utile en début de grossesse. Nous utilisons la sérologie chez les femmes enceintes. Ce sont les deux types de tests utilisés jusqu'à maintenant.

Matt, voulez-vous dire quelque chose?

**M. Matthew Gilmore:** Vous avez raison. Le liquide amniotique est prélevé par amniocentèse. C'est évidemment une intervention un peu invasive, si bien que nous ne recevons pas communément ce

type d'échantillon au LNM. Ainsi, la vaste majorité des échantillons que nous recevons sont des échantillons de sang et proviennent de personnes examinées à leur retour de ces pays. On cherche à déterminer si elles ont contracté le virus et si le virus est toujours présent dans leur corps. Il y a aussi toujours l'option de la sérologie.

Nous utilisons une approche en deux étapes, qui nous permet de voir assez rapidement si une personne a une certaine catégorie d'anticorps qui apparaît en cas d'infection virale. Le problème de ce test, c'est qu'il peut tout autant détecter quelque chose comme la dengue, le virus du Nil occidental ou la fièvre jaune. Pour ces autres virus de la même catégorie et qui sont transmis par le même moustique, ce test initial permet simplement d'établir que la personne a déjà eu une infection virale. Il faut alors procéder à une deuxième phase de tests sérologiques, un test de confirmation, qui permet d'analyser directement le sang des patients pour déterminer s'ils portent des anticorps contre le Zika. C'est là où le temps entre en ligne de compte. Encore une fois, c'est la raison pour laquelle, très tôt, nous avons insisté sur la nécessité d'être transparents sur les limites des tests dont nous disposons. Ce n'est pas vraiment une limite du test de dépistage du Zika. C'est simplement que le test permet de dépister d'autres types d'infection virale, comme la dengue.

Si une personne craint d'avoir contracté le Zika, mais qu'elle se porte bien, nous pouvons lui offrir le test si elle le souhaite, mais je le répète, la réponse ne lui parviendra pas très rapidement, dans la semaine. Il peut falloir des semaines pour obtenir une réponse en raison de la multitude de tests qui pourraient s'avérer nécessaires. Nous sommes extrêmement conscients des décisions que les patients peuvent prendre en fonction des résultats de ces tests, notamment l'interruption ou non d'une grossesse. C'est pourquoi nous essayons d'être aussi transparents que possible à l'égard des limites et du degré de perfectionnement des tests dont nous disposons en ce moment, pour que les gens puissent eux-mêmes prendre une décision éclairée à cet égard.

• (1620)

**M. Don Davies:** Merci.

**Le président:** Merci. Je n'ai qu'une petite question avant que nous continuions.

Est-ce qu'on peut dire que si une Canadienne envisage d'avoir un enfant, ou si elle est enceinte, elle ne peut contracter le virus Zika que si elle reçoit une transfusion de sang infecté ou si elle a des relations sexuelles avec une personne infectée?

**Dr Gregory Taylor:** Ou encore si elle va dans le pays...

**Le président:** Si elle se trouve au Canada, ce sont les deux seules façons dont elle peut contracter le virus?

**Dr Gregory Taylor:** Oui, mais ce sont les connaissances que nous avons actuellement. C'est exact.

**Le président:** D'accord. Qui est le prochain intervenant parmi les libéraux? Bryan?

Bienvenue au Comité.

**M. Bryan May (Cambridge, Lib.):** Merci, monsieur le président.

J'espère que je remplacerai M. Oliver d'une bonne façon et que je ne me mettrai pas dans l'embarras.

Tout d'abord, je vous remercie tous de comparaître devant nous aujourd'hui. Vous avez déjà répondu à un certain nombre de mes questions, et je vous en remercie. Vous avez présenté des exposés très complets. Il y a deux ou trois éléments dont nous avons parlé assez rapidement, et il se peut que je vous pose des questions auxquelles vous avez déjà répondu. Je veux faire écho aux observations de M. Webber. J'ai été soulagé d'entendre certaines choses aujourd'hui au sujet de la gravité et du niveau de risque pour les Canadiens. Les médias tombent un peu dans le sensationnalisme parfois, et je suis ravi de ce que j'ai appris jusqu'à maintenant sur le niveau de menace.

En fait, c'est le sujet de ma première question. Selon l'ASPC, le niveau de menace pour les Canadiens est très bas. Je suis simplement curieux. Comment évaluez-vous le niveau de ce genre de menaces, et est-ce différent chaque fois? Est-ce qu'une norme précise s'applique? Qu'est-ce qui distingue une « très faible » menace d'une « faible » menace? Qu'est-ce qui constitue une menace « moyenne », une menace « élevée », et ainsi de suite?

**Dr Gregory Taylor:** C'est une excellente question.

Chaque fois qu'une situation comme celle-là survient, nous effectuons une évaluation des risques. Nous examinons l'organisme, les modèles de transmission, les résultats. Nous vérifions s'il existe des moyens de prévention, un vaccin. Nous nous penchons sur toutes ces questions, nous faisons une évaluation des risques et nous tirons des conclusions sur les risques pour les Canadiens. Certes, la différence entre « faible » et « très faible » est relativement subjective, mais dans ce cas, le Canada n'est pas touché par le virus. Le moustique porteur n'est pas présent ici. On ne peut être infecté par le virus au Canada que par voie sexuelle, et nous venons de l'apprendre. C'est de l'information relativement nouvelle. Au départ, nous ne le savions pas. Au départ, nous ignorions les faits concernant les transfusions, car il s'agit d'une information relativement récente également. On estimait donc que les risques pour les Canadiens se trouvant au Canada étaient très faibles.

Les évaluations des risques sont constamment mises à jour. S'il y a de nouveaux renseignements, des résultats de recherches, nos chercheurs les étudient et examinent notre évaluation et déterminent s'il est nécessaire d'apporter des modifications et si le niveau de risque a changé. C'est exactement ce que nous avons fait durant l'épidémie du virus Ebola, et c'est pourquoi nous avons vu différentes mesures dans ce cas. Lorsque nous avons présenté notre évaluation, le risque était toujours faible, mais nous observions la situation et agissions.

C'est une excellente question qui concerne l'essentiel des travaux que l'Agence effectue constamment — mener des évaluations des risques et surveiller la situation.

**M. Bryan May:** Merci.

Je crois que vous en avez parlé également, mais je me demande si vous pouvez nous donner un peu plus de renseignements sur la contribution du Canada aux travaux de l'Organisation mondiale de la Santé concernant cette situation.

**Dr Gregory Taylor:** Nous collaborons directement avec l'OMS. La Dre Theresa Tam, l'administratrice en chef adjointe de la santé publique, se trouve présentement à Genève où elle participe à des discussions sur ce qui se passera sur le plan scientifique. Donc, à ce moment-ci, notre contribution aux travaux de l'OMS se situe du côté de l'expertise, par exemple.

Nous collaborons étroitement avec l'OPS, et comme je l'ai mentionné plus tôt, nous prévoyons aider la CARPHA dans les Caraïbes, concernant l'aide en laboratoire. Cela se réalisera bientôt.

À ce stade-ci, on parle d'expertise, d'une manière générale. Matt peut envoyer des spécialistes à la CARPHA, par exemple.

• (1625)

**M. Bryan May:** Excellent. Merci.

En ce qui concerne les tests, on a mentionné qu'il n'y a pas de test de dépistage sanguin pour l'instant. J'ai deux questions. Espère-t-on que cela s'en vient, ou se passe-t-il quelque chose à cet égard ou est-ce quelque chose que nous visons? D'autre part, quelle est la sensibilité des tests que nous essayons d'utiliser ou leur spécificité, à l'heure actuelle?

**Dre Dana Devine:** Je vais répondre à la question.

Nous savons que les compagnies qui font les tests des acides nucléiques, ou tests TAN, que nous utilisons pour détecter des virus dans le sang des donneurs, examinent activement la possibilité de créer un test pour le Zika.

Ce test sera fort utile dans les pays où le virus Zika existe déjà, car ils font face à un vrai problème en ce qu'ils doivent s'assurer que leur approvisionnement en sang... Un Brésilien, par exemple, voudra savoir si son sang est sûr s'il veut qu'il soit transfusé.

Pour ce qui est du Canada, à moins que la situation change radicalement, car le virus ne peut pas se transmettre ici — il n'y a pas de virus endémique dans notre pays —, effectuer des tests chez les donneurs de sang n'a pas beaucoup de sens. Si nous pouvons simplement demander aux gens de retarder de trois semaines le moment où ils feront leur don de sang, nous ne voudrions pas créer des dépenses courantes pour un test de dépistage sanguin.

**M. Bryan May:** Me reste-t-il du temps?

**Le président:** Il vous reste une minute et 31 secondes.

**M. Bryan May:** Je vais céder le temps qu'il me reste.

Monsieur Singh, avez-vous une...?

**M. Darshan Singh Kang:** Je veux seulement aller un peu plus loin.

Tenons-nous des dossiers, par exemple, sur le nombre de donneurs de sang soupçonnés d'être infectés par le virus Zika dont le don a été refusé? Consigne-t-on le nombre de personnes dont le don a été refusé?

**Dre Dana Devine:** Oui. Lorsqu'il y a un refus, nous consignons l'information, y compris la raison pour laquelle le don a été refusé, peu importe la raison.

Lorsque nous avons envisagé d'établir une période d'exclusion pour les gens qui ont voyagé dans des régions à risque, nous avons consulté les données que nous avons recueillies auprès des donneurs de sang canadiens qui voyagent. Nous avons fait une vaste étude en 2014, et nous l'avons utilisée comme base pour évaluer la proportion de donneurs que nous perdriions en mettant en place une période d'exclusion de 21 jours. Selon nos estimations, il s'agirait d'une perte d'environ 3 % seulement. D'après les données que nous avons recueillies jusqu'à il y a environ 10 jours, qui sont les plus récentes que nous ayons vues, la proportion des donneurs que nous excluons est légèrement inférieure à 3 %, et nous leur demandons de revenir trois semaines plus tard et de ne pas donner du sang ce jour-là.

**M. Bryan May:** Pouvez-vous me dire brièvement quel est le délai d'exécution pour les tests sur le virus Zika?

**M. Matthew Gilmour:** Avec l'analyse moléculaire, nous pouvons obtenir les résultats après deux ou trois jours. Toutefois, pour la sérologie, encore une fois, cela peut prendre des semaines. Sans vouloir trop entrer dans les détails techniques, on pourrait faire des tests tant pour les échantillons prélevés en phase aiguë, soit peu après l'apparition de la maladie, que pour ceux prélevés durant la convalescence, soit bien après que la maladie se soit résorbée.

S'il s'agit du test sanguin, on parle de divers échantillons, et de divers tests — un test de dépistage, un test de confirmation —, et il y a donc un ensemble de démarches que nous devons lancer pour obtenir une confirmation. Dans le cas de l'analyse moléculaire, on peut l'obtenir très rapidement.

**M. Bryan May:** Merci, monsieur le président.

**Le président:** C'est maintenant au tour des conservateurs. Vous disposez de cinq minutes.

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je veux revenir sur les communications, car comme je l'ai déjà dit, le meilleur traitement, c'est la prévention. Lorsque j'ai posé la question en Chambre il y a deux ou trois semaines, la ministre a dit essentiellement que nous montrons un site Web aux Canadiens.

À vrai dire, le congé du mois de mars s'en vient. Trois millions de Canadiens voyageront dans les régions où le Zika peut être présent, et quelques étudiants universitaires pourraient s'y rendre pendant le congé. Si je reviens sur ce que vous dites, soit qu'il faut éviter d'avoir des relations sexuelles avec des femmes, qui pourraient tomber enceintes, il se peut bien que des étudiants universitaires canadiens en auront lorsqu'ils seront dans le Sud.

Vous avez dit que vous diffusez l'information sur Twitter. Utilisez-vous d'autres médias sociaux — Facebook, Instagram, par exemple — pour informer les Canadiens, en particulier les jeunes qui vont dans le Sud?

**Dr Gregory Taylor:** Nous utilisons Facebook régulièrement, oui.

**M. Colin Carrie:** Pourriez-vous transmettre l'information au Comité, nous dire simplement de quelle façon vous communiquez le message?

**Dr Gregory Taylor:** Absolument.

**M. Colin Carrie:** Pouvons-nous vous demander de recueillir des commentaires pour voir si le message fait son effet?

• (1630)

**Dr Gregory Taylor:** Oui.

**M. Colin Carrie:** D'accord. Merci.

Je pose la même question aux représentants de la Société canadienne du sang. Êtes-vous en mesure de contribuer à la diffusion de l'information? Je ne sais pas si les gens ont l'information, et au cours des prochaines semaines, il y aura... Je n'en connais pas le nombre, mais beaucoup de Canadiens iront dans le Sud.

**Dre Dana Devine:** Oui, les gens peuvent obtenir tous les renseignements qu'ils veulent sur notre site Web, la ressource que nos donateurs utilisent. Nous donnons l'information aux donateurs par voie électronique pour nous assurer que les gens le savent.

L'autre chose qui nous aide énormément, c'est l'attention médiatique accordée au virus Zika. Cela permet à la Société canadienne du sang d'informer la population que nous demandions aux gens de faire leur don de sang avant de se rendre dans le Sud ou d'attendre 21 jours après leur retour au pays avant de venir faire un don.

Nous croyons que le message s'est assez bien répandu.

**M. Colin Carrie:** C'est très bien, car je sais que vous faites beaucoup de travail dans les universités, et si nous pouvons faire quoi que ce soit pour diffuser le message..., car comme le disait mon collègue, M. Davies, on parle peut-être de choses rares, mais le virus du Zika peut entraîner d'importantes séquelles.

Je voulais changer un peu de sujet et discuter du Laboratoire national de microbiologie avec M. Gilmour. Je sais que vous faites de l'excellent travail. Je me souviens des travaux effectués avec le Dr Plummer concernant le H1N1, et nous pouvions être très fiers pour ce qui est du vaccin contre la grippe H1N1 et des travaux que vous avez effectués à cet égard.

Quelle est l'urgence liée à la recherche d'un vaccin contre le virus Zika? Collaborez-vous avec l'OMS sur ce plan? Faites-vous des travaux?

**M. Matthew Gilmour:** Oui, de nombreuses entreprises et d'autres instituts dans le monde sont en train de travailler au développement d'un vaccin contre le Zika. Une partie de notre équipe responsable du vaccin contre l'Ebola, qui a été très utile en Afrique de l'Ouest, fait partie d'un consortium américain qui travaille au développement d'un vaccin anti-Zika à base d'ADN. À ce stade-ci, il s'agit toujours d'un candidat-vaccin. Ce n'est pas quelque chose qui promet d'être efficace et sûr, mais il progresse sensiblement dans la filière de développement. La prochaine étape consiste à commencer les essais cliniques. Il s'agit de montrer les éléments de sécurité et d'efficacité.

Il y a une volonté de développer un vaccin contre le Zika dans le monde. Ce n'est pas comme le vaccin contre l'Ebola, où nous cherchons à titre personnel ce type de solution. Pour le Zika, nous collaborons avec nos partenaires internationaux dans la mesure du possible. L'équipe qui fait partie du consortium qui développe l'un des candidats-vaccins contre le virus Zika faisant présentement l'objet d'un examen représente une partie de notre contribution.

**M. Colin Carrie:** Excellent. Merci beaucoup.

Docteur Sher, vous avez parlé de la technologie d'inactivation des agents pathogènes. Je crois que vous avez dit que vous êtes assis juste à côté d'une chef de file mondiale du domaine. Pour une raison ou une autre, le recours à cette technologie n'est pas autorisé au Canada. Pourriez-vous nous parler un peu de la raison pour laquelle ce n'est pas autorisé? Avez-vous du financement à cette fin? Que se passe-t-il? La démarche réglementaire est-elle trop difficile à suivre? Pourriez-vous faire le point à ce sujet?

**Dre Dana Devine:** Bien sûr, avec plaisir. Au Canada, deux entreprises tentent d'obtenir une licence d'exploitation de leurs techniques d'inactivation des agents pathogènes. L'une d'elles est la toute première à s'être lancée dans le domaine. Au début, elle vendait des produits de traitement sanguin surtout en Europe, mais elle en vend maintenant partout dans le monde. Cette entreprise a suffisamment d'expérience pour demander à Santé Canada la permission de commercialiser sa technologie au pays.

L'autre entreprise est la deuxième dans le domaine à avoir été autorisée à commercialiser sa technologie en Europe, environ sept ans après la première, ce qui signifie qu'elle n'a pas autant d'expérience. Dans le cadre de discussions, Santé Canada a demandé à cette deuxième entreprise d'accroître son expérience clinique. La Société canadienne du sang l'a aidée à mettre à l'essai le traitement de plaquettes au moyen de techniques d'inactivation des agents pathogènes. Des essais effectués dans plusieurs hôpitaux de l'Ontario devraient être achevés en mai.

Nous nous attendons à ce qu'une autorisation de commercialisation soit accordée à ces deux entreprises au cours des 24 prochains mois, et nous pourrions ensuite envisager une mise en oeuvre au Canada.

**M. Colin Carrie:** De quelle façon cette technologie pourrait-elle aider les Canadiens préoccupés par le virus Zika?

**Dre Dana Devine:** Ces deux technologies sont très efficaces pour tuer tous les cousins du virus Zika. Dans le cadre des études préliminaires réalisées sur des souches de laboratoire du virus, y compris la souche thaïlandaise dont ont parlé mes collègues de l'Agence de la santé publique du Canada, ces technologies ont tué le virus. Nous pensons qu'il sera possible de stériliser ainsi du sang et des produits sanguins.

Notre défi consiste à mettre au point une technologie qui peut être utilisée sur des globules rouges, pas seulement sur des plaquettes et sur du plasma, comme c'est actuellement le cas. Deux technologies font l'objet d'essais cliniques. Nous pensons que ce n'est qu'une question de temps avant qu'elles soient mises au point.

Les techniques d'inactivation des agents pathogènes ne permettent pas encore de réduire le risque de transmission du virus Zika lorsqu'une femme enceinte reçoit une transfusion de globules rouges, mais nous pensons que ce sera possible dans un proche avenir.

•(1635)

**Dr Graham Sher:** Si je peux me permettre, j'aimerais ajouter quelque chose à la question, car je pense que c'est un message important pour le Comité. Je vais répéter ce que j'ai dit dans mes observations, à savoir que la Société canadienne du sang a déclaré publiquement que la technologie de réduction des agents pathogènes constituera le prochain tournant au chapitre de la sûreté du sang et que des plans de mise en oeuvre seront élaborés une fois que ces techniques seront dûment autorisées. Compte tenu des limites dont Dre Devine a parlé au début, cette technologie ne sera utilisée que dans le traitement des plaquettes, pas des globules rouges.

Nous pensons que cela marque un tournant, car cette technologie nous permet de gérer non seulement les agents que nous connaissons et qui nous préoccupent aujourd'hui — le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C —, mais aussi la prochaine souche du virus Zika, et nous serons déjà sur la défensive parce que nous aurons cette technologie.

Nous éviterons ainsi de toujours devoir faire de nouveaux essais cliniques, ce qui est justement la difficulté avec laquelle nous devons composer. Aujourd'hui, c'est le virus Zika; hier, c'était le virus chikungunya; avant-hier, le virus de la dengue. Cette technologie propose une approche beaucoup plus vaste.

**M. Colin Carrie:** C'est une technologie formidable. Je vous remercie de m'en avoir fait prendre connaissance. Je n'en avais jamais entendu parler, mais j'espère que le gouvernement ira de l'avant et aidera à accélérer le processus. Ce serait formidable.

Merci.

**Le président:** Monsieur Ayoub.

[Français]

**M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être parmi nous aujourd'hui. Si cela vous convient, je vais poser mes questions en français.

Les témoins ont répondu à plusieurs questions. Docteur Taylor, j'aimerais avoir des précisions sur ce que vous avez mentionné. Vous parlez de la période d'incubation et de la transmission de ce virus. Les gens qui reviennent de voyage doivent prendre un certain temps

avant d'avoir des rapports sexuels. On parle plus particulièrement d'un certain nombre de jours.

Ce qui me préoccupe davantage, c'est la transmission du virus lors de rapports sexuels. Les femmes enceintes pourraient être infectées par un homme qui revient de voyage et qui est porteur du virus. Pour un couple qui revient de voyage et où la femme est enceinte, il s'agit de ne pas avoir de relations sexuelles non protégées pour toute la durée de la grossesse. Est-ce bien ce que j'ai compris? Est-ce simplement pour une période de 28 jours ou est-ce vraiment pour toute la durée de la grossesse?

[Traduction]

**Dr Gregory Taylor:** C'est une très bonne question. Merci d'avoir précisé que ce n'était pas clair.

Le CCMTMV, le comité formé des experts que nous avons réunis, a recommandé que les hommes utilisent des condoms pendant deux mois s'ils ont des relations sexuelles avec une femme susceptible de tomber enceinte. Cette recommandation est très prudente et s'appuie sur le fait que nous pensons que le virus survit pendant environ deux semaines, mais il est possible qu'il reste plus longtemps dans le sperme. C'est donc particulièrement prudent.

Quand nous disons que les hommes qui reviennent et qui ont des relations sexuelles avec une femme enceinte devraient porter un condom pendant toute la durée de la grossesse, nous sommes encore une fois très prudents compte tenu des données qui laissent croire que le virus pourrait avoir un effet même pendant le troisième trimestre.

Ces recommandations changeront à mesure que nous en apprendrons davantage sur la durée de vie du virus dans le sperme, mais c'est là-dessus que s'appuient nos recommandations.

Merci des précisions.

[Français]

**M. Ramez Ayoub:** Si je comprends bien, on ne connaît donc pas pendant combien de temps le virus reste présent dans le sperme?

[Traduction]

**Dr Gregory Taylor:** Non, nous ne le savons pas encore. Nous apprenons.

Comme je l'ai dit, les recherches scientifiques nous indiquent pour l'instant qu'il s'agit de deux semaines, mais c'est peut-être plus long. Nous ne le savons pas.

[Français]

**M. Ramez Ayoub:** D'accord.

Quelle est l'historique du Zika au Canada? D'après ce que je vois dans les rapports, on dit que ce virus a été découvert dans les années 1950 en Ouganda.

Pourquoi en parle-t-on maintenant? Quelle est la raison pour laquelle le Zika est maintenant une question qui est à ce point d'actualité?

[Traduction]

**Dr Gregory Taylor:** C'est une autre excellente question.

Le virus Zika provient d'Afrique et d'Asie. Comme vous l'avez mentionné, c'est là qu'il a été découvert en 1947, pas dans les Amériques. La souche de ce virus est légèrement différente. Je crois que la similarité génétique est de 99 ou 98 %.

Dans les Amériques, les gens n'avaient jamais été infectés, ce qui signifie qu'il n'y a aucune immunité. Les populations d'Afrique et d'Asie ont été régulièrement infectées, ne savent pas qu'elles le sont et ont développé une immunité, contrairement aux populations des Amériques qui sont naïves — c'est le terme technique —, qui n'ont jamais été infectées.

Selon la théorie ou certaines des théories que nous avons, une personne infectée — je crois que la Polynésie française était un des premiers endroits — est venue en Amérique, peut-être le Brésil, et s'est fait piquer par un moustique qui a ensuite piqué quelqu'un d'autre, et la situation s'est tout simplement envenimée par la suite. À l'heure actuelle, il y a littéralement des millions de personnes infectées dans les Amériques.

La situation s'est probablement détériorée aussi rapidement compte tenu de la légère variation du virus. Nous ignorons s'il existe un certain réservoir animal, comme c'est le cas pour beaucoup de virus, dont le virus Ebola. Selon les théories, la situation s'explique à ce stade-ci par l'immunité inhérente d'une population naïve. C'est la raison pour laquelle le virus se répand si rapidement.

•(1640)

[Français]

**M. Ramez Ayoub:** Je voudrais poser cette fois-ci une question plus technique.

Quelle est la méthode de surveillance que vous utilisez généralement pour déterminer s'il y a une propagation de ce virus au Canada? Quelle est cette méthode?

[Traduction]

**Dr Gregory Taylor:** C'est une autre bonne question. C'est difficile. Il faut le chercher pour le trouver. Je soupçonne que la grande majorité des gens infectés au Canada reviennent de voyage en ne présentant aucun symptôme ou des symptômes légers, et qu'ils ne seront pas examinés. Nous ne saurons rien d'eux.

Nous ne savons que quelqu'un est infecté que lorsque du sang est envoyé au laboratoire de Matt et que nous y trouvons le virus Zika, ou lorsque les anticorps d'une personne laissent croire qu'elle est porteuse du virus. C'est tout. Jusqu'à maintenant, comme je l'ai mentionné, 20 personnes au Canada ont été dépistées positives. Je suis persuadé qu'il y en a beaucoup plus, mais les tests de dépistage sont la seule façon de détecter le virus.

[Français]

**M. Ramez Ayoub:** D'accord. Je vous remercie.

[Traduction]

**Le président:** Monsieur Kmiec, c'est à votre tour.

**M. Tom Kmiec (Calgary Shepard, PCC):** Je vous remercie tous de vos témoignages jusqu'à maintenant.

À vrai dire, la question que je m'apprêtais à poser portait sur les dons d'organes, car c'est une question qui m'intéresse particulièrement. Vous avez dit que, jusqu'à maintenant, aucun don d'organe n'a été refusé pour cette raison, mais vous avez parlé des cellules souches.

Nous avons entendu dire qu'il pourrait y avoir des cas plus importants ou d'autres cas d'infection au virus Zika que les personnes concernées et nous ignorons. Quel est le risque? Est-ce possible à l'avenir qu'un patient se voit refuser un don d'organe, une greffe de cellules souches, une greffe osseuse ou une autre chose dont il a besoin? À ce moment-là, vous avez dit que les médecins pourraient décider de poursuivre la procédure. Je suppose que le patient participerait à la décision. Pouvez-vous en parler un peu plus?

**Dr Graham Sher:** J'aimerais bien. Merci de poser la question.

Je ferai des commentaires d'ordre général, et Dre Devine pourra ensuite fournir un peu plus de détails. Je pense qu'il est important que les membres du Comité sachent que la prise d'une décision clinique concernant un don d'organe ou une greffe de cellules souches diffère grandement de la prise d'une décision clinique concernant une transfusion.

Nous recueillons près de un million d'unités de sang par année. Environ 1,5 million de transfusions sont effectuées chaque année au Canada, et lorsqu'un médecin doit choisir une unité de sang, il a habituellement l'embaras du choix. Nous pouvons donc facilement différer 3 % des dons tout en continuant de répondre aux besoins de transfusion de tous les patients.

La relation entre les donneurs de cellules souches et les patients, et certainement celle entre les donneurs d'organes et les patients, est très différente. La greffe d'un organe est une opération nécessaire à la survie, et il arrive souvent qu'un seul organe soit disponible. Si le patient ne reçoit pas l'organe, il peut fort bien mourir de sa maladie sous-jacente. Le concept de prise de décisions en fonction du risque et le concept de prise de décisions cliniques diffèrent grandement.

Je vais laisser Mme Devine clarifier encore une fois le cas des donneurs de cellules souches, mais si un donneur d'organes qui revient au Canada après avoir voyagé dans un pays touché par le virus Zika est, malheureusement, tué dans un accident de voiture pendant la période de 21 jours, le médecin prendra une décision clinique en déterminant si l'organe pourrait sauver une vie et s'il vaut donc mieux courir le très faible risque de transmission du virus Zika, qui est probablement de un sur trois ou quatre millions.

Les décisions en fonction du risque concernant les greffes d'organes et de cellules souches sont très différentes de celles liées aux transfusions sanguines, et elles sont strictement fondées sur la disponibilité des ressources pour répondre aux besoins du patient. Une fois de plus, je crois que nous donnerons au Comité des précisions sur les dons de cellules souches.

•(1645)

**Dre Dana Devine:** J'aimerais également ajouter que nous devons nous rappeler que seul le fœtus risque véritablement d'être infecté par le virus Zika. Nous savons que c'est une maladie très bénigne pour les adultes et que la plupart des gens qui l'attrapent ne le savent même pas.

Pour ce qui est de prendre une décision clinique concernant la greffe d'un organe ou de cellules souches dont le donneur pourrait revenir de vacances à Cancún, je précise que nous ne greffons pas de cellules souches ou d'organes aux femmes enceintes. Des décisions complètement différentes sont prises dans ce contexte.

À propos de la préoccupation liée aux donneurs de cellules souches, je peux parler du cas auquel j'ai fait allusion, dont vous avez peut-être entendu parler ailleurs. Cela s'est produit avant l'exclusion des donneurs.

Maintenant que cette exclusion est appliquée, nous communiquons avec tous les éventuels donneurs de cellules souches qui sont évalués. Ils ont été identifiés comme des donneurs compatibles à l'étape préliminaire, et nous leur disons d'emblée que s'ils prévoient voyager, ils ne doivent pas se rendre dans les zones à risque, ce qui les empêcherait de faire un don.

Je ne pense pas que cela posera de problème particulier aux centres de transplantation canadiens.

**Le président:** Il ne vous reste qu'un peu de temps.

**M. Tom Kmiec:** Je vais accélérer un peu.

Relativement à la réaction internationale des pays où se trouve le virus Zika, pourriez-vous me dire, rapidement, s'il y en a qui ont adopté des mesures bien plus restrictives ou qui en ont imposé pour limiter les dons de sang et d'organes ou les déplacements? Des pays ont-ils interdit les déplacements aux voyageurs qui viennent des régions touchées?

**Dre Dana Devine:** Sur les interdictions de voyager, je ne peux rien dire, mais je peux parler de l'interdiction des dons de sang.

La plupart des autres pays imposent 28 jours d'exclusion aux donneurs. Cette durée se fonde sur les évaluations du risque, d'abord faites par un groupe américain qui n'a évalué que des périodes de 14 et de 28 jours. Les calculs portant sur la période de 14 jours montrent qu'elle pourrait ne pas être assez longue. En attendant de mieux connaître le virus et conformément au principe de précaution, on nous a conseillé la période de 28 jours, qui semble plus sûre pour le moment.

Le Canada s'y est pris un peu autrement. La méthode américaine est excellente, mais nous voulions l'adapter au Canada, en tenant compte de la destination des donneurs canadiens de sang et des risques qui s'appliquent dans notre pays. Nous pouvions modéliser des périodes de 14, de 21 et de 28 jours, déjà prévues par défaut dans notre système informatique. Nous n'avons donc pas besoin de chambarder le système informatique pour utiliser cette période d'exclusion. Nos calculs nous ont révélé que 21 jours d'exclusion offraient une protection suffisante, aussi efficace que 28 jours. Nous avons privilégié cette période à cause de ses effets moins dévastateurs pour les réserves de sang.

**Le président:** Merci.

Les trois périodes d'exclusion dépendent seulement de la déclaration spontanée, faite par le voyageur, qu'il a visité telle région? Quelle confiance accordez-vous à cet autosignalement?

**Dre Dana Devine:** C'est l'une des questions importantes de notre processus de dépistage. Nous demandons à tous les donneurs s'ils se sont absentés du Canada. S'ils répondent par l'affirmative, nous leur posons d'autres questions sur les lieux visités.

**Le président:** Merci.

Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.):** Merci. Votre exposé a été très utile. Je pense qu'il devrait dissiper beaucoup de craintes. Comme nous l'avons dit, les médias se sont emballés. Il est bon d'entendre une voix scientifique, la voix de la raison, nous conseiller de ne pas paniquer.

J'avais peu de questions. On a déjà répondu ici à l'immense majorité d'entre elles.

En ce qui concerne les symptômes neurologiques, les syndromes comme celui de Guillain-Barré, et ainsi de suite, cette association a-t-elle été confirmée dans des cas identifiés au Canada?

**Dr Gregory Taylor:** Le syndrome de Guillain-Barré se manifeste rarement, et c'est de manière accidentelle, en association, comme vous l'avez dit, avec toutes sortes d'infections virales. Chaque année, au Canada, on en observe un petit nombre de cas. Nous le surveillons et nous cherchons à déterminer si son incidence a augmenté. Les médias vous ont probablement appris qu'il était

associé au virus Zika, mais il faut s'y attendre, parce que des infections virales peuvent le provoquer.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

Pour donner suite à la question sur les dons d'organes, comme vous l'avez dit, c'est de toute façon une décision clinique. Vu que les seules personnes à risque sont les femmes enceintes, que le risque vise le fœtus et qu'on ne transplante pas d'organes à la femme enceinte, a-t-on songé à simplement omettre l'interdiction des dons d'organes et à se contenter de dire qu'il est rare qu'on envisage cette éventualité pour la femme enceinte?

• (1650)

**Dre Dana Devine:** Je pense que, pour le moment, nous avons laissé la décision au médecin qui fait la transplantation pour que la réflexion puisse s'exercer dans ce processus décisionnel vraiment clinique. Quand on connaîtra mieux le virus Zika et sa biologie, on pourra modifier aussi certaines interdictions.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

Je n'ai plus d'autres questions pour le moment.

**Le président:** Madame Sidhu, il reste une minute. Vous en voulez?

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

Je remercie aussi les témoins pour leurs renseignements sur le virus Zika. Je leur en suis reconnaissante.

Pour mesurer la propagation, la transmission du virus, avons-nous des tests obligatoires? Par exemple, pour le voyageur qui va dans un des pays touchés et qui en revient, même s'il ne présente aucun symptôme, les médecins de famille ou autres peuvent-ils prescrire des tests obligatoires?

**Dr Gregory Taylor:** Pas actuellement. Il n'y a que les deux tests décrits par Matt, pour dépister le virus dans le sang et les anticorps contre le virus.

**Mme Sonia Sidhu:** Sur le site Web de l'Agence de santé publique du Canada, on recommande d'attendre deux mois avant d'essayer de concevoir un enfant, après une infection possible au virus Zika.

Des tests permettent-ils, actuellement, de diagnostiquer l'innocuité du virus — je sais que c'est le cas après 21 jours — mais un test permet-il maintenant de donner le feu vert à la conception?

**Dr Gregory Taylor:** Un test pendant la période de deux mois? L'homme pourrait s'y soumettre. C'est l'infection de l'homme qui est inquiétante, et je suppose qu'on pourrait tester un échantillon de sperme ou soumettre la personne à un test sérologique.

**M. Matthew Gilmour:** Un risque est aussi attaché aux résultats du test. La découverte du virus Zika dans le sperme serait confirmative. Mais pourrions-nous exclure sa présence en toute confiance? Voilà, pour nous, la difficulté. Il faudrait que le médecin en discute avec son patient pour lui expliquer et faire accepter ces risques, s'ils veulent poursuivre les tests. Peut-être que, pour le moment, ce test ne permet pas de formuler en toute confiance une conclusion négative, mais il est sûr que nous pouvons conclure à la présence du virus.

**Mme Sonia Sidhu:** Je sais. Le site Web en parle. Mais est-il en d'autres langues que l'anglais?

**Dr Graham Sher:** Le français.

**Mme Sonia Sidhu:** Le français. Merci.

**Le président:** Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Merci, monsieur le président.

J'ai quelques questions. Je saisis bien la nécessité d'un fondement scientifique et l'inutilité de toutes les sortes de sensationnalisme. Voyons d'un peu plus près le fait que trois millions de Canadiens fréquentent des régions infectées par le virus Zika. Ai-je raison de penser que le phénomène n'est vraiment survenu que l'année dernière, en 2015, après des décennies d'inactivité ou sans avoir eu ce genre d'impact?

Dans ce cas, ne serions-nous pas aux débuts du phénomène? Je sais que le moustique vecteur ne se trouve actuellement pas au Canada, et n'y viendra peut-être pas, mais ces trois millions de visiteurs, supposons que c'est en 2016, n'annoncent-ils pas logiquement une augmentation du nombre d'infections par ce virus au Canada dans la même année?

**Dr Gregory Taylor:** Absolument. On s'attendait à ce que la plupart, comme je l'ai dit, ne présentent aucun symptôme ou qu'ils en présentent de très bénins. Nous avons trouvé 20 cas, mais nous ne soumettons pas l'immense majorité des Canadiens qui vont à l'étranger à des tests. Je serais porté à croire que bien plus de 20 Canadiens ont été infectés, mais ils n'ont présenté aucun symptôme ou la maladie a évolué spontanément vers la guérison, et ils sont indemnes.

**M. Don Davies:** Quels outils ou ressources pourraient aider vos organisations à prendre les devants, à se préparer? Nous avons un peu le luxe de voir venir les choses et nous espérons qu'il n'y aura pas de conséquences graves. C'est ce qu'il tend à se passer dans le cas des craintes relatives aux pandémies, mais quelles sortes de ressources gouvernementales pourraient aider vos organisations?

• (1655)

**Dr Graham Sher:** Je vais certainement répondre au nom de la Société canadienne du sang.

Notre décision d'agir, et d'agir rapidement, s'appuyait purement sur le principe de précaution. En fait, vous avez posé la question précédemment, monsieur Davies. Je veux souligner de nouveau que nous avons décidé d'agir même en l'absence de preuve parce que selon le principe de précaution, l'absence de preuve n'est pas une preuve d'absence.

Même si nous ignorons si le virus peut se transmettre par transfusion sanguine, nous avons jugé qu'il convenait de prendre une mesure de sécurité généralisée prévoyant une période d'exclusion de 21 jours pour toute personne qui pourrait avoir voyagé dans les régions touchées.

Pour ce qui est des ressources supplémentaires dont notre organisation aurait besoin pour renforcer encore la sécurité de la

réserve de sang, je me dois de féliciter les gouvernements du Canada, particulièrement ceux des provinces et des territoires. En effet, quand la Société canadienne du sang a été établie en 1998 dans la foulée du scandale du sang contaminé et les échecs de l'organisation qui l'avait précédée, une des plus importantes stratégies d'atténuation du risque que les gouvernements nous ont donnée, c'est la capacité d'agir au nom de la sécurité sans leur réclamer d'argent supplémentaire.

La Société canadienne du sang dispose d'un fonds de prévoyance; elle peut donc appliquer n'importe quel test ou mesure, peu importe le coût, afin de protéger la réserve de sang sans devoir demander aux gouvernements l'autorisation de les financer. Notre fonds de prévoyance capitalisé s'élève à 40 millions de dollars et nous permet d'agir au nom de la sécurité.

Il s'agit peut-être de la ressource la plus puissante à notre disposition. Malheureusement, nous l'avons acquise en raison des leçons tirées du scandale du sang contaminé, mais il faut avouer que les gouvernements tant fédéral que provinciaux ont accordé à la Société canadienne du sang les ressources et la capacité d'agir au nom de la sécurité sans limite ou contrainte fiscale. La plus grande garantie que nous pouvons offrir aux Canadiens, c'est peut-être que nous agissons quand il est nécessaire de le faire.

**M. Don Davies:** Merci.

Monsieur Gilmour ou docteur Taylor.

**Dr Gregory Taylor:** Pour sa part, l'Agence n'a pas de fonds de prévoyance. Je suis assez jaloux, car ce serait bien d'en avoir un.

Nous regardons la situation. Il nous est difficile de répondre à cette question, car nous ignorons ce que l'avenir nous réserve. À l'heure actuelle, nous mettons l'accent sur la recherche et les diagnostics en laboratoire, et sur la manière dont nous pouvons aider la population avec le vaccin potentiel. Nous réaffectons des ressources pour répondre au besoin qui se fait actuellement sentir. Je pense toutefois que d'autres ministères seraient mieux à même de répondre à cette question: les IRSC, qui effectuent des travaux financés par des fonds destinés à la recherche, ainsi que certains des organismes d'aide, qui pourraient préciser la contribution que nous faisons à l'OMC et l'ampleur de l'aide que nous apportons à d'autres pays. C'est exactement ce sur quoi nous travaillons.

Actuellement, du point de vue du diagnostic, je pense que l'Agence est bien pourvue, mais si l'on veut déterminer la manière d'aider le mieux possible notre organisme, tout dépend réellement de ce que le gouvernement fédéral entend faire sur la scène internationale.

**Le président:** Félicitations. Nous sommes tout à fait dans les temps. Nous avons fait du bon travail, et tous les membres ont pu poser leurs questions.

J'aimerais donner à l'une ou l'autre de vos organisations l'occasion de nous transmettre un message que vous n'avez pas pu formuler. Avez-vous un message? Avons-nous des difficultés à surmonter? Y a-t-il quelque chose que nous devrions faire?

Je laisse la parole à la Société canadienne du sang.

**Dr Graham Sher:** Merci beaucoup, monsieur le président, de nous donner l'occasion de nous exprimer.

Je reprendrais certainement les propos de M. Eyolfson, pour dire que nous devons peut-être tous rester calmes face à l'incertitude. Mon organisation, à titre de gestionnaire du système national d'approvisionnement en sang, voudrait indiquer aux Canadiens que nous croyons avoir géré ce risque de façon appropriée. Nous continuerons de travailler avec des experts de toutes les régions du monde pour veiller à ce que le système d'approvisionnement en sang du Canada soit protégé et pour bien servir les Canadiens.

Ce n'est pas la dernière éclosion de virus à laquelle nous serons confrontés. Après le virus Zika, il y en aura toujours d'autres. Voilà pourquoi je voulais souligner l'émergence d'autres technologies, comme celle de réduction des agents pathogènes.

Nous disposons toutefois d'un mécanisme très évolué de surveillance et de prise de décision fondée sur le risque. Je considère qu'il a réagi promptement, et nous continuerons évidemment de surveiller cette éclosion et l'évolution de sa biologie et de son épidémiologie. Pour l'heure, je pense que nous pouvons affirmer avec confiance que nous faisons ce que nous pouvons pour protéger la réserve de sang et les gens qui pourraient recevoir des transfusions au Canada contre le risque de transmission du virus Zika.

Merci encore de nous avoir donné l'occasion de prendre la parole devant vous.

**Le président:** Docteur Taylor.

**Dr Gregory Taylor:** J'aimerais faire écho aux propos du Dr Sher. C'est formidable d'avoir l'occasion de nous adresser à vous en présence des médias pour parler aux Canadiens et leur garantir que la vaste majorité d'entre eux courent un risque très faible.

Pour ce qui est du message que j'aimerais vous laisser, je répèterais que cette éclosion n'est ni la première ni la dernière. Ces éclosions exigeront une réponse internationale pour un éventail de raisons. Pas plus que l'Agence, qui a besoin du concours de nombreux ministères, le Canada ne peut agir seul. Nous collaborons très étroitement avec nos collègues des quatre coins du monde.

Je crois que la crise du virus Ebola le montre fort bien. Nous avons été très chanceux dans ce cas. Nous avons mis au point un vaccin qui était prêt à être utilisé. Mais nous n'en avons pas pour le virus Zika. Si c'était le cas, la situation serait complètement différente. Il faudra du temps pour trouver une solution. Certaines technologies, dont quelques-unes se trouvent au Canada, peuvent permettre la production rapide de vaccins, mais cela exige des ressources considérables, et c'est à l'échelle internationale qu'il faut agir.

Je pense que c'est le dernier message que je veux vous laisser: les efforts doivent avoir une envergure internationale. Dans quelque temps, comme je l'ai indiqué au début, nos conseils changeront, car la science évoluera presque quotidiennement, et les conseils et les recommandations devront faire de même.

Merci encore de m'avoir donné l'occasion de faire partie des deux premiers témoins dans le cadre de votre...

• (1700)

**Le président:** Et les meilleurs jusqu'à présent.

**Des députés:** Oh, oh!

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons faire une pause de quelques minutes, après quoi nous reviendrons parler du rapport du comité de direction pour voir si nous pouvons l'adopter et savoir où nous allons.

Merci beaucoup.

• \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

•

• (1710)

**Le président:** Je pense que tout le monde a une copie du rapport du comité de direction, dans lequel figurent, en ordre de priorité, les questions que nous et le comité de direction avons proposées.

Je ne sais pas si certains d'entre vous souhaitent intervenir. Est-ce que quelqu'un a des objections? Voudriez-vous voir autre chose?

**M. Len Webber:** Merci, monsieur le président.

En lisant ce rapport, je tente de cerner la différence entre le fait d'entreprendre une étude et celui de demander une séance d'information. Selon moi, il est évidemment bien moins long de recevoir une séance d'information que d'entreprendre une étude, laquelle semble exiger un travail bien plus intensif.

Bien entendu, je faisais partie du sous-comité et j'ai participé aux réunions, mais avons-nous prévu des journées ou des rencontres pour chacune de nos études?

**Le président:** Je crois que notre attachée de recherche a un plan de travail.

N'est-ce pas?

**Mme Karin Phillips (attachée de recherche auprès du comité):**

En fait, ce serait une bonne chose que le Comité décide aujourd'hui du temps qu'il veut allouer à chacun de ces sujets.

La différence entre une étude et une séance d'information, c'est qu'une étude est habituellement plus longue et qu'il y a un rapport qui en découle. En revanche, une séance d'information est une étude également, mais elle s'échelonne habituellement sur une ou deux journées et ne donne pas nécessairement lieu à un rapport.

Un comité pourrait décider d'organiser une séance d'information, puis finalement, à l'issue de cette séance, il pourrait vouloir rédiger un rapport.

**Le président:** C'est une bonne question. Est-ce que nous produirons un rapport à la suite de la réunion d'aujourd'hui? À la lumière des conclusions que nous avons tirées aujourd'hui, conviendrait-il de rédiger un rapport?

Selon moi, oui. Je crois que nous devrions produire un rapport, parce que nous avons tous appris quelque chose aujourd'hui. Pourrions-nous demander à l'attachée de recherche de nous préparer un rapport de 100 pages?

**Mme Karin Phillips:** Le Comité aimerait-il inclure des recommandations dans ce rapport?

**Le président:** Je pense que nous avons appris aujourd'hui — et je ne veux rien présumer — que le risque pour les Canadiens, au Canada, est très faible. C'est ce que nous ont dit nos deux témoins. Il serait important de mentionner que le virus peut être transmis aux femmes canadiennes de deux façons, puisque des gens m'ont souvent posé la question, et je ne connaissais pas la réponse avant aujourd'hui.

Les gens seraient rassurés de savoir que le virus ne peut se transmettre que de deux façons.

De plus, les personnes enceintes ou celles qui envisagent une grossesse sont les plus touchées par le virus. Apparemment, les autres peuvent difficilement savoir qu'ils en sont affectés.

C'est tout ce que j'avais à dire.

Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie:** Merci, monsieur le président.

Si nous voulons rédiger un rapport, il serait bon d'inclure des recommandations. Je me suis entretenu avec quelques témoins, et je leur ai demandé de nous fournir de l'information, car j'estime que nous devrions insister davantage sur la prévention.

À l'époque du virus H1N1, nous avons mené toute une campagne de relations publiques pour renseigner les gens, car comme vous l'avez si bien dit, le risque est plutôt faible, mais il reste que les conséquences du virus Zika peuvent être très graves et même entraîner la mort du fœtus.

Par conséquent, si nous avons la possibilité de rédiger un rapport et d'y inclure quelques recommandations, ce serait merveilleux.

**Le président:** Nous pourrions parler des risques et des modes de transmission. Quoi d'autre?

● (1715)

**M. Colin Carrie:** Je pense que le rapport devrait résumer ce que nous avons appris aujourd'hui. Il devrait refléter les témoignages. Vous avez dit que vous en avez appris beaucoup aujourd'hui au sujet du virus. C'est la même chose pour moi.

Nous pourrions ensuite recommander au gouvernement des mesures pour mieux gérer la situation, parce qu'on nous a dit aujourd'hui que de nouvelles techniques d'inactivation des agents pathogènes pourraient permettre de changer la donne.

Nous avons la possibilité ici au Canada de faciliter et d'accélérer le processus, parce que le virus Zika n'est pas le dernier virus avec lequel nous serons aux prises. Il y a toujours des mutations. Nous ne craignons pas de pandémie au Canada ni ailleurs dans le monde, mais il faut tout de même bien gérer la situation. La prévention demeure la meilleure façon de limiter la propagation du virus.

**Le président:** Je pense que la sensibilisation du public est un autre aspect important, parce que j'ai appris beaucoup de choses aujourd'hui, et j'ignorais l'existence des documents dont vous avez parlé.

J'estime qu'il incombe à ces organismes — et à nous également — de conscientiser le public, qui ne s'en portera que mieux. Nous avons tout appris énormément aujourd'hui, et ce sont des choses que nous aurions peut-être dû savoir — je ne sais pas.

Allez-y, monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Merci, monsieur le président.

J'aimerais apporter un point de vue différent. Je crois que le Comité est maître de sa destinée. Nous pouvons certainement produire un rapport si c'est ce que nous voulons. Toutefois, une séance d'information n'est pas du tout la même chose qu'une étude et un rapport. Aujourd'hui, nous avons tenu une séance d'information. Cette séance avait pour but de nous renseigner, et je ne m'attendais pas à ce qu'elle donne lieu à un rapport.

Habituellement, lorsque nous organisons une séance d'information, c'est parce que nous voulons être informés. Lorsque nous entreprenons une étude, c'est parce que nous voulons étudier un sujet en profondeur, recueillir diverses opinions et ensuite rédiger un rapport. La raison pour laquelle je crois qu'il est utile de faire cette distinction...

Pour ce qui est de produire un rapport à la suite de la séance d'aujourd'hui, j'ai deux préoccupations. Tout d'abord, j'estime que nous n'avons pas entendu suffisamment de témoins. Nous avons reçu les représentants de deux organismes gouvernementaux. Normalement, pour être en mesure de rédiger un rapport exhaustif, nous

devons avoir entendu de nombreux témoins et recueilli différents points de vue. Il y a peut-être des épidémiologistes ou des experts de la lutte contre les maladies qui s'opposent à ce qui a été dit aujourd'hui. Je l'ignore, mais c'est peut-être le cas.

Deuxièmement, une grande partie de ce que j'ai entendu aujourd'hui reflète ce que j'ai entendu vendredi, c'est-à-dire que l'information sur le virus évolue tous les jours, toutes les semaines. D'ici à ce que nous rédigeons notre rapport et nos recommandations, la période de gestation... Comme je l'ai dit tout à l'heure, j'ai entendu quelque part que le virus pouvait être présent dans le sperme d'un homme infecté jusqu'à 62 jours, puis aujourd'hui, on nous dit que c'est plutôt 14 jours. Je ne voudrais surtout pas que le Comité s'appuie uniquement sur les témoignages de deux organismes gouvernementaux pour produire un rapport sur un sujet qui évolue aussi rapidement.

Maintenant, nous pourrions rédiger un rapport dans cette optique...

**Le président:** C'est ce que j'allais dire; la situation évolue rapidement.

**M. Don Davies:** Par conséquent, nous pourrions être très brefs et nous en tenir aux faits que nous connaissons aujourd'hui.

C'est ce que je suggère.

**Le président:** Y a-t-il d'autres commentaires?

**M. Darshan Singh Kang:** Je ferai écho aux propos de M. Davies.

Plus de trois millions de Canadiens voyagent chaque année dans les pays actuellement touchés par le virus Zika et, en date d'aujourd'hui, il n'y a que 20 cas d'infection. Nous ne savons pas comment la situation va évoluer dans un proche avenir. J'estime que les voyageurs qui se rendent dans les zones touchées par le virus Zika devraient, volontairement ou obligatoirement, subir un test de dépistage. Je crois qu'il pourrait y avoir un plus grand nombre de gens infectés qu'on ne le soupçonne.

Si vous rédigez un rapport, vous devriez également en tenir compte et recommander que ces voyageurs se soumettent à un test de dépistage du virus Zika.

**Le président:** Y a-t-il d'autres commentaires?

**M. Colin Carrie:** Je me demande, si nous décidons de produire un rapport... Les analystes ont fait en quelque sorte un survol de la littérature sur la question. Nous pourrions leur demander d'aller encore un peu plus loin. Je n'ai aucun problème à nous limiter dans le rapport. Il y a très peu d'informations disponibles, étant donné que c'est nouveau. Je crois que notre Comité pourrait faire preuve de leadership en publiant ce que nous savons en ce moment. Cela aidera peut-être les décideurs et même ceux des plus petites administrations à diffuser plus efficacement l'information. Comme je le disais aujourd'hui, la prévention est évidemment le meilleur traitement contre cette maladie, et la diffusion de l'information est la seule manière de la prévenir.

L'un des témoins a mentionné que c'est lié aux relations sexuelles. Donc, si vous vous trouvez dans les régions visées, vous devez automatiquement utiliser un condom, mais les gens ne le savent pas. À quel point une personne est-elle susceptible d'être piquée par un moustique pendant ses vacances dans l'une de ces régions? Je pense que c'est très probable.

Les témoins nous ont dit qu'il y avait 20 cas confirmés, et je crois que c'est une énorme sous-estimation de la réalité. D'après moi, il s'agit d'une occasion pour nous de jouer un rôle de chef de file et de suivre le conseil de Don, à savoir de vraiment nous limiter dans le rapport.

• (1720)

**Le président:** Je suis d'accord que nous n'avons pas beaucoup d'éléments à inclure dans un rapport parlementaire. Que pensez-vous de publier un résumé des témoignages que nous avons entendus aujourd'hui? Je crois que c'est ce que nous devrions faire. Nous devrions expliquer que nous avons passé la journée à écouter bon nombre de spécialistes. Nous rédigerons ensemble un résumé des témoignages. Ce n'est pas un rapport qui dit telle ou telle chose. Je crois que c'était très utile, et je suis d'accord qu'il faut entendre tous les points de vue, ce que nous n'avons pas fait. Néanmoins, nous avons entendu d'excellents témoignages. Nous rédigerons un résumé de ce que nous avons entendu, puis nous vous le présenterons aux fins d'approbation.

Cela convient-il à tout le monde? Que tous ceux qui sont pour un résumé se manifestent.

Excellent. D'accord.

**M. Ramez Ayoub:** J'ai une petite question. Est-ce la seule fois que nous entendrons des témoins concernant le virus Zika ou entendrons-nous d'autres témoins?

**Le président:** Pour autant que je le sache, nous avons terminé. Cela correspond-il à votre motion?

Nous avons terminé en ce qui concerne le virus Zika.

**M. Don Davies:** Oui. Je crois. Nous pouvons toujours inviter d'autres témoins plus tard si nous le souhaitons.

**M. Ramez Ayoub:** Je pensais inviter d'autres associations.

**M. Don Davies:** Nous voulions une séance d'information, et je crois que c'est ce que nous avons eu.

**M. Colin Carrie:** Selon ce qui se passera, nous pouvons toujours inviter de nouveau les témoins pour faire le point sur la situation. Ils y sont ouverts.

**Le président:** Voilà qui règle la question.

Passons maintenant au rapport du comité directeur. C'est intéressant de réaliser une étude et de demander à la Société canadienne du sang de venir faire une séance d'information concernant le rapport « Passons à l'action ». Aimerez-vous faire un commentaire à ce sujet? Je présume que vous ne voulez pas qu'une séance d'information.

**M. Len Webber:** Non, pas nécessairement, parce que je crois qu'il y a eu de nombreuses études sur le don d'organes et de tissus. Est-ce nécessaire? Peut-être pas. Nous pourrions inviter des représentants de la Société canadienne du sang et la ministre de la Santé pour écouter ce qu'ils ont à dire; nous pourrions ensuite prendre la décision, si le Comité est d'accord, d'inviter des représentants du Réseau Trillium pour le don de vie de l'Ontario ou d'autres groupes, si nous avons besoin de renseignements additionnels.

**Le président:** L'analyste a sorti des rapports qui ont déjà été produits. Pourrions-nous en envoyer une copie à tous les membres du Comité? D'accord, mais ce n'est qu'un début.

Nous avons plusieurs différents sujets, et nous ne pouvons pas simplement nous arrêter et en faire un. Je crois que nous devons trouver le moyen de les regrouper. De manière générale, tout le monde est-il d'accord avec la hiérarchisation suivante des priorités:

le programme d'assurance-médicaments; les dons d'organes; les soins à domicile et les soins palliatifs; la santé des Autochtones et l'état de la résistance aux antibiotiques? Tout le monde est-il d'accord avec cela en principe?

Tous ceux qui sont pour l'adoption du rapport comme programme se manifestent.

(La motion est adoptée. [Voir le *Procès-verbal*])

**Le président:** Nous avons maintenant un programme.

**M. Tom Kmiec:** Monsieur le président, j'ai une question relative à la procédure. J'aimerais savoir la différence entre une étude et une séance d'information. À l'occasion d'une séance d'information avec ces organismes, le Comité peut-il aussi demander à d'autres de venir commenter le rapport « Passons à l'action » ou devons-nous nous limiter aux organismes mentionnés?

• (1725)

**Le président:** Selon moi, nous ferons tout ce qu'il faut au sujet des dons d'organes. Nous commencerons notre étude, puis nous verrons où cela nous mènera. Si vous voulez faire des ajouts, je suis d'accord, et je crois que le don d'organes intéresse grandement la majorité des membres.

Je viens de discuter avec les représentants de la Société canadienne du sang, et cet organisme distribue des produits pharmaceutiques d'une valeur de 600 millions de dollars pour traiter des problèmes relatifs au sang. L'organisme a un programme d'assurance-médicaments financé par les provinces. Je ne le savais pas. Nous avons donc là un modèle de programme d'assurance-médicaments.

Oui. Monsieur Davies, allez-y.

**M. Don Davies:** Monsieur le président, c'est une bonne chose d'avoir adopté notre programme, et je crois qu'il faut maintenant que cela prenne forme; nous pourrions mettre des points à l'ordre du jour de notre prochaine réunion. C'est normalement utile de déterminer le nombre de réunions à consacrer à l'étude et de réserver évidemment deux ou trois jours pour discuter du rapport.

Nous avons un programme très ambitieux. Nous avons certainement suffisamment de pain sur la planche pour nous rendre jusqu'à la fin de l'année. Est-ce votre intention que ces études nous occupent jusqu'à la fin décembre? Autrement, nous serions mieux de rayer deux sujets de la liste, si notre objectif est d'avoir terminé à la fin juin.

**Le président:** Cette décision revient au Comité. Cela ne relève pas de moi; c'est la décision du Comité. Tout dépend si nous voulons étudier en profondeur ces questions. Le programme d'assurance-médicaments sera une étude de grande envergure. Je sais que cela suscite beaucoup d'intérêt. La Nouvelle-Écosse vient tout juste d'annoncer un programme d'assurance-médicaments, et deux jours plus tard les autorités sont revenues sur leur décision, parce que le programme n'était pas bien pensé. Le programme a suscité beaucoup d'opposition dans la province; les autorités se confondent encore en excuses. À mon avis, les discussions sur le programme d'assurance-médicaments seront bien accueillies d'un bout à l'autre du pays.

**M. Don Davies:** Oui, mais je me disais, au sens large, qu'une étude sur le programme d'assurance-médicaments nécessiterait de consacrer de quatre à six ou de quatre à huit réunions à entendre des témoins.

Pour ce qui est des soins à domicile et des soins palliatifs, cela prendrait environ le même temps, soit de quatre à six ou de quatre à huit réunions. L'étude sur la santé des Autochtones prendrait de quatre à six réunions. L'étude sur la résistance aux antibiotiques prendrait peut-être un peu moins de réunions, soit peut-être de deux à quatre réunions. Ensuite, nous avons en plus de tout cela des réunions consacrées à l'examen des rapports. Nous avons aussi évidemment l'étude sur le don d'organes qui nécessiterait de deux à quatre réunions selon le nombre de témoins.

Je ne me souviens plus du nombre de réunions que nous avons d'ici la fin juin. Je crois que c'est environ 15. En avons-nous 15?

**Le président:** J'ai le calendrier ici. Combien en avons-nous?

Commençons par l'étude sur le programme d'assurance-médicaments. Voici ce que je pense. Nous commencerons par l'étude sur le programme d'assurance-médicaments, et nous recueillerons des renseignements sur les autres études au fur et à mesure. Ainsi, lorsque nous serons rendus à ces autres études, nous aurons plus d'informations à notre disposition et nous serons plus efficaces. Voilà mon opinion.

**M. Colin Carrie:** Quelle est l'échéance pour remettre notre liste de témoins à ce sujet? Qu'en pensez-vous?

**Le président:** Vos listes doivent être remises d'ici le 11. La ministre comparait-elle le 21? Non. La ministre comparait le 23, et ce sont des représentants du ministère qui comparaissent le 21. Je crois que nous consacrerons ces deux réunions à ces témoins. Ces deux réunions sont déjà réservées.

**M. Don Davies:** La ministre comparaitra le 23, n'est-ce pas?

**Le président:** Le 21, nous entendrons des représentants du ministère, puis ce sera le tour de la ministre le 23. La ministre comparaitra devant le Comité durant seulement une heure le 23. Des représentants du ministère l'accompagneront et témoigneront aussi longtemps que nous le voudrons. Nous entendrons aussi lundi des représentants du ministère de la Santé.

**M. Don Davies:** Nous ne devons donc pas tenir compte de ces réunions dans le calendrier; cela réduit le nombre de réunions que nous avons.

J'aimerais proposer de consacrer au départ six réunions à entendre des témoins.

**Une voix:** Oui.

**M. Don Davies:** C'est deux et deux. C'est deux organismes par heure, soit quatre en tout. Nous pourrions donc entendre 24 organismes ou personnes, ce qui est probablement beaucoup.

• (1730)

**Le président:** Cela donnera aux gens le temps de répondre. Nous constatons que les témoins ne se manifestent pas très rapidement. Ils ne répondent pas rapidement aux invitations. Si nous ne tenons pas compte des réunions du 21 et du 23 avec des représentants du ministère et la ministre, nous pouvons commencer à regarder du côté des témoins pour l'étude qui suivra sur le programme d'assurance-médicaments. Entre-temps, nous pouvons recueillir de l'information sur les autres sujets. Cela convient-il à tout le monde?

**M. Darshan Singh Kang:** Monsieur le président, avec deux organismes, croyez-vous que ce sera suffisant? Aurons-nous suffisamment de temps pour leur poser nos questions?

**Le président:** Oui. Si nous sommes concis et précis dans nos questions, je crois que nous pouvons recueillir l'information dont nous avons besoin.

**M. Bryan May:** M. Davies soulève un très bon point. Nous avons fait cet exercice au comité HUMA, et la vitesse à laquelle les réunions se remplissent est incroyable. Nous avons en fait seulement deux études, et nous avons estimé que cela nous prendra jusqu'à la fin de l'année pour les terminer.

Il faut également tenir compte d'un autre aspect, soit le Budget principal des dépenses, dont nous serons saisis après le dépôt du budget. Cela nous demandera deux ou trois jours. Vous avez dit que la ministre comparaitra devant le Comité. Vous voudrez aussi probablement demander aux divers ministères de venir faire le point sur la situation avant d'entendre des témoins. Il faudra réserver une réunion à cette fin.

Je voulais seulement faire remarquer que ce n'est pas seulement le programme de notre première année. C'est peut-être le programme de nos deux ou trois premières années.

**Le président:** C'est correct.

**M. Bryan May:** Non. C'est très bien. C'est agressif.

**Le président:** Nous serons probablement aussi saisis de la question de la marijuana à un moment donné. Nous serons probablement aussi saisis de la question de l'aide médicale à mourir. Nous pouvons seulement faire tout ce que nous pouvons.

Pour l'instant, nous avons convenu d'une liste. Nous commencerons donc par le programme d'assurance-médicaments. Nous devons adapter notre horaire en fonction de toutes les autres choses que nous devons faire.

Monsieur Webber, allez-y.

**M. Len Webber:** J'ai une question. Lorsque la ministre comparaitra devant le Comité, nos questions devront-elles concerner uniquement le premier sujet, soit le programme d'assurance-médicaments?

**Le président:** Non. Cette décision vous revient.

**M. Len Webber:** D'accord.

**Le président:** Monsieur Davies, allez-y.

**M. Don Davies:** Je suis conscient que notre analyste a suggéré — j'étais déçu de l'échéancier, mais ce n'est peut-être pas une mauvaise idée — de lui soumettre le plus de témoins possible d'ici la fin de la semaine pour qu'elle puisse au moins s'atteler à la tâche.

**Le président:** Oui.

**M. Don Davies:** Je tenais également à mentionner que, comme Brian l'a souligné — il a raison —, la première séance d'une étude est normalement consacrée à entendre des représentants du ministère qui viennent faire le point sur le sujet. Ensuite, nous passons aux autres réunions. Je pense que nous devrions consacrer six réunions à entendre seulement des témoins, parce que Darshan a raison. Le temps passe vite, lorsque nous avons seulement deux organismes par heure.

Monsieur le président, vous pouvez parfois choisir de prévoir une séance de deux heures en vue d'entendre seulement deux ou trois témoins si vous voulez approfondir plus longuement une question. C'est également possible, si vous le souhaitez.

Je pense qu'il faut prévoir une réunion pour la séance d'information avec des représentants du ministère et consacrer six réunions à entendre des témoins. Nous pourrions en entendre jusqu'à 24. Nous pouvons toujours réduire ce nombre en fonction des témoins. Nous pouvons tout simplement envoyer à l'analyste nos listes de témoins au moins d'ici vendredi. Ce serait un bon début. Cela ne limiterait personne. Je propose que...

**Une voix:** Il faut au moins une réunion pour examiner le rapport.

**M. Don Davies:** Il faut au moins une réunion — normalement deux — pour examiner le rapport qui en découle.

**Le président:** Le 21, des représentants du ministère témoigneront devant le Comité durant deux heures. Le 23, la ministre comparaitra devant le Comité durant une heure, puis des représentants du ministère témoigneront durant une autre heure. Ces trois heures en compagnie de représentants du ministère seront-elles suffisantes pour les entendre au sujet du programme d'assurance-médicaments ou voulez-vous garder la porte ouverte?

**M. Len Webber:** Seulement au sujet du programme d'assurance-médicaments...?

**M. Don Davies:** Quel est le sujet de la réunion avec les représentants du ministère? Cette réunion ne visait-elle pas précisément à discuter d'un rapport annuel?

**Le président:** Cette décision revient au Comité. Si nous pensons que nous aurons suffisamment de temps pour discuter du rapport et leur demander la position du ministère quant au programme d'assurance-médicaments, cela pourrait servir d'introduction à notre étude sur le programme d'assurance-médicaments et de réunions avec des représentants du ministère.

**M. Don Davies:** Vous pourriez explorer cette avenue avec eux, monsieur le président, mais je m'inquiète notamment du personnel qui témoignera devant le Comité à l'occasion de cette réunion.

**Le président:** Oui. Il faudra en avertir les témoins.

**M. Don Davies:** Oui. Je présume que l'assurance-médicaments est un domaine très précis, et il serait probablement mieux de prévoir une séance d'information avec des spécialistes du ministère de la question de l'assurance-médicaments et des produits pharmaceutiques. Vous pourriez certainement explorer cette avenue.

**Le président:** Nous leur demanderons de faire le point sur la situation, et nous leur poserons également des questions sur l'assurance-médicaments.

**M. Don Davies:** Si vous pensez que c'est suffisant...? Cela pourrait être utile de faire d'une pierre deux coups.

**Le président:** Oui. Je crois que cela fonctionnera.

Y a-t-il des commentaires?

C'est ce que nous ferons. Nous inviterons des représentants du ministère pour faire le point, mais nous voudrions aussi poser des questions sur l'assurance-médicaments. Cela vous convient-il?

**Des députés:** D'accord.

**Le président:** Si ce n'est pas suffisant, nous les inviterons de nouveau.

Monsieur Carrie, allez-y.

• (1735)

**M. Colin Carrie:** Par ailleurs, avons-nous prévu une réunion pour discuter du budget qui s'en vient? Le budget des dépenses était-il à l'ordre du jour? Lorsque la ministre comparaitra devant le Comité, sera-t-elle ici pour discuter essentiellement du budget?

**Le président:** C'est la journée qui suit le dépôt du budget. Donc...

**M. Colin Carrie:** Je me disais avec tout ce qui se passe qu'il faudrait peut-être que la ministre compareisse durant deux heures. Cela semble beaucoup...

**Le président:** Oui.

Je ne le sais pas. La réponse que nous avons reçue, c'était qu'elle était disponible durant une heure, mais nous pourrions lui demander de comparaître devant le Comité durant deux heures.

**M. Colin Carrie:** Il y a probablement beaucoup de sujets dont nous pourrions traiter.

**M. Don Davies:** Oui. C'est effectivement le cas.

Je suis assez certain que la motion que nous avons adoptée portait sur sa lettre de mandat. Nous ne lui demandons pas de parler du budget.

Nous pourrions lui demander de parler du budget, mais pour être juste avec elle, c'est la lettre de mandat qui est l'objet de sa visite.

**Le président:** Vous avez raison.

**M. Don Davies:** Je sais comment procèdent les ministres qui sont occupés. Habituellement, ils viennent pour une heure. J'ai rarement vu un ministre rester deux heures. N'importe quel membre du Comité pourrait présenter une motion pour lui demander de venir nous parler du budget. Je ne crois pas que cela ait déjà été fait, mais c'est une possibilité.

**Une voix:** Vous avez raison. C'est toujours une bonne chose.

**M. Don Davies:** Oui.

**Le président:** En plus de sa visite sur la lettre de mandat?

**M. Don Davies:** Oui. C'est une question distincte, un dossier distinct.

**Le président:** Oui.

Comment allons-nous procéder? Est-ce suffisant? Une séance de trois heures avec les fonctionnaires nous permettra-t-elle d'avoir une bonne idée du point de vue du ministère de la Santé au sujet du programme d'assurance-médicaments? Est-ce suffisant? Nous pourrions toujours leur demander de revenir.

**Une voix:** Nous pouvons leur demander de nous accorder plus de temps.

**Une voix:** Ce n'est pas suffisant.

**Le président:** Vous croyez?

**M. Darshan Singh Kang:** Ce ne sera pas assez.

**Le président:** Madame Tiedemann.

**Mme Karin Phillips:** Je voulais mentionner deux choses relativement au fait que l'une de nos séances avec les fonctionnaires est censée porter sur la Loi canadienne sur la santé et sur le rapport annuel, et qu'ils s'attendent à cela.

Ce serait une bonne idée de discuter du programme d'assurance-médicaments dans ce contexte puisque ce programme est l'une des choses qui sont exclues de la Loi canadienne sur la santé. Il sera peut-être difficile d'avoir une séance d'information sur le programme en plus de celle-là.

L'autre chose que je voulais dire concerne certains organismes visés par la question du programme d'assurance-médicaments. Il y a l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, qui fait des recommandations sur les médicaments admissibles. Il y a aussi le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, qui est chargé de réglementer le prix des médicaments, et l'Institut canadien d'information sur la santé.

Il y a une variété d'organismes fédéraux en dehors du ministère que nous aurions peut-être intérêt à recevoir. Cela pourrait se faire à l'occasion d'une séance autre que celle où l'on viendra nous expliquer la Loi canadienne sur la santé.

Si j'étais vous, je renoncerais à aborder la question du régime d'assurance-médicaments lors des séances déjà prévues et j'en ferais l'objet d'une séance distincte.

**Le président:** Cela me convient.

Les réunions des 21 et 23 mars ne porteront pas sur le régime d'assurance-médicaments. Elles porteront sur la Loi canadienne sur la santé, sur les lettres de mandat, etc.

À la réunion suivante, nous recevrons les fonctionnaires du ministère de la Santé pour qu'ils nous parlent du régime d'assurance-médicaments.

Est-ce que tout le monde est d'accord?

Monsieur Davies

**M. Don Davies:** Monsieur le président, j'ai une annonce à faire avant l'ajournement.

Après les votes de ce soir, juste à l'extérieur du restaurant du Parlement, il y aura un rassemblement avec hors-d'oeuvre à l'intention des rescapés du scandale du sang contaminé.

La Société canadienne du sang sera là, et nous parlerons un peu du système de collecte et de distribution du sang. Je tenais donc à inviter mes collègues.

La rencontre aura lieu devant le restaurant du 6<sup>e</sup> étage de l'édifice du Centre, tout de suite après les votes de ce soir. Si vous voulez vous y arrêter une quinzaine de minutes, il y aura de la nourriture gratuite. Je me suis laissé dire que c'était très bon. En tant que membres du Comité de la santé, cela pourrait vous intéresser.

● (1740)

**Le président:** Merci beaucoup à tous.

La séance est levée.





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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

---

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