

THE LIBRARY OF PARLIAMENT

CANADA. PARLEMENT. CHAMBRE DES
COMMUNES. COMITÉ PERMANENT DE LA
SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES
AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE
ET DE LA CONDITION FÉMININE.

Hépatite B.

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT



HÉPATITE B

**RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA
CONDITION FÉMININE**

**BARBARA GREENE, DÉPUTÉE
PRÉSIDENTE**

**STANLEY WILBEE, DÉPUTÉ
PRÉSIDENTE
SOUS-COMITÉ SUR LES QUESTIONS DE SANTÉ**

FÉVRIER 1992

CHAMBRE DES COMMUNES

Revue n° 4

Le mercredi 12 février 1992

Publication: Patricia Greene

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 6

Wednesday, February 12, 1992

Publication: Patricia Greene

HÉPATITE B

Procès-verbaux et Résolutions du Comité permanent de la

Minutes of Proceedings and Resolutions of the Standing Committee on

Santé et du bien-être
social, des affaires
sociales, du troisième
âge et de la condition
féminine

Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the Status
of Women

CONCERNANT

Étude de premier rapport du Sous-comité sur les
questions de santé

Travaux futurs

RESPECTING

Consideration of the First Report of the Sub-Committee
on Health Issues

Future business

RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

BARBARA GREENE, DÉPUTÉE
PRÉSIDENCE

STANLEY WILBEE, DÉPUTÉ
PRÉSIDENCE
SOUS-COMITÉ SUR LES QUESTIONS DE SANTÉ

FÉVRIER 1992

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 6

Le mercredi 12 février 1992

Présidence: Barbara Greene

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 6

Wednesday, February 12, 1992

Chair: Barbara Greene

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

CONCERNANT:

Étude du premier rapport du Sous-comité sur les questions de santé

Travaux futurs

Y COMPRIS:

Troisième rapport à la Chambre : Hépatite B

RESPECTING:

Consideration of the First Report of the Sub-Committee on Health Issues

Future Business

INCLUDING:

Third report to the House: Hepatitis B

Troisième session de la trente-quatrième législature, 1992

Third Session of the Thirty-fourth Parliament, 1992

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Vice-présidents: Rey Pagtakhan
Jean-Luc Joncas

Membres

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Eugene Morawski

SOUS-COMITÉ DES QUESTIONS DE SANTÉ DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Chairman: Stan Wilbee

Vice-Chairman: Rey Pagtakhan

Membres

Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Stan Wilbee

(Quorum 3)

Le greffier du Sous-comité

Eugene Morawski

Thomas Curren
Service de recherche
Bibliothèque du Parlement

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Vice-Chairmen: Rey Pagtakhan
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Eugene Morawski

Clerk of the Committee

SUB-COMMITTEE ON HEALTH ISSUES OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Président: Stan Wilbee

Vice-président: Rey Pagtakhan

Members

Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Stan Wilbee

(Quorum 3)

Eugene Morawski

Clerk of the Sub-Committee

Thomas Curren
Research Branch
Library of Parliament

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a l'honneur de présenter son

TROISIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(1) du Règlement, votre Comité a mis sur pied un Sous-comité et lui a donné le mandat d'examiner les questions de santé.

INTRODUCTION	1
Le Sous-comité a présenté son premier rapport au Comité.	
L'HÉPATITE B	2
Votre Comité a adopté le rapport, dont voici le texte :	
LES RISQUES D'INFECTION PAR L'HÉPATITE B	3
L'HÉPATITE B AU CANADA	3
LE VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B	4
LE COÛT DU VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B	5
INFORMATION ET ÉDUCATION	10
L'IMMIGRATION ET L'HÉPATITE B	11
L'INCIDENCE ET LE SIGNALEMENT DE L'HÉPATITE B AU CANADA	13
L'HÉPATITE B ET LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ	13
L'HÉPATITE B ET LES POPULATIONS AUTOCHTONNES	15
LE SYNDROME DE LA FATIGUE CHRONIQUE	18
ANNÉE 3 - LE TRÉSOR DE LA NOUVELLE-ZÉLANDE	19
ANNÉE 4 - LES ÎLES FÉROÏSES	21

TABLE DES MATIÈRES

RECOMMANDATION N° 1	
LISTE DES RECOMMANDATIONS	ix
INTRODUCTION	1
L'HÉPATITE B	2
LES RISQUES D'INFECTION PAR L'HÉPATITE B	3
L'HÉPATITE B AU CANADA	3
LE VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B	4
LE COÛT DU VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B	8
INFORMATION ET ÉDUCATION	10
L'IMMIGRATION ET L'HÉPATITE B	11
L'INCIDENCE ET LE SIGNALEMENT DE L'HÉPATITE B AU CANADA	13
L'HÉPATITE B ET LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ	13
L'HÉPATITE B ET LES POPULATIONS AUTOCHTONES	15
LE SYNDROME DE LA FATIGUE CHRONIQUE	16
ANNEXE A – LE PROGRAMME DE LA NOUVELLE-ZÉLANDE	19
ANNEXE B – LISTE DES TÉMOINS	21

LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION No 1

Le Sous-comité recommande qu'en collaboration avec les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral élabore et mette en oeuvre un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B à l'intention des nouveau-nés. Le Sous-comité recommande en outre que le gouvernement fédéral finance 50 p. 100 des coûts de ce programme d'immunisation et que des ententes appropriées de partage des frais soient conclues avec les provinces et les territoires.

RECOMMANDATION No 2

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, élabore un programme de «rattrapage» visant l'immunisation des enfants en 10 ans, le but étant d'immuniser les enfants avant leur entrée à l'école secondaire. Le Sous-comité recommande en outre que le gouvernement fédéral finance 50 p. 100 des coûts de ce programme d'immunisation de rattrapage et que des ententes appropriées de partage des frais soient conclues avec les provinces et les territoires.

RECOMMANDATION No 3

Le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral élabore, en collaboration avec les provinces et les territoires, un programme de dépistage systématique de l'infection par l'hépatite B chez les femmes enceintes. Lorsque le test est positif, le bébé devrait recevoir une dose d'immunoglobuline contre l'hépatite B et le vaccin anti-hépatite B, conformément aux recommandations du Guide canadien d'immunisation.

RECOMMANDATION No 4

Le Comité recommande que par l'entremise des ministères de la Santé et du Bien-être social et des Approvisionnements et Services, le gouvernement fédéral entreprenne une étude sur l'établissement du prix du vaccin contre l'hépatite B : premièrement, afin de déterminer pourquoi les prix de vaccins identiques varient considérablement selon les pays; deuxièmement, afin de s'assurer que les négociations sur le prix avec le(s) fabricant(s) de vaccins se déroulent avec une connaissance complète des prix payés dans d'autres secteurs de compétence; et troisièmement, afin de s'assurer que le vaccin fourni au Canada sera disponible au meilleur prix possible sur le marché mondial.

RECOMMANDATION No 5

Le Sous-comité recommande qu'en collaboration avec les ministères de la Santé des provinces et des territoires, Santé et Bien-être social Canada élabore et mette en oeuvre des programmes d'information et d'éducation visant à lutter contre l'hépatite B, à prévenir la propagation de cette maladie au Canada. Ces programmes devraient s'adresser au grand public canadien en général et aux groupes et collectivités à risque élevé identifiés.

RECOMMANDATION No 6

Le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral élabore un programme pour tenir compte de la possibilité que l'hépatite B se propage au Canada par les immigrants de régions du monde où la maladie est endémique et où l'incidence dans la population est intermédiaire ou élevée. Ce programme pourrait comprendre l'immunisation universelle de tous les immigrants au Canada, avant leur arrivée au pays, ou un programme d'immunisation sélective s'appliquant uniquement aux immigrants de régions où l'endéciméité est intermédiaire et élevée.

RECOMMANDATION No 7

Comme alternative à la recommandation no 6, le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral étudie et évalue la nécessité et l'efficacité potentielle d'un programme de dépistage de l'hépatite B chez les immigrants au Canada. Le Sous-comité recommande, en outre, lorsque l'examen de dépistage révèle un résultat positif, que tous les membres de la famille non infectés et à risque soient obligatoirement vaccinés contre l'hépatite B, avant leur arrivée au pays.

RECOMMANDATION No 8

Le Sous-comité recommande que Santé et Bien-être social Canada examine l'efficacité du programme exigeant que tous les cas d'hépatite B diagnostiqués au Canada soient signalés au Laboratoire de lutte contre la maladie, afin de s'assurer que le signalement de cette maladie soit aussi complet que possible.

RECOMMANDATION No 9

Le Sous-comité recommande que Santé et Bien-être social Canada examine la nécessité d'une étude épidémiologique approfondie de l'hépatite B au Canada et, s'il y a lieu, conçoive et mette en oeuvre, en collaboration avec les provinces et les territoires, une étude épidémiologique visant à déterminer l'incidence de l'hépatite B au pays.

RECOMMANDATION No 10

Le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de Santé et Bien-être social Canada, prenne l'initiative d'engager des pourparlers avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les associations de professionnels de la santé, afin d'élaborer et d'appliquer une politique nationale sur le dépistage obligatoire de l'hépatite B chez les professionnels de la santé, et sur la vaccination obligatoire des professionnels de la santé contre l'hépatite B.

L'HÉPATITE B AU CANADA

INTRODUCTION

La lutte contre les maladies infectieuses fait partie intégrante de l'histoire des civilisations. Des victoires considérables ont été remportées contre la maladie au cours du vingtième siècle, attribuables en grande partie aux vaccins et aux antibiotiques. L'immunisation des populations ou de groupes cibles particuliers a permis de juguler un grand nombre de maladies autrefois meurtrières. Certaines maladies, par exemple la variole, ont été à toutes fins pratiques éradiquées grâce aux vaccins.

La prévention de la maladie est la première ligne de défense dans le domaine de la santé. Dans un monde où les moyens de transport modernes ne cessent de raccourcir les distances, les frontières géographiques ne constituent plus des barrières contre les maladies infectieuses. Beaucoup de Canadiens parcourent le monde, que ce soit par affaires, en mission commandée pour le gouvernement, ou en touristes. De plus, le Canada est une destination de choix pour les immigrants de nombreux pays. Une des conséquences du surpeuplement et de l'élimination des distances est la propagation de maladies infectieuses qui, normalement, auraient été largement isolées dans leurs pays d'origine. Une de ces maladies est l'hépatite B.

L'hépatite B est une maladie dévastatrice dans beaucoup de parties du globe. L'incidence de l'hépatite B est en hausse au Canada, et la maladie pourrait bien devenir un problème grave dans notre pays. Dans le présent rapport, nous examinons les différentes facettes de l'hépatite B et proposons des recommandations pour réduire la propagation de la maladie au Canada. Naturellement, notre approche sera objective et parfois plutôt technique. Il ne faut jamais oublier, cependant, le prix énorme de cette maladie en termes de souffrances et de tragédies personnelles.

Le premier témoin entendu par le Sous-comité est M^{me} Bobbi Bower, une résidente de la Colombie-Britannique, qui a témoigné à titre personnel. M^{me} Bower a livré un témoignage éloquent et émouvant sur le décès, en décembre 1989, de sa fille de 16 ans, jeune mannequin à l'avenir prometteur, des suites de l'hépatite B. La jeune fille avait quitté la maison à l'automne de 1989 et avait passé cinq semaines avec des marginaux des rues. Durant cette période, elle a contracté l'hépatite B. Malheureusement, elle a été atteinte d'une forme fulminante et très rare de la maladie, qui entraîne rapidement la destruction du foie et est souvent mortelle. La fille de M^{me} Bower est décédée six jours après que le diagnostic d'hépatite B eut été posé ¹.

Bien que ce cas tragique ne soit pas typique de l'évolution de l'infection par l'hépatite B, le Sous-comité estime que l'hépatite B constitue une menace grave pour la société canadienne. Elle met aussi les gouvernements en demeure d'élaborer des lignes directrices dans le secteur des soins de santé. Le risque d'infection couru par les travailleurs de la santé, et par leurs patients, a

¹ *Procès-verbaux et témoignages* du Sous-comité des questions de santé du Comité permanent de la Chambre des communes de la santé, du bien-être social, des affaires sociales, des personnes âgées et de la condition féminine (appelé ci-après *Procès-verbaux*), fascicule n° 1, 3 octobre 1991, p. 14.

pris une tournure tragique dernièrement, lorsqu'un chirurgien de la Nouvelle-Écosse qui avait été infecté par un malade a vraisemblablement transmis la maladie à deux autres patients qu'il a opérés².

Il n'existe pas de remède pour l'hépatite B, mais nous possédons les moyens techniques d'empêcher la propagation de cette maladie au Canada, soit un vaccin sûr et très efficace. La mise en place d'un programme coordonné de prévention de la maladie entraînera des coûts élevés, certes, mais pas plus élevés que si nous n'agissons pas. Le présent rapport traite des différents aspects de l'hépatite B. Ces témoignages ont été publiés dans le fascicule n^{os} 1 à 5 du Sous-comité sur les questions de santé de la 3^e session, 34^e législature.

L'HÉPATITE B

L'hépatite désigne un certain nombre de maladies graves du foie. Le mot lui-même vient du grec et signifie «inflammation du foie». L'hépatite peut être causée par un certain nombre d'agents, notamment l'alcool, les drogues ou des produits chimiques dans l'environnement, mais le plus souvent, elle est causée par un certain nombre de virus de l'hépatite. Le virus de l'hépatite B (VHB) est associé à une vaste gamme de maladies du foie, y compris l'hépatite aiguë, l'hépatite chronique, la cirrhose du foie et le carcinome hépatocellulaire, ou cancer du foie.

La période d'incubation de l'hépatite B est d'environ 6 à 25 semaines. Certaines phases de la maladie peuvent n'être que légèrement symptomatiques, ou il se peut même qu'aucun symptôme ne se manifeste, comme c'est le cas pour de nombreuses personnes. Parmi les symptômes plus graves, mentionnons la perte d'appétit, la fatigue et des sentiments généraux de faiblesse, symptômes semblables à ceux de la grippe. La jaunisse, un jaunissement de la peau, peut se présenter et le malade peut également faire de la fièvre.

Très rarement, l'infection entraînera une hépatite fulminante, la forme la plus grave de l'hépatite. Cette forme aiguë de la maladie, dont le cours évolue rapidement, entraîne souvent la mort, étant donné que de larges parties du foie sont détruites. Le décès est consécutif à l'insuffisance hépatique.

Dans la plupart des cas d'hépatite B, la maladie suit son cours en quatre à huit semaines, sauf chez les personnes âgées et dans les cas où la maladie est causée par une transfusion sanguine. Dans ces cas, les taux de mortalité peuvent atteindre de 10 à 15 p. 100. L'hépatite chronique peut être le résultat de 5 à 10 p. 100 des infections par le VHB. Une hépatite chronique active épanouie peut se développer et conduire éventuellement à une cirrhose. Un état de porteur chronique sous-clinique peut se développer chez certains patients, et cet état serait le plus susceptible de conduire au cancer du foie. Ainsi, il est important de réaliser que même des symptômes légers d'hépatite peuvent conduire à des complications graves chez le malade.

La probabilité d'être porteur du virus varie de façon inversement proportionnelle à l'âge auquel l'infection se présente. Pour les nourrissons infectés à la naissance par une mère porteuse, le taux de transmission du virus peut aller jusqu'à 92 p. 100. Pour les enfants infectés avant l'âge de cinq ans, la probabilité de devenir porteur se situe entre 25 et 50 p. 100. Comparativement, les adultes infectés de façon aiguë n'ont que de 2 à 10 p. 100 de chances de devenir porteurs. La différence semble découler du fait que le système immunitaire des très jeunes enfants réussit moins bien à éliminer le virus que celui des adultes, après que la maladie a suivi son cours.

² Jones, Deborah, «Hepatitis leaves Halifax surgeon an operating room outcast», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 15 novembre 1991, p. 1345-1348.

LES RISQUES D'INFECTION PAR L'HÉPATITE B

Les personnes infectées par le VHB portent le virus dans tous les liquides organiques, notamment le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, la salive, la sueur, l'urine, et même les larmes. La maladie se propage habituellement par un contact avec des liquides corporels de personnes infectées. Ainsi, les professionnels de la santé, y compris les dentistes, courent souvent le risque d'attraper la maladie, particulièrement en chirurgie ou dans des situations d'urgence ou de sauvetage où le saignement est fréquent. Pour les mêmes raisons, les policiers, les pompiers et le personnel d'urgence et de sauvetage peuvent courir un risque plus élevé. Les étudiants en formation dans ces professions présentent également un risque.

L'hépatite B est une maladie transmise sexuellement (MTS) : le virus peut se transmettre par un contact sexuel avec une personne infectée. Les hommes homosexuels actifs, les hétérosexuels qui changent souvent de partenaire et les prostitué(e)s présentent un risque accru. Le partage des seringues pour s'injecter des drogues illicites est une autre activité à risque élevé. Parmi d'autres groupes à risque élevé, mentionnons les agents des services correctionnels et les prisonniers dans les institutions, les embaumeurs et entrepreneurs de pompes funèbres, et le personnel ainsi que les résidents d'établissements pour personnes mentalement handicapées.

Un groupe à risque élevé pour l'hépatite B est composé des jeunes qui, chaque année, fuient le toit familial et vivent au gré des rencontres occasionnelles pendant un certain temps. Ces jeunes fugueurs s'adonnent au sexe et aux drogues, ignorants des graves risques qu'ils courent de contracter les maladies infectieuses associées à ces comportements.

Avec une maladie comme l'hépatite B, la chaîne infectieuse peut s'étendre jusque dans la collectivité d'origine du fugueur lorsque celui-ci retourne à la maison. La fille de M^{me} Bower, par exemple, après sa fugue, a renoué avec un ancien partenaire et lui a communiqué le virus de l'hépatite B. Par la suite, lorsqu'il a fait une nouvelle rencontre, il lui a transmis la maladie à son tour³.

L'HÉPATITE B AU CANADA

À l'échelle mondiale, l'hépatite B touche environ 50 millions de personnes par année et elle serait la cause de plus de deux millions de décès chaque année. On estime qu'un milliard de personnes sont infectées par le virus et qu'environ 300 millions de personnes sont porteuses chroniques du virus. Les régions du monde sont classées comme présentant une endémicité élevée lorsque le taux de porteurs est de 7 à 20 p. 100, une endémicité intermédiaire lorsque le taux de porteurs est de 2 à 7 p. 100 et une faible endémicité lorsque le taux de porteurs est de 2 p. 100 ou moins. L'hépatite B est présente à un taux très élevé en Afrique tropicale, en Asie de l'Est et du Sud-Est, et dans des parties de l'Amérique du Sud.

Le Canada est un pays où l'endémicité de l'hépatite B est faible. Le virus est présent dans la population en général mais son incidence est faible. Le docteur Laurence Blendis, représentant la Fondation canadienne du foie, a témoigné que la présence du virus au Canada, telle que déterminée par des tests sanguins menés par la Croix-Rouge canadienne il y a environ dix ans, était d'environ 0,2 à 0,3 p. 100 dans la plupart des provinces et d'environ 0,5 p. 100 au Québec⁴. Toutefois, les taux sont beaucoup plus élevés dans certains sous-groupes du Canada, notamment

³ Procès-verbaux, fascicule n° 1, p. 20.

⁴ Procès-verbaux, fascicule n° 2, p. 7.

dans certains groupes autochtones vivant dans des régions nordiques du Canada, et chez des résidents canadiens qui ont immigré au Canada en provenance de régions du monde où l'endémicité de l'hépatite B est élevée.

Depuis 1969 au Canada, l'hépatite B est une maladie dont la déclaration aux autorités est obligatoire. Les médecins doivent signaler les cas diagnostiqués aux agences de santé locales qui transmettent cette information aux ministères provinciaux ou territoriaux de la santé. Les données sont combinées selon des regroupements précis en fonction du sexe et de l'âge, et elles sont ensuite transmises au Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé et Bien-être social Canada. Les difficultés associées au diagnostic exact de la maladie ont des répercussions sur le traitement et la propagation de l'hépatite B ainsi que sur la précision des données sur les tendances de l'incidence de la maladie et sur le nombre de porteurs du virus au Canada.

Les données disponibles indiquent que l'incidence de l'hépatite B augmente au Canada. Le *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, publication de Santé et Bien-être social Canada, déclare dans le numéro du 3 août 1991 que «l'incidence signalée de l'hépatite B au Canada a augmenté d'un facteur de 2,5 entre 1980 et 1989»⁵. Deux facteurs expliquent cette augmentation. Le premier, c'est qu'en fait, la fréquence de la maladie augmente au pays; le second, c'est que les procédures de diagnostic se sont améliorées au cours de la décennie et que les médecins peuvent mieux déterminer et signaler les cas réels. Cependant, entre 50 et 90 p. 100 des cas d'hépatite B sont sous-cliniques et ne sont jamais portés à l'attention des médecins.

Le Sous-comité a entendu un témoignage troublant disant qu'il se peut que l'hépatite B soit très mal signalée au Canada, nonobstant les énoncés précédents. Le docteur Blendis a déclaré ce qui suit :

«Chacun sait que les taux d'incidence (de l'hépatite B) sont très mal déclarés ... chaque fois qu'un laboratoire fait un diagnostic de l'hépatite ... il doit le signaler aux autorités de la santé publique. Lorsque les autorités de la santé publique reçoivent le rapport, elles me font parvenir un formulaire à remplir concernant les détails du cas. J'estime que je ne reçois qu'un formulaire sur dix des patients qui font l'objet d'un diagnostic, et peut-être même moins⁶.»

Le docteur J.Z. Losos, directeur général du Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé et Bien-être social Canada, a convenu que l'hépatite B est mal déclarée au Canada et il a affirmé que «l'absence de déclaration de toute maladie est un problème courant en matière de santé publique»⁷. Le docteur Losos n'a pas convenu qu'il y avait dix fois plus de porteurs du VHB que les statistiques ne l'indiquent, mais il n'a pas proposé d'autre chiffre.

LE VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B

Actuellement, il n'existe aucun traitement efficace de l'hépatite B, à l'exception du traitement des symptômes de la maladie. Tel que susmentionné, la plupart des patients se débarrassent de l'infection après une certaine période, et la plupart des patients adultes éliminent le virus de leur système. Les médicaments anti-viraux ne sont pas efficaces contre l'hépatite B. La principale arme contre la maladie est la vaccination visant à prévenir tout d'abord l'infection.

⁵ Santé et Bien-être social Canada, «Le Comité consultatif national (CCNI) – Déclaration sur la vaccination universelle contre l'hépatite B», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 3 août 1991, p. 170.

⁶ *Procès-verbaux*, fascicule n° 2, p. 8.

⁷ *Procès-verbaux*, fascicule n° 1, p. 37.

Un vaccin contre l'hépatite B est devenu disponible en 1982. Ce vaccin a été tiré de plasma sanguin d'humains infectés par le virus. En 1987, de nouveaux vaccins sont devenus disponibles, vaccins qui ont été produits par des souches de levure modifiées génétiquement pour synthétiser l'antigène de surface viral, appelé «HBsAg». Ainsi, ces vaccins à l'ADN recombinant (ADNR) ne contiennent aucune particule de virus. Ils consistent plutôt en un antigène protéique très purifié. Les vaccins, dont deux sont disponibles au Canada, sont reconnus pour être efficaces, donnant une immunité jusqu'à 95 p. 100 chez des personnes vaccinées⁸.

Une importante question à considérer dans l'élaboration d'un programme d'immunisation pour toute maladie est celle des coûts et des avantages d'un tel programme. Un objectif fondamental est de déterminer et de quantifier les avantages pouvant découler d'un programme d'immunisation. Ces avantages sont à la fois directs et indirects, et ils peuvent comprendre une diminution réelle de l'incidence de la maladie au fur et à mesure que de plus en plus de personnes sont protégées contre l'agent infectieux, ainsi que la possibilité que la maladie puisse disparaître dans la population, ou presque. Cela pourrait conduire à des réductions considérables des dépenses actuelles et futures pour les soins de santé, ainsi qu'à des répercussions économiques réduites de la maladie en termes d'absentéisme des employés et de décès prématuré des personnes affectées, y compris des personnes salariées. La réduction de la souffrance humaine due à la maladie est évidemment une considération importante même si la valeur monétaire ne peut être calculée.

Toutefois, les programmes d'immunisation sont coûteux, à la fois quant au coût du vaccin et quant aux coûts techniques et administratifs de ces programmes. Les coûts monétaires possibles d'un programme d'immunisation universelle des nouveau-nés contre l'hépatite B peuvent être estimés sommairement en multipliant simplement le coût actuel du vaccin par le nombre de naissances chaque année au Canada.

En 1989, il y a eu 392 505 naissances au Canada. À l'heure actuelle, le coût du vaccin contre l'hépatite B est d'environ 70 \$ pour l'administration de trois doses. Ainsi, pour immuniser tous les nouveau-nés, il en coûterait un peu moins de 27,5 millions de dollars par année, pour le vaccin seulement. Si on instituait en même temps un programme de «rattrapage» pour les enfants de 10 ans, les coûts du vaccin doubleraient à environ 55 millions de dollars pour chaque année d'application de ce double programme. Il est toutefois essentiel de noter qu'un vaccin de grande qualité contre l'hépatite B se vend dans certains pays, notamment en Nouvelle-Zélande, à un prix de beaucoup inférieur au prix actuel au Canada. Le Sous-comité croit fermement qu'il est possible d'obtenir le vaccin à un prix beaucoup plus bas que celui que nous connaissons actuellement.

Depuis la première apparition du vaccin en 1982, l'immunisation s'est limitée aux groupes à risque élevé désignés. L'efficacité de cette stratégie a été remise en question par plusieurs témoins qui ont comparu devant le Sous-comité. Même parmi le groupe concerné le plus astucieux et présentant le plus de risques, celui des professionnels de la santé, les programmes d'immunisation n'auraient atteint qu'un taux de succès de 50 à 70 p. 100. Un aspect de la difficulté, c'est que l'immunisation nécessite l'administration de trois injections (quatre, dans certains cas exceptionnels) sur une période de six mois, et l'administration de toutes les doses est nécessaire pour garantir l'immunité.

En août 1991, le Comité consultatif national sur l'immunisation (CCNI) a publié une déclaration sur un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B. Le CCNI a fait observer que malgré le programme d'immunisation des groupes visés, l'incidence de la maladie a

⁸ Procès-verbaux, fascicule n° 2, p. 15.

continué de croître. À l'exception possible des professionnels de la santé, les groupes à risque élevé, y compris ceux qui représentent la majorité des cas d'hépatite B, ont été difficiles à rejoindre, et il a été difficile de les faire participer au programme d'immunisation.

Dans la déclaration du CCNI, on peut lire qu'il existe «un consensus qui se dégage parmi les experts dans le domaine voulant que l'immunisation universelle pendant l'enfance est la clé du contrôle du virus de l'hépatite B en Amérique du Nord». À la suite d'un examen des faits, le CCNI a recommandé que «pour réaliser un contrôle significatif de l'hépatite B au Canada, un programme d'immunisation universelle devrait être mis en oeuvre, et ce, en plus de la stratégie actuelle s'appliquant aux groupes à risque élevé»⁹.

Plusieurs témoins ont affirmé devant le Sous-comité qu'il était souhaitable d'adopter un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B. Bien que le Sous-comité ne croit pas que l'hépatite B pose un problème de santé majeur au Canada en général à l'heure actuelle, sauf dans certains groupes et collectivités, nous sommes convaincus qu'il existe une possibilité que cette maladie devienne un problème majeur dans l'avenir. Nous sommes d'accord avec la recommandation du CCNI qui dit souhaitable l'institution d'un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B.

Nous pensons également que, pour rendre le programme véritablement universel, le gouvernement fédéral doit prendre l'initiative non seulement d'élaborer des directives, mais aussi d'accorder des fonds aux provinces et aux territoires. Dans le cas des dix provinces et des Territoires du Nord-Ouest, ces fonds devraient couvrir au moins 50 p. 100 des coûts du programme. Pour ce qui est du Yukon, le gouvernement fédéral devrait subventionner 100 p. 100 des coûts du programme d'immunisation contre l'hépatite B, en accord avec les modalités de financement établies avec le Yukon pour d'autres programmes d'immunisation. Nous faisons la recommandation qui suit.

RECOMMANDATION N° 1

Le Sous-comité recommande qu'en collaboration avec les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral élabore et mette en oeuvre un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B à l'intention des nouveau-nés. Le Sous-comité recommande en outre que le gouvernement fédéral finance 50 p. 100 des coûts de ce programme d'immunisation et que des ententes appropriées de partage des frais soient conclues avec les provinces et les territoires.

Un programme d'immunisation universelle des nouveau-nés protégera la nouvelle génération des Canadiens contre l'hépatite B, mais il y a une génération d'enfants qui ne profitera pas de ce programme. Un témoignage présenté au Sous-comité nous a permis d'apprendre que lorsque les enfants s'approchent de l'adolescence, ils présentent un risque supérieur de contracter des maladies transmises sexuellement (MTS) au moment où ils deviennent actifs sur le plan sexuel. Il est par conséquent important d'élargir le programme d'immunisation contre l'hépatite B afin de viser ces enfants avant leur entrée à l'école secondaire.

En partie d'après l'expérience de la Nouvelle-Zélande (voir l'annexe A), le Sous-comité croit qu'un programme de «rattrapage» est nécessaire pour protéger ce groupe d'enfants. Nous croyons qu'en même temps qu'un programme universel visant les nouveau-nés, un programme

⁹ *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 3 août 1991, p. 165.

de rattrapage devrait être adopté afin d'immuniser les enfants de 10 ans. Le programme pourrait durer dix ans, période à la fin de laquelle le programme visant les nouveau-nés aura atteint ce groupe d'âge. Ce programme d'immunisation devait recevoir le même niveau de financement que le programme décrit ci-dessus pour les nouveau-nés.

RECOMMANDATION N° 2

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, élabore un programme de «rattrapage» visant l'immunisation des enfants en 10 ans, le but étant d'immuniser les enfants avant leur entrée à l'école secondaire. Le Sous-comité recommande en outre que le gouvernement fédéral finance 50 p. 100 des coûts de ce programme d'immunisation de rattrapage et que des ententes appropriées de partage des frais soient conclues avec les provinces et les territoires.

Dans le cas où un enfant naît d'une mère infectée, il est nécessaire d'immuniser l'enfant immédiatement et d'administrer également de la globuline immune contre l'hépatite B dont le titre d'anticorps contre le VHB est élevé. Le Sous-comité a appris que certains secteurs de compétence au Canada effectuent régulièrement des tests de l'hépatite B chez les femmes enceintes afin que leur bébé puisse être vacciné à la naissance.

Murray Krahn et Allan S. Detsky, dans leur document sur la rentabilité de la vaccination contre l'hépatite B, affirment qu'on estime à 70 p. 100 le nombre de femmes canadiennes examinées à l'heure actuelle (1989) et que l'Alberta examine toutes les patientes prénatales par l'entremise du système de la banque de sang¹⁰. Ailleurs au Canada, l'examen relève de l'initiative de chaque médecin. Le docteur Noni MacDonald, ayant comparu devant le Sous-comité au nom de la Société pédiatrique canadienne, a indiqué que l'estimation de 70 p. 100 est beaucoup trop élevée.

Le Sous-comité croit que l'examen des femmes enceintes quant à l'hépatite B devrait être une procédure standard dans tout le Canada. Le fondement de notre préoccupation est que si un enfant est infecté à la naissance, il a environ 90 p. 100 de chances de devenir porteur chronique. Ici, le problème est à deux volets : le porteur chronique peut transmettre le virus à d'autres personnes, et il présentera un risque accru de dommages au foie plus tard dans la vie, y compris un risque accru de cancer du foie.

Le Guide canadien d'immunisation, troisième édition (1989), recommande que les nouveau-nés dont la mère est porteuse doivent recevoir une dose d'immunoglobuline contre l'hépatite B immédiatement après la naissance et une série de trois doses pour nourrissons du vaccin anti-hépatite B, la première étant injectée dans les sept jours qui suivent la naissance et les deux autres un mois et six mois après la première¹¹.

RECOMMANDATION N° 3

Le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral élabore, en collaboration avec les provinces et les territoires, un programme de dépistage systématique de l'infection par l'hépatite B chez les femmes enceintes. Lorsque le

¹⁰ Krahn, Murray et Detsky, Allan S. «Universal Vaccination Against Hepatitis B in Canada: A Cost-Effectiveness Analysis» (inédit), 3 octobre 1990, p. 15.

¹¹ Santé et Bien-être social Canada, *Guide canadien d'immunisation*, troisième édition — 1989, ministre des Approvisionnement et Services Canada, n° de cat. H49-8/1989F, p. 63.

test est positif, le bébé devrait recevoir une dose d'immunoglobuline contre l'hépatite B et le vaccin anti-hépatite B, conformément aux recommandations du Guide canadien d'immunisation.

LE COÛT DU VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B

Le coût du vaccin contre l'hépatite B est un facteur important dans la considération d'un programme d'immunisation qui pourrait être adopté au Canada. À l'heure actuelle, seulement certains groupes à risque élevé sont visés quant à l'immunisation mais, même dans le cas de cette utilisation relativement restreinte, le coût est un facteur qui peut, en fait, décourager l'immunisation dans certains cas. Un certain nombre d'aspects relatifs au coût du vaccin sont abordés ci-après.

M. Frank Evans, expert-conseil de plusieurs entreprises pharmaceutiques, a déclaré dans son témoignage que les vaccins efficaces contre le VHB sont arrivés sur le marché pour la première fois en 1982¹². Le premier vaccin proposé était tiré de plasma de sang humain contenant un antigène de surface viral (HbsAg) recueilli auprès de personnes qui étaient porteuses du virus. Bien que ces vaccins se soient avérés entièrement sûrs dans la pratique, lorsque le virus du SIDA a été identifié en 1985, il s'est manifesté une certaine inquiétude dans le public parce que les mêmes populations qui avaient des infections par l'hépatite B, auprès desquelles le plasma était recueilli, présentaient également une incidence relativement élevée d'infection par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), virus qu'on croit être la cause du SIDA.

En 1987, des approvisionnements commerciaux d'un nouveau vaccin contre l'hépatite B sont devenus disponibles, et celui-ci était produit à l'aide de la technologie de l'ADN recombinant. Des souches de levure génétiquement modifiées étaient utilisées pour produire l'antigène de surface du VHB (HbsAg) qui était ensuite purifié et incorporé dans un vaccin. Grâce à cette méthode, il n'y avait aucune possibilité de contamination virale. Ces vaccins se sont avérés entièrement sûrs et très efficaces contre le virus de l'hépatite B. Les vaccins tirés de plasma ne sont plus disponibles au Canada.

Selon le témoignage de M. Evans, le prix du vaccin était de 155 \$ la dose en 1987 et ce prix a chuté à 90 \$ lorsque le nouveau vaccin recombinant est arrivé sur le marché¹³. Au Canada, le prix le plus bas du vaccin est d'environ 23,89 \$ la dose. De façon caractéristique, une administration du vaccin consiste en trois doses de vaccin, administrées à des intervalles réguliers. Ainsi, l'immunisation contre l'hépatite B coûte actuellement 72 \$ environ lorsque le vaccin est acheté en gros au prix le plus bas actuellement.

Certains groupes à risque peuvent, selon les programmes provinciaux existants, obtenir le vaccin gratuitement dans un service de santé publique. Cependant, pour bon nombre et probablement la majorité des Canadiens, le prix demandé sera sensiblement plus élevé que le prix le plus bas établi actuellement pour des achats en gros. Par exemple, en Colombie-Britannique, on peut se procurer le vaccin chez un pharmacien et se le faire administrer par son médecin de famille sans frais, aux termes du régime provincial d'assurance-maladie. Un bref sondage sur les prix demandés dans les pharmacies de Vancouver indique que les prix varient entre 102,49 \$ et 132 \$ pour trois doses de vaccin.

Le Sous-comité dispose de preuves indiquant que le coût du vaccin contre l'hépatite B est considérablement moins élevé dans certains autres pays comparativement au Canada. Par exemple, en Nouvelle-Zélande, qui a un programme d'immunisation universelle contre

¹² Procès-verbaux, fascicule n° 3, p. 7.

¹³ Procès-verbaux, fascicule n° 3, p. 11.

l'hépatite B, une information du ministère de la Santé à Wellington nous apprend que le coût par administration de trois doses de vaccin recombinant acheté en vrac par le ministère est de moins de 10 \$ NZ. (Au taux de change actuel, cela représenterait moins de 7 \$ canadiens.) Cette différence de prix soumise à un facteur de 10 est très difficile à comprendre. Dans son témoignage, M. Evans a affirmé que le prix du vaccin est «sensible à la quantité», c'est-à-dire que plus la quantité achetée est élevée, plus le prix unitaire baisse¹⁴.

Un facteur important du prix du vaccin est le fait que le brevet de la séquence génétique virale utilisée pour produire le vaccin dans la levure est détenu par une seule entreprise, Biogen Corporation, de Cambridge, au Massachusetts¹⁵. Il n'existe aucune marque «générique» de vaccin contre l'hépatite B et, étant donné le fait que la technologie de production est extrêmement avancée, il se peut qu'il n'y en ait jamais. De même, le contrôle de la qualité du vaccin est apparemment un aspect du procédé de production qui coûte cher, et ce coût ne diminuera probablement pas considérablement dans le futur.

Deux entreprises pharmaceutiques multinationales ont reçu un avis d'observation (c'est-à-dire l'approbation gouvernementale) pour le vaccin contre l'hépatite B au Canada : SmithKline Beecham Biochemicals et Merck, Sharp and Dohme. Aucune des entreprises ne produit le vaccin au Canada. Le docteur A.J. Liston, sous-ministre adjoint de la Direction générale de la protection de la santé de Santé et Bien-être social Canada, a affirmé que les deux entreprises mettent leur vaccin en marché à l'échelle mondiale¹⁶. Ce fait rend la différence de prix entre le Canada et la Nouvelle-Zélande très difficile à comprendre.

M. Evans et plusieurs autres témoins ont affirmé que le prix du vaccin est fonction à la fois de la quantité achetée et des négociations entre le fabricant et l'acheteur¹⁷. Au Canada, les gouvernements provinciaux doivent prendre la décision concernant des programmes d'immunisation particuliers dans leur secteur de compétence, bien que le gouvernement fédéral puisse offrir des conseils ainsi que des données sur lesquels fonder les décisions.

Dans leur étude des programmes d'immunisation contre l'hépatite B, Krahn et Detsky affirment également que le prix du vaccin est fonction de la quantité achetée :

«Les perspectives d'une réduction progressive du prix... sont bonnes. Comme pour de nombreux produits pharmaceutiques, les coûts de développement du vaccin contre l'hépatite B sont élevés par rapport aux coûts de production. Les politiques d'établissement des prix sont par conséquent au moins partiellement déterminées par la quantité. Des négociations entre les décideurs au Canada et les fabricants de produits pharmaceutiques ont tourné autour de cette question : les décideurs ont demandé des prix réduits des vaccins sans garantir que des politiques en assureront l'utilisation répandue. Les fabricants ont continué d'insister pour dire que des prix plus bas dépendent d'un volume de ventes supérieur¹⁸ .»

Le gouvernement fédéral peut participer et participe à l'achat en vrac de vaccins afin d'obtenir le prix le plus bas possible pour les provinces participantes. Le docteur Losos a apporté un commentaire sur ce point, en parlant précisément du vaccin contre l'hépatite B :

¹⁴ *Procès-verbaux*, fascicule n° 3, p. 12.

¹⁵ *Procès-verbaux*, fascicule n° 3, p. 10.

¹⁶ *Procès-verbaux*, fascicule n° 1, p. 29.

¹⁷ *Procès-verbaux*, fascicule n° 3, p. 17.

¹⁸ Krahn et Detsky (1990), p. 7.

«Le ministère (de la Santé et du Bien-être social) aide les provinces à réunir les agents d'achat pour les provinces et, grâce à la stratégie du ministère des Approvisionnements et Services, elles négocient avec les entreprises le meilleur prix possible, en autant que le coût des vaccins est concerné.

Le coût de ces vaccins, les vaccins contre l'hépatite B, a été très élevé dès le début et c'est un aspect du facteur de complication de leur application sur une vaste échelle. Mais en fait, le ministère négocie des ententes d'achat en vrac avec les entreprises. Toutefois, les provinces achètent ensuite ce dont elles ont besoin et ce qu'elles veulent ainsi que le vaccin qui leur est nécessaire ¹⁹.»

La préoccupation du Sous-comité dans ce domaine est à deux volets. Premièrement, pour qu'un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B soit efficace, il est nécessaire que toutes les provinces et les deux territoires y participent. Pour que cela se produise, le vaccin doit être offert à un prix acceptable. Deuxièmement, selon nous, les négociations sur le prix du vaccin devraient se dérouler en se référant clairement aux prix payés pour des vaccins d'une qualité et d'une pureté acceptables dans des pays comme la Nouvelle-Zélande.

Même si nous convenons que les entreprises devraient recevoir un juste rendement pour un produit de grande qualité, nous voulons nous assurer que les Canadiens n'ont pas à payer un prix excessif pour ce vaccin en raison de lacunes dans le processus de négociation du prix. L'expérience des autorités néo-zélandaises dans la négociation d'un bas prix pour le vaccin est très encourageante pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un programme d'immunisation au Canada.

RECOMMANDATION N° 4

Le Comité recommande que par l'entremise des ministères de la Santé et du Bien-être social et des Approvisionnements et Services, le gouvernement fédéral entreprenne une étude sur l'établissement du prix du vaccin contre l'hépatite B : premièrement, afin de déterminer pourquoi les prix de vaccins identiques varient considérablement selon les pays; deuxièmement, afin de s'assurer que les négociations sur le prix avec le(s) fabricant(s) de vaccins se déroulent avec une connaissance complète des prix payés dans d'autres secteurs de compétence; et troisièmement, afin de s'assurer que le vaccin fourni au Canada sera disponible au meilleur prix possible sur le marché mondial.

INFORMATION ET ÉDUCATION

Des programmes d'information et d'éducation efficaces sont essentiels dans la lutte contre toute maladie. Le virus de l'hépatite B est un agent pathogène robuste et très infectieux, mais, essentiellement, il se confine aux liquides organiques et il ne se propage pas par l'air à la manière des rhumes et des gripes. Par conséquent, avec une information adéquate, la propagation de l'hépatite B peut être réduite grâce à l'adoption de précautions raisonnables. Les divers groupes et activités à risque élevé ont été mentionnés ci-dessus. Si l'on prend des précautions dans les professions à risque élevé, dans les activités sexuelles, et même dans la consommation de drogues (par exemple, ne pas partager les aiguilles et les seringues), la transmission du VHB peut être atténuée et même éliminée.

¹⁹ Procès-verbaux, fascicule n° 1, p. 29.

Un programme d'immunisation universelle des nouveau-nés et de «rattrapage» brisera efficacement la chaîne de la transmission de la maladie, mais les personnes et groupes non visés par ce programme devront toujours prendre les précautions appropriées dans l'exercice de leurs activités, qu'elles soient professionnelles ou sociales. Une information largement disponible sur l'hépatite B et ses modes de transmission aidera à réduire sa propagation au Canada.

RECOMMANDATION N° 5

Le Sous-comité recommande qu'en collaboration avec les ministères de la Santé des provinces et des territoires, Santé et Bien-être social Canada élabore et mette en oeuvre des programmes d'information et d'éducation visant à lutter contre l'hépatite B, à prévenir la propagation de cette maladie au Canada. Ces programmes devraient s'adresser au grand public canadien en général et aux groupes et collectivités à risque élevé identifiés.

L'IMMIGRATION ET L'HÉPATITE B

Le fait que l'hépatite B est beaucoup plus répandue dans d'autres régions du monde qu'au Canada est une question qui doit préoccuper les décideurs du pays. Le Canada est un pays de choix pour de nombreuses personnes, particulièrement en provenance des pays en développement, qui recherchent la possibilité d'une vie meilleure pour elles-mêmes et leurs familles.

Dans son témoignage, le docteur Laurence Blendis a indiqué que l'immigration de régions à endémicité du VHB élevée est un important moyen de propagation éventuelle de l'hépatite B au Canada.

«Nous assistons à une immense augmentation de l'incidence (de l'hépatite B au Canada). La question est celle-ci : pourquoi? ... le monde devient un village et nous (au Canada) ne sommes pas dans une colonie isolée. Nous recevons de nouveaux citoyens de partout dans le monde tout le temps, et ces citoyens proviennent de régions où l'hépatite B est très répandue... Je prédis qu'une raison pour laquelle le nombre (de cas d'hépatite B) continuera d'augmenter de façon aiguë est notre système d'immigration²⁰.»

En 1989, le Canada a reçu 190 342 immigrants. De ce total, la répartition par continent de dernière résidence permanente est la suivante : Asie, 48,3 p. 100; Europe, 27,2 p. 100; Amérique du Nord et Amérique centrale, 6,7 p. 100; Afrique, 6,4 p. 100; Antilles, 5,7 p. 100; et Amérique du sud, 4,6 p. 100 des 92 000 ou presque immigrants d'Asie, environ 45,5 p. 100 provenaient de Hong Kong, des Philippines, du Vietnam et du Cambodge, tous des pays où l'endémicité de l'hépatite B est élevée. L'Afrique sub-saharienne est cotée comme une région de haute endémicité et l'Afrique du Nord comme une région d'endémicité intermédiaire. La Guyane, le principal pays d'origine d'immigrants d'Amérique du Sud en 1989, présente également une endémicité élevée de l'hépatite B²¹.

Le gouvernement fédéral a la compétence unique pour traiter et approuver les visiteurs et immigrants au pays. Deux lois fédérales portent sur l'immigration et la maladie : la *Loi sur la quarantaine* et la *Loi sur l'immigration*. La *Loi sur la quarantaine* a été établie pour s'occuper de

²⁰ Procès-verbaux, fascicule n° 2, p. 9.

²¹ Emploi et Immigration Canada, *Rapport annuel*, 1989-1990, p. 45-47.

maladies qui pourraient être traitées par la mise en quarantaine d'une personne jusqu'à ce qu'elle ne soit plus malade. Cette loi ne s'applique pas vraiment à l'hépatite B à cause du pourcentage considérable de personnes, particulièrement des enfants, qui deviennent des porteurs chroniques du virus. La loi elle-même est considérée comme étant plutôt désuète dans l'ère moderne des déplacements aériens transcontinentaux.

La *Loi sur l'immigration* donne au gouvernement fédéral le pouvoir de régir l'entrée des immigrants et des visiteurs au Canada. L'alinéa 19(1)a) de la loi lui accorde le pouvoir de refuser l'entrée d'une personne qui souffre d'une maladie (ou d'une autre forme de problème de santé) si cette personne est «susceptible de présenter un danger pour la santé publique ou la sécurité publique» ou qui pourrait raisonnablement «imposer des demandes excessives aux services de santé ou aux services sociaux».

Bien que l'existence d'une maladie soit relativement facile à prouver ou à réfuter, les questions de santé publique et de sécurité, ainsi que l'évaluation des demandes faites aux services de santé ou aux services sociaux, sont des questions nécessitant l'avis éclairé d'au moins deux médecins. Ainsi, il y a un aspect de jugement.

L'article 11 de la loi exige que chaque immigrant éventuel (et les visiteurs d'une catégorie prescrite) subisse un examen médical. Pour des raisons pratiques, ces examens sont presque toujours effectués dans le pays d'origine de l'immigrant. Du moins en théorie, les personnes ayant une maladie contagieuse se voient refuser l'entrée au Canada. Parmi ces maladies, mentionnons la tuberculose active, la syphilis, certains cas de lèpre active et la typhoïde active. Toutefois, pour les maladies qui peuvent être traitées, l'exclusion n'est pas nécessairement permanente : une fois que la maladie a été traitée avec succès, l'entrée de la personne au Canada pourrait être reconsidérée.

Pour l'hépatite B, les personnes qui ne présentent pas de symptômes d'hépatite B aiguë ne sont généralement pas éliminées à des fins d'immigration parce que la vérification régulière de la maladie, ou de la présence du virus, n'est pas effectuée. Si la personne provient d'un pays où l'endémicité du VHB est élevée, des tests de fonctionnement du foie pourraient être exigés, et une personne ayant une maladie du foie pourrait être éliminée sur la base d'une préoccupation concernant les coûts possibles de futurs soins médicaux.

Il y a apparemment beaucoup moins d'inquiétude concernant le statut du porteur du VHB d'un immigrant éventuel. Les porteurs du VHB qui n'ont pas de dommage au foie démontrable ou d'autres symptômes de la maladie ne sont pas considérés comme un problème en termes de coûts futurs probables pour les services de santé canadiens. Chez les autorités de l'immigration, on ne semble pas se préoccuper outre mesure qu'un porteur du VHB puisse propager la maladie après son arrivée au Canada.

De même, rien n'exige que les immigrants au Canada soient immunisés contre quelque maladie infectieuse que ce soit. Les autorités provinciales peuvent toutefois conseiller qu'une fois au Canada les enfants qui fréquentent l'école soient vaccinés contre certaines maladies. La vaccination n'est cependant pas obligatoire.

Le Sous-comité s'inquiète de ces aspects de l'immigration, particulièrement en ce qui concerne l'hépatite B. Même si nous ne souhaitons pas que des immigrants éventuels se voient refuser leur entrée au Canada parce qu'ils souffrent d'une hépatite B, ou parce qu'ils ont eu la maladie, nous croyons que des mesures positives devraient être prises par le gouvernement fédéral pour réduire les risques pour la santé des familles de ces personnes et des Canadiens en général.

RECOMMANDATION N° 6

Le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral élabore un programme pour tenir compte de la possibilité que l'hépatite B se propage au Canada par les immigrants de régions du monde où la maladie est endémique et où l'incidence dans la population est intermédiaire ou élevée. Ce programme pourrait comprendre l'immunisation universelle de tous les immigrants au Canada, avant leur arrivée au pays, ou un programme d'immunisation sélective s'appliquant uniquement aux immigrants de régions où l'endécimie est intermédiaire et élevée.

RECOMMANDATION N° 7

Comme alternative à la recommandation n° 6, le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral étudie et évalue la nécessité et l'efficacité potentielle d'un programme de dépistage de l'hépatite B chez les immigrants au Canada. Le Sous-comité recommande, en outre, lorsque l'examen de dépistage révèle un résultat positif, que tous les membres de la famille non infectés et à risque soient obligatoirement vaccinés contre l'hépatite B, avant leur arrivée au pays.

L'INCIDENCE ET LE SIGNALEMENT DE L'HÉPATITE B AU CANADA

Nous avons fait observer plus haut qu'il existe une préoccupation concernant l'efficacité et l'état complet du signalement de l'hépatite B au Canada, et concernant également l'incidence réelle de l'hépatite B au Canada. Les témoignages que nous avons entendus laissent supposer que le signalement de la maladie n'est pas complet, bien que l'hépatite B soit une maladie à déclaration obligatoire depuis 1969.

De même, l'incidence de l'hépatite B dans ce pays peut être au moins d'une ampleur supérieure à celle qu'indiquent les statistiques publiées. Même si nous acceptons le témoignage du docteur Losos à l'effet que toutes les maladies soient couramment sous-signalées, nous croyons qu'un signalement plus précis est souhaitable et qu'une meilleure connaissance de l'incidence de la maladie serait utile.

RECOMMANDATION N° 8

Le Sous-comité recommande que Santé et Bien-être social Canada examine l'efficacité du programme exigeant que tous les cas d'hépatite B diagnostiqués au Canada soient signalés au Laboratoire de lutte contre la maladie, afin de s'assurer que le signalement de cette maladie soit aussi complet que possible.

RECOMMANDATION N° 9

Le Sous-comité recommande que Santé et Bien-être social Canada examine la nécessité d'une étude épidémiologique approfondie de l'hépatite B au Canada et, s'il y a lieu, conçoive et mette en oeuvre, en collaboration avec les provinces et les territoires, une étude épidémiologique visant à déterminer l'incidence de l'hépatite B au pays.

L'HÉPATITE B ET LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

La question de l'hépatite B chez les travailleurs de la santé a été mise en relief ces derniers mois, en raison des événements survenus à l'hôpital général Victoria de Halifax et mettant en cause le Dr Reginald Yabsley, chirurgien orthopédique en chef de l'hôpital. À l'automne de 1986, le

D^r Yabsley a appris qu'il avait été infecté par le virus de l'hépatite B, probablement par un patient. L'infection a été détectée à la suite d'un examen fait par la Croix-Rouge après que le D^r Yabsley eut donné du sang.

En plus de contracter l'hépatite B, le D^r Yabsley est devenu un porteur du virus, ce qui signifie qu'il sera continuellement contagieux, probablement pour le restant de ses jours. Il a continué à pratiquer la chirurgie tout en prenant des précautions pour éviter de transmettre le virus à ses patients. En dépit de ces précautions, deux patients ont contracté une hépatite B, vraisemblablement transmise par le D^r Yabsley. Le médecin a opéré pour la dernière fois le 31 juillet 1991, puis a renoncé volontairement à ses privilèges de chirurgie à l'hôpital²².

L'affaire Yabsley soulève des questions importantes pour le système de soins de santé canadien. L'état de santé des professionnels de la santé est un élément très important, surtout lorsqu'une maladie infectieuse est en cause. Le Sous-comité soulève deux questions importantes dans ce contexte. Toutes deux se rapportent à l'hépatite B, qui est le thème du présent rapport, mais elles s'appliquent nettement à d'autres infections graves.

Premièrement, les professionnels de la santé, et plus particulièrement les chirurgiens, les dentistes et les chirurgiens dentaires, devraient-ils être tenus de se soumettre à un examen de dépistage des maladies infectieuses graves, notamment l'hépatite B, les autres formes d'hépatite infectieuse et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?

Deuxièmement, lorsqu'un vaccin efficace existe, comme c'est le cas pour l'hépatite B, les professionnels de la santé devraient-ils tous être obligés par la loi de se faire vacciner?

Chacun de ces points relève de la compétence des provinces, tout comme la prestation des services de santé en général. Le Sous-comité pense toutefois que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle à l'égard de ces deux éléments. Bien que les questions de santé relèvent des provinces, nous croyons que l'établissement de normes nationales de santé rigoureuses est une idée louable qui devrait être un but réalisable au Canada. Le gouvernement fédéral pourrait montrer la voie dans ce domaine et aider les provinces à établir et à mettre en application des lignes directrices communes dans les deux cas.

Pour ce qui est de l'examen obligatoire des travailleurs de la santé pour dépister certaines maladies infectieuses comme l'hépatite B, le Sous-comité est d'avis que ces dépistages devraient être effectués chaque fois qu'existe une menace visible pour le bien-être des malades. Nous sommes conscients que, dans un cas comme celui du D^r Yabsley, un résultat positif peut signifier la fin d'une carrière. En pareil cas, la question de l'indemnisation de la personne touchée peut légitimement être soulevée et elle devrait être traitée équitablement. Notre première préoccupation est toutefois le bien-être du malade.

Quant à la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé contre l'hépatite B, le Sous-comité pense qu'elle devrait être instituée dans l'intérêt du public en général. Lorsque les premiers vaccins contre l'hépatite B sont apparus, les travailleurs de la santé ont été désignés comme groupe cible en raison des risques sanitaires évidents qu'ils courent dans l'exercice de leur travail. Jusqu'à maintenant, l'immunisation a été offerte aux professionnels de la santé à titre optionnel. Le programme n'a pas réussi à freiner la progression de l'hépatite B au Canada, non plus que les travailleurs de la santé ont tous accepté de se faire vacciner.

Dans le cas du D^r Yabsley, le fait d'avoir négligé de se faire vacciner contre le virus a entraîné l'interruption prématurée de sa carrière et la perte pour le système de santé canadien d'un chirurgien hautement qualifié. De l'avis du Sous-comité, l'immunisation contre l'hépatite B devrait

²² Jones, Deborah (1991), p. 1346.

être considérée comme une condition d'emploi dans le secteur des soins de santé, au même titre que les exigences de scolarité et de formation. L'adoption de cette politique protégera, et les patients et les travailleurs de la santé.

RECOMMANDATION N° 10

Le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de Santé et Bien-être social Canada, prenne l'initiative d'engager des pourparlers avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les associations de professionnels de la santé, afin d'élaborer et d'appliquer une politique nationale sur le dépistage obligatoire de l'hépatite B chez les professionnels de la santé, et sur la vaccination obligatoire des professionnels de la santé contre l'hépatite B.

L'HÉPATITE B ET LES POPULATIONS AUTOCHTONES

Plusieurs témoins ont mentionné le fait que certaines populations autochtones du Nord du Canada présentent un degré d'endémicité de l'hépatite B beaucoup plus élevé que la moyenne canadienne. Santé et Bien-être social Canada a présenté des données à cet effet provenant principalement d'études de groupes des Territoires du Nord-Ouest et du Nord du Labrador. Les études concernaient la prévalence de marqueurs sérologiques du VHB dans les populations, c'est-à-dire la présence dans le sang d'échantillons de l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) ou de l'anticorps visant l'antigène de surface (anti-HBs). Un test positif de l'antigène de surface indique que la personne est infectée par le virus et qu'elle est porteuse; la présence de l'anticorps (anti-HBs) indique que la personne a contracté une hépatite B mais qu'elle n'est plus infectée.

Les populations inuit et dene étudiées présentaient une prévalence des deux marqueurs sérologiques considérablement supérieure à celle des non-autochtones (surtout des Caucasiens). Dans l'étude sur les Territoires du Nord-Ouest, la population caucasienne présentait un taux de séroprévalence de 0,3 p. 100 pour le HBsAg et de 8,5 p. 100 pour l'anti-HBs. Pour la population inuit étudiée, le taux du HBsAg était de 3,9 p. 100 et celui de l'anti-HBs de 24,5 p. 100. Des résultats comparables, mais non identiques, ont été obtenus dans l'étude sur le Nord du Labrador.

Ces taux de séroprévalence chez les populations autochtones étudiées indiquent que le virus de l'hépatite B est probablement endémique dans ces groupes. Le Sous-comité n'a pas obtenu de preuve sur l'épidémiologie de l'hépatite B dans ces populations. Toutefois, les taux de séroprévalence sont quelque peu semblables à ceux observés dans certaines régions d'Asie qui présentent une endémicité intermédiaire ou élevée du VHB. Le docteur Laurence Blendis, représentant de l'Association canadienne du foie, a indiqué au Sous-comité que le virus de l'hépatite B s'est établi parmi les groupes autochtones de ces collectivités «il y a des milliers d'années avec l'immigration (par les régions polaires) de populations du Sud-Est asiatique»²³.

Quelle que soit la source de l'incidence élevée des marqueurs sérologiques chez ces groupes particuliers, ou d'autres groupes d'autochtones, il est clair qu'il s'agit d'un secteur de préoccupation importante. Le Sous-comité ne fait aucune recommandation précise pour les collectivités autochtones. Toutes les recommandations du présent rapport, y compris celles

²³ Procès-verbaux, fascicule n° 2, p. 14.

concernant un programme d'immunisation universelle des nouveau-nés et un programme de «rattrapage», et des programmes d'information et d'éducation, visent tous les Canadiens de façon égale, où qu'ils vivent et quelle que soit leur origine raciale ou ethnique.

LE SYNDROME DE LA FATIGUE CHRONIQUE

La question de la relation possible entre le syndrome de la fatigue chronique et le vaccin contre l'hépatite B a été soulevée au cours des audiences du Sous-comité à cause de la publication d'un certain nombre d'articles dans les journaux laissant entendre que l'immunisation des personnes avec le vaccin contre l'hépatite B avait conduit dans un certain nombre de cas, au développement du syndrome de la fatigue chronique. La source de ces prétentions est la *Nightingale Research Foundation*, d'Ottawa, un organisme de charité enregistré qui s'intéresse à cette maladie.

Le syndrome de la fatigue chronique, ou SFC, est une maladie compliquée et grave dont les causes ne sont pas connues avec précision. Bien que la maladie ait été qualifiée de «malaise des années 80» et qu'elle soit également connue, plutôt dérisoirement, comme «la grippe des Yuppies», l'affection est reconnue depuis très longtemps sous diverses appellations, notamment syndrome de la fatigue postvirale, neurasthénie postinfectieuse, encéphalomyélite myalgique, maladie d'Islande, et *Royal Free Disease*.

Le docteur Irving Salit, de l'Université de Toronto et de l'hôpital de Toronto, ainsi qu'un certain nombre d'autres médecins ont témoigné devant le Sous-comité. (Bien qu'invité par le Sous-comité, le président de la *Nightingale Research Foundation*, le docteur Byron Hyde, n'a pu venir témoigner.) La recherche clinique du docteur Salit se fonde sur une expérience auprès de plus de 600 patients²⁴.

Le syndrome de la fatigue chronique commence souvent comme une maladie ressemblant à une grippe, accompagnée de symptômes typiques de mal de gorge, de fatigue et, d'inflammation des ganglions lymphatiques. Là où le SFC diffère de la grippe, c'est que les symptômes ne s'en vont pas. Le principal symptôme est une fatigue incapacitante qui rend de nombreux patients incapables de travailler et, dans des cas très graves, incapables même de sortir du lit pour exercer les activités régulières de la vie.

En général, le SFC est une maladie des adultes, se déclarant le plus couramment entre 20 et 40 ans, l'âge moyen étant le début de la trentaine. Le docteur Salit a constaté que les deux tiers de ses patients sont célibataires, les deux tiers sont des femmes, nombre de patients ont un statut socio-économique supérieur, et environ 20 p. 100 des patients appartiennent à une profession de la santé.

Les patients souffrant du SFC présentent de nombreux symptômes en plus d'une fatigue débilitante, notamment une fièvre légère, une inflammation des ganglions lymphatiques, une faiblesse musculaire, une douleur musculaire (myalgie), des maux de tête, de la souffrance dans les jointures (arthralgie), des troubles du sommeil et des problèmes neuropsychologiques. La dépression est également un symptôme courant associé au SFC.

Tel qu'indiqué plus haut, les causes du SFC avancées ne le sont qu'à titre d'hypothèses. L'étiologie semble comprendre un «événement déclencheur» un facteur précurseur qui déclenche le développement du SFC. L'infection par le virus d'Epstein-Barr se produit dans environ la moitié

²⁴ Procès-verbaux, fascicule n° 4, p. 12.

des cas. De nombreuses autres infections virales sont également associées à la maladie, comme dans le cas d'un certain nombre d'infections bactériennes. Certains patients qui ont eu des réactions allergiques à divers agents, des accidents d'automobile, ou qui ont vécu des événements stressants, ont eu tendance à développer le SFC.

De façon caractéristique, la maladie peut se poursuivre pendant une période d'environ deux ans. Pendant ce temps, le patient s'améliore habituellement lentement et, bien qu'il puisse ne pas guérir complètement, le patient est généralement beaucoup mieux. La maladie ne semble pas raccourcir l'espérance de vie et elle ne semble pas endommager d'organes majeurs. Certaines données indiquent que certains patients peuvent faire une rechute.

Plusieurs points importants ont été soulevés par rapport à cette question lors de nos audiences. Le premier, c'est que le vaccin contre l'hépatite B actuellement en usage est une protéine très purifiée produite grâce à la technologie de l'ADN recombinant. Le vaccin est considéré comme étant entièrement sûr par les fonctionnaires de Santé et Bien-être social Canada ainsi que par tous les médecins qui sont venus témoigner devant le Sous-comité.

Un deuxième point, c'est que l'information actuellement disponible suggère que le SFC peut être associé à un système immunitaire quelque peu anormal, selon le docteur Salit, un système immunitaire qui est «un peu détraqué»²⁵. On a suggéré que cela pourrait se produire lorsque le système immunitaire a été mis à l'épreuve par l'un de certains agents infectieux ou d'agents ayant des propriétés antigènes. Le SFC pourrait également se déclencher dans une situation de stress important, par exemple un accident d'automobile ou un divorce.

Le Sous-comité n'a pas obtenu ni entendu parler d'une preuve démontrant une relation de cause à effet entre le SFC et l'immunisation contre l'hépatite B. L'observation qu'environ 20 p. 100 des patients souffrant du SFC puissent travailler dans le domaine de la santé, accompagnée du fait qu'environ 50 p. 100 de ces personnes peuvent avoir été immunisées contre l'hépatite B, suggère qu'une association entre la maladie et le vaccin est, selon la preuve disponible, entièrement fortuite.

Aucune relation de cause à effet n'ayant été démontrée entre le vaccin contre l'hépatite B et le SFC, le Sous-comité croit que les personnes suggérant cette relation sont irresponsables et causent éventuellement beaucoup de dommages aux efforts médicaux visant à contrôler la propagation de l'hépatite B au pays grâce à des programmes d'immunisation.

Le docteur J. Z. Losos, directeur général du Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé et Bien-être social Canada a informé le Sous-comité que des études et des programmes de surveillance ont été établis entre le Laboratoire et ses collaborateurs afin de déterminer s'il existe une association entre le vaccin contre l'hépatite B et le SFC²⁶. Le Sous-comité est d'accord avec cette initiative et en fait l'éloge. La question ayant été soulevée et ayant obtenu assez de publicité pour déclencher une inquiétude dans le public, il faut pour l'étudier s'appuyer sur des preuves et non sur des hypothèses.

²⁵ Procès-verbaux, fascicule n° 4, p. 9.

²⁶ Procès-verbaux, fascicule n° 1, p. 28.

LE PROGRAMME DE LA NOUVELLE-ZÉLANDE

Plusieurs témoins ont cité en exemple le programme de vaccination contre l'hépatite B de la Nouvelle-Zélande que le Canada pourrait imiter pour lutter contre la menace de propagation de l'infection par l'hépatite B dans ce pays.

En Nouvelle-Zélande, le programme d'immunisation a visé principalement la protection des enfants contre l'infection en raison du risque relativement élevé qu'ils deviennent toute la vie porteurs du virus de l'hépatite B. Ces porteurs sont la principale source d'infection des autres et ils présentent également le risque de développer une maladie de foie chronique plus tard dans la vie.

Des études épidémiologiques sur l'hépatite B en Nouvelle-Zélande ont été réalisées dans les années 80. Parmi les constatations, mentionnons les suivantes : les taux de porteurs parmi les Néo-Zélandais d'origine européenne étaient inférieurs à 1 p. 100, et le risque d'infection de ce groupe au cours de la vie était inférieur à 10 p. 100. Chez les citoyens des îles du Pacifique et les Maoris, les taux de porteurs se situaient toutefois entre 5 et 10 p. 100 et le risque d'infection au cours de la vie pouvait dépasser 50 p. 100. La Nouvelle-Zélande entre dans la catégorie de l'«endémicité intermédiaire», selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le Canada ressemble un peu à la Nouvelle-Zélande quant à sa population générale en grande partie d'origine européenne présentant une faible endémicité d'hépatite B, et certaines collectivités, par exemple les autochtones et les immigrants de l'Asie et de l'Afrique équatoriale, présentant une endémicité élevée. L'Australie et les États-Unis présentent des modèles d'endémicité comparables dans leurs populations.

En Nouvelle-Zélande, on croit que la transmission du virus de la mère à l'enfant au moment de la naissance contribuait à environ 20 à 30 p. 100 du bassin des porteurs (transmission verticale) du virus de l'hépatite B. Le reste résulte principalement de la propagation du virus entre jeunes enfants en milieu scolaire (transmission horizontale). Ce dernier mode de transmission est courant dans l'Île du Nord de la Nouvelle-Zélande. Le climat y est plus chaud que dans l'Île du Sud, et les enfants portent des vêtements plus légers. Ils sont ainsi plus sujets aux coupures et aux égratignures en jouant, et la possibilité de transmission sanguine est accrue.

Le programme d'immunisation contre l'hépatite B de la Nouvelle-Zélande a été basé sur des recommandations faites par le *Communicable Disease Control Advisory Committee*, un organisme équivalent à peu près au Comité consultatif national sur l'immunisation (CCNI) du Canada. En 1985, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande a établi comme premier objectif le groupe présentant le risque le plus élevé, soit les bébés de mères porteuses très infectieuses, un groupe d'environ 300 bébés par année.

En 1986, des fonds supplémentaires ont été affectés pour élargir le programme afin qu'il vise les nouveau-nés de toutes les mères porteuses, soit environ 1 500 enfants par année. En 1987, le programme a encore été élargi pour inclure tous les nouveau-nés de sept districts de la santé sur

18 dans le pays. Ces sept districts étaient cotés «à risque élevé» pour l'infection pendant la prime enfance. Cette phase du programme a marqué la première tentative jamais faite pour contrôler la transmission du virus, tant horizontale que verticale.

En février 1988, le Cabinet de la Nouvelle-Zélande, agissant selon des recommandations du ministère de la Santé, a approuvé l'expansion du programme d'immunisation à tous les nouveau-nés. L'immunisation gratuite a également été rendue accessible aux proches des femmes identifiées comme porteuses à partir de tests réalisés pendant leur grossesse. Un programme préscolaire de «rattrapage» pour tous les enfants de moins de cinq ans au 29 février 1988 a été institué au même moment. Ce groupe d'âge a été choisi en raison du risque d'infection supérieur résultant de la présence chronique du virus. L'expansion du programme à tous les nouveau-nés et bébés a suivi la disponibilité de données indiquant que le vaccin était efficace à une faible dose, réduisant ainsi les coûts du vaccin.

En décembre 1989, le vaccin original tiré du plasma a été remplacé par le nouveau vaccin dérivé de la levure, produit grâce à la technologie de l'ADN recombinant, et le coût du vaccin a diminué considérablement. Le gouvernement a pu envisager l'expansion du programme qui a visé pour la première fois les enfants d'âge scolaire.

Le programme d'immunisation de la Nouvelle-Zélande a été révisé en février 1990. Le programme actuel consiste maintenant en les éléments suivants. L'immunisation gratuite contre l'hépatite B est accessible pour tous les enfants de moins de 16 ans, auprès des omnipraticiens. L'immunisation gratuite est accessible pour tous les contacts domestiques et familiaux vulnérables et les partenaires sexuels des personnes identifiées comme portant le virus. Il y a également un programme d'examen prénatal et en plus du vaccin, de la globuline immune est disponible pour les bébés de mères porteuses.

L'approche du ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande vis-à-vis les groupes professionnels est que la responsabilité de la sécurité et de la protection des employés en milieu de travail est celle des employeurs. D'autres groupes présentant des risques de contracter l'hépatite B, notamment les enfants intellectuellement handicapés, les utilisateurs de drogues par intraveineuse, les hommes homosexuellement actifs, les hémophiles et les prisonniers, ont été placés sous la responsabilité des omnipraticiens. Dans certains cas, des programmes ont été mis au point pour ces groupes, habituellement par l'organisation chargée de leurs soins. Le ministère reconnaît qu'il est probable que la plupart de ces groupes seront mal servis, et ce pour une variété de raisons.

Le gouvernement de la Nouvelle-Zélande a dû régler un certain nombre de problèmes délicats associés à l'hépatite B. Parmi ceux-ci, mentionnons la nécessité de viser en particulier des groupes de Maoris et de l'Île du Pacifique qui présentaient une endémicité élevée du virus, et le débat sur la nécessité d'un essai de prévacination auprès de groupes et de personnes. Il se peut que le Canada aient à affronter des problèmes délicats semblables, étant donné l'endémicité élevée dans certaines populations autochtones et le fait que de nombreux immigrants au Canada proviennent de régions où l'incidence de la maladie est élevée.

Liste des témoins

	FASCICULE N°	DATE
Bower, Bobbi.	1	3 octobre 1991
Hôpital de Toronto : D ^r Irving Salit, chef, Département des maladies infectieuses; directeur de la clinique de traitement du VIH.	4	7 novembre 1991
Industrie pharmaceutique : M. Frank E. Evans, consultant.	3	24 octobre 1991
Protection de la santé : D ^r A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé; D ^r J.Z. Losos, directeur général, Laboratoire de lutte contre la maladie.	1	3 octobre 1991
Société canadienne de pédiatrie : D ^r Noni MacDonald; D ^r Victor Marchessault.	2	10 octobre 1991
Société canadienne des maladies du foie : Ralph Davis, président.	1	3 octobre 1991
Société canadienne des maladies du foie : D ^r Laurence Blendis, membre.	2	10 octobre 1991
Université du Manitoba : M. Allen Ronald, professeur de médecine interne et microbiologie.	3	24 octobre 1991

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

LE MARCHÉ DI 12, FÉVRIER 1992

Le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents (*fascicule n° 6 qui comprend le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Présidence,

Membres du Comité présents: Edna Greene, Barbara Greens, Jean-Luc Jorcos, Jim

Karpoff, Ray Pagiakhan, Barbara Sparrow, Stan Wilcox.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Tom Duran et Odette Madore, attachés de recherche.

Le Comité examine ses travaux à venir. BARBARA GREENE

Il est proposé, — Que le Comité permanent autorise le transfert de 10 052,90 \$ de son propre budget à celui du Sous-comité de la condition de la femme, pour lui permettre de se rendre à Washington, D.C., du 9 au 11 mars, et que le député de Saint-Hubert ainsi que le personnel requis accompagnent le Sous-comité.

Après débat, il est proposé, — Que la motion soit modifiée en remplaçant 10 052,90 \$ par 11 250,00 \$, et en ajoutant après «Saint-Hubert»: «le député de Calgary-Sud-Ouest, un membre de l'opposition officielle».

Après débat, l'amendement est agréé.

La motion principale, modifiée, est mise aux voix et adoptée.

La présidence présente le premier rapport du Sous-comité des questions de santé.

Il est convenu, — Que la présidence présente à la Chambre le premier rapport du Sous-comité des questions de santé qui devient le troisième rapport du Comité permanent.

Il est convenu, — Qu'en application de l'article 100, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport.

Il est convenu, — Que le Comité fasse imprimer 3 000 exemplaires du rapport, format bilingue, tête-bêche, avec quatrains de parts.

Il est proposé, — Que le Comité invite le ministre à témoigner immédiatement.

Après débat, il est proposé, — Que la motion soit modifiée en ajoutant à la fin: «après le dépôt du budget».

Après débat, l'amendement, mis aux voix à main levée, est adopté par 3 voix contre 2.

Après débat, la motion principale modifiée, mise aux voix à main levée, est adoptée par 4 voix contre aucune.

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 12, FÉVRIER 1992

(9)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 15 h 42, dans la salle 306 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Comité présents: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Jim Karpoff, Rey Pagtakhan, Barbara Sparrow, Stan Wilbee.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Tom Curren et Odette Madore, attachés de recherche.

Le Comité examine ses travaux à venir.

Il est proposé, — Que le Comité permanent autorise le transfert de 10 059,90 \$ de son propre budget à celui du Sous-comité de la condition de la femme, pour lui permettre de se rendre à Washington, D.C., du 9 au 11 mars, et que le député de Saint-Hubert ainsi que le personnel requis accompagnent le Sous-comité.

Après débat, il est proposé, — Que la motion soit modifiée en remplaçant 10 059,90 \$ par 11 859,90 \$, et en ajoutant après «Saint-Hubert»: «le député de Calgary-Sud-Ouest, un membre de l'opposition officielle».

Après débat, l'amendement est agréé.

La motion principale, modifiée, est mise aux voix et adoptée.

La présidente présente le premier rapport du Sous-comité des questions de santé.

Il est convenu, — Que la présidente présente à la Chambre le premier rapport du Sous-comité des questions de santé qui devient le troisième rapport du Comité permanent.

Il est convenu, — Qu'en application de l'article 109, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport.

Il est convenu, — Que le Comité fasse imprimer 3 000 exemplaires du rapport, format bilingue, tête-bêche, avec couverture distincte.

Il est proposé, — Que le Comité invite le ministre à témoigner immédiatement.

Après débat, il est proposé, — Que la motion soit modifiée en ajoutant à la fin: «après le dépôt du budget».

Après débat, l'amendement, mis aux voix à main levée, est adopté par 3 voix contre 2.

Après débat, la motion principale modifiée, mise aux voix à main levée, est adoptée par 4 voix contre aucune.

Il est convenu, — Que le Comité entendra d'autres témoignages sur la pauvreté après que le ministre aura déposé sa réponse au rapport.

Il est proposé, — Que le Comité entreprenne d'étudier les nouvelles techniques de reproduction.

Après débat, la motion, mise aux voix à main levée, donne lieu au partage des voix: pour, 3; contre, 3. Sur quoi, la présidente vote en faveur de la motion.

Il est proposé, — Que le Comité appuie le financement par le gouvernement fédéral de la Fédération canadienne de planning familial.

Après débat, la motion, mise aux voix à main levée, est rejetée par 4 voix contre 2.

Il est convenu, — Que la Fédération canadienne de planning familial soit invitée à témoigner.

Il est proposé, — Que le Comité tienne en priorité des audiences sur tous les aspects du processus d'autorisation des techniques d'implantation.

Après débat, il est proposé, — Que la motion soit déposée pour être étudiée ultérieurement.

Après débat, l'amendement est rejeté.

La motion principale est mise aux voix et rejetée.

Il est convenu, — Que toutes les séances ultérieures aient lieu en public à moins que le Comité en décide autrement.

À 16 h 58, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

Le greffier du Comité

Eugene Morawski

