



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent des ressources naturelles

RNNR • NUMÉRO 025 • 2^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 9 juin 2009

Président

M. Leon Benoit

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

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

Comité permanent des ressources naturelles

Le mardi 9 juin 2009

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. Leon Benoit (Vegreville—Wainwright, PCC)): Bon après-midi à tous. Nous sommes prêts à commencer.

J'aimerais seulement indiquer avant de commencer que nous aurons besoin d'un budget pour couvrir les demandes de remboursement de frais de voyage pour cette étude. Si nous pouvions simplement rester un petit peu plus longtemps à la fin de la réunion je l'apprécierais.

Deuxièmement, vous allez tous recevoir une copie du rapport portant sur les systèmes intégrés d'énergie vers la fin de la réunion. Vous l'aurez donc en main aujourd'hui. Nous en parlerons jeudi.

Aujourd'hui nous continuons notre étude, en vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, qui concerne les installations d'énergie atomique du Canada limitées situées à Chalk River et sur l'état de la production d'isotopes d'application médicale.

Nous avons avec nous aujourd'hui quatre groupes de témoins, trois en personne et un par vidéoconférence. Jean-Luc Urbain, président de l'Association canadienne de médecine nucléaire et Peter Hollett, président sortant. Edward Lyons, président de l'Association canadienne des radiologistes ainsi que Jacques Lévesque, vice-président. De l'Association des médecins spécialistes en médecine nucléaire du Québec nous avons avec nous François Lamoureux, président. Par vidéoconférence, de Hamilton, Karen Gulenchyn, directrice médicale du département de médecine nucléaire du Hamilton Health Sciences and St. Joseph's Healthcare Hamilton.

Nous allons procéder dans le même ordre établi par l'ordre du jour, en commençant par les témoins de l'Association canadienne de médecine nucléaire pour dix minutes. Vous pouvez soit occuper tout votre temps de présentation ou le partager, c'est à votre guise, mais s'il vous plaît limitez votre témoignage à 10 minutes.

Merci beaucoup, allez-y.

[Français]

Dr Jean-Luc Urbain (président, Association canadienne de médecine nucléaire): Monsieur le président, mesdames et messieurs du comité, au nom de l'Association canadienne de médecine nucléaire, j'aimerais d'abord vous remercier de nous donner l'occasion de vous faire part de la position de notre organisation relativement à la pénurie d'isotopes médicaux.

C'est avec des sentiments et des émotions partagés que le Dr Peter Hollett, qui siège à ma droite, et moi-même nous présentons devant vous aujourd'hui en tant que porte-parole des médecins spécialistes en médecine nucléaire du Canada. Je travaille dans le domaine de la médecine nucléaire depuis un peu plus de 30 ans. Je me considère très privilégié d'avoir pu pratiquer mon art pendant un peu plus de 20 ans en Belgique, aux États-Unis et, depuis près de six ans, au Canada. Pendant toutes ces années, mes collègues et moi avons vécu et pratiqué notre profession avec la certitude que nous pourrions

disposer des meilleurs isotopes possibles pour réaliser les études diagnostiques et traiter les patients qui nous sont confiés chaque jour. Ce sentiment provenait essentiellement du fait que nous savions que le Canada avait développé un programme d'énergie nucléaire et de production d'isotopes médicaux qui n'avait son pareil nulle part au monde et que le monde entier lui enviait.

Depuis le premier arrêt brutal du réacteur national de recherche universel en décembre 2007, notre association, en collaboration avec de nombreux confrères, a travaillé sans relâche à limiter l'impact des pénuries successives d'isotopes sur la population canadienne et, il faut bien le dire, à essayer de préserver la crédibilité du Canada sur la scène internationale.

En mai 2008, le groupe de travail créé par le ministère de la Santé, dont nous faisons partie, a remis au ministre de la Santé un rapport détaillant la séquence des événements de décembre 2007, détaillant l'impact de l'arrêt du réacteur sur les soins de santé, les faiblesses des systèmes en place et a fait des recommandations à la fois générales et spécifiques pour éviter de revivre ce genre de situation.

Dans ce rapport, nous insistions sur deux points fondamentaux. Le premier était la nécessité de trouver une solution canadienne garantissant l'approvisionnement en isotopes, particulièrement le molybdène-99 et le technétium-99m, en mettant en service sans délai les réacteurs Maple 1 et Maple 2.

Le deuxième point était le développement et la commercialisation d'isotopes médicaux alternatifs, en particulier les isotopes émetteurs de positrons, détectables par la tomographie par émission de positrons et susceptible de pallier partiellement une pénurie en isotopes produits par réacteur.

[Traduction]

Au cours des 18 derniers mois nous avons été témoins de cinq à six fluctuations importantes dans la livraison de technétium-99m qui nous ont forcé à changer de façon radicale l'horaire de nos patients et de nos interventions et également à déplacer des examens. Nous savions que toute pénurie prolongée d'isotopes pourrait avoir des conséquences dramatiques sur notre capacité de fournir des services à nos patients.

L'annonce faite le mois dernier de la fermeture prolongée des réacteurs NRU est une véritable catastrophe pour les deux millions de patients en médecine nucléaire au Canada et également pour la crédibilité de l'industrie et de la technologie nucléaires au Canada. La pénurie chronique et grave d'isotopes médicaux n'est ni amusante ni sexy. C'est un drame réel que nos patients et nous vivons quotidiennement.

En tant que médecins, nous devons pratiquer la rectitude médicale et non la rectitude politique. Nous devons fournir les meilleurs traitements et les meilleurs tests diagnostiques à nos patients du Canada ainsi qu'à ceux dans le monde et nous sommes dans l'obligation d'être honnêtes avec nos patients et avec nous-même. Notre association ne s'est jamais défilée devant sa mission, ses responsabilités ni ses devoirs. Alors que nous avons travaillé sans relâche avec Santé Canada pour tenter de limiter autant que possible cette nouvelle crise prolongée, nous avons fait part au gouvernement, à nos patients ainsi qu'aux médias de nos inquiétudes concernant notre capacité de fournir des méthodes thérapeutiques et des tests diagnostiques optimaux. Malheureusement, nos préoccupations n'ont pas été prises au sérieux et ont été jugées ridicules.

En fait, nous sommes forcés par la crise actuelle d'avoir recours à des isotopes médicaux, des diagnostics et des méthodes thérapeutiques du XX^e siècle, ce qui est loin d'être l'idéal. Par exemple, nous avons remplacé le traceur cardiaque marqué au technétium-99m par du chlorure de thallium afin de pouvoir poser des diagnostics de maladies cardiaques. Le thallium est un des premiers isotopes à avoir été utilisé de façon régulière en médecine nucléaire dans les années 1970 et 1980. Bien qu'il soit une alternative à court terme, ses caractéristiques d'imagerie ne sont pas optimales. Il force des changements importants dans l'horaire des patients et une augmentation de l'exposition aux radiations des patients d'un facteur de 1,5 à 2. Nous devons également remplacer certains de nos tests en médecine nucléaire par des procédures de radiologie qui ne nous fournissent pas de renseignements sur le fonctionnement des organes.

J'ai dit tout à l'heure que j'avais eu la chance de pratiquer la médecine nucléaire en Europe et aux États-Unis. La tomographie à émission de positrons, que l'on appelle également TEP, utilise des isotopes médicaux qui caractérisent extrêmement bien la physiologie et la pathophysiologie du corps humain, des maladies cardiaques et surtout des cancers et des troubles neurologiques comme la maladie d'Alzheimer. J'ai suivi une formation en TEP pendant mes études en Belgique dans les années 1980. Puis, en 1990, en réaction à la preuve prédominante qui démontrait l'utilité de cette technologie pour les troubles que j'ai mentionnés, le gouvernement de la Belgique a décidé d'en fournir gratuitement l'accès à ses dix millions de citoyens.

Certains tests de médecine nucléaire utilisent du technétium-99m qui peut être remplacé par des procédures de TEP. Si le Canada avait autorisé les médecins et les scientifiques à développer et à mettre en place cette technologie dans les années 1990 et au début du siècle, nous serions aujourd'hui capable de fournir un outil de diagnostic digne du XXI^e siècle à tous les Canadiens. À notre avis, il est inconcevable que les Canadiens doivent aller en Chine, à Singapour, en Inde, en Australie, au Koweït, en Europe, en Amérique du Sud et aux États-Unis pour enfin obtenir un accès illimité à cette technologie éprouvée et pour recevoir des traitements adéquats avec des isotopes modernes. Aux yeux de nos collègues internationaux, la médecine nucléaire au Canada est en train d'être reléguée à un niveau de pratique du Tiers Monde ou pire encore.

● (1540)

L'absence de technologie de TEP a déjà eu de lourdes conséquences sur les Canadiens. Je dois dire que je n'ai jamais vu autant de cancers à un stade si avancé dans ma carrière que depuis mes six dernières années de pratique au Canada. De plus, c'est la première fois dans ma carrière que j'ai été... [*Problème technique*]

Le président: Nous allons devoir interrompre la séance jusqu'à ce que les microphones soient réparés.

● (1540)

(Pause)

● (1545)

Le président: Nous allons maintenant recommencer. Mon microphone fonctionne.

Pouvez-vous essayer le vôtre à nouveau, monsieur Urbain? Bien. Maintenant continuez et espérons que tout fonctionnera à partir de maintenant.

Dr Jean-Luc Urbain: Merci beaucoup. Je vais essayer d'être bref pour le reste de mon exposé.

Ce que je disais c'est que l'absence de technologie de TEP a déjà eu de graves conséquences sur les Canadiens et que je n'ai jamais vu autant de cancers à un stade si avancé de toute ma carrière que depuis mes six dernières années de pratique au Canada. De plus, c'est la première fois dans ma carrière que j'ai été obligé d'effectuer des essais cliniques de TEP qui sont qualifiés comme contraires à l'éthique par la communauté internationale.

Du fait que les isotopes et les technologies du XXI^e siècle sont inaccessibles, il est très difficile de susciter l'intérêt d'étudiants en médecine dans ce domaine important et de retenir nos jeunes diplômés et nos médecins plus expérimentés au Canada. À moyen ou à long terme, le fait de perdre ses meilleurs sujets peut être très néfaste à une société.

L'Association canadienne de médecine nucléaire recommande fortement au comité premièrement d'annuler sa décision d'abandonner la production d'isotopes médicaux par les réacteurs MAPLE 1 et MAPLE 2 et de convier immédiatement un groupe international d'experts pour analyser en profondeur la question liée à la mise en service de ces réacteurs et que les recommandations du groupe soient rendues publiques et communiquées aux organismes médicaux.

Deuxièmement, nous recommandons que le gouvernement fédéral, par l'entremise de Santé Canada et dans les plus brefs délais, autorise l'usage d'isotopes émetteurs de positrons et de leurs produits radiopharmaceutiques en s'appuyant sur les essais précliniques et cliniques effectués en Europe et aux États-Unis et sur les critères de sécurité d'emploi de ces radio-isotopes bien établis par les organismes de réglementation des États-Unis et de l'Union européenne.

Troisièmement, nous recommandons que le gouvernement s'allie aux provinces et aux territoires pour absorber, durant une période de cinq ans, la récente hausse du coût du technétium-99m imposée par les producteurs et les distributeurs ainsi que les coûts de la mise en place de la technologie d'émission de positrons au Canada.

Quatrièmement, nous recommandons que le ministère des Ressources naturelles et Santé Canada collaborent officiellement et en toute diligence avec les organismes médicaux appropriés, plutôt que de consulter des experts à titre individuel qui pourraient se trouver en conflit d'intérêts, afin d'établir rapidement les mécanismes de mise en oeuvre de ces recommandations.

L'ACMN croit fermement que le Canada doit actualiser son système de soins de santé et mettre à la disposition de ses citoyens des outils diagnostiques et thérapeutiques de médecine nucléaire dignes du XXI^e siècle. L'ACMN souhaite également réitérer son offre de travailler en étroite collaboration avec le gouvernement et de lui faire part de son expérience et de son expertise pour atteindre cet objectif.

Le Dr Peter Hollet, président sortant de l'ACMN, et moi-même serions heureux de répondre à vos questions si vous en avez. Merci de votre attention.

• (1550)

Le président: Merci.

Nous allons maintenant écouter Edward Lyons, président de l'Association canadienne des radiologistes ainsi que Jacques Lévesque, vice-président.

Allez-y messieurs. Espérons que vous saurez respecter la période de 10 minutes.

Dr Edward Lyons O.C. (président, Association canadienne des radiologistes): Monsieur le président et membres du comité, je vous remercie de m'offrir cette occasion pour m'adresser à vous sur cette question.

Nous avons eu la chance de participer aux séances du comité ad hoc portant sur les isotopes médicaux. Comme l'a déjà dit le Dr Urbain, à titre de médecins représentant l'Association canadienne des radiologistes, nous avons récemment joint ce comité.

En sa qualité de porte-parole de la profession au Canada, l'Association canadienne des radiologistes défend les normes les plus élevées en matière d'imagerie axées sur les patients, d'apprentissage continu et de recherche. Les radiologistes font partie intégrante de l'équipe des soins de santé.

L'Association canadienne des radiologistes (CAR) surveille les effets de la fermeture du réacteur de Chalk River puisque la pénurie prolongée d'isotopes médicaux a une incidence sur les services de radiologie partout au pays. Les patients nécessitant des examens en médecine nucléaire devront possiblement recevoir des procédures d'imagerie diagnostique alternatives notamment la TDM et l'IRM.

Les effets sur un système d'imagerie déjà fortement sollicité par les nombreuses demandes de TDM et d'IRM peuvent être importants. La disponibilité des équipements pour effectuer des examens en TEP et TDM varie grandement, considérablement peu sont disponibles au Canada pour répondre aux demandes croissantes.

Chaque province et territoire gère son approvisionnement en isotopes; par conséquent, les effets de la pénurie diffèrent au pays. La CAR tente de surveiller toute hausse de la demande de soins en radiologie auprès des organisations provinciales et aucun changement n'a été remarqué au cours des deux dernières semaines.

Il y a un besoin sévère d'accroître la collaboration entre les gouvernements des provinces, des territoires et du pays, les autorités en soins de santé et les associations médicales compte tenu de la prolongation de cette pénurie.

La CAR croit qu'une norme et une stratégie nationales garantiraient que les besoins de tous les Canadiens d'un océan à l'autre constituent la priorité alors que nous disposons d'un approvisionnement limité d'isotopes. Un comité pancanadien pourrait peut-être gérer la situation et mettre au point des stratégies visant les meilleurs intérêts de l'ensemble des Canadiens à court et à long terme.

Un tel comité devrait compter des représentants des gouvernements des provinces, des territoires et du pays, des autorités en soins de santé provinciales et territoriales, des associations de l'imagerie provinciales et fédérales, des établissements d'éducation et des collèges fournissant les ressources humaines en santé et bien évidemment des industries qui produisent et distribuent des isotopes, et être dotés de mécanismes pour obtenir la contribution de ces représentants.

Seul un effort concerté des gouvernements, du secteur médical et de l'industrie permettra au Canada de maîtriser cette situation critique en soins de santé. La CAR est prête à jouer un rôle clé sur un tel comité.

La consultation coordonnée auprès des groupes du secteur de l'imagerie et l'exécution d'un plus grand nombre d'exams au moyen de l'imagerie dans un contexte où le système d'imagerie médicale est déjà fortement sollicité exigera une évaluation détaillée et la consultation d'autres groupes du secteur. Parmi ceux-ci se trouverait l'Association canadienne des technologues en radiation médicale, dont les représentants sont ici, et la Société canadienne des technologues en ultrasonographie diagnostique pour étudier les effets de la hausse de la demande en matière de formation et de technologues. La CAR est prête à jouer un rôle dans ce type de consultation nécessaire.

Pour élaborer des stratégies à court, à moyen et à long terme, il est essentiel que les Canadiens aient accès aux services nécessaires en médecine nucléaire. Cette situation exige une action immédiate. La CAR a cerné de nombreux secteurs qui nécessitent une attention particulière et où elle pourrait aider à gérer la pénurie actuelle d'isotopes.

• (1555)

Premièrement, nous pourrions contribuer à une étude complète sur les conséquences réalistes d'une baisse de la production mondiale pour le Canada. Combien de patients n'ayant pas accès à des examens de médecine nucléaire seraient touchés? Combien d'entre eux pourraient être déplacés en imagerie radiologique? Quelles ressources seraient nécessaires pour recevoir ces patients? Une augmentation de la charge de travail peut-elle être absorbée par le système actuel? Dans l'affirmative, pendant combien de temps et pour une hausse de quel ordre? Est-il possible de prolonger les heures d'exploitation des établissements pour répondre aux besoins des patients? De quelle manière? Quelles seraient les conséquences sur le personnel, autant les médecins que les technologues? Enfin, qui absorberait les nouveaux coûts, c'est-à-dire le capital et les frais d'exploitation?

Deuxièmement, il faut évaluer et faire le suivi des effets d'une pénurie prolongée d'isotopes sur la demande et la charge de travail dans le domaine de la radiologie. Ajuster la charge de travail et l'offre de main-d'oeuvre afin d'optimiser l'utilisation des isotopes et avoir recours à d'autres moyens nucléaires ou non nucléaires, tels que les technologies TDM et IRM, pour les examens par imagerie qui dépendent des ressources actuelles en imagerie, à court et à long terme. Plus particulièrement, il faut surveiller et consigner les incidences sur les systèmes — elles seront utiles pour la planification des futurs investissements dans l'approvisionnement en isotopes — y compris sur les éléments suivants: le personnel — radiologistes et technologues —, leurs heures de travail, les heures supplémentaires et les congés de maladie; la direction; le nombre d'unités produites; le nombre d'unités produites en médecine nucléaire et en radiologie dans les établissements nationaux, provinciaux et régionaux; l'utilisation des ressources; le coût total, lorsque les patients se servent du système, jusqu'au traitement; l'utilisation et le temps de fonctionnement des appareils; le temps d'attente de l'imagerie diagnostique pour les patients en médecine nucléaire; et le dépassement des coûts pour les services de radiologie.

L'une des solutions que nous pouvons proposer est l'utilisation généralisée des lignes directrices de la CAR, fondée sur l'expérience clinique, pour les examens d'imagerie diagnostique pour classer les patients par ordre de priorité. Elles ont une incidence positive sur la gestion des ressources humaines et matérielles dans la santé, dont les ressources d'imagerie sur la sécurité des patients — grâce à une diminution de l'exposition aux radiations inutiles —; et sur le temps d'attente. Une meilleure gestion des ressources actuelles en imagerie accroîtrait la capacité. La CAR travaille depuis cinq ans en collaboration avec des spécialistes, des médecins de famille et des omnipraticiens, à l'application de lignes directrices pour les examens d'imagerie diagnostique transparentes et fondées sur des données probantes et elle peut contribuer à en étendre l'utilisation dans l'ensemble du pays.

Viennent ensuite la mise au point de protocoles cliniques, de stratégies et d'algorithmes pour classer les patients par ordre de priorité, selon les ressources disponibles aux niveaux local et régional, et l'élaboration de formulaires de demande spéciale ou d'un format d'identification des patients prioritaires ainsi que d'un système de suivi des demandes qui tiendrait compte des listes d'attente existantes.

Nous pourrions également contribuer à la mise en place d'une approche coordonnée pour évaluer les besoins en radiologie pour faire en sorte que toutes les régions disposent d'un accès équitable aux isotopes et aux autres services de radiologie.

Nous pourrions ensuite contribuer à une démarche de planification et de coordination rigoureuses à long terme afin d'éviter qu'une telle situation se reproduise. Il conviendrait d'évaluer le besoin d'augmenter le nombre des technologies de remplacement, par l'ajout, par exemple, d'examens par TEP/TDM, TDM et IRM. La CAR pourrait participer à la résolution de problèmes tels que les suivants: comment faire pour répondre à la demande au cours des cinq prochaines années? Combien faudra-t-il de nouvelles unités pour répondre à la demande? Comment gérer les listes d'attente actuelles? En combien de temps peut-on s'attendre de façon réaliste à voir une augmentation de l'approvisionnement? Comment faire pour répondre aux besoins en personnel?

Enfin, la gestion de la pénurie d'isotopes à usage médical et la création de sources d'approvisionnement futures sont des enjeux mondiaux, nationaux, provinciaux et territoriaux qui nécessiteront des efforts concertés de la part de tous les ordres de gouvernement, des autorités médicales de santé, des associations médicales et de l'industrie, dès maintenant et au cours des prochaines années. La gestion à court terme d'une pénurie d'isotopes doit être harmonisée avec les stratégies d'approvisionnement à moyen et à long terme. La CAR entend poursuivre sa participation à chacun de ces niveaux d'évolution de la gestion des isotopes et de l'approvisionnement.

• (1600)

Enfin, la CAR considère que la première étape de ce long projet doit être d'adhérer à une approche nationale selon laquelle tous les Canadiens ont le même droit à des soins de santé.

Merci beaucoup.

Notre vice-président, le Dr Lévesque, et moi-même pourrons répondre aux questions le moment venu.

Le président: Merci pour votre exposé, monsieur Lyons, ainsi que pour vos recommandations précises.

Nous entendrons maintenant le troisième groupe, l'Association des médecins spécialistes en médecine nucléaire du Québec, par la voix

du Dr François Lamoureux. Je vous invite à commencer et vous pouvez prendre jusqu'à 10 minutes.

[Français]

Dr François Lamoureux (président, Association des médecins spécialistes en médecine nucléaire du Québec): Monsieur le président, distingués membres du comité, je vous remercie, en tant que président de l'Association des médecins spécialistes en médecine nucléaire du Québec, de me donner l'occasion de comparaître devant vous au nom de mes collègues médecins nucléistes du Québec.

Nous vivons actuellement non pas une crise politique, mais une véritable crise médicale. Ce matin, j'ai écouté à CBC le témoignage crève-coeur d'une jeune patiente de 21 ans qui souffre d'un cancer de la thyroïde. Elle était littéralement terrorisée par la possibilité de ne pas recevoir un traitement à l'iode 131 pour traiter son cancer et se préoccupait également des autres malades.

Au Canada, 5 000 nouveaux cas de cancer de la thyroïde sont détectés par année. Soixante-quinze pour cent sont des femmes. Si le cancer est traité adéquatement, la survie à 10 ans est de plus de 95 p. 100. Si ces patients n'ont plus accès à ce traitement, quel sera leur futur? Dans ce pays, la crise a atteint une telle ampleur que ce sont les malades qui se préoccupent des autres malades, car ce gouvernement ne semble pas réaliser la catastrophe, la tragédie pour les Canadiens et les Canadiennes malades qui ont besoin de ces investigations et traitements. On a laissé tomber les malades. On a d'abord nié l'existence d'une crise et maintenant, on trouve ça « sexy ». Quelle désolation, quelle tristesse! C'est difficile d'être canadien aujourd'hui. Qui va protéger les patients de ce pays? Ce désastre médical était prévisible. Tous le savaient. La seule inconnue n'était pas de savoir si elle se produirait, mais quand elle se produirait.

En tant qu'organisation médicale nationale, l'Association canadienne des médecins spécialistes en médecine nucléaire, comme l'a bien expliqué le président Jean-Luc Urbain, a offert sa collaboration depuis le début. Cependant, on préfère avoir recours à d'obscurs experts consultants. Pourquoi cet obscurantisme? Y a-t-il des engagements ou intérêts non avoués que la population devrait connaître?

Au Québec, notre association, en collaboration avec le ministère de la Santé du Québec, a immédiatement réactivé sa cellule de crise le lendemain de l'annonce du prolongement de la fermeture du réacteur de Chalk River, le 25 mai 2009. Comme nous avons au Québec, à la différence du reste du Canada, 15 appareils en fonction de tomographie par positrons, communément appelés « PET scans », nous avons pu immédiatement réduire de façon importante l'impact sur les malades souffrant d'un cancer qui ont besoin d'une investigation par tomographie par positrons en les redirigeant vers des centres établis un peu partout dans la province. Merci à ce gouvernement qui a eu la vision d'implanter cette technologie un peu partout. En France, il existe déjà 80 centres cliniques, et comme la priorité principale est le cancer, ce nombre sera porté à 120.

Ensuite, nous avons décidé de prolonger les horaires. À présent, technologues, médecins et secrétaires contactent les malades. Nous devons continuellement établir de nouvelles listes de rendez-vous, annuler et reporter des rendez-vous et juger de la pertinence. Actuellement, nous utilisons également d'autres radiotraceurs. Nous appuyons donc totalement l'évaluation de la problématique et les propositions de l'Association canadienne de médecine nucléaire. On ne peut plus rester dans cette incertitude. Les malades de ce pays ont complètement perdu confiance dans nos dirigeants. On a besoin d'un comité indépendant pour évaluer la situation. La diversion médiatique ou le camouflage des dommages collatéraux que l'on inflige aux patients ne leur offre aucun réconfort. Nous sommes plongés dans une urgence médicale.

Jeudi et vendredi, plusieurs centres régionaux ontariens devront fermer complètement leur service de médecine nucléaire, car ils n'ont plus de technétium. Les réacteurs de l'Afrique du Sud et de la Hollande n'étaient pas fonctionnels cette semaine. Les malades ont besoin de votre aide. Les 101 médecins spécialistes en médecine nucléaire du Québec s'associent tous sans exception aux collègues nucléistes du reste du Canada, par l'entremise de l'Association canadienne de médecine nucléaire, afin d'offrir immédiatement leur totale collaboration aux élus de ce pays.

Je suis prêt à répondre à toute question que vous pourriez juger opportune. Merci.

• (1605)

[Traduction]

Le président: Merci pour vos commentaires, monsieur Lamoureux. Nous les apprécions grandement.

Nous entendrons maintenant le témoin qui participe par vidéoconférence. Il s'agit de la Dre Karen Gulenchyn, directrice médicale du département de médecine nucléaire au Hamilton Health Sciences et St. Joseph's Healthcare Hamilton.

Vous avez la parole, madame Gulenchyn.

Dre Karen Gulenchyn (directrice médicale, Département de médecine nucléaire, Hamilton Health Sciences et St. Joseph's Healthcare Hamilton): Je tiens à vous remercier, monsieur le président, ainsi que les membres du comité, de m'avoir donné l'occasion de comparaître devant vous à nouveau aujourd'hui. La dernière fois, c'était en février 2008, après l'arrêt réglementaire du réacteur NRU de Chalk River. Je fais également partie du groupe d'experts qui a été convoqué en décembre 2007 par le ministre fédéral de la Santé afin de fournir des conseils sur l'approvisionnement en isotopes médicaux. Je suis toujours membre de ce groupe.

Au moment de ma comparution il y a 16 mois, je vous ai longuement parlé de ma pratique et de sa dépendance sur un approvisionnement sécuritaire en isotopes médicaux. La dépendance à un approvisionnement sécuritaire n'a pas changé mais je ne reviendrai pas sur cette question car je sais que certains députés ont entrepris un examen détaillé depuis. J'aimerais toutefois vous faire part de ce que nous avons accompli depuis pour nous préparer à la présente crise, dont le Dr Lamoureux, je crois, a dit que nous savions qu'elle allait survenir et que nous ne savions tout simplement pas quand elle allait survenir. Nous croyions en fait qu'elle était inévitable.

En sa qualité de conseiller auprès du ministre fédéral de la Santé, le groupe a collectivement prodigué des conseils sur des produits radiopharmaceutiques de remplacement, des conseils concernant des diagnostics et traitements de remplacement, et fourni de l'information en vue de la rédaction d'un document exposant diverses

stratégies permettant de tirer le meilleur parti possible des réserves actuelles de produits radiopharmaceutiques. Ce document a été d'une très grande utilité pour tous les centres du Canada, qui ont pu s'en inspirer pour gérer la situation actuelle.

J'ai également conseillé le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; ensemble, nous avons élaboré un plan à mettre en application en cas d'événements de ce genre. En fait, l'encre qui avait servi à rédiger la version définitive du plan n'était pas encore sèche quand est arrivée la fermeture de Chalk River au mois de mai.

Nous avons également établi des plans en vue de l'emploi progressif de fluorure de sodium pour l'imagerie des os en remplacement d'un faible pourcentage des scintigraphies osseuses effectuées dans la province. Nous avons travaillé à la préparation de ce plan de concert avec des gens du Cross Cancer Institute, en Alberta. Je crois qu'un autre plan a également été élaboré à Sherbrooke, au Québec. Enfin, nous avons mis au point un plan de surveillance de l'évolution de la situation dans chaque réseau local d'intégration en santé dans toute la province.

À l'interne, au Hamilton Health Sciences et St. Joseph, les membres de mon équipe ont travaillé à faire en sorte que nous soyons en mesure de sortir le plan du tiroir pour le mettre en oeuvre sans délai. Nous avons notamment mis au point des stratégies de communication propres à tenir informés le personnel médical et les gens du public de notre ville de Hamilton, que la situation actuelle préoccupe tous au plus haut point.

Où en sommes-nous aujourd'hui, quatre semaines après le déclenchement de la crise provoquée par la fermeture du réacteur NRU pour des raisons de sécurité? La planification effectuée par la communauté de médecine nucléaire, en collaboration avec les ministères fédéral et provinciaux de la santé, est en grande partie efficace. Les fournisseurs de produits radiopharmaceutiques ont constitué des réserves, quoiqu'en plus petites quantités et à des prix plus élevés. Il va sans dire que l'organisation que je représente et d'autres organisations canadiennes font des pieds et des mains pour composer avec l'augmentation des prix sans dépasser leurs budgets restreints.

Après avoir maintenu notre rythme normal de travail pendant trois semaines, nous avons dû réduire, la semaine dernière, le nombre d'exams de 20 p. 100. Nous prévoyons une baisse d'environ 30 p. 100 de nos volumes normaux cette semaine.

Aux yeux de nombreux observateurs de l'extérieur, il se peut que la crise passe inaperçue. Cela est en grande partie dû à la compétence et au dévouement du personnel travaillant dans les 245 installations de médecine nucléaire et radiopharmacies du Canada. Les rendez-vous des patients ont dû être changés à plusieurs reprises afin de tirer le meilleur parti possible des produits radiopharmaceutiques. Nous transférons les patients et les doses thérapeutiques d'un établissement à un autre pour faire en sorte que le patient qui a le besoin le plus urgent d'un examen recevra la dose requise.

Mais les mesures prises pour gérer la situation ont un prix considérable. La hausse du coût des produits radiopharmaceutiques en est peut-être l'exemple le plus simple. Le coût de la renonciation est encore plus important: il s'agit, notamment, du temps qu'un technologiste passe à réorganiser le volume de travail, au lieu d'offrir à un patient atteint du cancer ou d'une maladie cardiaque la petite attention spéciale dont il a tellement besoin, ainsi que le temps que les médecins et les scientifiques passent à gérer la crise au lieu d'enseigner aux futurs médecins ou d'explorer des nouvelles frontières. La situation que nous tentons de gérer coûte cher.

•(1610)

Lors de ma comparution en février dernier, on m'a posé une question difficile, à savoir si des décès seraient survenus si le réacteur n'avait pas été remis en marche. La réponse que j'ai donnée à ce moment-là a été interprétée par les médias comme un non. Aujourd'hui, j'aimerais remettre les pendules à l'heure.

Dans une large mesure, notre problème aujourd'hui est la restriction des tests diagnostiques, et non de la thérapie, causée par une pénurie d'isotopes médicaux. Un test diagnostique est un élément d'un processus déclenché lorsqu'un patient se plaint d'un problème; un médecin établit ensuite l'historique médical du patient, procède à un examen physique et, finalement, pose un diagnostic et prescrit un traitement.

Par la suite, le médecin prescrit les tests diagnostiques requis afin d'accroître l'exactitude de son diagnostic. En l'absence de test, le degré d'exactitude demeure faible, et en fait le diagnostic peut être erroné. Il existe de nombreuses étapes entre l'évaluation initiale du patient et le résultat éventuel, et il est difficile d'établir un lien direct entre l'absence d'un test particulier et le décès d'un patient. Néanmoins, le retrait des tests de médecine nucléaire du système de soins de santé canadien, qui a toujours été soumis à de fortes contraintes, vient compliquer le traitement des patients.

J'aimerais pouvoir dire que nous sommes en mesure de gérer la situation, mais si les réserves d'isotopes médicaux diminuent au point que nous n'arrivons plus à effectuer la moitié des examens que nous avons l'habitude de faire, je pense alors que des décès pourraient survenir à cause des pressions supplémentaires exercées sur le système de santé.

J'aimerais souligner encore une fois que malgré le fait qu'on s'en sort raisonnablement bien pour atténuer l'impact sur les patients, cette situation aura des conséquences sur notre système de santé et sur chaque personne qui est partie prenante dans le système, en particulier les patients. Cela entraîne une hausse des coûts et une réorganisation des ressources déjà utilisées à pleine capacité.

Je tiens à remercier le comité de m'avoir offert l'occasion de comparaître devant vous, et au même titre que mes collègues, il me ferait plaisir de répondre à vos questions.

Merci.

•(1615)

Le président: Merci beaucoup, docteur Gulenchyn, d'avoir expliqué la préparation effectuée au cours de la dernière année et demie, et d'avoir décrit la façon dont vous avez mis en application le plan visant à remédier à cette situation inévitable.

Je passe directement aux questions, pour sept minutes tout au plus, en commençant par l'opposition officielle. Madame Bennett.

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

Je vous remercie de votre excellent témoignage et de votre frustration évidente, sinon de votre colère, au nom de vos patients. Nous vous remercions de votre franchise et de votre prise de position à l'égard des patients du Canada.

Si nous examinons d'abord la médecine nucléaire et le groupe de travail qui a fait rapport en mai 2008, vous avez abordé quatre points, dont assurer une communication efficace avec la communauté médicale et la population, ainsi que trois autres. Mais du même souffle, vous avez dit que la mise en arrêt de MAPLE 1 et de MAPLE 2 était survenue exactement au même moment. Évidemment, un comité spécial est un comité spécial.

Que s'est-il passé quant à la coordination des solutions de rechange relatives aux soins des patients et à la garantie de réserves depuis le dépôt du rapport rédigé par le comité d'experts en mai 2008, au même moment où MAPLE 1 et MAPLE 2 ont été mis hors service?

Dr Jean-Luc Urbain: Merci de la question, madame Bennett.

Nous sommes en présence d'un groupe formidable d'experts en imagerie médicale, et nous travaillons tous en collaboration. Si vous le permettez, je demanderai à la Dre Gulenchyn de répondre à votre question.

Karen.

Dre Karen Gulenchyn: Oui, je suis ici. Je m'habitue au système de vidéoconférence.

En fait, les efforts déployés par le groupe de travail et le ministère fédéral de la santé ont surtout porté sur les stratégies visant à utiliser au maximum les réserves existantes. Je crois que nous avons parlé à plusieurs reprises de la nécessité de garantir les réserves d'isotopes. Je ne crois pas que notre groupe possède l'expertise permettant de déterminer comment on pourrait garantir les réserves. Mais il est clair que le fait d'avoir cinq réacteurs, qui ont tous plus de 40 ans et qui, en conséquence, risquent de faire l'objet de problèmes et de tomber en panne, ne nous place pas dans une situation où nos réserves sont garanties. Alors, je dirais que nous sommes déçus du manque de progrès à ce sujet en particulier.

L'hon. Carolyn Bennett: Le comité spécial n'a pas suivi de processus au cours de la dernière année, depuis l'arrêt de MAPLE 1 et de MAPLE 2. J'ai devant moi l'ébauche de la directive visant à maximiser les réserves de technétium, et elle semble se fonder sur le plan de l'Ontario. Ce qui m'intéresse, c'est de savoir s'il y a une sorte d'approche à guichet unique quant à la façon d'établir l'ordre de priorité des patients et de mobiliser les solutions de rechange. Ce qui m'inquiète, c'est que partout au pays, la disponibilité des solutions de rechange diffère grandement. Pouvons-nous dire, par exemple, que les scintigraphies osseuses et les scintigraphies myocardiques de perfusion sont assez disponibles partout au pays actuellement?

•(1620)

Le président: Qui aimerait répondre à la question?

Dr Jean-Luc Urbain: Je crois que je vais demander...

Le président: Monsieur Urbain, j'aimerais simplement vous rappeler qu'à l'avenir, si vous aimeriez que quelqu'un d'autre réponde à la question, vous devez d'abord vous adresser à moi, et je ferai ce que je juge approprié.

Merci.

Dr Jean-Luc Urbain: D'accord.

L'hon. Carolyn Bennett: Avant la pénurie...

Dr Jean-Luc Urbain: Eh bien, la difficulté au Canada, comme vous le savez, c'est que l'organisme de réglementation se trouve au niveau fédéral; les soins de santé sont donnés au niveau provincial, et il est très difficile de coordonner et de définir des stratégies pour chaque province.

L'hon. Carolyn Bennett: En ce qui concerne les examens cardiaques, tout d'abord, il y a 20 ans, on a cessé d'utiliser du thallium pour une bonne raison. D'après ce que j'ai entendu, les images ne sont pas aussi claires, et on passe à côté de certaines choses. Ça m'a beaucoup inquiété, docteur Urbain, lorsque vous avez dit que vous n'aviez jamais vu une maladie aussi avancée avant votre arrivée au Canada. Est-ce parce que les choses ne sont pas détectées plus tôt, en raison de l'absence de scintigraphie en TEP?

Dr Jean-Luc Urbain: Votre question comporte deux volets. Le premier concerne le thallium. Je dois dire que les images obtenues avec le thallium sont de bonne qualité dans le monde d'aujourd'hui, parce que l'équipement s'est beaucoup amélioré. La trace n'est pas idéale, pour la raison que j'ai mentionnée, mais c'est une bonne solution de rechange temporaire.

Pour ce qui est de votre seconde question, à savoir le fait que j'ai été témoin de nombreux cancers avancés en raison du manque de disponibilité de scanners TEP, la réponse est officiellement oui.

L'hon. Carolyn Bennett: L'une des solutions de rechange existante, si cela avait commencé il y a un an... Je crois que toutes ces lignes directrices ont été préparées en vue d'un arrêt d'un mois. Je ne crois pas que la perspective d'arrêter pendant trois ou six mois figurait dans ces lignes directrices.

Si nous devons aller de l'avant au sujet de la scintigraphie en TEP pour les Canadiens, comment vous y prendriez-vous à l'échelle du pays? Évidemment, le Québec en possède beaucoup, parce que c'est un modèle européen. Vous êtes évidemment d'avis que le reste du Canada tire de l'arrière. Je comprends que pour certains des produits pharmaceutiques utilisés dans le domaine de la scintigraphie en TEP... et dans votre deuxième recommandation, certainement, en ce qui concerne Santé Canada, la ministre a dit qu'elle approuvait les choses rapidement. Je comprends qu'il faudrait que le FDG et le F-18 soit approuvés immédiatement. Actuellement, ils ne sont utilisés que dans le cadre de recherches. Avez-vous eu des nouvelles de la ministre, à savoir s'ils seront approuvés?

Dr Jean-Luc Urbain: Je sais seulement que le ministère les a examinés rapidement.

L'hon. Carolyn Bennett: Pour ce qui est des autres sources, j'ai entendu une histoire inquiétante selon laquelle un hôpital allait se battre contre un autre hôpital, une clinique allait se battre contre une autre clinique, et que si des isotopes supplémentaires étaient disponibles dans le monde, on assisterait à une guerre de surenchères. Savez-vous si le gouvernement fédéral sera en mesure d'en obtenir, ou si les États-Unis verseront simplement davantage d'argent et les obtiendront tous? Dans quelle mesure êtes-vous confiant qu'une partie de la capacité supplémentaire provenant du réacteur hollandais viendra au Canada?

Dr Jean-Luc Urbain: Je crois que ça n'arrivera pas. Au contraire, on a établi très clairement en janvier dernier, lors de la réunion de l'OCDE qui a eu lieu à Paris, que la chaîne d'approvisionnement était très complexe. Nous ne savons pas si nous nous dirigeons vers une surenchère en cas de pénurie, mais c'est tout à fait probable. Comme je l'ai mentionné dans mon rapport, nous avons vécu cinq ou six pénuries d'isotopes au cours des 18 derniers mois. Un jour, nous avons été avisés que nous n'allions recevoir que 60 p. 100 de la capacité de notre génératrice, sans aucune explication.

C'était de toute évidence très frustrant. Actuellement, nous y allons au jour le jour.

Le président: Merci, madame Bennett.

Nous passons au Bloc québécois. Madame Brunelle, pour un maximum de sept minutes.

[Français]

Mme Paule Brunelle (Trois-Rivières, BQ): Bonjour, messieurs, mesdames.

Docteur Lamoureux, vous nous parlez d'une grave crise médicale à l'échelle mondiale. Je trouve très troublant ce que j'ai entendu cet après-midi. Vous nous avez avertis dès le 21 mai dernier de ce qui se produirait. Dans le cadre d'une entrevue avec la presse, vous avez dit ceci:

La pénurie d'isotopes devrait commencer à se faire sentir la semaine prochaine où l'approvisionnement en ^{99m}Tc diminuera de 60 à 70 %, ce qui réduira d'autant l'accessibilité à des soins [...]

On voit en effet que vos prévisions se confirment. Lors de cette même entrevue, vous avez aussi dit ce qui suit:

Le technétium est employé quotidiennement pour 70 à 80 % de nos interventions cliniques. Il sert exclusivement à des fins diagnostiques, pour détecter des cancers et ses métastases, des embolies pulmonaires [...] Or, en raison de la pénurie, il nous faudra retarder ces investigations et remettre à plus tard certaines chirurgies.

Le cas dont vous nous parliez plus tôt est donc vraiment éloquent. Je relierais ça à ce que M. Jean-Luc Urbain nous a dit, c'est-à-dire que l'absence de technologie a beaucoup nui aux Canadiens. Il constate beaucoup plus de cas de cancer depuis six ans. Bien des gens peuvent observer autour d'eux à quel point les cas de cancer sont nombreux et à quel point il semble que la lutte contre cette maladie ait pris du retard.

Docteur Lamoureux et docteur Urbain, comment jugez-vous l'action ou l'inaction de ce gouvernement face à cette crise? Reconnaît-il que c'est une grave crise médicale? Prend-il les moyens nécessaires pour la régler? Avez-vous l'impression qu'on va trouver une solution?

• (1625)

Dr François Lamoureux: Nos malades sont inquiets. Nous sommes obligés de réduire de façon dramatique l'accessibilité aux soins alors qu'on savait depuis trois ans que cette crise s'en venait. Je pense que des mesures auraient dû être prises bien avant, de façon à éviter la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

Les otages de cette situation sont les malades. Ils ont besoin de soins urgents. Comme le disait le docteur Gulenchyn, si le niveau d'approvisionnement baisse sous les 50 p. 100, le risque que les malades subissent des effets extrêmement délétères va être élevé. Selon le docteur Gulenchyn, la quantité d'isotopes à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, un des grands centres de cardiologie et d'investigation du cancer du poumon, est réduite cette semaine à 20 p. 100 — donc à un niveau inférieur à 50 p. 100 —, et pour essayer de fournir le plus d'accessibilité possible aux malades, il faut faire des acrobaties.

Je pense qu'un gouvernement, lorsqu'il est au pouvoir, doit gouverner et prendre des décisions. Il aurait dû en prendre il y a trois ans. Le gouvernement canadien a une responsabilité sociale à l'égard non seulement du Canada, mais aussi du monde. Je crois qu'il doit prendre toutes les mesures possibles pour qu'un comité international évalue la centrale de Chalk River. Il doit dire la vérité à la population, à savoir si oui ou non elle peut être remise en fonction. S'il y a la moindre possibilité en ce sens, il faut la remettre en fonction parce que dans le reste du monde, il n'y a aucune solution dans l'immédiat pour compenser cette non-disponibilité d'isotopes. La seule solution pour nous et pour le reste du monde est que, pour le moment, on essaie de prolonger la vie du réacteur de Chalk River le plus longtemps possible. En outre, pour être sûr qu'une évaluation adéquate est faite et que la population connaisse la vérité, il faut qu'un comité international d'urgence soit mis sur pied pour évaluer cette problématique.

Mme Paule Brunelle: Monsieur Urbain ou monsieur Lamoureux, j'aimerais que vous me donniez des éclaircissements sur deux faits. D'abord, quand on a dit à la ministre qu'il y avait une pénurie, elle a répondu qu'il serait possible de s'approvisionner aux Pays-Bas ou en Australie. Or, les rapports que nous ont remis les fonctionnaires donnent à penser que ce n'est guère possible. De plus, vous venez de nous dire que c'est impossible.

Ensuite, lorsqu'on lui a demandé quelles mesures devraient être prises face à cette pénurie d'isotopes, elle a répondu qu'il y avait des produits de remplacement, notamment le ^{99m}Tc, un dérivé du molybdène. On se demande s'il y a bel et bien des produits de remplacement. Vous nous avez parlé plus tôt du thallium, une solution de rechange qui n'a cependant pas les mêmes qualités et qui comporte un plus grand risque en matière de radiation.

J'aimerais, à l'intention de tous, que vous nous disiez s'il y a des solutions de rechange ou s'il va falloir composer avec ce qu'on a, comme s'il s'agissait d'une médecine de guerre.

• (1630)

Dr Jean-Luc Urbain: En ce qui concerne votre première question, sur la pénurie et l'approvisionnement, j'ai fait référence plus tôt à la réunion de l'OCDE à Paris à la fin du mois de janvier, qui avait été convoquée à la demande du gouvernement canadien. Il était très évident qu'il n'y avait aucune coopération significative sur le plan international.

Il était aussi très évident qu'au cours des 30 ou 40 dernières années, les gouvernements ne se sont pas beaucoup souciés d'avoir, sur le plan international, une stratégie financière pour fabriquer les isotopes médicaux, qui sont produits par la recherche. Ce n'est donc pas aussi évident.

En fait, il faut savoir que ces réacteurs nucléaires ne se manipulent pas comme une voiture ou une bicyclette. Il faut en assurer l'entretien, et pour vous donner une idée, le plan de maintenance de ces réacteurs est fait deux ou trois ans à l'avance. Quand un de ces réacteurs tombe en panne, il n'est pratiquement pas possible de le réactiver s'il est en maintenance ou utilisé pour d'autres fonctions.

De plus, il faut savoir que le réacteur qui produit le plus de molybdène et de technétium au monde est le réacteur canadien. Quand on vous dit que le réacteur de Petten peut augmenter sa production de 50 p. 100, c'est 50 p. 100 de sa propre production, il ne peut pas produire 50 p. 100 de la production mondiale.

Par exemple, le réacteur français ne produit que 3 p. 100 de la production mondiale; et le réacteur belge, 9 p. 100. Même s'il augmente de 50 p. 100, le réacteur belge ne fera que 15 p. 100.

À mon avis, ce n'est pas aussi évident qu'il y paraît, et les gouvernements internationaux auraient dû adopter des mesures il y a très longtemps. Chaque année, les réacteurs ont une année de plus. On ne célèbre pas leur anniversaire, mais ils ont une année de plus.

Le président: Merci, madame Brunelle.

Mme Paule Brunelle: Peut-on avoir la réponse?

[Traduction]

Le président: Nous passons maintenant à M. Cullen pour au plus sept minutes, s'il vous plaît.

M. Nathan Cullen (Skeena—Bulkley Valley, NP): Merci, monsieur le président.

Merci à nos témoins pour leur présence ici et en ligne.

J'aimerais que nous remontions à 2007 un instant. À l'époque, le ministre des Ressources naturelles avait déclaré au sujet de la crise des isotopes que si nous n'avions pas agi, des personnes en seraient décédées. Est-ce que cette déclaration est exacte, docteur Urbain?

[Français]

Dr Jean-Luc Urbain: Oui.

[Traduction]

Je crois en effet que cette déclaration était exacte.

M. Nathan Cullen: Est-ce mieux dans la crise actuelle?

Dr Jean-Luc Urbain: Je crois que pour la crise actuelle, c'est pire.

M. Nathan Cullen: D'accord.

En 2007, lorsqu'on a prévu cesser d'exploiter Chalk River et que le gouvernement a congédié Linda Keen, il y avait plus de réacteurs en exploitation dans le monde. En 2009, la fermeture de Chalk River est prévue pour au moins trois mois — nous avons entendu que ce serait probablement beaucoup plus long — et les sources internationales d'approvisionnement sont moindres aujourd'hui. Est-ce une question de vie ou de mort pour les Canadiens qui cherchent à savoir s'ils ont le cancer et qui désirent des traitements?

Dr Jean-Luc Urbain: En fait, les stocks sont probablement un peu plus élevés, parce qu'en 2007, le réacteur hollandais n'était pas en service. Il a été mis en service l'an dernier.

Je vais vous donner un exemple pour vous montrer le risque. Imaginons un patient qui attend une évaluation de la perfusion myocardique, ou une scintigraphie du myocarde, afin de savoir s'il a besoin d'un triple ou d'un quadruple pontage, et à qui on dit: « Nous sommes désolés, mais nous ne pouvons pas effectuer ce test aujourd'hui parce que nous n'avons pas d'isotopes. » Oui, ça peut être une question de vie ou de mort.

M. Nathan Cullen: Le 30 janvier de cette année, le Canada vivait-il une crise des isotopes?

Dr Jean-Luc Urbain: Nous avons connu tellement d'événements au cours des dernières semaines et des derniers mois que je ne me souviens pas exactement où j'étais ce jour-là, mais comme je l'ai dit, au cours des 18 derniers mois, nous avons vécu cinq ou six pénuries d'isotopes, et on nous avertissait la veille qu'on ne recevrait que 60 p. 100 de notre quota le lendemain.

M. Nathan Cullen: Je vais citer la ministre des Ressources naturelles:

Ils sont terrifiés par ces questions. Vous savez quoi? C'est bon. Parce que si nous gagnons là-dessus, à nous revient tout le mérite. Je suis prête à lancer les dés.

Que pensez-vous de cette déclaration?

Dr Jean-Luc Urbain: Premièrement, j'aimerais vérifier l'origine de cette déclaration. Je l'ai lue, comme vous, dans les journaux. Il arrive que des collègues m'attribuent des paroles que je n'ai jamais dites. Si ces déclarations sont véridiques, je crois que c'est irresponsable.

•(1635)

M. Nathan Cullen: Pourquoi est-ce irresponsable?

Dr Jean-Luc Urbain: Je crois simplement que nous, les médecins, nous devons faire ce qui est dans le meilleur intérêt de nos patients. Je crois que c'est la responsabilité de ceux qui sont nommés aux postes les plus élevés au sein du gouvernement, en particulier la ministre de la Santé et la ministre des Ressources naturelles, de s'assurer...

Il y a deux choses très importantes dans la vie. La première, c'est la vie elle-même, et la seconde, c'est la santé. Je ne crois pas qu'on puisse faire de compromis à cet égard.

M. Nathan Cullen: Docteur Gulenchyn — pardonnez-moi si j'ai mal prononcé votre nom —, j'ai une question pour vous.

En ce qui concerne le cancer, à quel point le dépistage rapide et précis est-il important? À quel point est-ce important en matière de survie et de santé des patients qui luttent contre le cancer?

Dre Karen Gulenchyn: Les patients ont de meilleures chances d'avoir un traitement adéquat contre le cancer lorsque le diagnostic est fait rapidement et avec précision, et lorsque la propagation de la maladie est limitée.

M. Nathan Cullen: Le gouvernement nous a dit qu'il croyait avoir des solutions de rechange et des substituts. Il semble qu'ils ne sont pas aussi précis, pas aussi bons, et qu'ils doublent l'exposition des patients aux radiations. Recommanderiez-vous ça à vos patients? Est-ce qu'on pourrait ainsi détecter le cancer rapidement et avec précision chez eux?

Dre Karen Gulenchyn: Si vous parlez de l'augmentation de l'exposition aux radiations qu'a mentionnée le Dr Urbain, il parlait du thallium, qui est le produit utilisé pour l'imagerie des maladies du cœur, et non du cancer. Si vous parlez du concept en général — devrions-nous favoriser une exposition plus élevée aux radiations lorsque nous faisons des examens —, alors non, nous ne devrions pas. Le principe approprié dans ce cas-ci, c'est que l'exposition doit être la plus faible possible.

Cependant, dans la situation actuelle, le fait est que nous n'avons pas accès aux stocks de technétium-99m normalement à notre disposition. On se trouve donc dans une situation où on doit décider si un test est nécessaire maintenant, en utilisant peut-être des isotopes qui pourraient causer une augmentation de l'exposition aux radiations, ou si le patient peut attendre. D'autres solutions incluent, comme l'a mentionné le Dr Lyons, les examens par résonance magnétique ou la tomographie assistée par ordinateur. Ces examens

sont parfois appropriés. Dans d'autres cas, ils ne conviennent pas et ne dévoilent pas tout ce que les isotopes peuvent nous montrer. Ces choses sont toujours...

M. Nathan Cullen: Docteur, si je peux vous interrompre un instant, j'aimerais comprendre ce que représente pour vous le fait de traiter un patient lorsque vous devez lui parler de toutes ces solutions de rechange, de toutes ces autres techniques qui peuvent être moins efficaces que vous ne le souhaiteriez. Comment se passe cette conversation avec le patient et sa famille?

Dre Karen Gulenchyn: Cette conversation avec le patient et sa famille ressemble à bien d'autres conversations que nous avons. On leur décrit les avantages de l'examen. On leur décrit les risques associés. On leur décrit les risques s'ils refusent ou s'ils retardent l'examen. On aide le patient et sa famille à faire le meilleur choix dans ces circonstances. Comme je l'ai dit, il s'agit de peser les risques et les avantages.

M. Nathan Cullen: Merci.

J'ai une question au sujet de l'approvisionnement, monsieur Urbain. Est-ce que le Canada a actuellement des garanties, sous quelque forme que ce soit, relativement à l'approvisionnement en isotopes médicaux?

Dr Jean-Luc Urbain: Premièrement, il n'y a aucune garantie dans la vie. Deuxièmement, la réponse est non, le Canada n'a aucune garantie. Je crois que la ministre des Ressources naturelles tente de signer une entente avec d'autres pays producteurs d'isotopes.

M. Nathan Cullen: Mais aucune garantie, aucune capacité de se tourner vers les Canadiens et donner à leurs médecins ou à ceux qui veulent des traitements et des diagnostics une idée du temps qu'ils devront attendre avant de pouvoir passer des examens de dépistage du cancer?

Dr Jean-Luc Urbain: Non. La meilleure garantie que le Canada pourrait se donner, c'est d'envisager l'utilisation de MAPLE 1 et de MAPLE 2.

Le président: Merci, monsieur Cullen. Votre temps est écoulé.

Nous allons maintenant du côté du gouvernement. M. Trost, vous avez au plus sept minutes.

M. Bradley Trost (Saskatoon—Humboldt, PCC): Je crois que j'aimerais que les témoins m'en disent un peu plus. J'ai entendu le Dr Urbain dire qu'il s'était préoccupé pour la première fois des problèmes liés aux traitements contre le cancer au Canada il y a à peu près six ans, lorsqu'il a commencé à travailler au pays. Pour le Dr Lamoureux, c'était il y a environ trois ans. À quel moment, en tant que spécialistes de la médecine nucléaire, avez-vous commencé à vous soucier de la sécurité de l'approvisionnement dans le système de médecine nucléaire international?

Je constate que nos réacteurs sont âgés de 50 ans, et le profane que je suis aurait cru que l'on aurait commencé à s'inquiéter il y a 25, 30 ou 35 ans. Alors trois ou six ans me semble un peu court. Nous aurions peut-être dû nous inquiéter de cela il y a 10 ou 15 ans, n'est-ce pas?

•(1640)

Dr Jean-Luc Urbain: Eh bien, je crois que c'est ce que reflète le document que vous avez reçu. Comme je l'ai dit auparavant, la Belgique, par exemple, a approuvé en 1990 l'utilisation de la tomographie par émission de positrons dans les cas de cancers, de problèmes cardiaques et aussi de troubles neurologiques. Vous avez raison lorsque vous dites que la tomographie par émission de positrons a essentiellement commencé à être utilisée il y a 20 ou 25 ans, mais...

M. Bradley Trost: Je veux simplement terminer rapidement sur ce point. Aurions-nous dû, en tant que pays, commencer à accroître l'utilisation de cette technologie, la tomographie par émission de positrons, dans les années 1990? Est-ce que c'est quelque chose que les gouvernements fédéral et provinciaux de l'époque et, je présume, les gouvernements subséquents, ont négligé?

Dr Jean-Luc Urbain: Eh bien, nous accusons un retard de 20 à 25 ans dans la mise en oeuvre de cette technologie, excepté au Québec.

M. Bradley Trost: Quelqu'un a-t-il d'autres commentaires à faire à propos de ces deux brèves questions? Non?

Alors ma prochaine question est la suivante. En ce qui concerne la stratégie à long terme pour garantir l'approvisionnement en isotopes, de mon point de vue, et je siège à ce comité sous une forme ou une autre depuis maintenant cinq ans — depuis que j'ai été élu au Parlement —, il est déconcertant que nous ayons investi tout notre argent dans les réacteurs MAPLE, ce qui équivaut à aller au casino et à miser tous ses jetons sur un seul coup de dés. Avons-nous pensé à utiliser d'autres technologies ou à diversifier nos systèmes d'approvisionnement en dehors des réacteurs MAPLE? Le plan consistait essentiellement à continuer d'utiliser le réacteur NRU, et un peu par magie, à faire fonctionner les réacteurs MAPLE. Quelqu'un a-t-il proposé d'autres solutions à long terme?

Dr Jean-Luc Urbain: De nombreux pays dans le monde se sont penchés là-dessus. On peut produire du technétium à l'aide d'un accélérateur linéaire ou d'un cyclotron. Ces solutions ne sont cependant pas très rentables.

Rappelez-vous qu'il n'y a pas qu'un seul dé, il y en a deux: MAPLE 1 et MAPLE 2.

M. Bradley Trost: Mais il s'agit de la même technologie.

Dr Jean-Luc Urbain: Oui, mais si vous possédez deux voitures et que l'une d'elles tombe en panne, il vous reste toujours l'autre pour vous rendre au travail.

M. Bradley Trost: Mais monsieur, mon problème est le suivant: les ingénieurs et les physiciens d'EACL ne savent pas comment faire fonctionner sécuritairement ces réacteurs. Soit on les fait fonctionner malgré le danger et on s'en remet aux aléas de la physique, soit on ne les utilise pas. Qu'allons-nous faire? Mettre une machine en marche et la laisser exploser, puis nous retrouver avec un problème encore plus grave? Ou avons-nous découvert une solution magique qui aurait échappé aux ingénieurs d'EACL?

Dr Jean-Luc Urbain: Eh bien, si je devais vous annoncer aujourd'hui que vous avez le cancer, vous seriez bien mal avisé de ne pas consulter un autre médecin pour obtenir un deuxième avis. C'est la raison pour laquelle nous demandons la constitution d'un groupe d'experts international.

Deuxièmement, je sais qu'EACL a construit un réacteur ressemblant beaucoup à MAPLE 1 en Corée du Sud. Ce réacteur a été...

M. Bradley Trost: Je comprends ce que vous dites, monsieur, mais soyons francs, des témoins plus versés sur le plan technique — des ingénieurs et des physiciens — sont parvenus à des conclusions différentes des vôtres. J'aurais vivement souhaité que votre recommandation soit valable, mais les ingénieurs qui ont comparu devant nous ont tenu des propos très différents.

Dr Jean-Luc Urbain: Je ne suis pas ingénieur, et ce que nous demandons est la création d'un comité d'experts international, ce qui, à ma connaissance, n'a pas encore été fait.

M. Bradley Trost: Je crois que j'aimerais adresser ma prochaine question à la Dre Gulenchyn d'Hamilton.

Je suis très intéressé de savoir comment ça fonctionne en ce qui concerne notre plan d'urgence. Si nous n'avions pas entamé le processus de consultation et mis en place les procédures de triage actuelles il y a 18 mois, si nous n'avions pas planifié pendant ces 18 mois, la situation serait-elle plus critique?

Dre Karen Gulenchyn: Oui, je crois qu'elle le serait. Je pense que la planification que nous avons effectuée ces 16 ou 18 derniers mois nous a permis de réagir rapidement à la situation; sinon, nous aurions dû improviser un plan au cours des trois dernières semaines. Je crois que la planification nous a été d'un grand secours.

Malheureusement, nous sommes toujours confrontés au fait que le réacteur semble devoir demeurer en arrêt plus longtemps que ce que nous aurions espéré. Nous n'avons toujours aucune garantie concernant la sécurité de l'approvisionnement. Bien que je crois que nous faisons de notre mieux étant donné les circonstances actuelles — et ce, grâce à la planification qui a été effectuée —, je demeure très préoccupée par ce qui nous attend à court et à moyen terme.

•(1645)

M. Bradley Trost: Je tiens à vous dire, au nom du comité, que le pays tout entier apprécie le travail que vous et tous ceux qui font face à cette crise effectuez. Bravo.

D'autres témoins nous ont dit que le réacteur néerlandais, si je ne me trompe, augmentera sa production de 50 p. 100 — c'est ce que disent mes notes, bien qu'elles puissent être erronées. Une partie de cette production est-elle parvenue au marché nord-américain? Ont-ils poussé la production d'isotopes à un point où ceux-ci sont déjà dans le système? Nous parviendront-ils bientôt?

Cette question s'adresse à la Dre Gulenchyn.

Dre Karen Gulenchyn: Je ne crois pas que nous voyions en ce moment une augmentation des quantités de molybdène qui parviennent aux fabricants de générateurs en Amérique du Nord. La légère augmentation que nous avons observée cette semaine est le résultat, je crois, du transfert de certaines activités de l'Afrique du Sud à Lantheus. Le laboratoire de radiopharmaceutiques Lantheus achète des générateurs de Covidien, mais je crois qu'il s'agit d'une redistribution du molybdène qui existait déjà, non pas d'une augmentation de la production du réacteur de Petten.

M. Bradley Trost: Mais si les isotopes des Pays-Bas arrivent sur le marché, cela améliorera beaucoup la situation. Est-ce que je me trompe?

Le président: Veuillez répondre brièvement s'il vous plaît, madame.

Dre Karen Gulenchyn: J'ai bien peur de ne pouvoir dire « beaucoup ». Je ne veux pas qualifier cette amélioration. Cela aidera, mais je ne crois pas que « beaucoup » soit le mot approprié.

Le président: Merci.

Nous passons maintenant à la deuxième série, une série de cinq minutes, avec M. Bains, de l'opposition officielle.

L'hon. Navdeep Bains (Mississauga—Brampton-Sud, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je partagerai mon temps avec mon collègue M. McGuinty.

Au cours des remarques préliminaires d'aujourd'hui, la situation à laquelle nous sommes confrontés a été décrite comme celle d'un malade soigné par un autre malade. Il s'agit d'une question de vie ou de mort. À preuve, lorsque l'approvisionnement en isotopes descend sous les 50 p. 100, il faut choisir un patient plutôt qu'un autre et faire des choix difficiles en priorisant les besoins des patients et les exigences liées aux diagnostics.

Où en sommes-nous actuellement en ce qui concerne l'approvisionnement en isotopes? Comment l'évaluons-nous? Comment en assurons-nous le suivi? Où nous situons-nous? Frôlons-nous le seuil des 50 p. 100? Sommes-nous en dessous de ce seuil? Sommes-nous au-dessus?

Dre Karen Gulenchyn: Actuellement, le niveau d'approvisionnement se situe à environ 70 p. 100 à Hamilton. En fait, l'approvisionnement varie probablement entre les différents sites au pays. J'estime que la question concernant les efforts de surveillance est une très bonne question. Je connais le plan de surveillance en vigueur en Ontario. D'ailleurs, nous devons, demain, tenir la première conférence téléphonique de notre réseau local d'intégration des services de santé. Cependant, je ne peux vous parler des plans de surveillance en vigueur ailleurs qu'en Ontario. Je sais que le gouvernement de l'Ontario a un plan, mais je suis incapable de vous parler de celui en vigueur dans les autres provinces.

L'hon. Navdeep Bains: Simplement, à titre de suivi rapide, vous avez parlé de Hamilton, mais connaissons-nous le niveau d'approvisionnement national en matière d'isotopes?

Dre Karen Gulenchyn: Non.

L'hon. Navdeep Bains: Bien.

Le président: Monsieur McGuinty, vous avez trois minutes.

M. David McGuinty (Ottawa-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci, mesdames et messieurs, d'être ici aujourd'hui. J'aimerais vous faire part de quelques remarques et confirmer certains points — enfin, vérifier si j'ai bien compris les témoignages présentés ici aujourd'hui.

Ainsi, on a soulevé un certain nombre de points. Tout d'abord, on a dit que le gouvernement avait retenu les services d'experts peu connus devant le conseiller sur l'ensemble de la crise des isotopes au lieu de collaborer avec les associations établies partout au pays.

J'ai également entendu qu'on n'a absolument aucune confiance dans notre capacité d'obtenir des substituts des Pays-Bas, de l'Afrique du Sud, de l'Australie ou d'ailleurs.

J'ai entendu le Dr Lamoureux affirmer catégoriquement que le gouvernement du Canada fait preuve de malhonnêteté vis-à-vis de la population canadienne lorsqu'il parle de Chalk River.

J'ai aussi entendu dans la vidéoconférence notre bonne Dre Gulenchyn dire essentiellement qu'elle est incapable de nous dire combien d'isotopes nous avons dans ce pays. Elle ne peut confirmer qu'il y aura une augmentation de l'approvisionnement pas plus qu'elle ne peut nous dire si nous avons atteint le seuil de 50 p. 100 — qui, selon son propre témoignage, peut entraîner des décès.

On a aussi dit que la meilleure garantie pour les Canadiens et Canadiennes ainsi que pour le Canada consiste actuellement à réévaluer la situation des réacteurs MAPLE.

Enfin, docteur Urbain, je veux vous féliciter de votre patience lorsque vous avez été confronté aux questions des membres du gouvernement conservateur concernant la sécurité nucléaire. C'est à la fois très très inquiétant et enrichissant pour les Canadiens et Canadiennes, parce que nous parlons ici du même gouvernement qui, par l'entremise de l'ancien ministre, a informé par téléphone, à 23 h 15, Linda Keen, la dirigeante principale de l'organisme de réglementation chargé de la sûreté nucléaire, de son congédiement justement le jour précédant la présentation de son témoignage devant la population canadienne. C'est vraiment un peu fort de la part des membres du gouvernement de dire maintenant qu'ils sont très préoccupés par les questions de sécurité.

Puis-je me permettre de poser une question très pointue? Dans le plan du gouvernement en matière de lignes directrices, soit l'ébauche du document d'orientation visant à maximiser l'approvisionnement en technétium-99 pendant une pénurie, quelque chose m'a frappé. Dans ma circonscription, il y a un hôpital pour enfants et j'aimerais obtenir confirmation de ce qui suit. On peut lire dans ces lignes directrices que: « Toute scintigraphie osseuse pour les enfants chez qui un diagnostic de cancer vient d'être posé ou pour les enfants déjà atteints de cancer... — c'est-à-dire nos enfants —... puisqu'il n'y a pas de solution de rechange aux scintigraphies osseuses au technétium-99, dans le cas d'une pénurie. » En français, pour les téléspectateurs qui nous regardent, cela signifie-t-il que si on ne produit pas les isotopes, les isotopes dont nous avons besoin, les enfants atteints d'un cancer ne pourront subir les tests diagnostiques adéquats? Pouvez-vous nous aider à comprendre ce que cela signifie?

• (1650)

Dr Jean-Luc Urbain: Je crois que vous avez tout à fait raison. Vous avez bien lu l'énoncé.

M. David McGuinty: Alors...?

Dr Jean-Luc Urbain: Nous n'avons pas de solution de rechange. La seule possibilité que nous pourrions éventuellement imaginer, et que nous sommes très réticents à utiliser, serait une tomographie au fluorure de sodium ou par émission de positrons. Mais n'oubliez pas, nous traitons des enfants, alors nous ne voulons pas recourir à une exposition excessive à des radiations lorsque ce n'est pas nécessaire. Le cas des enfants est un problème majeur, en fait, c'est un cauchemar pour nous.

M. David McGuinty: Est-ce que les hôpitaux pour enfants au pays ont été informés de tout ceci? Savent-ils que des pénuries les menacent? Nous avons entendu, il y a tout juste quelques instants, le chef de la médecine nucléaire de l'Ontario dire que les hôpitaux ruraux en Ontario n'auront plus d'isotopes à compter de jeudi matin. Est-ce que nos hôpitaux pour enfants et leurs spécialistes du cancer des enfants sont au courant de cette situation?

Dr Jean-Luc Urbain: Je crois que la situation du Québec est peut-être un peu différente. Quant au reste du Canada, comme je l'ai dit précédemment, nous nous organisons essentiellement au jour le jour, peu importe ce que nous recevons ou peu importe ce qui reste de la journée précédente. Ce qui est bien au sujet de la collectivité de l'imagerie médicale, c'est qu'elle est à la fois très petite et très grande. Alors nous communiquons de façon très efficace et accordons beaucoup d'attention à la situation des enfants. Comme vous le savez, ils sont très précieux.

Le président: Merci, monsieur McGuinty.

Monsieur Allen vous avez cinq minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

M. Mike Allen (Tobique—Mactaquac, PCC): Merci monsieur le président de me donner l'occasion d'intervenir.

Je ne peux m'empêcher de dire que j'ai toujours admiré M. McGuinty en comité et certaines des choses qu'il dit. Toutefois, il a dit qu'on n'avait pas consulté des experts, mais que je sais que vous, monsieur Urbain, avez participé à ce groupe d'experts, tout comme la Dre Gulenchyn, alors, je crois pour le moins, qu'il y va un peu fort.

Docteur Urbain, vous avez parlé des années 1990 — et je veux simplement poursuivre sur certaines de ces technologies, plus particulièrement la technologie TEP — et sur l'occasion ratée, à cette époque, de recourir à cette technologie. Compte tenu des commentaires que vous avez formulés il y a trois ans et six ans au sujet des réacteurs, dont le plus récent date de 45 ans; si je me souviens bien, nous faisons réellement face à une bombe à retardement dans le cas de ces cinq réacteurs dans le monde.

Ce que j'aimerais comprendre est que si nous avons décidé d'aller de l'avant avec la technologie TEP et que nous avons pris les dispositions nécessaires dans les années 1990 pour suivre le mouvement et nous adapter, comme certains autres pays l'ont fait, quelles auraient été les incidences d'une telle démarche sur l'utilisation des isotopes aujourd'hui si nous avons mis en oeuvre cette technologie?

Dr Jean-Luc Urbain: J'aimerais répondre à votre première question au sujet des experts.

Ce que nous aimerions voir de la part de tout gouvernement est qu'il collabore avec les associations médicales et pas nécessairement les personnes. Il arrive qu'à l'occasion nous découvriions une personne qui fait partie d'un groupe d'experts dont nous n'avons jamais entendu parler. Voilà pour la première question.

Pour ce qui est de la scintigraphie TEP, la situation varie d'une province à l'autre. Nous croyons que si nous pouvions disposer de la scintigraphie TEP aujourd'hui, au Canada, il serait possible que 10 à 25 p. 100 des examens par technétium puissent se faire par TEP.

• (1655)

M. Mike Allen: Nous parlons ici d'une « approbation expéditive ». Quel serait le délai pour mettre en oeuvre ce type de solution?

Dr Jean-Luc Urbain: Le délai peut être aussi court qu'un à deux mois. Il y a de nombreux scanners TEP disponibles dans beaucoup de provinces. Malheureusement, ces scanners sont utilisés pour la recherche, les essais cliniques voire l'imagerie animale.

M. Mike Allen: Vous avez signalé que le thallium était une solution temporaire assez intéressante. Pouvez-vous définir ce que vous entendez par « temporaire »? Parlons-nous d'une semaine, deux semaines, deux mois ou trois mois? Et, de votre point de vue, que signifie l'expression « assez intéressante »?

Dr Jean-Luc Urbain: Si vous me demandez des chiffres, je ne pourrai vous en donner. Cependant, je peux vous dire que la règle heuristique, lorsque nous parlons de matériel radioactif, est bien ce que la Dre Gulenchyn a indiqué précédemment, à savoir: le niveau le plus bas que l'on peut raisonnablement atteindre. Nous savons que le thallium multiplie la radiation par 1.12. Maintenant, si vous devez décider entre laisser mourir un patient et ne pas procéder à un test sachant que le patient doit mourir, vous utiliserez la thallium. Mais, comme je l'ai dit, ce n'est pas l'isotope idéal à utiliser au XXI^e siècle.

M. Mike Allen: Bien.

Au sujet des mesures au niveau international, nous avons cinq réacteurs et un autre est sur le point d'être activé bientôt, mais rien n'indique de changements importants en vue au niveau de l'approvisionnement en isotopes au cours des cinq prochaines années ou plus. En tenant compte de la situation des réacteurs MAPLE, nous parlons de nombreuses années, même si nous pouvons obtenir ce coefficient de pouvoir. J'aimerais comprendre, dans une perspective globale — et je suis vraiment intéressé par vos commentaires — les mesures que nous pouvons prendre en collaboration avec les autres pays au niveau international? Nous partageons ces cinq réacteurs et nous sommes tous préoccupés au sujet des soins aux patients dans le monde. Alors, quelles mesures devrions-nous envisager sur le plan international? J'aimerais entendre les commentaires des personnes du groupe sur le sujet.

Dr Jean-Luc Urbain: C'est un très bon point.

L'Europe n'a pas été aussi touchée que l'Amérique du Nord par la pénurie de molybdène et de technétium-99m. La raison est que depuis 1990, elle a mis en oeuvre un important programme de TEP. Je crois que tous les pays qui produisent du molybdène et du technétium sont très sensibilisés par la question. Beaucoup d'efforts ont été faits de la part des producteurs de molybdène — en d'autres mots, le réacteur, ou le créateur — pour mieux coordonner leur production de molybdène et de technétium.

M. Mike Allen: Combien de temps il me reste, monsieur le président?

Le président: Vous avez dix secondes.

M. Mike Allen: Je passe.

Le président: Votre temps est écoulé.

Nous passerons maintenant au Bloc Québécois; monsieur Malo, vous avez cinq minutes.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, monsieur le président.

Merci à tous nos témoins d'être avec nous cet après-midi.

Vous avez tous parlé d'augmentation des coûts. Pour le Québec, par exemple, combien les isotopes coûtent-ils de plus par jour, par semaine, à la suite de cette pénurie?

Dr François Lamoureux: Ils coûtent trois fois plus cher. Je n'ai pas les chiffres exacts. Par exemple, un millicurie de technétium — le millicurie est une unité de mesure — coûtait 19 ¢ auparavant. Maintenant, on le paye 54 ¢. Pour l'Ontario, cela représentera 5 millions de dollars de plus — l'information m'a été transmise par le président de l'Association ontarienne de médecine nucléaire. Pour le Québec, on peut donc prévoir une facture s'élevant aux alentours d'un minimum de 4 millions de dollars de plus.

M. Luc Malo: Merci.

Docteur Urbain, vous disiez tout à l'heure à l'égard de l'OCDE que la fabrication d'isotopes pour faire face à la pénurie ne faisait pas l'objet d'une coopération internationale.

Pensez-vous qu'un pays comme le Canada, qui produit environ 50 p. 100 des isotopes, devrait jouer le rôle de leader mondial dans ce domaine et inviter l'ensemble des pays à s'asseoir à une même table et à discuter pour entreprendre des actions communes? Est-ce le rôle du Canada de faire cela?

Dr Jean-Luc Urbain: Je pense qu'alors qu'on assiste à une renaissance de l'énergie nucléaire, il est assez triste de voir qu'au cours des 10 dernières années, le Canada n'a pas été plus proactif et qu'il n'a pas pris le leadership.

Je pense que le Canada avait un programme d'énergie nucléaire fantastique, et c'est encore le cas aujourd'hui. Je pense que tout n'est pas perdu, si vous voulez. Le Canada a perdu beaucoup de crédibilité. Un des moyens de retrouver cette crédibilité à l'échelle internationale, c'est effectivement de prendre le leadership de façon très significative à l'échelle mondiale.

• (1700)

M. Luc Malo: Vous nous disiez plus tôt que le technétium 99 était le seul isotope ou la seule technologie utilisée pour diagnostiquer un certain nombre de cancers infantiles.

Avez-vous déjà dû abandonner certains diagnostics? Y a-t-il déjà des enfants qui n'ont pas pu recevoir de diagnostic?

Dr Jean-Luc Urbain: Je dois apporter une correction à ce que vous avez dit. Je n'ai pas dit que le technétium était le seul isotope servant à diagnostiquer le cancer. Pour diagnostiquer la plupart des cancers, nous avons le fluoro-déoxy-glucose, le fluor 18, le fluorure de sodium, qui sont des émetteurs de positrons. Nous utilisons la tomographie par émission de positrons.

Ce que j'essayais de dire plus tôt à David McGuinty, c'est que nous sommes très réticents à l'idée d'utiliser la tomographie par émission de positrons dans le cas des enfants parce que le niveau de radiations est plus élevé. Les enfants sont privilégiés. Vous connaissez sans doute le diction « les femmes et les enfants d'abord ». En médecine nucléaire, c'est ce que nous mettons en pratique quand il y a une pénurie.

M. Luc Malo: Merci.

Pouvez-vous nous dire pour quelle raison, selon vous, l'Association canadienne de médecine nucléaire ne fait pas partie du groupe d'experts?

Dr Jean-Luc Urbain: Je dois, ici aussi, faire une rectification. En fait, l'Association canadienne de médecine nucléaire en fait partie. Cependant, nous avons remarqué que dans le cadre de ce groupe, on préférerait les experts individuels aux organisations.

Par exemple, encore tout récemment, l'Association canadienne des radiologistes et l'Association canadienne des technologues en radiation médicale n'y étaient pas représentées. Il était inconcevable pour l'Association canadienne de médecine nucléaire de recommander que des examens de médecine nucléaire soient transférés en radiologie sans l'apport de l'Association canadienne des radiologistes.

M. Luc Malo: Quelle en est la raison, à votre avis?

Dr Jean-Luc Urbain: Je pense que vous devriez poser cette question aux élus.

M. Luc Malo: Docteur Lyons ou docteur Lévesque, avez-vous une idée là-dessus?

[Traduction]

Le président: Dr Lyons, allez-y.

Dr Edward Lyons O.C.: Tout d'abord, j'aimerais remercier le Dr Urbain d'avoir insisté pour que l'organisation qui représente la radiologie, l'Association canadienne des radiologistes, puisse aussi avoir un droit de parole devant le comité. Je crois qu'il a fait beaucoup en encourageant le gouvernement à agir ainsi, et c'est ce qui fait que nous sommes maintenant assis à cette table.

J'aurais un commentaire, si vous me permettez. Vous avez dit que le Canada avait perdu de son leadership en raison de la pénurie d'isotopes. J'aimerais dire que l'utilisation d'isotopes est une facette de la question; l'autre facette, c'est de savoir la façon dont les patients entrent dans le système, et s'ils choisissent toujours le meilleur test en premier.

En fait, le Canada est aujourd'hui reconnu pour son leadership en ce qui concerne l'utilisation de lignes directrices pour aider les médecins — spécialistes ou généralistes — à déterminer les meilleurs tests diagnostiques. Il nous faut peut-être aussi regarder cette facette pour nous assurer que toutes les personnes qui ont eu besoin de soins entrent dans le système, et que celles qui en ont le plus besoin y entrent en premier.

Le président: Merci, Dr Lyons.

Votre temps est écoulé, monsieur Malo.

Nous passerons maintenant à M. Shory — et s'il nous reste du temps, à M. Trost. Vous avez cinq minutes.

M. Devinder Shory (Calgary-Nord-Est, PCC): Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier les témoins d'être ici cet après-midi.

Ce problème mondial a placé notre pays dans une situation déplorable, si je puis dire, et nous sommes tous concernés.

Ça fait déjà un bout que nous entendons des témoins, et je me sens interpellé quand il est question de la santé et de la sécurité d'être humains. Mais il y a quelque chose que je ne comprends toujours pas. On nous a dit qu'il existait d'autres solutions. J'essaie donc d'évaluer quel pourcentage des tests diagnostiques pourrait être mené avec les autres solutions qui s'offrent aux médecins.

• (1705)

Dr Jean-Luc Urbain: Eh bien, la meilleure alternative pour ce que nous appelons les procédures classiques de médecine nucléaire, la tomographie par émission de photon unique de technétium ou d'autres traceurs monophotoniques, reste la tomographie par émission de positrons. Il y a une bonne raison pour expliquer l'existence de ces tests, et il y a une bonne raison de promouvoir leur utilisation et de continuer à les utiliser.

Je suis entièrement d'accord avec le Dr Lyons, avec qui je travaille, quand il dit que nous devons nous donner, à nous, au Canada et au personnel médical, une chance de démontrer notre leadership. Nous devons aborder la médecine selon une approche socialisée en déterminant le meilleur test qui soit. La technologie évolue à un rythme fou. Ce qui était vrai hier risque de ne plus l'être demain, alors quand vous parlez de solution de rechange, notre préférence en ce qui concerne les tests en médecine nucléaire — les tests monophotoniques et le technétium — serait d'utiliser une procédure de médecine nucléaire de rechange.

M. Devinder Shory: J'aimerais vraiment avoir un pourcentage, en fait. Disons que dans le passé, nous utilisons les isotopes pour 100 types de tests diagnostiques. Parmi ces 100 tests, serait-il possible d'éviter l'utilisation d'isotopes dans 5, 10, 30 ou 20 p. 100 des cas?

Dr Jean-Luc Urbain: Ça revient encore à ce que nous essayons de faire. Nous trions minutieusement chaque demande présentée aux services de médecine nucléaire de tout le pays, et du monde entier en fait, pour minimiser le recours à la radiation à l'aide du principe ALARA. C'est le principe que nous utilisons, et je ne vois pas comment nous pourrions couper davantage.

Permettez-moi de vous donner un exemple. Avant, nous utilisions le carbone-14 pour les tests diagnostiques du sein. Le carbone-14 est un isotope radioactif. Nous avons maintenant changé pour le carbone-13, qui n'est pas un isotope radioactif, pour procéder à ces tests. Je crois que vous allez vous rendre compte que les intervenants de la médecine nucléaire sont très responsables quand il est question d'utiliser des radio-isotopes; s'il existe un autre test que nous pouvons recommander, nous le faisons. Toutefois, vous devez comprendre que la médecine nucléaire se concentre principalement sur le fonctionnement des organes et qu'il n'y a pas beaucoup d'autres outils capables d'examiner le fonctionnement des organes.

M. Devinder Shory: Merci.

J'aimerais partager mon temps avec Cheryl.

Le président: Madame Gallant, vous avez environ une minute et demie.

Mme Cheryl Gallant (Renfrew—Nipissing—Pembroke, PCC): Merci.

Ma question est en lien avec la question précédente, et vous avez déjà quelque peu effleuré le sujet.

Plusieurs personnes nous ont demandé pourquoi leur traitement contre le cancer ne pouvait être prolongé. Le moly-99, l'isotope fabriqué à Chalk River, n'a rien à voir avec le traitement du cancer, mais il est plutôt utilisé pour les tests diagnostiques.

Quand quelqu'un suit un traitement, il faut que l'on examine ses organes pour veiller à ce que le traitement n'ait aucun effet négatif. Existe-t-il d'autres tests diagnostiques permettant d'examiner le cœur pour voir si le traitement actuel cause des dommages ou non?

J'aimerais poser la question à la Dre Gulenchyn et au Dr Urbain.

Dr Jean-Luc Urbain: Je crois qu'il ne faut pas mêler la chaîne d'événements. La Dre Gulenchyn l'a très bien décrite: il n'y a jamais de ligne droite entre le diagnostic et le traitement. Vous ne pouvez pas régler un problème avant de connaître le problème. Le problème peut être structurel ou il peut être fonctionnel. Pour bien comprendre si le problème est de nature cardiaque, oncologique — cancer — ou autre, il faut la plupart du temps regarder les aspects fonctionnels et structurels.

Le président: Docteure Gulenchyn, voulez-vous ajouter quelque chose?

Dre Karen Gulenchyn: Merci.

Si vous parlez précisément de vérifier la fonction cardiaque d'un patient ayant reçu, disons, de la chimiothérapie, pour s'assurer que le cœur du patient n'a subi aucun dommage, oui, il existe d'autres types de tests. L'échocardiographie en est un. Toutefois, l'échocardiographie ne convient pas à un certain pourcentage de patients, peut-être 15 p. 100 ou 20 p. 100, pour différentes raisons. Une autre possibilité serait l'IRM, mais comme l'a dit le Dr Lyons, l'IRM pose plusieurs contraintes importantes: l'IRM coûte très cher, elle n'est pas à la portée de tous, et certains patients peuvent être incapables de s'y prêter s'ils souffrent de claustrophobie.

Chaque fois que nous évaluons les solutions de rechange, nous nous butons à des obstacles. Le système est structuré tel qu'il est parce que nous croyons que dans la plupart des cas, nous procédons au test qui soit le meilleur pour le patient. Parfois nous nous frappons à un mur par manque d'accessibilité à ces tests.

• (1710)

Le président: Merci, et merci à vous, madame Gallant.

Nous passerons maintenant au prochain tour de cinq minutes. Nous commencerons par l'opposition officielle, avec M. Tonks. S'il nous reste du temps, ce sera ensuite à M. Bains.

M. Alan Tonks (York-Sud—Weston, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je comprends que la position de chef de file du Canada à l'échelle internationale est compromise. Toutefois, nous avons examiné les rayons X du réacteur NRU et, pour le commun des mortels, on ne dirait pas que le réacteur sera remis en service rapidement. Le comité comprend aussi que 100 p. 100 des isotopes provenant du réacteur NRU sont envoyés à Lantheus, où ils sont utilisés pour des traitements médicaux, et 10 p. 100 reviennent au Canada. Si la déclaration que nous avons entendue est exacte, il semble qu'à court terme, la seule suggestion applicable ne soit pas le réacteur MAPLE. Les solutions à court terme présentées par l'Association canadienne de médecine nucléaire sont les recommandations 2 et 3 concernant la tomographie par émission de positrons, laquelle a des applications cliniques concluantes dans d'autres pays, ainsi que l'examen des dispositions de délivrance de permis et le fait d'agir très rapidement.

Ma question comporte deux volets. Premièrement, dans quelle mesure cela peut-il avoir lieu rapidement? Ma deuxième question à propos du réacteur McMaster s'adresse à la Dre Gulenchyn. Si on pouvait recourir rapidement à ce réacteur et qu'une entente était conclue, pourrait-il permettre de remplacer une grande partie des 10 p. 100 d'isotopes de Lantheus qui reviennent au Canada par l'entremise de MDS Nordion?

Le président: Allez-y, madame Gulenchyn.

Dre Karen Gulenchyn: Je vais commencer par répondre à la deuxième question.

Je vis et je travaille à Hamilton et j'entretiens de très bonnes relations avec le personnel du réacteur, mais je n'ai pas de lien direct avec ce milieu. De ce que je comprends de la proposition que l'Université McMaster a faite au gouvernement, l'université est en mesure de produire du molybdène. Ce métal devrait entrer dans la chaîne d'approvisionnement. L'université n'est pas en mesure de produire des réacteurs, alors le molybdène devrait entrer dans la chaîne d'approvisionnement par MDS Nordion.

Je ne sais pas si ce matériel pourrait être réservé exclusivement pour les besoins du Canada. Je crois qu'il devrait faire l'objet d'un contrat. Le personnel du réacteur croit qu'il pourrait répondre à une grande partie des besoins en molybdène du Canada, si le métal pouvait être destiné à cet usage.

Dr Jean-Luc Urbain: Si le président du comité le veut bien, j'aimerais que le Dr Peter Hollet réponde à la question sur la TEP.

Dr Peter Hollet (président sortant, Association canadienne de médecine nucléaire): Merci.

Je ne fais que représenter la province de Terre-Neuve-et-Labrador. C'est là que je pratique. Il n'y a pas de TEP à Terre-Neuve. Au départ, nous envoyions nos patients à Edmonton; nous avons tenté de les envoyer en Ontario, mais nous nous sommes heurtés à un obstacle là-bas. Nous les envoyons maintenant à Halifax, et s'il advenait que nous devions utiliser exclusivement la TEP pour nos patients, je suis certain que les patients de la Nouvelle-Écosse passeraient en premier, et nous aurions beaucoup de difficulté à procéder ainsi. Dans la région où j'habite, il est presque certain que nous aurions de gros problèmes.

M. Alan Tonks: Merci.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci.

Nous allons passer à M. Bains. Vous avez une minute et demie.

• (1715)

L'hon. Navdeep Bains: Merci beaucoup, monsieur le président.

Ma question s'adresse à la Dre Gulenchyn et a trait au plan du gouvernement. Nous en avons beaucoup parlé aujourd'hui. Au cours des 18 derniers mois, le gouvernement a mis sur pied différentes initiatives, mais c'était en fonction d'une réduction temporaire de l'approvisionnement. De la façon dont les choses se déroulent en ce moment, il semble que la réduction se prolongera. Il ne semble pas y avoir de plan à proprement parler pour faire face à une pénurie prolongée d'isotopes, et nous connaissons l'histoire de Chalk River.

Ce plan s'applique seulement à un scénario précis, qui n'est pas nécessairement le scénario qui se présente à nous aujourd'hui. Est-ce une description juste?

Dre Karen Gulenchyn: Je ne crois pas que cette description soit entièrement juste. Il est clair que nous continuerons d'utiliser les stratégies employées en ce moment afin de faire le mieux que nous pouvons pour nos patients compte tenu de la situation actuelle.

Combien de temps pouvons-nous continuer de procéder ainsi? Essentiellement, nous avons modifié la technique de l'imagerie de la perfusion myocardique: plutôt que d'utiliser les agents marqués au technétium, on utilise le marquage au thallium. Nous avons eu la confirmation qu'un approvisionnement suffisant de thallium provient des cyclotrons de différents centres. Nous avons ensuite utilisé le technétium 99m restant pour d'autres types de scintigraphies, principalement la scintigraphie osseuse.

Nous pouvons continuer de faire les choses de cette manière tant qu'un autre réacteur ne tombera pas en panne. Je crois que si un autre réacteur tombait en panne, nous nous enliserions rapidement dans une situation pouvant exiger le recours à d'autres techniques d'imagerie — dont le Dr Lyons a parlé, il me semble — ou l'accroissement de la capacité de la TEP.

Alors, je crois que nous pouvons poursuivre dans la même voie, mais je suis très préoccupée à l'idée de perdre un autre réacteur.

Le président: Merci beaucoup, Dre Gulenchyn.

Nous passons maintenant à la question de Mme Gallant, puis à M. Trost.

Mme Cheryl Gallant: Merci, monsieur le président.

Dre Gulenchyn, lorsque vous avez parlé des tests de diagnostic pour remplacer ceux utilisant les isotopes médicaux marqués au molybdène, vous avez mentionné que les restrictions d'utilisation augmentaient avec les coûts et la disponibilité. Dans quelle mesure les patients se font-ils dire qu'ils ne peuvent pas recevoir certains traitements contre le cancer en raison des coûts que pourrait entraîner l'utilisation d'autres méthodes de diagnostic?

Dre Karen Gulenchyn: Pour autant que je sache, cela ne se produit pas. Cependant, tous les hôpitaux dans la province d'où je viens, l'Ontario, ont signé des ententes de responsabilité avec le gouvernement et ils doivent respecter leur enveloppe budgétaire. Là où je travaille, le personnel des finances ne m'a pas dit que je ne pouvais pas dépenser les fonds supplémentaires pour maintenir les niveaux de service que j'offre. En fait, ils m'ont dit exactement le contraire, que je ne devais pas hésiter à m'en servir.

Je crois que la question qui se posera est la manière dont l'organisation financera la hausse des coûts. J'ose espérer que nous aurons de l'aide dans un proche avenir.

Mme Cheryl Gallant: Merci.

Le président: Merci.

Monsieur Trost, vous avez trois minutes et demie.

M. Bradley Trost: J'ai une très brève question pour faire suite aux propos de M. Tonks et à certaines questions posées plus tôt. J'ai besoin qu'on m'éclaire, parce qu'il y a quelque chose que je ne suis pas certain d'avoir bien compris.

Toujours à propos de la technologie TEP et peut-être d'autres outils de diagnostic, la déclaration de l'un des témoins m'a laissé l'impression que cela pouvait se faire assez rapidement; qu'en l'espace de quelques semaines, nous pourrions régler cette situation et nous pourrions opter pour d'autres sources médicales non humaines.

Je vois des hochements de tête affirmatifs, alors je crois que j'ai bien compris.

Est-ce que ces mesures sont prises par les ministères provinciaux de la Santé et les personnes concernées, à votre avis? Pouvez-vous traduire en mots ces hochements de tête?

Dr Jean-Luc Urbain: Je suppose que vous vous attendez à ce que je réponde.

M. Bradley Trost: C'est exact; les hochements de tête ne paraîtront pas dans le compte rendu.

Dr Jean-Luc Urbain: Le Québec est sans aucun doute très proactif. Je crois comprendre qu'au moment même où je vous parle, une étude sur la tomographie par émission de positrons utilisant le FDG et le fluorure de sodium est en cours au Québec. L'Ontario est en retard, mais je crois comprendre...

• (1720)

M. Bradley Trost: Est-ce que cela peut être fait rapidement à l'échelle du Canada?

Dr Jean-Luc Urbain: Absolument; nous disposons de 13 à 15 scintigraphes pour la TEP.

M. Bradley Trost: Transmettez-vous cette recommandation à tous les ministères de la Santé, et est-ce qu'ils y donnent suite?

Dr Jean-Luc Urbain: Nous avons communiqué cette recommandation au ministre de la Santé de l'Ontario en 2003.

M. Bradley Trost: Merci.

Dr Lyons, voulez-vous formuler des commentaires sur d'autres tests de diagnostic qui pourraient être mis en oeuvre assez rapidement?

Dr Edward Lyons O.C.: Les autres techniques d'examen par imagerie, comme la TDM et l'IRM, sont surtout structurales, mais au fur et à mesure que la technologie s'améliore, elle permet d'obtenir des résultats de plus en plus rapidement et d'obtenir de l'information fonctionnelle. Il commence donc à y avoir un peu de chevauchement.

M. Bradley Trost: Mais pouvons-nous faire ça à court terme? Pas dans deux ou trois ans, mais en 2009.

On me fait un signe de la tête, mais...

Dr Edward Lyons O.C.: Oui, c'est exact. La nouvelle technologie qui permet de faire des examens par TDM et IRM rapides est disponible. Bien sûr, il y a une liste d'attente, mais si on établit les priorités adéquatement, on pourrait changer...

M. Bradley Trost: Est-ce que des patients sont allés dans des écoles vétérinaires ou dans des endroits de ce genre? On fait toujours des blagues sur le fait qu'il est possible de passer une IRM si on est un chien, mais pas si on est un humain.

Serait-il possible d'utiliser les ressources privées des cliniques vétérinaires pour les patients humains?

Dr Edward Lyons O.C.: Ça ne serait probablement pas possible. Je pense que les cliniques vétérinaires — mais je n'en suis pas certain — utilisent un alésage relativement petit, plutôt que les grands alésages requis pour le traitement des humains.

Mais je crois que l'équipement est disponible et qu'il n'est pas utilisé 24 heures sur 24, sept jours par semaine. De façon générale, les moyens existent. Mais il faut se rappeler que la médecine nucléaire est avant tout une technologie fonctionnelle alors que l'IRM ou la TDM sont surtout structurales.

Je vais donner l'occasion au Dr Lévesque de parler.

Dr Jacques Lévesque (vice-président, Association canadienne des radiologistes): Je veux seulement compléter votre réponse, il est très clair pour moi qu'en ce moment, il y a des problèmes à court terme qui nécessitent des solutions à court terme.

Je peux vous donner un très bon exemple d'une fois où il a fallu faire preuve de coordination. Pensons au moment où nous avons conclu une entente pour changer l'équipement radiologique au Canada. C'est ce que nous faisons dans le domaine de la médecine nucléaire. Mais nous avons fait la même chose avec l'Inforoute et l'utilisation du télécopieur. En ce qui concerne les spécialistes de l'imagerie, je crois que le problème actuel est un problème de coordination, il faut obtenir le nombre d'isotopes nécessaire et s'assurer qu'il y a une certaine coordination entre les organismes fédéraux.

[Français]

Je pense qu'on peut mettre en pratique, à la bonne place, des modalités de remplacement en matière d'imagerie. La radiologie ne remplacera pas la médecine nucléaire, mais le clinicien peut maintenant appliquer des modalités de remplacement. Par exemple, avec les TDM multibarrettes à 250 barrettes, on peut présentement faire d'excellents examens d'anatomie cardiaque. Je pense que la collaboration de tous les acteurs en cause est nécessaire. Il est essentiel que les associations, et non pas des individus, soient à la table.

Aujourd'hui, vous êtes en présence de trois associations. Celles-ci représentent vraiment la pensée technologique et scientifique. C'est par l'entremise des associations que vous aurez votre réponse. On l'a prouvé avec Infoway, le Pacs et les regroupements d'équipement de radiologie. Je pense qu'il faut maintenant faire la même chose dans le cas des isotopes.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Trost.

Allons-y pour cinq minutes...

Dre Karen Gulenchyn: Monsieur le président, je suis la Dre Gulenchyn.

Le président: Oh, allez-y. J'essayais de voir qui parlait.

Allez-y.

Dre Karen Gulenchyn: Je suis terriblement désolée; ce doit être un peu étrange. Mais je voulais répondre à la question sur le lancement de la TEP dans d'autres provinces.

Le Dr Urbain ne sait pas qu'au moment précis où je suis entrée dans cette salle de téléconférence, le gouvernement de l'Ontario a répondu à notre demande en vue d'utiliser le fluorure de sodium pour les examens par imagerie dans certains cas et accepte de rendre cette technologie disponible pour les citoyens. Le Dr Urbain ne pouvait pas le savoir parce que cette information s'est littéralement affichée sur mon BlackBerry au moment où j'entrais dans la salle.

Le président: Merci, docteur Gulenchyn.

M. Allen a la parole pendant un maximum de cinq minutes.

M. Mike Allen: Merci, monsieur le président.

J'aimerais poser deux ou trois questions. Je tente de faire le résumé des solutions de rechange à notre disposition. On dit que grâce à la TEP, nous pourrions probablement répondre à 20 ou peut-être 25 p. 100 de nos besoins, et je présume également, qu'avec les autres technologies à notre disposition, et peut-être quelques investissements dans celles-ci, ces technologies pourraient remplacer les isotopes pour certains usages dans notre système.

Est-il juste de dire que nous pourrions faire ça plutôt que de construire un nouveau réacteur?

• (1725)

Dr Jean-Luc Urbain: Je crois que c'est juste, mais il ne faut pas faire de liens entre la nouvelle technologie et le réacteur. Nous ne savons pas quelles substances ces nouvelles technologies utiliseront dans l'avenir.

M. Mike Allen: Exact. En fin de compte, dans un avenir prévisible, les isotopes médicaux qui proviennent de ces cinq réacteurs et de tout autre nouveau réacteur seront très importants pour la réalisation des examens par imagerie; c'est-à-dire au moins les deux tiers d'entre eux.

Dr Jean-Luc Urbain: On s'attend, avec l'arrivée de la médecine personnalisée et les projets liés au génome humain et au génome personnel, à ce que les isotopes jouent un rôle de plus en plus important, et à ce qu'il ait peut-être des indications de plus en plus particulières. Ils seront assurément utilisés pendant encore longtemps.

M. Mike Allen: D'accord.

Est-ce que le Dr Urbain ou la Dre Gulenchyn peuvent parler de la différence de coût pour le système entre la TEP et les isotopes? Quelle est la différence? Est-elle grande?

Dr Jean-Luc Urbain: Je connais très bien la Dre Gulenchyn, mais pas son BlackBerry, je vais donc la laisser répondre.

Dre Karen Gulenchyn: J'aurais dû vous transférer le message, Jean-Luc.

Dans le cadre de mon programme, je fais fonctionner le cyclotron du centre médical de l'Université McMaster. Cet appareil coûte cher à faire fonctionner. Une dose de fluoro-déoxyglucose, si nous utilisons l'appareil à sa pleine capacité et, par conséquent, si nous utilisons le système en tout temps lorsqu'il est disponible, coûterait probablement entre 250 et 300 \$. En ce moment, le coût de production d'une dose est d'environ 600 \$ que l'on peut comparer à quelque chose comme, je crois, de 15 à 20 \$ pour une dose d'un produit à base de technétium, et ce, même si ce coût peut parfois monter jusqu'à 50 \$. Le fluorure de sodium coûtera moins cher parce qu'il n'est pas complexe sur le plan chimique. Chaque dose coûtera de 175 à 250 \$ environ, c'est donc un produit qui coûte beaucoup plus cher.

M. Mike Allen: D'accord. Merci.

Ma dernière question s'adresse à la Dre Gulenchyn. Dans votre exposé et dans vos notes d'allocution, vous avez mentionné qu'en votre qualité de conseillère pour la ministre de la Santé, vous avez fourni de l'information en vue de la rédaction d'un document exposant diverses stratégies permettant de tirer le meilleur parti des réserves actuelles de produits radiopharmaceutiques. Je crois vous avoir entendu dire que vous étiez certaine de ce qui se fait en Ontario et dans vos installations, mais que vous n'étiez pas aussi certaine de ce qui se fait ailleurs. À quelle échelle l'information figurant dans le document que vous avez produit pour la ministre de la Santé a-t-elle été communiquée?

Dre Karen Gulenchyn: Je sais que la ministre fédérale de la Santé tient des réunions de façon régulière avec ses homologues des provinces et des territoires, et que l'information a circulé à ce niveau. Je crois que l'information a circulé en Alberta et qu'elle a été communiquée assez largement en Alberta. Le Dr Hollet pourrait peut-être nous dire s'il en a entendu parler à Terre-Neuve. Je crois que l'information a assez bien circulé.

Dr Peter Hollet: L'information a circulé et nous en avons parlé, mais c'est un peu comme de parler d'une bête mythique. La TEP n'est pas une technique disponible à grande échelle dans le Canada atlantique, de sorte que les lignes directrices ne s'appliquent pas vraiment à nous.

M. Mike Allen: D'accord.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Allen.

Nous allons vérifier combien de temps il nous reste.

Nous devons mettre fin à la réunion. Je vais permettre aux témoins de se retirer, mais je demande aux membres du comité de rester parce que nous devons procéder rapidement au vote sur le budget alloué pour rembourser les frais de déplacement des témoins.

Je remercie tous les témoins d'avoir comparu. Merci beaucoup pour toute l'information que vous avez fournie au comité. Cela nous a beaucoup aidés. Merci beaucoup.

La séance est suspendue pendant quelques instants et nous allons nous pencher sur la question du budget.

• (1725) _____ (Pause) _____

• (1730)

Le président: Nous sommes en retard, je demanderais donc aux témoins et à tous les autres de sortir de la salle afin que nous puissions poursuivre notre réunion.

Le seul point à l'ordre du jour est le budget. On demande un budget de 32 950 \$. Nous n'avons pas à le présenter au Comité de liaison en raison du montant — qui est en fait de 36 000 \$ —, de sorte que tout ce dont j'ai besoin est que quelqu'un présente une motion afin qu'on adopte le budget pour qu'on puisse rembourser les témoins.

M. Russ Hiebert: Je propose cette motion.

Le président: La motion est appuyée par M. Tonks. Y a-t-il des commentaires ou des points à soulever?

(La motion est adoptée.)

Le président: La séance est levée.

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

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

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

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:

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

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

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