



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 009 • 1^{re} SESSION • 38^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 23 novembre 2004

Présidente

Mme Bonnie Brown

Toutes les publications parlementaires sont disponibles sur le
réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

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

Comité permanent de la santé

Le mardi 23 novembre 2004

• (1535)

[Traduction]

La présidente (Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.)): Bonjour, mesdames et messieurs. C'est un plaisir de vous accueillir à cette séance du Comité permanent de la santé pour étudier le projet de loi C-12, dont le titre abrégé est Loi sur la quarantaine.

Nous accueillons aujourd'hui des témoins importants. Sans plus tarder nous allons accueillir d'abord les représentants du gouvernement de la Colombie-Britannique, le directeur général par intérim, Healthy Living/Chronic Disease Prevention, le Dr Brian Emerson.

Docteur Emerson.

Dr Brian Emerson (directeur général par intérim, Healthy Living / Chronic Disease Prevention, Population Health and Wellness, Ministry of Health Services, Gouvernement provincial de la C.-B.): Merci beaucoup au Comité de m'accueillir aujourd'hui.

Mon titre doit annoncer les raisons de ma présence aujourd'hui. Je comparais à titre de médecin consultant. J'ai deux postes au ministère. Je suis médecin consultant au ministère de la Santé et j'ai cet autre titre plus long. Si j'ai été invité, c'est probablement parce que j'ai 15 ans d'expérience comme médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique. Je peux donc, à partir d'une expérience sur le terrain, répondre aux questions sur ce qui se passe en santé publique dans la province. Depuis un an et demi, je travaille aussi avec le gouvernement provincial sur l'examen et la révision de nos lois sur la santé publique. Le projet de loi à l'étude m'intéresse donc particulièrement dans son rapport avec nos lois provinciales.

Je crois comprendre que j'ai environ cinq minutes pour faire un exposé, après quoi nous aurons des questions et des échanges. Je passe rapidement mes notes en revue, car c'est la discussion qui est probablement l'un des éléments les plus importants.

La vaste majorité des maladies transmissibles ne sont pas arrêtées à la frontière. Des maladies venant de l'étranger se retrouvent dans les districts locaux de la santé d'un bout à l'autre du pays. Il y a des cas et des flambées au niveau local. Toutefois, il est important de prévoir des protections aux frontières. Il est crucial de reconnaître que, pour prévenir l'importation des maladies, il faut en fait prévenir les maladies dans les pays d'origine.

En Colombie-Britannique, de 65 à 70 p. 100 des cas de tuberculose se déclarent chez des gens qui viennent de l'étranger. Il importe donc de reconnaître que, dans l'ordre général des choses, la prévention des maladies transmissibles à l'étranger est le meilleur moyen de protéger les Canadiens.

Au Canada, cependant, la grande responsabilité de la prévention et du contrôle des maladies transmissibles revient aux autorités locales de la santé publique. Elles doivent avoir des ressources suffisantes pour répondre aux attentes et lutter contre ces maladies. Les autorités provinciales, territoriales et fédérales soutiennent les efforts au

niveau local, et il est clair que l'appareil législatif est un moyen important à cet égard.

Une question clé qu'il ne faut pas perdre de vue, selon moi, dans l'étude du projet de loi, est la façon dont les propositions appuient les activités locales en santé publique et précisent les rôles et responsabilités des fournisseurs locaux, provinciaux et fédéraux de services de santé publique. Au fond, l'une des fonctions clés du projet de loi est d'assurer une circulation efficace de l'information entre ces différents acteurs pour que les mesures prises soient efficaces et adaptées aux besoins. Seuls quelques articles du projet de loi se rapportent à cette relation. Je reviendrai plus tard sur des dispositions particulières au moyen desquelles il sera possible d'améliorer la circulation de l'information par des modifications précises.

L'un de ces articles, et nous pourrions certainement en reparler au cours des échanges, est l'article 11, qui traite de la capacité du gouvernement fédéral de conclure des accords avec des autorités provinciales et locales en santé publique pour l'application ou le contrôle d'application de la loi. Le libellé manque de clarté, en ce qui concerne l'intention réelle du législateur. C'est du moins notre interprétation, et nous pourrions probablement en discuter tout à l'heure. C'est vraiment un élément important, car il donne aux autorités locales en santé publique l'occasion d'intégrer les fonctions du projet de loi à leurs activités.

Il y a quelques questions à ne pas perdre de vue, au sujet du reste de ce qui se passe dans la situation générale. L'une des difficultés sera d'intégrer cette mesure à l'appareil législatif existant. Nous avons des initiatives en cours visant à concevoir des mesures législatives à l'appui des organismes de santé publique. Il se pose donc des questions sur les relations avec le projet de loi. Il y a aussi des initiatives portant sur le renouvellement des lois sur la protection de la santé qui ne sont pas sans rapports avec le projet de loi. Le règlement sanitaire international est également en voie de révision. Il faut relier et coordonner toutes ces initiatives législatives pour obtenir un cadre législatif intégré.

•(1540)

Je signale que nous avons déjà eu passablement de discussions avec nos collègues de l'Agence de santé publique et de Santé Canada au sujet de certaines dispositions du projet de loi à la faveur de conférences téléphoniques avec les médecins hygiénistes en chef et de séances de consultation. Cet effort se poursuit et j'ai hâte de voir la collaboration qui en résultera pour créer un système de santé publique intégré.

J'ai des propositions précises à faire au sujet du projet de loi. On pourrait étendre la portée de l'objet pour englober l'exportation de maladies transmissibles. Le projet de loi traite de l'importation et de la propagation, mais il y a aussi des fonctions à assurer pour assumer la responsabilité du Canada de ne pas exporter ces maladies. Un titre plus général serait plus logique, comme Loi visant à prévenir et à maîtriser les maladies transmissibles. Le titre abrégé, Loi sur la quarantaine, ne décrit pas la nature générale de cette loi. Il ne s'agit là que de modifications de formulation.

Il faut préciser également si la loi primera d'autres lois comme celles qui portent sur l'aide aux réfugiés et l'immigration, ainsi que sur Transports Canada. Comme il y a un certain nombre d'acteurs en cause, lorsque se présente un cas de maladie transmissible dans un port ou un aéroport. Il faut parfois savoir qui détient la responsabilité ultime.

C'est une occasion de préciser les rôles et responsabilités de l'administrateur en chef de la santé publique. Le projet de loi ne semble pas en parler.

Il est aussi important de discuter de la lutte contre les maladies transmissibles dans toutes les administrations au Canada, si nous voulons que cette mesure aide vraiment à limiter leur propagation. Le projet de loi pourrait également comprendre des dispositions sur la lutte transprovinciale ou interprovinciale contre les maladies transmissibles.

Les dispositions particulières que je voudrais signaler concernent la notification des responsables provinciaux ou locaux de la santé publique dans certains cas. Nous proposons qu'un certain nombre de notifications soient prévues pour que, lorsqu'un agent de quarantaine prend certaines mesures, les responsables locaux de la santé publique en soient prévenus. Cela peut comprendre l'imposition d'un examen médical ou d'un traitement, l'arrestation ou la détention d'un voyageur, le prolongement de la détention, le détournement de véhicules, la prise d'ordonnances au sujet de véhicules et l'obtention de mandats. Ce sont toutes des activités importantes et passablement intrusives, et il est essentiel que les responsables locaux de la santé publique soient informés lorsque les agents de quarantaine les prennent, de façon que les diverses organisations collaborent immédiatement pour s'attaquer au problème.

Mes cinq minutes sont probablement terminées. Je résume donc en rappelant que la prévention et le contrôle des maladies transmissibles sont des activités avant tout locales, et les pouvoirs provinciaux, territoriaux et fédéraux ont un rôle d'appui. Le projet de loi est un outil vraiment important pour les praticiens de la santé publique, et il faut que la loi favorise leur collaboration. Il faut qu'il y ait des ressources suffisantes aux niveaux local, provincial, territorial et fédéral pour répondre aux attentes traduites dans le projet de loi.

Enfin, il faut vraiment prévoir assez de temps pour l'élaboration en collaboration de cette mesure en tenant compte de ce qui se fait dans les provinces et d'autres initiatives fédérales et internationales dont j'ai parlé.

Nous souhaitons tous avoir la meilleure loi possible. Il est important de faire les choses correctement, car, comme nous le savons tous, nous souhaitons avoir une loi durable.

Merci de m'accueillir. J'ai hâte de participer à la discussion tout à l'heure.

•(1545)

La présidente: Merci beaucoup, docteur Emerson. Vous avez fait valoir un point de vue unique, puisque vous avez été un médecin hygiéniste en chef qui a dû faire face à certaines de ces questions au quotidien. Merci de nous avoir fait part de votre point de vue.

Notre prochain témoin vient de l'Agence de santé publique du Canada. Il s'agit du D^r Plummer, directeur général du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

Docteur Plummer.

Dr Frank Plummer (directeur général, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada): Merci de m'accueillir, madame la présidente.

Je suis ici surtout à titre de spécialiste des maladies infectieuses plutôt que comme représentant de l'Agence de santé publique. Vous avez eu un certain nombre d'exposés de cette agence, et je ne crois pas utile de revenir sur ce que ces autres témoins vous ont dit.

Je voudrais revenir sur un ou deux points abordés par le D^r Emerson. La Loi sur la quarantaine, ou peu importe son titre, sera un outil important en santé publique, mais elle ne garantira pas que des maladies infectieuses n'arriveront pas chez nous. Nous devons pouvoir travailler au niveau international pour renforcer les systèmes de santé publique et faire en sorte que notre système ait la capacité de déceler et de contenir rapidement les maladies infectieuses après leur importation.

Les mesures prises par le gouvernement pour créer l'Agence de santé publique du Canada sont importantes dans cette optique, et la Loi sur la quarantaine est une autre mesure importante. Les modifications proposées visent à moderniser la loi et à l'adapter à des modifications survenues dans la réglementation internationale en matière de santé. Comme le D^r Emerson l'a dit, il s'agit d'essayer d'empêcher autant l'exportation des maladies infectieuses que leur importation. Le projet de loi vise notamment à modifier les moyens de le faire.

Il s'agit ici d'une mesure très importante dans nos efforts visant à moderniser le système de santé publique du Canada et les diverses lois qui portent sur la santé publique. Le plus important, c'est que nous puissions tous travailler ensemble, aux niveaux fédéral, provincial et local, comme le D^r Emerson l'a dit.

Je vais m'arrêter là. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

La présidente: Merci, docteur Plummer.

Notre prochain témoin représente l'Association médicale canadienne, et il est bien placé, puisqu'il en est le président. C'est le D^r Schumacher.

Dr Albert Schumacher (président, Association médicale canadienne): Merci, madame la présidente. Bonjour. C'est pour moi un plaisir de comparaître aujourd'hui au nom de l'Association médicale canadienne et de ses plus de 58 000 membres des quatre coins du Canada.

Je suis non seulement président de l'Association, mais aussi médecin en exercice à Windsor. Je suis accompagné par le D^r Isra Levy, qui est également médecin en exercice et se spécialise en médecine communautaire et santé publique. Il est aussi chef des affaires médicales et directeur de notre Bureau de la santé publique.

Notre mémoire et mes observations d'aujourd'hui portent sur l'impact de la Loi sur la quarantaine proposée sur les patients et la population. J'espère qu'ils aideront le comité à renforcer cette loi importante dont nous avons grand besoin.

Notre première recommandation veut que la Loi sur la quarantaine s'inscrive dans un vaste plan intégré de mesures d'urgence en santé. Nous comprenons que le projet de loi est le premier élément d'une stratégie à long terme visant à renforcer la capacité du Canada de réagir aux urgences en santé publique. Outre les initiatives législatives, un élément central de la stratégie sera les mesures fédérales visant à faciliter les communications en temps réel avec les cliniciens de première ligne, de façon que, lorsque des mesures sont prises, ils reçoivent rapidement l'information nécessaire. Comme l'AMC l'a recommandé au Comité consultatif Naylor, une loi complète sur les mesures d'urgence en santé, administrée par l'administrateur en chef de la santé publique est essentielle si on veut assurer une réaction nationale rapide aux urgences en santé.

Notre deuxième recommandation veut que l'administrateur en chef de la santé publique du Canada ait le pouvoir d'appliquer la Loi sur la quarantaine. Il faut appuyer cet administrateur nommé récemment et l'Agence de santé publique du Canada par une loi qui permet de donner à l'administrateur les pouvoirs maintenant confiés au ministre par la Loi sur la quarantaine ici proposée.

Troisièmement, il faut modifier le texte proposé pour qu'il porte sur le trafic interprovincial autant qu'international. Nous sommes heureux que les dispositions du projet de loi C-12 s'appliquent aux biens et aux voyageurs qui quittent le Canada et qui y entrent. C'est une lacune relevée dans la Loi sur la quarantaine en vigueur. La nouvelle loi doit toutefois s'appliquer expressément aux biens et voyageurs qui franchissent les limites des provinces ou territoires. Autrement, le Canada serait comme un grand navire sans compartiments étanches.

Quatrièmement, il faut définir adéquatement les « urgences en santé publique ». Le C-12 contient une annexe énumérant les maladies transmissibles auxquelles ses dispositions s'appliquent. Nous craignons que cette annexe ne limite la capacité du Canada de réagir aux urgences. La prochaine urgence pourrait être causée par une maladie dont nous n'avons jamais entendu parler, ou encore par une attaque bioterroriste, un incident chimique ou nucléaire. La loi proposée doit permettre au Canada de réagir à des menaces nouvelles et émergentes et non seulement aux menaces existantes.

La loi proposée doit préciser les rôles et responsabilité et les besoins en formation du personnel d'intervention. Il faut préciser certaines dispositions du C-12 sur la portée de la pratique du personnel de dépistage de maladies, notamment le paragraphe 15(3). Qu'est-ce qu'une « mesure raisonnable » contre la propagation? À l'article 26, qui peut prescrire le traitement? L'agent de contrôle, l'agent de quarantaine ou le médecin?

La loi proposée ne prévoit rien au sujet des facteurs qui nuisent au déploiement de professionnels de la santé qualifiés malgré les

frontières internes, comme la transférabilité du permis d'exercice et l'assurance contre les fautes professionnelles. Il est essentiel de protéger ce groupe, sinon dans le projet de loi, du moins dans son règlement d'application ou par d'autres mesures administratives.

Il faut respecter et protéger la vie privée et la confidentialité. Le C-12 accorde aux agents de quarantaine et au ministre un vaste pouvoir pour arrêter et détenir des personnes sans mandat. Même si cela peut s'imposer en de rares occasions pour protéger le public, on reconnaît qu'il est possible d'en abuser.

L'article 51 autorise l'agent de quarantaine à « ordonner à toute personne de lui fournir les renseignements ou documents[...] qu'il peut valablement exiger ». Les articles 55 et 56 semblent également donner au ministre le pouvoir de « recueillir des renseignements médicaux » « pour l'application de la présente loi » et de « communiquer [...] tout renseignement recueillis sous le régime de la présente loi » à une foule d'entités. Le projet de loi doit explicitement limiter et préciser les circonstances de l'exercice de ce pouvoir.

Il faut respecter le rôle des médecins et autres travailleurs de la santé. Il faut que la nouvelle loi, pour assurer les meilleurs soins aux patients et la meilleure sécurité pour la population, reconnaisse qu'il est important que les professionnels de la santé aient le pouvoir de prendre, sous réserve des contraintes appropriées, des décisions vitales face aux urgences en santé.

En déléguant ce pouvoir, la loi proposée et son règlement d'application doivent aussi prévoir les précautions requises pour protéger les agents de quarantaine et les autres travailleurs de la santé contre la transmission de la maladie ou ses effets.

• (1550)

La loi proposée doit aussi prévoir des programmes de rémunération et d'indemnisation des médecins et stagiaires qui ne peuvent exercer leur profession parce qu'ils ont été mis en quarantaine. Je signale que, dans la flambée de SRAS, à Toronto, plus d'un millier de professionnels de la santé ont été mis en quarantaine à un moment ou l'autre.

Je vais conclure en disant que, outre les questions déjà signalées, des éléments cruciaux, comme les modalités des examens physiques, prévues au paragraphe 62 a), le processus d'examen du médecin, prévu au paragraphe 62d) et la protection des renseignements personnels, prévue au paragraphe 62g) sont laissés au règlement. C'est nécessaire, mais non suffisant. Il faut établir ces règlements le plus tôt possible.

Le projet de loi C-62 est une mesure essentielle et opportune, mais, dans un contexte plus large, le Canada doit s'engager à fournir des ressources importantes et soutenues pour un vaste programme d'intervention en cas d'urgence de santé publique. Il nous faut non seulement un programme, mais aussi une culture de la protection civile au Canada, à défaut de quoi, les lois les mieux conçues resteront insuffisantes.

Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup, docteur Schumacher.

Nos prochains témoins représentent l'Association canadienne des infirmières et infirmiers du Canada : Mme Janet Davies, directrice des politiques publiques, et Mme Jane MacDonald, consultante en soins de santé primaires.

Mme Janet Davies (directrice, Politiques publiques, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Merci, madame la présidente.

Je suis heureuse de représenter cet après-midi l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

L'AIC est une fédération qui regroupe 11 associations provinciales et territoriales représentant plus de 125 000 infirmiers et infirmières. Elle a un cadre réglementaire national régissant les services infirmiers et élabore des normes nationales et politiques et des pratiques exemplaires, et elle publie une revue professionnelle nationale.

Jane MacDonald est avec moi aujourd'hui. Elle est infirmière autorisée, membre du personnel de l'association et spécialiste de la santé publique.

Nous sommes heureuses de participer aux délibérations du Comité, qui étudie un projet de loi visant l'importation et l'exportation de maladies. Nous voudrions présenter au Comité nos observations sur cinq enjeux soulevés dans le projet de loi. Il y a d'abord les qualités professionnelles, la formation, la rémunération, les obligations contractuelles et le soutien continu pour les agents de contrôle et de quarantaine. Deuxièmement, l'utilisation des contrôles médicaux et la technologie de détection. Troisièmement, la collaboration et la coordination. Quatrièmement, le rôle et la responsabilité du médecin hygiéniste en chef. Enfin, l'indemnisation des personnes en quarantaine. Voyons ces points à tour de rôle.

La désignation des agents de contrôle et de quarantaine est prévue aux paragraphes 5(1) et 14(1) du projet de loi, qui propose que les agents de contrôle soient la première ligne de défense au Canada contre la propagation de maladies transmissibles venant de l'étranger. Vous conviendrez que le visage nouveau et changeant de maladies comme la fièvre d'Ebola, la tuberculose et le SRAS obligeront les agents de contrôle à être bien informés des maladies émergentes et des problèmes de détection. Ils doivent donc avoir les connaissances nécessaires pour repérer et reconnaître les maladies et prendre les mesures voulues.

L'AIC veut avoir l'assurance que les préposés à ce dépistage crucial en première ligne aient la compétence et la formation nécessaires et reçoivent un soutien suffisant sur le terrain. Pour elle, le projet de loi doit être clair sur quatre points : Qui seront les agents de contrôle désignés? Comment les formera-t-on? Quels appuis leur fournira-t-on? Quelles lignes directrices élaborera-t-on pour qu'il prennent des mesures appropriées et cohérentes?

Quant à la désignation des agents de quarantaine, le paragraphe 5 (2) dit : « Le ministre peut désigner — individuellement ou au titre de son appartenance à une catégorie déterminée — tout médecin ou autre professionnel de la santé à titre d'agent de quarantaine. » L'AIC recommande qu'on définisse clairement l'expression « autre professionnel de la santé ». Désigne-t-elle par exemple les infirmiers et infirmières autorisés? Quelles sont les compétences nécessaires?

L'AIC souhaite aussi qu'on précise comment le gouvernement entend opérationnaliser les fonctions des agents de quarantaine. Le projet de loi ne dit pas clairement où les agents se trouveraient ni quels appuis ils auraient. L'AIC voudrait qu'on donne cette information. L'expérience du SRAS montre qu'il est crucial de bâtir l'infrastructure pour que le nombre d'agents de contrôle et de

quarantaine suffise à faire face à une flambée ou à plusieurs flambées simultanées.

Deuxièmement, un mot sur les contrôles médicaux et la technologie de dépistage. À propos de l'exécution des contrôles, les articles 14 et 19 parlent de l'utilisation de la technologie de détection et de l'examen physique. Le D^r Plummer a parlé de la nécessité de renforcer la capacité de détection. Chose certaine, l'article 19 parle de contrôle médicaux, examen physique compris, mais sans dire qui s'en chargera.

L'AIC recommande que le projet de loi définisse la ou les catégories de technologie permises. Nous recommandons aussi que le projet de loi précise que celui qui effectue le contrôle médical et utilise la technologie de détection doit avoir la formation et les compétences voulues.

Troisièmement, je voudrais parler de la collaboration et de la coordination. Le Dr Emerson a parlé de l'intégration et d'une communication efficace entre les gouvernements. Les articles 6 et 7 traitent de la coordination entre les systèmes de santé publique fédéral, provinciaux et territoriaux. Compte tenu de l'expérience vécue en 2003, lors de la crise du SRAS, l'AIC recommande que le projet de loi établisse un mécanisme de coordination continue des efforts des gouvernements et des professionnels de la santé relatifs à la protection civile et à la santé publique.

Le projet de loi devrait définir les exigences en matière de consultation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes municipaux et les associations nationales de professionnels de la santé.

● (1555)

Le quatrième point qui intéresse l'AIC est le rôle et la responsabilité du médecin hygiéniste en chef. L'AIC croit que les Canadiens ont besoin d'une infrastructure nationale de communication pour assurer la diffusion rapide et cohérente de l'information technique et publique sur les flambées de maladies et les crises de la santé publique. L'infrastructure devrait également assumer la responsabilité de la liaison avec d'autres pays, l'Organisation mondiale de la santé et les spécialistes internationaux des maladies. Le Comité a la possibilité de définir les rôles du médecin hygiéniste en chef et de l'Agence de santé publique à cet égard.

Cinquièmement, la question de l'indemnisation revient à diverses reprises dans le projet de loi à propos de la réquisition d'installations pour la quarantaine et la détention de personnes soupçonnées d'avoir une maladie transmissible.

Au cours de la crise du SRAS, beaucoup d'infirmières et leur famille ont été mises en quarantaine, ce qui a entraîné un manque à gagner. De plus, les infirmières et d'autres professionnels de la santé ont été touchés par des décisions administratives restreignant l'accès à leurs installations aux seuls spécialistes qui ne travaillaient pas dans d'autres établissements. Il y a donc eu manque à gagner pour les professionnels qui travaillent à plusieurs endroits. L'AIC recommande que le projet de loi reconnaisse le manque à gagner des deux groupes, ceux qui sont en quarantaine, et ceux qui, à cause de la quarantaine n'ont pas eu leurs possibilités de travail normales.

Pour conclure, madame la présidente, l'AIC est prête à travailler avec le gouvernement pour que le système de santé serve tout le monde.

Nous nous ferons un plaisir de répondre aux questions.

•(1600)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer aux questions, en commençant par le porte-parole de l'opposition officielle, M. Rob Merrifield, qui a dix minutes.

M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC): Merci beaucoup d'avoir accepté venir nous donner votre avis sur le projet de loi.

Le projet de loi découle en fait de l'expérience du SRAS. Il s'agit de savoir comment ficeler un projet de loi qui nous permettra de combattre un peu mieux les maladies infectieuses comme le SRAS. À l'époque, nous ne savions pas à quoi nous en tenir.

J'essaie de me souvenir. A-t-on jamais invoqué la Loi fédérale sur la quarantaine pendant la crise du SRAS?

Docteur Plummer

Dr Frank Plummer: Que je sache, on n'a pas invoqué cette loi lors de la crise du SRAS.

M. Rob Merrifield: C'est bien ce que je pensais.

Dr Frank Plummer: Il y a eu des efforts volontaires pour retracer les malades, vérifier les contacts des personnes tombées malades après leur arrivée chez nous, mais on n'a pas eu recours à la Loi fédérale sur la quarantaine.

M. Rob Merrifield: Elle n'avait aucune utilité ou il n'y avait pas de raison de l'invoquer?

Dr Frank Plummer: Elle n'avait pas d'utilité.

M. Rob Merrifield: Aucune utilité? Très bien.

À propos des changements proposés ici, revenons à l'époque antérieure au SRAS. Si le SRAS frappait de nouveau, y auriez-vous recours? Aurions-nous plus de pouvoirs grâce aux modifications proposées dans le projet de loi?

Dr Frank Plummer: Les changements dans les pouvoirs sont assez modestes, selon moi. Il s'agit en fait de les moderniser et de pouvoir contrôler les personnes au départ. Toutes les mesures de contrôle mises en place étaient d'application volontaire.

M. Rob Merrifield: C'est juste. En fait, certains de nos problèmes, au moment du SRAS, tenaient au fait que nous exportions la maladie. Nous appliquions une mesure facultative. Chacun était censé remplir de son plein gré une fiche à l'aéroport, si cela lui convenait. Pourtant, l'Organisation mondiale de la santé recommandait une entrevue personnelle au moment de l'enregistrement des bagages.

Lorsque je l'ai interrogé à l'époque, le ministre a dit que la loi ne donnait pas ce pouvoir pour prévenir l'exportation du SRAS. J'ai remis la chose en question. Le projet de loi donne-t-il ce pouvoir? À votre avis, ce pouvoir est-il assez fort?

Dr Frank Plummer: Comme vous devez le savoir, une partie du projet de loi porte sur le pouvoir de contrôler les voyageurs et les véhicules qui quittent le Canada, dans certaines circonstances, lorsque se présente une situation qui l'exige. Le but du projet de loi est de donner au ministre des pouvoirs correspondant à la réglementation internationale, qui tend nettement à agir sur le contrôle à l'exportation de la maladie.

Selon moi, les pouvoirs prévus suffisent. D'autres ont peut-être un avis différent.

Dr Albert Schumacher: Monsieur Merrifield, je vais essayer de vous répondre.

Le grand enseignement que nous avons retiré du SRAS, c'est que la loi fédérale ne donnait pas les outils nécessaires pour agir sur la circulation entre les provinces, et le projet de loi ne fait rien à ce sujet. Les voyageurs qui se rendaient de Vancouver à Toronto n'étaient aucunement touchés par la loi fédérale à l'époque.

Cela nous inquiète. Il y a une chance d'intercepter les malades, et c'est à la descente de l'avion, du navire ou du train. Après, il est impossible de les suivre ou de prendre d'autres mesures.

•(1605)

M. Rob Merrifield: Oui, je comprends et je crois que c'était une lacune. Je ne suis pas sûr que ce soit l'intention qui sous-tend la Loi sur la quarantaine. Il se peut que l'Agence de santé publique mette en place des mécanismes pour coordonner les communications.

Un grand nombre d'entre vous ont posé des questions sur la coordination entre les pouvoirs locaux, provinciaux et fédéraux. Cela me semble fondé, mais je ne suis pas convaincu qu'il faille recourir à la Loi sur la quarantaine. Non pas que ce soit un problème d'y prévoir des dispositions, mais cela relève davantage de l'Agence de santé publique. Voilà ce que je pense de la situation.

Dr Albert Schumacher: Je vais vous signaler une mesure qui est en place. Quand on rentre au Canada, il est demandé sur un formulaire des douanes si on se rendra dans une exploitation agricole dans les 14 jours suivants. La loi précise peut-être ce laps de temps pour qu'on puisse savoir quelles personnes sont entrées au Canada dans les deux semaines précédentes. Cela existe déjà pour l'agriculture. Il n'y a probablement aucune raison de ne pas étendre la mesure dans un nouveau domaine.

M. Rob Merrifield: Exactement, et je suis d'accord sur tout cela.

Je crois que la dernière fois que la Loi sur la quarantaine a été invoquée au niveau fédéral, il s'agissait de bambou venant d'Amérique du Sud, et nous l'avons invoquée en un clin d'oeil. Pourtant, dans le cas du SRAS, il semble que nous ayons pensé que la loi n'était pas assez solide pour nous aider, et il y avait une certaine résistance de la part des transporteurs aériens.

C'est du passé. Nous étudions un projet de loi. Les modifications proposées ici nous aideront-elles à l'avenir? C'est la question qu'il faut se poser, et nous voudrions connaître votre point de vue.

L'autre élément du projet de loi que nous avons remis en question, comme vous, est celui de l'indemnisation des personnes touchées et qui ont de graves difficultés... Selon moi, c'est le seul moment où la Loi sur la quarantaine devrait être invoquée. Il faut l'utiliser avec parcimonie, mais l'utiliser énergiquement lorsqu'il le faut. Et lorsqu'elle est utilisée énergiquement pour protéger la société, les personnes touchées devraient être indemnisées.

Faut-il prévoir cette indemnisation dans la loi ou dans le règlement? Nous avons posé les mêmes questions au ministre, et la réponse a été très floue : nous allons peut-être accorder des indemnisations.

Faut-il en faire une obligation et faut-il donner des précisions?

Cela peut mettre M. Plummer dans une position un peu fautive, mais je voudrais savoir.

Dr Frank Plummer: Ma réponse sera aussi floue que celle du ministre. Je pense que, au fond...

M. Rob Merrifield: C'est nous qui faisons de la politique. Vous pouvez parler librement.

Dr Frank Plummer: Je pense que d'autres doivent avoir des opinions.

Mme Janet Davies: Selon les milieux infirmiers, il y a obligation d'indemniser. Au cours de l'épisode du SRAS, beaucoup d'infirmières et d'autres spécialistes de la santé ont accusé un manque à gagner. Quant à savoir si la loi doit dire qu'on peut ou qu'on doit accorder une indemnisation, je m'en remets à votre savoir, car vous en savez plus long que moi.

Faut-il prévoir l'indemnisation dans le règlement? Il faut probablement laisser la latitude nécessaire pour qu'on puisse assurer une indemnisation suffisante, compte tenu des circonstances.

M. Rob Merrifield: Vous êtes nombreux à avoir parlé de l'indemnisation. J'abonde dans votre sens. C'était une de nos préoccupations initiales. J'espère que nous pourrions avoir des éléments de solution dans les modifications que nous présenterons.

Dr Albert Schumacher: Monsieur Merrifield, puis-je répondre? Il faut revenir à l'an dernier et décider si vous auriez déclaré que le SRAS était une situation d'urgence ou imposé la quarantaine au niveau un, ce qui aurait permis de débloquer un financement fédéral pour indemniser les personnes touchées. Le gouvernement fédéral a accordé des ressources supplémentaires aux provinces. La réponse est donc sans doute oui.

Comment cela serait-il signifié à l'avenir? Quel genre de déclaration faudrait-il pour que les fonds soient versés? Faut-il le prévoir dans le règlement ou dans la loi? Je ne sais trop, mais il est clair que la crise du SRAS aurait provoqué une déclaration. Quelle est la meilleure façon, au plan législatif, d'assurer une intervention à l'avenir?

M. Rob Merrifield: Oui, je comprends. Nous allons étudier la question et nous envisagerons des amendements dans le libellé.

J'ai une autre question. J'ignore combien de temps il me reste.

La présidente: Pas mal, en fait.

M. Rob Merrifield: Ah, oui? Nous avançons bien, vous savez. De temps à autre, la présidente est indulgente.

La présidente: Non, c'est que les témoins répondent plus succinctement que la plupart de ceux que nous accueillons normalement.

M. Rob Merrifield: D'habitude, elle me blâme. Maintenant, c'est vous qu'elle blâme. Cette réponse me plaît.

La présidente: Au contraire. C'était un compliment.

M. Rob Merrifield: La question ne porte pas tant sur le projet de loi que sur l'état actuel des choses. C'est à vous, monsieur Plummer.

Selon votre point de vue d'expert de la lutte contre les maladies infectieuses, les risques sont-ils plus grands ou moins grands aujourd'hui qu'il y a deux ans, lorsque le SRAS a frappé, qu'une maladie infectieuse aient des conséquences pour les Canadiens?

• (1610)

Dr Frank Plummer: La crise du SRAS nous a appris bien des choses et nous sommes bien mieux préparés. Nous avons mis en place un certain nombre de systèmes supérieurs de surveillance au Canada et des systèmes-sentinelles dans les hôpitaux. Nous avons maintenant des agents de quarantaine dans les aéroports et nous sommes en train d'implanter des systèmes d'information qui

permettront de lancer les alertes. Effectivement, nous sommes mieux préparés.

Les risques sont-ils plus grands? En un sens, oui, à cause des menaces nouvelles. La grippe aviaire en Asie est un problème qui n'est pas réglé et qui nous fait courir un risque de pandémie de grippe plus grand que jamais.

Je crois que nous sommes mieux préparés. Nous continuons à améliorer notre préparation, mais d'autres facteurs, en dehors de notre préparation, influencent le niveau de risque.

M. Rob Merrifield: Oui, et je crois que c'est ce qui inquiète beaucoup les Canadiens. Compte tenu des maladies infectieuses qui existent dans le monde, courons-nous des risques plus grands? Nous considérons ensuite les moyens d'assurer la meilleure préparation possible, mais, évidemment, elle ne peut jamais être parfaite. Il n'y a aucune garantie dans ce domaine. Il me semble important de le comprendre si nous voulons ajouter les ressources nécessaires pour arriver à nos objectifs dans ce domaine, avec la création d'une agence et avec la Loi sur la quarantaine.

Dr Frank Plummer: Encore un mot. Un autre facteur a influé sur le risque, et ce sont les enseignements qu'on a tirés dans le monde de l'épisode du SRAS, et la volonté de transparence des divers pays. Si la Chine avait été plus transparente avec la communauté internationale, nous aurions peut-être pu éviter tous les ennuis du SRAS ou au moins les atténuer grandement. C'est un autre facteur qui a changé.

M. Rob Merrifield: Merci

Mme Janet Davies: Puis-je répondre, madame la présidente?

La présidente: Je vous en prie, madame Davies.

Mme Janet Davies: Le député a demandé si nous étions préparés ou non. Le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, dirigé par David Naylor, a remis son rapport en novembre dernier. Tant que nous n'aurons pas commencé à mettre en oeuvre les recommandations de ce rapport, je ne pense pas que nous pourrions dire avec assurance que nous sommes mieux préparés à faire face au SRAS ou à une flambée semblable au Canada. M. Naylor a formulé un certain nombre de recommandations importantes, et celle qui dit que nous devons assurer des ressources humaines suffisantes dans le secteur de la santé pour mener à bien les activités nécessaires n'est pas la moindre. Il a aussi parlé de la nécessité d'une infrastructure de communication pour garantir une circulation efficace de l'information, aussi bien l'information technique que celle qui est destinée à la population, et soutenir une intervention coordonnée et cohérente dans tout le pays.

Des lacunes ont donc été relevées dans la capacité d'intervention du Canada.

M. Rob Merrifield: Merci beaucoup. Parfaitement d'accord avec vous.

La présidente: Merci, madame Davies.

Merci, monsieur Merrifield.

Nous allons passer à M. Ménard.

[Français]

M. Réal Ménard (Hochelaga, BQ): Je vais adresser mes premières questions à l'Association médicale canadienne.

Il y a deux aspects de votre mémoire qui méritent, à mon sens, des éclaircissements. D'abord, vous souhaitez qu'il y ait un plan national d'urgence intégré. De quoi parlez-vous exactement? Quelles mesures législatives additionnelles pourraient vous rendre heureux et vous permettre de réaliser un tel plan? Évidemment, je suis convaincu que vous le ferez dans le respect des juridictions des uns et des autres.

[Traduction]

Dr Albert Schumacher: Actuellement, le problème des pouvoirs provinciaux, c'est qu'on y trouve de grandes lacunes. En Ontario, par exemple, les médecins hygiénistes n'ont pas compétence à l'égard d'un certain nombre de territoires de ressort fédéral, comme les bases des forces armées, les parcs nationaux et les réserves des Premières nations. Leurs compétences sont mêmes incertaines dans les aéroports et même sur les terres des sociétés ferroviaires. Il y a dans les compétences des médecins hygiénistes autant de trous que dans le gryère.

L'administrateur en chef de la santé publique doit s'occuper de deux choses. D'abord, il doit assumer les compétences fédérales existantes dans les ports, les aéroports, les prisons, etc. Deuxièmement, il a un rôle de coordination. Il s'agit en grande partie, selon moi, de coordination entre les médecins hygiénistes des provinces et même du niveau local.

Nous avons parlé de stratégie de communication. Selon cette stratégie, l'administrateur en chef de la santé publique ne devrait pas communiquer seulement avec 13 homologues provinciaux et territoriaux, mais aussi, et en même temps, avec les 80 ou 100 médecins hygiénistes des districts. Il faut que ce soit rapide à ce point. Il ne faut pas que l'information attende une heure ou deux ou même une journée sur un bureau avant de passer à l'échelon suivant.

• (1615)

[Français]

M. Réal Ménard: Dans votre mémoire, il y a un argument résolument souverainiste, pour ne pas dire autonomiste, qui m'a fait sourire, voire qui m'a fait plaisir. Vous semblez souhaiter que chacune des provinces soit considérée comme étant autonome et que l'on fasse une espèce de contrôle interprovincial, comme si, d'une province à l'autre, les voyageurs étaient des voyageurs étrangers.

Quand les fonctionnaires ont comparu devant nous, la première remarque qu'ils nous ont faite a été qu'il s'agissait d'une loi qui s'appliquait aux voyageurs étrangers. Pourquoi souhaitez-vous ce type de contrôle? Je suis convaincu que ce n'est pas d'abord pour des motifs souverainistes que vous avez écrit cela dans votre texte, et je ne vous en veux pas. Par contre, ne vous apparaît-il pas qu'il y a là quelque chose d'un peu incongru, à partir du moment où l'on vante le marché commun canadien ainsi que la mobilité des capitaux et des personnes? N'y a-t-il pas quelque chose d'un peu rétrograde dans votre proposition?

[Traduction]

Dr Albert Schumacher: Le problème, dans notre système, c'est que nous n'avons pas d'autres frontières naturelles. Le Canada est très vaste. Aux États-Unis, en fait, avec leur mode de réaction — avec la National Guard, etc. — on peut fermer les territoires des États bien plus rapidement que nous ne le pouvons au Canada. C'est une mesure qui s'imposerait rarement, mais que survienne une épidémie ou une flambée d'une maladie, et c'est une mesure qui pourrait s'imposer. Nous n'avons pas un grand nombre de soldats à poster aux frontières pour bloquer les routes. Il faudrait compter sur les policiers, les forces de la santé publique et d'autres forces d'urgence.

Il y a probablement des unités plus limitées, à l'intérieur des grandes provinces, qui devraient faire la même chose. Les limites provinciales ne sont pas forcément une panacée. Avec des provinces aussi grandes que la vôtre, il faudrait peut-être prévoir un découpage pour contenir les problèmes. C'est une mesure à laquelle il faut songer, lorsque nous donner le pouvoir au divers niveaux d'isoler des régions, de les fermer, d'interrompre les transports.

[Français]

M. Réal Ménard: J'ai deux questions à poser à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

J'ai posé la première aux fonctionnaires qui ont comparu devant nous lors de la première séance. Dans votre perspective à vous, quel type de formation souhaitez-vous pour les agents de contrôle? Je sais que c'est Santé Canada qui aura la responsabilité de prévoir ces plans de formation. Je me suis aussi demandé si ce devait être des médecins, des infirmiers ou autres. Je sais que le terme « professionnels de la santé » est vague à souhait, et nous sommes d'accord avec vous. Toutefois, dans votre perspective à vous, quel type de formation souhaitez-vous? Pensez-vous que des infirmiers ou des infirmières pourraient être agents de quarantaine ou agents de contrôle?

[Traduction]

Mme Jane MacDonald (consultante en soins de santé primaires, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Merci de la question.

Il y a deux niveaux d'intervention, les agents de contrôle et les agents de quarantaine. Le comité ou le gouvernement pourraient sans doute voir ce qui est le plus important pour chaque niveau. Les agents de contrôle sont en première ligne, au fond. Ce sont eux qui laissent entrer les voyageurs chez nous. Nous devons veiller à ce qu'ils aient la formation voulue, s'il s'agit par exemple d'agents des douanes, ce que semble prévoir le projet de loi. Il ne suffit pas de fournir les questions à poser. Ils doivent comprendre quels types de maladies et de symptômes ils doivent déceler pour renvoyer les personnes en cause à un autre niveau.

Puis, il y a votre question sur les agents de quarantaine. S'agirait-il de d'infirmières? De médecins? De qui s'agira-t-il? C'est pourquoi nous disons que le comité doit définir ce niveau d'intervention avec grand soin et y réfléchir, car, d'après le projet de loi, ce sont les agents de quarantaine qui décideront quoi faire. Quant à la formation, qui nous préoccupe, on voudra que l'agent de quarantaine, une infirmière, par exemple, ait la préparation de base. On voudra que les agents soient préparés et qu'ils aient des connaissances suffisantes pour savoir ce qu'ils font.

Il faut donc une préparation de base. Il faut une formation et une surveillance de base à tous les niveaux, au Canada. Il faut se demander de combien de personnes on a besoin dans l'ensemble du Canada, où on veut les poster, et il faut se préoccuper de l'ensemble des compétences nécessaires. Par exemple, dans un grand aéroport où tout un groupe de personnes arrivent en même temps, les agents de quarantaine devront assumer la responsabilité. Ils auront peut-être besoin d'un ensemble de compétences qui ne seront pas nécessaires à des agents en poste à des points de passage moins importants.

Où va-t-on recruter ces gens? Seront-ils sur appel? Est-ce que ce seront des personnes qui travaillent déjà dans des unités sanitaires, des hôpitaux, des foyers pour personnes âgées? Il pourrait facilement s'agir d'infirmières, mais aussi des membres d'autres professions, mais le comité doit préciser les choses, et le projet de loi doit dire très clairement ce qu'on attend de ces personnes. Ce sont elles qui contrôleront les voyageurs, vous et moi, les visiteurs qui nous viennent de divers endroits, et nous voulons nous assurer que ces gens ont les compétences voulues pour faire le travail.

● (1620)

Dr Frank Plummer: Une précision. Les agents de contrôle seraient des agents des douanes, qui contrôlent aussi d'autres choses. L'agent de quarantaine serait un praticien compétent du domaine de la santé, une infirmière ou un médecin.

La présidente: Merci, monsieur Ménard.

Nous passons maintenant à M. Savage.

M. Michael Savage (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Merci, madame la présidente. Bienvenue à nos témoins.

Ma première question s'adresse au Dr Emerson. Docteur Emerson, votre long titre m'intrigue. Une autre fois, je voudrais vous parler de ce que la Colombie-Britannique fait pour assurer un mode de vie sain et prévenir les maladies chroniques, mais ce sera un autre jour. Nous échangeons peut-être nos cartes d'affaires tout à l'heure.

Vous avez dit avoir eu des échanges avec divers autres niveaux de gouvernement au sujet du projet de loi. Vous avez dit qu'il fallait prendre le temps d'élaborer une bonne loi. Pourriez-vous me dire de quels types d'entretiens il s'agit? Pensez-vous que, dans cette démarche, les discussions ont été suffisantes?

Dr Brian Emerson: La première discussion a été un forum qui a eu lieu à Edmonton pour présenter la Loi proposée sur la quarantaine et discuter de lois sur les urgences en santé publique. C'était un forum de deux jours dont Santé Canada était l'hôte. Il y avait une bonne représentation des provinces et des médecins hygiénistes locaux. C'était en septembre. Après, il y a eu une conférence téléphonique avec les médecins hygiénistes en chef de toutes les provinces pour discuter des suites de certaines des idées qui ont surgi à cette conférence. Une autre conférence téléphonique est prévue. Il y a aussi eu des échanges d'idées et d'information entre les médecins hygiénistes, les médecins hygiénistes en chef et les représentants de l'Agence de santé publique et de Santé Canada. Il y a des entretiens suivis, en plus de ces deux rencontres précises.

Est-ce que c'est suffisant? À mon sens, nous sommes au début d'une collaboration visant à élaborer cette mesure. Au fur et à mesure que l'analyse progresse, des idées surgissent. Pendant les séances de ce comité, des propositions peuvent apparaître. C'est une démarche constante pour trouver la bonne solution. Comme je l'ai dit avec plus de précisions, certaines dispositions nécessitent du travail.

M. Michael Savage: Vous avez dit que le Canada devait aussi éviter d'exporter des maladies transmissibles, infectieuses. Pensez-vous que le projet de loi est satisfaisant à cet égard?

Dr Brian Emerson: À mon avis, les dispositions qui portent sur le contrôle et visent à prévenir l'exportation de maladies sont des mesures raisonnables. Je le répète, le contrôle appliqué par les agents de quarantaine permettra d'arrêter très peu de maladies. Elles arriveront. Des voyageurs arriveront en bonne santé et la maladie se déclarera ensuite. La même chose se produira dans l'autre sens. Des voyageurs quitteront le Canada et ne tomberont malades qu'après. C'est donc une mesure très limitée pour stopper l'importation et l'exportation. Mais les mesures proposées dans le projet de loi

traduisent une approche raisonnable, selon moi. C'est ce qui caractérise les maladies transmissibles : on ne peut toujours les dépister rapidement au passage d'un voyageur. Les voyageurs, à l'arrivée comme au départ, sont très nombreux. Il serait tout à fait impossible d'appliquer un dispositif étanche pour repérer les voyageurs porteurs de maladies.

● (1625)

M. Michael Savage: Évidemment, notre grande priorité est d'intercepter les voyageurs qui arrivent chez nous porteurs d'une maladie, mais nous avons la responsabilité inverse, pour les voyageurs qui partent.

J'ai une question à poser au Dr Plummer. Le laboratoire de Winnipeg est le seul de niveau 4 au Canada. Pourriez-vous nous dire un mot de l'information qu'on y recueille normalement et communique aux autres niveaux de gouvernement, dans d'autres laboratoires, dans les services qui luttent contre les maladies infectieuses? Quel serait l'impact sur le projet de loi à l'étude?

Dr Frank Plummer: Pour l'essentiel, vous avez raison. Il y a deux laboratoires de niveau 4 au Canada, mais ils sont tous les deux au Centre scientifique canadien de la santé humaine et animale. Il y a aussi le laboratoire de l'Agence d'inspection des aliments, qui s'occupe des maladies chez les animaux, et celui de l'Agence de santé publique.

Nous faisons beaucoup appel aux réseaux nationaux et internationaux. Le laboratoire national de microbiologie est l'un des deux laboratoires canadiens qui appartiennent au réseau de laboratoires des Centers for Disease Control des États-Unis. Par ce réseau, nous échangeons de l'information, surtout sur la riposte au bioterrorisme. Le laboratoire de Winnipeg préside aussi le réseau de l'Initiative de la protection de la santé mondiale. Cette initiative a été prise par les ministres de la Santé des pays du G7, plus le Mexique. Comme je l'ai dit, nous présidons ce réseau. Le groupe cherche à échanger de l'information sur les pratiques exemplaires, à faire connaître les situations d'urgence, à faire des exercices communs. Par exemple, le réseau a organisé un atelier sur le diagnostic de la variole, dont les CDC ont été l'hôte. Du personnel de laboratoire du monde entier a pu travailler avec du matériel variolique pour valider des tests de diagnostic, ce qu'on ne pourrait faire autrement.

Nous avons aussi établi un réseau appelé l'International High Security Laboratory Network. C'est que, dans les pays du G7 et au Mexique, il y a des laboratoires pour la santé, mais qu'il y en a d'autres aussi dans le domaine de l'agriculture, de la défense nationale, etc., dans d'autres pays. Ils ont une capacité de niveau 4, et ils sont des acteurs importants. Il y a aussi des laboratoires de niveau 4 en dehors du G7 et du Mexique, en Australie, en Afrique du Sud, en Russie, par exemple. Ce réseau marche un peu de la même façon : normalisation des tests, échange d'information, efforts pour éviter que la réglementation ne nous nuise dans notre travail.

Enfin, nous avons au Canada le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada, actuellement présidé par le directeur du laboratoire provincial de santé publique de la Saskatchewan. Les participants sont tous égaux. Le secrétariat est situé au laboratoire national de microbiologie. Nous travaillons ensemble sur les problèmes communs, mettons de l'information en commun et essayons de renforcer les capacités les uns des autres.

Voilà nos principaux moyens de communiquer avec d'autres niveaux de gouvernement et avec d'autres gouvernements.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Savage. Il y aurait sûrement une autre question pour donner suite, mais vous aurez peut-être une autre chance de la poser. Pour l'instant, c'est au tour de M. Lunney.

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): Merci, madame la présidente.

D'abord, je remercie le Dr Plummer. Nous avons pu discuter il n'y a pas longtemps d'un autre problème de santé publique, la bactérie *C. difficile*, et j'ai bien aimé l'information que vous nous avez alors donnée sur cet important problème de santé.

Je tiens aussi à féliciter l'AMC d'avoir exposé aujourd'hui ses préoccupations de façon très concise et d'avoir abordé des questions très précises.

L'une de vos préoccupations concerne l'annexe, qui énumère environ 25 maladies, je crois. Vous avez dit que cette annexe pourrait limiter la capacité du Canada de réagir à des urgences. La prochaine urgence en matière de santé pourrait être une maladie dont nous n'avons jamais entendu parler, une attaque bioterroriste ou un incident chimique ou nucléaire.

Vous vous interrogez sur la capacité de réagir à des menaces nouvelles et émergentes aussi bien qu'aux menaces existantes. Nous savons que la loi donne au ministre le pouvoir de désigner de nouvelles maladies. Cela laisse subsister un peu d'inquiétude, si on prend le SRAS, par exemple, le syndrome respiratoire aigu sévère, qui ne définit pas un agent spécifique. Au fond, c'est un syndrome, n'est-ce pas, qui pourrait s'appliquer à d'autres organismes. Dans ce cas, nous avons présumé qu'il s'appliquait à un organisme particulier.

Quelles sont vos préoccupations à cet égard? Estimez-vous que le pouvoir accordé au ministre est une solution satisfaisante?

• (1630)

Dr Albert Schumacher: Je le crois, et vous avez bien saisi cette préoccupation.

Nous ignorons ce qui arrivera. Les incidents nucléaires, chimiques et biologiques ne sont pas expressément pris en compte ni signalés. Je dois vous dire que cela va tout à fait à l'encontre de ce qui se passait lorsque j'avais 16 ans et que j'étais membre des Forces canadiennes pendant l'été, dans le corps du manège. Toute une semaine de mon été a été consacrée à l'entraînement pour la guerre nucléaire, biologique et chimique. J'ai reçu plus de formation sur le sujet, à 16 ans, que pendant tout le reste de ma carrière médicale.

Cela tient en partie à ce qu'on voit dans le projet de loi, et en partie à l'évolution de la culture. Le deuxième niveau d'intervention n'est pas constitué. Nous avons moins de 100 médecins qui ont les compétences du Dr Levy en santé publique. Il y a quelques spécialistes des maladies infectieuses, et un bon nombre d'entre eux ont contracté le SRAS à Toronto. Ce dont vous parlez est la partie émergée de l'iceberg — il y a les maladies désignées, puis il y a tout le reste qui peut faire problème, et le type de culture et de formation que nous avons. D'autres pays nous devancent. Aux États-Unis, par exemple, beaucoup de médecins, d'infirmières et d'autres travailleurs

de la santé ont acquis leur expérience dans les forces armées, et ils sont issus d'une culture axée sur les pertes massives, les traumatismes nombreux, la protection civile, les catastrophes nationales — faites venir la National Guard. Nous n'avons rien de comparable.

La réponse est longue, mais, en dehors d'un libellé à modifier pour élargir la portée et préciser les définitions, nous devons élargir nos perspectives sur l'action sur le terrain — l'ensemble des mesures d'urgence et la quarantaine. Il nous faut plus de monde au deuxième niveau, les intervenants volontaires, ceux qui remplacent le médecin hygiéniste lorsqu'il est pris. Il faut intégrer tout cela et en tenir compte.

Dr Isra Levy (chef des affaires médicales et directeur, Bureau de la santé publique, Association médicale canadienne): Je voudrais ajouter un mot. Il y a un endroit où il faut voir comment les choses se sont faites. Il s'agit de la réglementation sanitaire internationale. L'OMS a repéré exactement les mêmes difficultés et cherché les moyens d'aller au-delà des listes des annexes en élargissant la notion de surveillance des syndromes et en permettant, dans un contexte équivalent, une intervention comme celle de l'agent de contrôle au Canada qui agit au niveau des syndromes plutôt que des maladies particulières. Il me semble que c'est une piste à explorer, au moins au plan théorique.

M. James Lunney: Merci d'avoir soulevé cette préoccupation. Ce n'est peut-être pas ce que nous avions en tête en début de séance. Je sais que les États-Unis ont beaucoup investi dans la formation. Au moins, ils commencent à le faire, et ils prennent des mesures très importantes pour sensibiliser l'opinion et relever le niveau de compétence pour réagir aux attaques bioterroristes.

J'ai été témoin d'une discussion là-dessus en Israël, à l'hôpital Hadassah. On y fait d'important préparatifs en prévision de ce genre d'incident. Au Canada, nous n'aimons pas penser que nous pourrions être la cible de pareille attaque, mais c'est une urgence en santé publique d'un tout autre ordre, et il vaudrait peut-être la peine d'en tenir compte dans la Loi sur la quarantaine. Peut-être devrions-nous prendre la chose plus au sérieux. Parmi les questions soulevées, il y a le fait que la grande priorité est d'éviter que les intervenants de première ligne ne transportent l'infection dans les installations de traitement primaire, en prévoyant une désinfection à l'extérieur de ces installations pour le personnel de première ligne, de façon à éviter qu'ils n'y propagent l'infection.

Est-ce le genre de mesure dont vous parlez, docteur Schumacher?

Dr Albert Schumacher: C'est exactement le genre de mesure et de formation dont je parlais. Je vais d'ailleurs vous mentionner un aspect négatif à cet égard. Début octobre, la Croix-Rouge a organisé un cours de fin de semaine pour les intervenants en cas d'urgence — comme les chefs de pompiers volontaires, le personnel des urgences critiques ou n'importe quelle autre personne intéressée. Les frais étaient de 900 \$. Si moi-même ou d'autres fournisseurs de soins assistons à de tels cours, ce n'est pas pour réaliser des bénéfices.

Voilà un domaine où le gouvernement fédéral et les provinces peuvent jouer un rôle. Il s'agit d'offrir ce genre de choses aux gens, car il arrive parfois que le chef, en situation de crise, ne soit pas la personne à laquelle vous pensez, parce que cette personne est malade, en quarantaine ou décédée.

• (1635)

M. James Lunney: Je vous remercie.

La présidente: Madame MacDonald.

Mme Jane MacDonald: Je voudrais juste intervenir sur le même sujet. Le rapport Naylor a formulé des recommandations similaires concernant la préparation des professionnels de la santé, des infirmières et des médecins qui terminent actuellement leurs études et qui pourraient avoir besoin de différentes sortes de formation pour affronter des urgences, assurer une surveillance adéquate et s'occuper des nouvelles questions de santé publique. Cela revient à la mise en oeuvre des recommandations du rapport Naylor et l'examen du rapport du comité. Surtout dans le domaine des soins infirmiers, le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle énorme pour appuyer ce genre d'éducation et de formation continue dans le cas des infirmières.

La présidente: Merci, monsieur Lunney.

Monsieur Thibault.

L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je vous remercie tous d'être venus pour présenter ces précieux renseignements au comité. Ayant écouté vos exposés et vos réponses aux questions, je me rends compte que nous avons encore beaucoup de travail à faire. Ce n'est qu'une mesure provisoire. Elle améliore ce que nous avons, mais ce n'est pas une solution complète.

Je voudrais aborder d'abord la question de la désignation de l'agent de santé publique par le ministre. En réglementation, il est actuellement impossible de désigner l'agent de santé publique car il n'existe pas de cadre législatif permettant de le faire. Il faudrait donc présenter un projet de loi créant le poste d'agent de santé publique ou établissant officiellement ses fonctions. Ensuite, il faudrait faire le lien avec cette mesure.

La deuxième question est celle que soulève l'Association des infirmières et infirmiers du Canada au sujet de la désignation des professions et de la formation. Cela est difficile à réaliser dans la loi. La formation ou les exigences changent, mais quand j'examine le règlement ou le pouvoir de réglementer, je ne trouve rien. Je vais vous demander dans un instant si vous croyez que cela devrait y figurer. Quand on parle de «médecin», j'ai l'impression qu'il s'agit d'un docteur en médecine ou d'un membre d'une autre profession, mais il est difficile d'appliquer cela à un agent de contrôle et au genre de formation qu'il devrait avoir. Quand on me parle d'un agent de contrôle, j' imagine d'une façon générale un agent de douane avec une formation supplémentaire. Cela pourrait être suffisant, mais peut-être pas toujours.

Le dernier point que je voudrais aborder et que certains d'entre vous ont mentionné, porte sur la différence qu'il y a entre «peut» et «doit» quand on parle d'indemnisation. En y regardant de plus près, on constate qu'il existe beaucoup de niveaux différents. Dans le cas de la crise du SRAS, il y a eu des pertes de revenu pour les médecins, les infirmières, les praticiens. Pour moi, il n'y a pas de doute que ces gens doivent être indemnisés. Il y a aussi des pertes de revenu secondaires ou tertiaires, des manques à gagner par suite de la diminution de la clientèle dans les restaurants, etc. Le niveau est-il le même dans ce cas? Faut-il accepter «peut» ou faut-il exiger «doit»?

Dans le cas des véhicules, d'une façon générale, ils sont la responsabilité du transporteur. Toutefois, des erreurs peuvent être commises à un moment donné. Le gouvernement ou un agent de santé public peut pécher par excès de prudence et détruire des choses qui n'auraient peut-être pas dû l'être. Alors, est-ce que ce sera «peut» ou «doit» dans ce cas? Je crois que cela créera des situations très difficiles. Si nous voulons faire preuve de responsabilité financière et protéger ce qui doit l'être, il conviendra sans doute de maintenir «peut», mais le règlement devra être plus explicite.

Je vous encourage à répondre à n'importe laquelle de ces questions, ou à toutes, si vous le souhaitez.

La présidente: Docteur Emerson.

Dr Brian Emerson: Au sujet de l'administrateur en chef de la santé publique, vous avez raison, c'est l'une des pièces qui manquent dans le casse-tête. À cet égard, il y a aussi la question de la transmission obligatoire de rapports à l'administrateur en chef de la santé publique. C'est l'un des domaines qui, pour nous, devait figurer dans la loi, comme dans le cas des médecins qui présentent des rapports au médecin de la santé publique, qui présente à son tour des rapports aux services provinciaux de la santé. C'est donc un domaine qui pourrait être couvert.

Quant au pouvoir de réglementer la formation, vous avez raison, il est difficile de prévoir la formation dans la réglementation parce que les compétences et les attentes changent. Il faut donc être souple.

En Colombie-Britannique, nous avons conféré à l'agent provincial de la santé le pouvoir d'établir des normes dans le cas des médecins des services de santé. Les normes elles-mêmes ne font pas partie de la réglementation, mais l'agent provincial de santé publique peut établir des normes concernant la formation et le rendement des médecins des services de santé. Il est possible de conférer le pouvoir de définir des normes sans énumérer les exigences de formation elles-mêmes dans la réglementation. C'est donc un moyen de régler ce problème.

Au chapitre de l'indemnisation, encore une fois, vous avez parfaitement raison. De toute évidence, nous voulons que les gens collaborent quand il s'agit de quarantaine et d'isolation. Si cela implique des pertes personnelles, les gens seront plus enclins à se conformer s'ils savent qu'ils seront indemnisés d'une façon ou d'une autre. Mais, comme vous le dites, une mesure de santé publique peut avoir des effets d'une portée considérable, et on ne voudrait pas se placer dans une situation où on est obligé d'indemniser absolument tout le monde. C'est effectivement un problème difficile.

Toutefois, l'essentiel est de veiller, dans le cadre des mesures de contrôle, à indemniser ceux qui sont aux premières lignes, comme vous l'avez dit.

• (1640)

La présidente: Merci, monsieur Thibault.

À vous, monsieur Carrie.

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

Je vous remercie beaucoup d'être venus aujourd'hui.

Nous avons effleuré la question de l'importation et de l'exportation de ces maladies. Nous avons aussi abordé la question des provinces. Vous avez mentionné des règlements interprovinciaux qui permettraient aux professionnels de la santé de passer d'une province à l'autre. Est-ce que l'AMC a quelque chose en place à l'heure actuelle?

Je sais qu'en chiropratique, je peux exercer en Ontario, et seulement en Ontario. Est-ce que les médecins ou les infirmières ont mis en place des mécanismes quelconques leur permettant d'aller d'une province à une autre?

Dr Albert Schumacher: Il n'existe pas actuellement une licence fédérale magique permettant d'exercer la médecine partout au Canada. Même dans les forces armées, chaque médecin militaire détient une licence d'une province ou d'un territoire particulier qui lui permet d'exercer la médecine dans certaines bases. C'est effectivement un problème. Il faudrait donc que le collègue local des médecins vous accorde une licence spéciale provisoire vous permettant d'exercer à l'endroit où vous vous trouvez.

Bien entendu, nous devons pouvoir faire cela d'avance. Nous devrions pouvoir obtenir les licences voulues pour ces équipes ou ces groupes spéciaux rapidement et sans rien déboursier.

Mais ce n'est pas seulement une question de licence. Il y a aussi l'assurance contre la faute professionnelle. Pour les médecins, le Canada se subdivise en trois régions en matière de faute professionnelle, l'Ontario étant la région la plus coûteuse et le Québec, la moins chère. On ne peut pas exercer et être couvert en dehors de sa province à moins d'avoir une assurance spéciale. Ainsi, si vous vivez en Colombie-Britannique, vous ne pouvez pas automatiquement venir en Ontario avant d'avoir mis à jour votre police d'assurance. Cela ne prend pas de temps, mais c'est un obstacle de plus s'il faut se dépêcher de prendre l'avion à Vancouver pour aller donner un coup de main à Toronto.

M. Colin Carrie: Vous nous avez proposé d'excellentes solutions fondées sur le bon sens au sujet des lacunes du projet de loi.

Avez-vous connaissance de ce qui se passe à l'étranger? Au Canada, j'ai l'impression que nous n'avons pas les experts nécessaires. Vous avez mentionné les États-Unis et mon collègue a parlé d'Israël. Êtes-vous au courant de l'existence d'une coopération internationale entre spécialistes qui pourraient, en cas d'urgence, venir nous donner un coup de main?

Dr Frank Plummer: Je n'ai pas de connaissances précises à ce sujet. Je sais qu'il existe de telles ententes, des accords d'aide mutuelle, dans le domaine de la lutte contre les incendies, par exemple, et dans d'autres domaines. Je ne crois cependant pas qu'il y en ait dans le domaine médical.

M. Colin Carrie: J'ai l'impression que nous avons manqué le bateau. C'est ce qui m'inquiète ici. Vous soulevez quelques questions vraiment importantes auxquelles nous n'avions pas pensé auparavant.

Dr Isra Levy: Oui. En fait, dans le contexte international, c'est l'expérience que le Canada a connue quand il a essayé de faire venir des médecins et des infirmières à Toronto, où nous avons justement eu les problèmes mentionnés par le Dr Schumacher, aussi bien pour faire venir des spécialistes américains des maladies transmissibles que pour organiser des mouvements transfrontaliers. Vous avez bien cerné les obstacles ou, du moins, certains d'entre eux. Parmi les autres obstacles, il y a des choses aussi banales que les droits hospitaliers, qui se transforment en énormes défis dans les situations d'urgence parce qu'ils provoquent des retards.

Quoi qu'il en soit, ces accords n'existent pas au niveau international. L'Association médicale mondiale a en fait examiné de près l'expérience de l'AMC en visant deux objectifs. Le premier est d'essayer de régler avec l'OMS justement ce problème de mobilité des professionnels de la santé. Le second concerne un moyen mondial rapide de communications bilatérales. Comme l'ont signalé le Dr Emerson et nos collègues de l'Association des infirmières et infirmiers, il est essentiel de transmettre rapidement les décisions prises, par exemple, par un agent de quarantaine à une foule de personnes qu'il est indispensable de mettre au courant non seulement au Canada, mais un peu partout dans le monde.

● (1645)

M. Colin Carrie: J'ai une autre question à poser à ce sujet. Y a-t-il quelque chose – le contrôle, par exemple – que vous considérez comme une mesure de bon sens? Nous avons bien sûr les questionnaires. On a cependant parlé de ces appareils placés dans les aéroports qui peuvent déceler des différences de température chez les gens qui entrent dans le pays ou en sortent, ou même qui vont d'une province à une autre, puisque ces maladies ne connaissent pas de frontières. Avez-vous des recommandations à formuler au sujet de bonnes techniques de contrôle pouvant être appliquées en masse?

Dr Isra Levy: Je sais que le Dr Plummer a été mêlé de près à ces réflexions et à ces conversations, mais, pour répondre brièvement votre question, je dois dire qu'il n'y a pas de solution magique.

Les technologies de contrôle dont on a beaucoup parlé lors de la crise du SRAS ne se sont pas révélées, en rétrospective, aussi utiles qu'on le pensait. Elles n'ont pas du moins été très utiles pour déceler des malades. Par contre, elles ont pu contribuer à rassurer une population inquiète, ce qui introduit la dimension de la divulgation du risque. Le maintien et le renforcement de la confiance du public sont un élément important de la santé publique.

Ces technologies peuvent être utilisées pour différentes raisons. Mais pour revenir à la prévention de la propagation des maladies transmissibles dans le pays, il n'y a pas de solution simple. Cela dépend du problème médical précis qui se pose.

Dr Frank Plummer: Je suis bien d'accord. Il n'a pas été établi que le balayage thermique a permis de déceler des cas de SRAS. Cette question de confiance du public s'est toujours posée. Je me suis toujours demandé comment une mesure complètement inefficace peut susciter la confiance du public? Mais cela reste possible.

Mme Janet Davies: Je voudrais ajouter quelque chose. Je suis d'accord avec le Dr Levy et le Dr Plummer, mais je me pose des questions sur ce que j'ai entendu cet après-midi. On a dit que les agents de contrôle pourraient être de simples douaniers. Il me semble que ces gens vont maintenant être armés. Je m'interroge sur les compétences en matière de communications et d'interrogatoires de personnes armées qui vont poser aux gens des questions sur leur état de santé.

La présidente: Excusez-moi d'intervenir ici, mais nos douaniers ne sont pas armés, contrairement aux douaniers américains. Toutefois, nous ne savons pas ce qui arrivera avec la nouvelle Loi sur la sécurité publique.

M. Colin Carrie: Pourtant, la question de la main-d'oeuvre est tellement importante.

La présidente: Monsieur Carrie, votre temps est écoulé.

À vous, madame Dhalla. Merci.

Mme Ruby Dhalla (Brampton—Springdale, Lib.): Je voudrais profiter de cette occasion pour remercier tous ceux qui sont venus aujourd'hui.

Ma question s'adresse à vous, docteur Plummer, à cause de votre expérience au laboratoire de Winnipeg, etc. Vous avez mentionné que vous collaborez avec plusieurs des pays du G7 en matière de maladies transmissibles. Compte tenu de ce projet de loi, comment notre situation se compare-t-elle à celle des autres pays?

Dr Frank Plummer: Je ne suis pas un expert en quarantaine, mais, si j'ai bien compris, ces conditions sont très comparables à celles de beaucoup d'autres pays et nous amèneraient à un niveau correspondant à ce qu'on envisage à l'échelle internationale.

Pour revenir à un point que quelqu'un a mentionné plus tôt, je crois qu'il est important d'avoir la capacité de déceler des syndromes. Même si le SRAS est mentionné dans l'annexe, il a commencé comme syndrome, mais a vite acquis un diagnostic très précis. On considère aujourd'hui qu'il s'agit d'une infection très spécifique, comme la grippe.

Je pense que le projet de loi modernisera les mesures législatives actuelles et les rendra très proches des lois adoptées par les autres pays.

Mme Ruby Dhalla: Docteur Levy, vous avez aussi mentionné les travaux de l'OMS. Dans quelle mesure l'AMC a-t-elle participé à ces travaux par rapport à la Loi sur la quarantaine?

Dr Isra Levy: Merci beaucoup.

Nous avons été consultés par les services internationaux de Santé Canada, qui font encore partie du ministère, je crois, et non de l'Agence, avant que les négociations ne soient engagées à Genève. En fait, nous avons rédigé une réponse à l'intention de Santé Canada au sujet des enseignements que les médecins canadiens ont tirés de la crise du SRAS et des dispositions à inclure dans les règlements sanitaires internationaux.

À de nombreux égards, nos observations sur le projet de loi reflètent ce que nous avons suggéré à Santé Canada d'inclure dans le contexte international.

• (1650)

Mme Ruby Dhalla: Je vous remercie.

La présidente: Merci, madame Dhalla.

Madame Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers (Laval, BQ): Merci, madame la présidente.

Madame Davies, vous avez dit que, malheureusement, nous ne serions probablement pas prêts à affronter une nouvelle épidémie de SRAS. Croyez-vous que l'application du projet de loi C-12 pourrait vous faire changer d'avis? Croyez-vous que ce projet de loi offre une protection suffisante au personnel infirmier et aux autres travailleurs du domaine de la santé qui sont exposés aux maladies transmissibles?

Mme Janet Davies: Dans les réponses qui ont été données jusqu'à maintenant, on a indiqué que nous serions peut-être mieux préparés, mais que nous ne serions pas totalement préparés à faire face à une nouvelle épidémie de SRAS.

Je pense qu'il existe toujours ce défi mentionné dans le rapport du comité consultatif sur le SRAS de l'année passée. Ses recommandations doivent toujours être mises en oeuvre. On doit aussi aborder la question de la pénurie d'experts en santé publique ayant les connaissances nécessaires pour nous préparer en tant que pays et pour nous protéger contre ces problèmes.

Mme Nicole Demers: Madame Davies, croyez-vous que le nombre d'agents de quarantaine présentement en poste est suffisant pour couvrir le Canada?

Mme Janet Davies: Je ne saurais le dire, car je n'ai pas de connaissances à cet égard.

Mme Nicole Demers: Docteur Plummer, pouvez-vous répondre à cette question?

[Traduction]

Dr Frank Plummer: Nous avons suffisamment d'agents de quarantaine pour couvrir les principaux points d'entrée des vols internationaux. C'est là que sont affectés les agents de quarantaine. Toutefois, il n'y en a pas dans tous les aéroports internationaux du Canada

[Français]

Mme Nicole Demers: Docteur Emerson, voulez-vous ajouter quelque chose?

[Traduction]

Dr Brian Emerson: Au sujet de cette question de capacité, c'est la raison pour laquelle j'ai mentionné l'importance de l'article 11, qui autorise le gouvernement fédéral à conclure des ententes avec les autorités provinciales et locales de santé publique.

Avec de telles ententes, nous serons mieux préparés pour atteindre la capacité de pointe nécessaire. Nous ne voulons pas avoir trop de ressources ni en avoir trop peu. En concluant des ententes avec les autorités provinciales et locales de santé publique, nous serons mieux préparés pour affronter un accroissement soudain des besoins.

[Français]

Mme Nicole Demers: Merci. Allez-y, docteur Levy.

[Traduction]

Dr Isra Levy: Merci beaucoup. Je vous remercie de votre indulgence.

Toutes mes excuses, mais mon français n'est pas aussi solide que le vôtre. Je vous répondrai donc en anglais.

Pour répondre à quelques-unes de vos questions ainsi qu'à des questions posées plus tôt par M. Ménard au sujet de la mesure dans laquelle le projet de loi C-12 serait utile face à une épidémie de SRAS, je dirais qu'il ne faut pas perdre de vue que beaucoup des pressions exercées en faveur de la modernisation de la Loi sur la quarantaine ont précédé la crise que nous avons connue. Il n'y a pas de doute que la modernisation constitue un important pas à franchir. D'une façon générale, c'est un bon projet de loi.

En fait, il est intéressant de se demander dans quelle mesure ce projet de loi modifie notre situation. Examinons la façon dont le SRAS est arrivé au Canada. Les lacunes de l'ancienne Loi sur la quarantaine ne sont pas vraiment en cause. L'expérience des directeurs de la santé dans tout le pays – j'ai eu la chance de participer à leurs téléconférences quotidiennes pendant cette période – a mis en évidence le fait que personne au Canada n'a la possibilité d'empêcher les déplacements interprovinciaux. Je crois qu'il est largement admis aujourd'hui que c'est là un facteur important et qu'il faut s'y attaquer. À mon avis, nous devons nous y attaquer d'urgence. Peut-être pourrions-nous le faire grâce à des accords interprovinciaux, ou encore grâce à des mesures législatives conférant les pouvoirs nécessaires à l'administrateur en chef de la santé publique. Quoi qu'il en soit, il faut régler cette question, qui peut faire une grande différence.

En ce qui concerne les pouvoirs provinciaux et le plan proposé par l'Association médicale canadienne au Dr Naylor, dont le Dr Schumacher nous a parlé aujourd'hui, je vous prie, monsieur Ménard, de vous reporter à votre trousse de documentation pour examiner les documents que nous avons présentés au Dr Naylor ainsi que les mesures législatives de protection civile en cinq points qui sont envisagées. Tout cela se fonde sur l'autonomie et la responsabilité provinciale dans le contexte du système canadien. Mais nous disons que ce n'est pas toujours suffisant. Il y a des critères très précis à examiner pour déterminer à quel moment il est raisonnable de passer outre à l'autonomie provinciale, si je peux exprimer ainsi.

Je m'arrête tout de suite, mais l'exemple précis auquel je pense durant la crise du SRAS, c'est l'alerte qui a été donnée à Montréal, mais qui n'avait finalement pas de lien avec le SRAS. À ce moment, le directeur des services de santé du Québec a été confronté à ce dilemme précis: il n'avait aucun moyen, avec les instruments législatifs dont il disposait, d'empêcher l'importation de la maladie de l'Ontario.

Voilà donc les arguments que je voulais présenter pour répondre aussi bien à votre question qu'à celle qu'a posée M. Ménard tout à l'heure.

Je vous remercie.

• (1655)

La présidente: Je vous remercie.

Merci, madame Demers.

Monsieur Thibault.

L'hon. Robert Thibault: Je vous remercie.

La discussion concernant les règlements sanitaires internationaux m'a rappelé les négociations sur le libre-échange. Quelqu'un a mentionné combien il était extraordinaire d'avoir le libre-échange aujourd'hui en dépit des obstacles... qu'il y avait dans les 52 États et les quatre provinces du Canada. Je suppose que la situation est un peu la même dans ce cas, c'est-à-dire qu'il sera probablement plus difficile de faire aboutir des négociations interprovinciales ou d'obtenir des règlements interprovinciaux que ce ne sera le cas au niveau international.

Je crois cependant que c'est une étape importante que nous devons franchir. C'est la phase qui suivra naturellement ce projet de loi. La nomination d'un administrateur en chef de la santé publique du Canada constitue un important moyen de négocier et de collaborer avec les agents de santé publique des provinces, de même qu'avec les agents régionaux et de district, comme l'a mentionné plus tôt le Dr Schumacher.

Je voudrais maintenant vous demander de nous expliquer le fonctionnement des communications dans un cas comme celui du SRAS ou de n'importe quel autre problème biologique ou chimique de même nature. Comment l'information circule-t-elle entre votre laboratoire ou un autre pays et nous, les provinces, les districts, les médecins, les stations éloignées, etc.? Je peux attraper une maladie transmissible à Montréal, dont les symptômes ne se manifesteront que trois jours plus tard après mon arrivée à Lower Concession, dans un coin assez isolé.

Comment donc améliorer la situation? Quelle est la conclusion logique naturelle de ce que vous suggérez, docteur Levy, relativement à l'interdiction des déplacements interprovinciaux?

Dr Albert Schumacher: Je peux peut-être commencer.

Depuis l'épidémie du SRAS, nous recommandons que le bureau de tous les fournisseurs de soins de première ligne soit relié à celui de l'administrateur en chef de la santé publique du gouvernement fédéral. Cela signifie que le gouvernement doit investir dans un système de communications par satellite à large bande, de façon que chaque poste d'infirmières, chaque salle d'urgence, chaque infirmière praticienne et chaque médecin soit branché. On aurait alors l'adresse électronique de chacun et les messages pourraient circuler en temps réel.

Cela n'existe pas en ce moment. Lorsque nous avons eu la menace du charbon après les attentats du 11 septembre, Santé Canada a été littéralement paralysé pendant deux jours. Le seul moyen de communication avec le public et les fournisseurs de soins était le site Web de l'AMC. Ce n'est pas une façon acceptable de s'occuper de la santé d'un pays.

Nous avons besoin d'une infrastructure de base. Nous devons savoir qu'elle existe pour que personne ne soit tenté d'avancer le prétexte que son bureau n'est pas branché ou qu'il n'a pas d'ordinateur. Cela fait partie des obligations du gouvernement envers les patients, de l'obligation des fournisseurs envers leurs malades. Il faut faciliter considérablement les communications.

• (1700)

L'hon. Robert Thibault: Ai-je raison de penser que chaque bureau de médecin est actuellement équipé d'un ordinateur? La facturation informatique existe et je suppose que 99,999 p. 100 d'entre eux sont déjà branchés sur Internet.

Dr Albert Schumacher: Non, ce n'est pas vrai. Je pense qu'environ la moitié ou moins de la moitié des ordinateurs qui équipent les bureaux de médecins, et qui servent habituellement à l'inscription des rendez-vous et à la facturation, sont branchés sur Internet. Dans le meilleur des cas, nous disposons d'environ la moitié des adresses électroniques. Il faut mettre en place le système, qui n'existe pas encore.

Le pire, ce sont les bureaux isolés qui ne sont pas au Nouveau-Brunswick, où tout est câblé, et pour lesquels il faut établir des liaisons par satellite. C'est un investissement que beaucoup de praticiens des petites villes ne sont pas disposés à faire. Ils ont besoin d'aide à cet égard.

L'hon. Robert Thibault: Docteur Plummer, je crois que vous étiez sur le point d'aborder la question de l'indemnisation quand mon temps de parole s'est terminé.

Dr Frank Plummer: J'avais l'intention d'y revenir.

Vous avez raison de penser que l'indemnisation est un sujet très complexe, qui va des gens qui ont un manque à gagner parce qu'ils sont en quarantaine à ceux qui perdent une occasion d'affaires par suite de l'annulation d'un vol. Où peut-on tirer la ligne?

Je crois que beaucoup des questions d'indemnisation soulevées lors de l'épidémie du SRAS relevaient en réalité de la compétence provinciale. Le gouvernement fédéral a décidé de contribuer à l'indemnisation, mais je ne crois pas qu'elle soit directement touchée par le projet de loi. Je ne fais que signaler cela en passant.

L'hon. Robert Thibault: Me reste-t-il une minute?

La présidente: Non, votre temps de parole est écoulé.

L'hon. Robert Thibault: Très bien, je vous remercie.

La présidente: Monsieur Lunney.

M. James Lunney: Elle dirige d'une main de fer, monsieur Thibault.

Merci, madame la présidente.

Dans l'exposé de l'AMC, vous avez parlé du respect de la vie privée et des renseignements confidentiels. Je suis bien d'accord avec vous. Je crois que nous le sommes tous. Nous espérons bien qu'on n'aura recours que très rarement aux mesures de quarantaine, même si nous savons qu'elles sont nécessaires. Il est admis qu'il y a des possibilités d'abus, mais le public a le droit d'exiger le plus possible de garanties.

Cela étant, je voudrais revenir au paragraphe 15(3), que vous avez mentionné en demandant que les rôles et les responsabilités soient précisés. Vous vous êtes demandé ce que représente «toute mesure raisonnable» pour prévenir la propagation d'une maladie transmissible. Je voudrais parler un instant de ce point.

Examinons encore le paragraphe 15(3). Il dit: «Le voyageur est tenu de se conformer à toute mesure raisonnable ordonnée par l'agent de contrôle ou l'agent de quarantaine en vue de prévenir l'introduction et la propagation d'une maladie transmissible.» Comment définir cela?

Cette disposition a des conséquences très précises qui reviennent constamment. L'arrestation sans mandat et l'exigence de contrôle médical se fondent sur le paragraphe 15(3), de même que le maintien en détention par l'agent de quarantaine, et ainsi de suite. Cette disposition a quelques graves conséquences. Rappelez-vous que des gens peuvent être détenus simplement parce qu'ils se trouvaient à proximité. Ils pourraient bien ne manifester aucun symptôme de maladie, mais être simplement à proximité.

Je serais préoccupé s'il était recommandé, par exemple, de prendre un vaccin contre une maladie comme le charbon, qui a été mentionné plus tôt. Nous avons eu un incident intéressant dans les forces armées lorsqu'un soldat en bonne santé a refusé le vaccin. Peut-on prévoir ce genre de mesure? Pourrait-on imposer aux gens un vaccin qui n'a peut-être pas été suffisamment mis à l'épreuve à la satisfaction d'un segment entier de la population? Est-ce bien ce genre d'inquiétude que vous avez?

Dr Albert Schumacher: C'est exactement le genre de chose à laquelle il faut réfléchir d'avance. Pendant combien de temps peut-on détenir quelqu'un? Quelle est la durée d'une période raisonnable de quarantaine? Quel processus de révision sera établi pour sortir de la quarantaine? Mon point de vue est intéressé parce que les travailleurs de la santé vont probablement constituer la moitié sinon plus des gens qu'il faudra détenir. Par conséquent, à quel processus faudra-t-il recourir pour sortir et qui est-ce qui prendra les décisions?

Nous avons besoin d'y penser d'avance plutôt que de définir les règles au fur et à mesure, car les gens vont douter de notre compétence si nous agissons ainsi. Le problème, au Canada, c'est qu'on essaie toujours d'être gentil plutôt que de se montrer ferme comme madame la présidente l'a fait aujourd'hui au sujet du temps de parole. On ne peut pas se permettre de prendre la mauvaise décision si on n'a qu'une seule chance d'agir.

Dans la première partie de votre question, vous avez parlé de protection de la vie privée. Aujourd'hui, mon agent local des services de santé peut me téléphoner et me poser des questions au sujet d'un malade. Personne d'autre ne peut le faire, et cela se limite au contexte de la maladie en cause. La même chose se produirait. Si je reçois un coup de téléphone à mon bureau au sujet d'une personne qui est rentrée depuis une semaine et qui est venue me voir quand elle était malade, je ne crois pas que l'appel viendrait d'un douanier ou d'un agent de contrôle. Ce serait plutôt un médecin des services de santé. Il faudra que l'affaire soit montée à ce deuxième ou troisième niveau pour que j'accepte de divulguer des renseignements confidentiels. Je crois que cela serait assez facile à organiser, mais il faudrait que ce

soit le même genre de relations que j'ai actuellement avec mon agent local des services de santé.

• (1705)

M. James Lunney: Ainsi, vous ne considérez pas que les dispositions actuelles du projet de loi sont suffisantes. Proposez-vous d'aborder la question dans la réglementation, ou bien faut-il le faire dans le projet de loi lui-même, en précisant la chaîne de commandement et en disant qui est responsable du respect de la confidentialité?

Dr Albert Schumacher: J'aimerais bien savoir à qui je suis censé parler. En ce moment, je serais tenté a priori de refuser de divulguer ce genre de renseignements à quiconque ne serait pas médecin. C'est comme s'il s'agissait d'un examen d'assurance et que la compagnie d'assurances me talonnait. S'il faut vraiment que je donne des renseignements, je tiendrai à les donner au directeur médical de la compagnie. Je ne voudrais pas avoir à les révéler à un commis ou à quelqu'un d'autre. Je tiendrai à une relation professionnelle afin de protéger le malade. Il faudrait que ce soit la même chose dans le cas de la Loi sur la quarantaine, surtout si on me dit au téléphone: «Je dois voir vos dossiers», et ainsi de suite.

La présidente: Je vous remercie, monsieur Lunney.

Monsieur Thibault.

L'hon. Robert Thibault: Je voudrais aborder deux points.

Ma première question s'adresse à Mmes Davies et MacDonald, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Vous vous inquiétez de la formation. Je comprends très bien. Dans certains des secteurs isolés de ma conscription, nous avons eu beaucoup de chance avec nos infirmières praticiennes et la formation supplémentaire donnée aux chauffeurs d'ambulance. Ils peuvent procéder à des contrôles dans les collectivités où nous ne pouvons même pas espérer avoir un médecin résident. Croyez-vous que ces professions ou ces compétences puissent servir à des endroits de ce genre?

Mme Jane MacDonald: Oui, en sus des infirmières agréées, c'est exactement ce que nous envisageons. Nous pensons également à de la formation supplémentaire et d'appoint, qui pourrait être très utile.

Puis-je revenir à votre intervention de tout à l'heure concernant les communications? Je voudrais aborder quelques questions qui rejoignent d'ailleurs l'argument du Dr Emerson au sujet des capacités au niveau local. Si vous considérez les infirmières de la santé publique qui travaillent dans une unité sanitaire ou un hôpital, par exemple, leur accès à la technologie informatique est nettement insuffisant. De plus, dans le Nord, vous voudrez aussi considérer l'accès de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits à la technologie informatique, et déterminer si les postes d'infirmières sont en ligne. À notre connaissance, cet accès est plutôt médiocre. Quand vous parlez de communications instantanées et faciles, vous voudrez peut-être brancher d'abord ces gens et leur donner la formation informatique voulue.

L'hon. Robert Thibault: Je voudrais poser une dernière question au Dr Schumacher au sujet de l'éthique médicale.

D'après l'une des dispositions du projet de loi, si un voyageur souhaite, après un examen médical, obtenir l'avis d'un autre médecin, il peut l'obtenir, à ses propres frais, au lieu où il est détenu. Je suppose que cela pourrait être très coûteux, et aucun financement fédéral n'est prévu. Le projet de loi ne dit rien à ce sujet. Comme vous le savez, l'examen est aux frais du détenu.

La question que je voudrais poser est la suivante: y a-t-il, à votre avis, des raisons culturelles ou religieuses de demander un médecin particulier? Il pourrait s'agir d'un médecin du même sexe, de la même culture ou de la même religion. À votre connaissance, y a-t-il des circonstances dans lesquelles cela pourrait se produire?

Dr Albert Schumacher: Je ne crois pas qu'il y ait un problème d'éthique. Il s'agit de demander à un médecin de formuler une opinion, qui serait l'égale de celle d'un autre médecin ou qui viendrait confirmer l'impression initiale d'un douanier, surtout s'il y a un retard dans l'obtention d'un examen plus complet permettant d'écarter certaines possibilités. Je crois que la disposition est utile.

Maintenant, est-il possible de la rendre réalisable, en pratique, à tous les bureaux d'entrée du pays? Dans les faits, on aurait presque besoin de quelqu'un comme un défenseur public, auquel on pourrait faire appel à n'importe quel moment pour une contre-expertise. Ce serait vraiment difficile. Il faudrait en effet introduire une personne dans un milieu à risque peut-être très élevé, une personne qui ne sera pas nécessairement payée... Cela soulève toutes sortes de questions. Ce serait vraiment très difficile à réaliser. C'est très bien de dire que chacun a le droit de le faire, mais, en pratique, ce sera particulièrement difficile.

Entre-temps, vous aurez à détenir une personne et, habituellement, tous les membres de sa famille. Il faudra établir des barrages dans les salles d'urgence, dans les aéroports, les ports, comme on n'en a jamais vu auparavant.

• (1710)

L'hon. Robert Thibault: Je vous remercie.

La présidente: Merci, monsieur Thibault.

Monsieur Ménard.

M. Réal Ménard: Merci, je n'ai pas d'autres questions.

La présidente: Oh, très bien. Vous l'aviez demandé.

Monsieur Carrie.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup.

Mon collègue a abordé la question que je m'apprêtais à poser, mais j'espérais obtenir plus de détails.

Nous parlions de main-d'oeuvre et du fait que, si nous avions une urgence majeure, nous n'aurions pas des gens ayant une formation adéquate pour y faire face. Je me demandais si l'AIIC ou l'AMC ont établi des programmes pour familiariser leurs membres avec ce qu'il conviendrait de faire si une telle urgence se produisait.

Dr Isra Levy: Nous avons fait deux choses. En fait, beaucoup de ce que nous avons fait a été provoqué par l'épidémie de SRAS, même si nous avions fait une planification basée sur la variole avant la crise du SRAS. Nous sommes sûrs que nos mesures nous permettront d'affronter l'épidémie de grippe qui viendra à un moment donné, nous le savons. Nous aurons cependant besoin de l'appui du gouvernement.

La première chose, c'est que nous avons dit au comité Naylor que le Canada a vraiment besoin d'un service de réaction à une urgence sanitaire qui comprenne aussi bien des équipes gouvernementales pluridisciplinaires qui seraient essentiellement composées de fonctionnaires... La nouvelle agence semble avoir adopté le concept

d'une équipe de réaction à une urgence sanitaire, qui représente plus ou moins ce dont nous parlons, même si nous ne savons pas exactement comment tout cela fonctionnera. Nous croyons que c'est une bonne mesure initiale. Nous aimerions beaucoup observer la formation qui sera donnée dans le cadre de ce système, pour nous assurer qu'elle est bien conçue.

Toutefois, comme corollaire, nous pensons que c'est une occasion extraordinaire d'établir des listes de volontaires recrutés parmi les professionnels de la santé qui ne travaillent pas pour le gouvernement. C'est ce que nous avons fait à l'AMC durant l'épidémie de SRAS. Nous avons lancé un appel pour obtenir des bénévoles et avons créé un embryon de corps médical volontaire. Fait intéressant, il y a des infirmières qui ont appelé pour se porter également volontaires. C'est un bassin extraordinaire que nous avons ainsi commencé à exploiter.

Cela concerne l'aspect des ressources humaines. L'autre aspect très important est celui de la formation à donner à ces gens. Cela ferait partie d'une approche tournée vers l'avenir.

Nous avons eu des difficultés à aller de l'avant parce que nous avons besoin de ressources. Celles qui nous viennent des cotisations versées par les membres ne suffisent pas toujours pour répondre au genre de demande dont nous parlons ici, c'est-à-dire pour donner la formation nécessaire aux médecins. Comme le Dr Schumacher l'a signalé, beaucoup d'entre nous n'ont jamais reçu de formation en bioterrorisme, par exemple. Très peu de médecins qui exercent actuellement au Canada ont jamais vu un cas de variole. Le besoin de ressources de formation est certes un domaine dans lequel il reste beaucoup à faire.

Les États-Unis sont le seul endroit où cela a été bien fait. L'Association médicale américaine et le CDC ont un certain nombre de partenariats. Je suis sûr qu'il en va de même pour l'Association des infirmières américaines, quoique je ne connaisse pas bien ses activités. Il n'y a pas de doute que les partenariats entre le gouvernement et les associations médicales nationales des États-Unis ont permis de trouver les ressources nécessaires pour la formation.

Dr Frank Plummer: Permettez-moi d'ajouter, pour plus de précision, que l'Agence de santé publique du Canada met actuellement en oeuvre un système d'équipes d'urgence sanitaires. Un bureau est établi et des fonds ont été prévus dans le dernier budget pour financer cette activité.

Cela correspond bien à ce que le Dr Levy a qualifié de capacité fédérale de base pour les professionnels de la santé. Ce serait un organisme de coordination auquel s'ajouteraient des équipes de volontaires, partout dans le pays, pour intervenir en cas d'urgence et être envoyées là où on aurait besoin d'elles. La formation fait partie de ce plan, mais il faudra du temps pour réaliser tout cela.

• (1715)

M. Colin Carrie: J'aime bien ce que vous avez dit au sujet d'une approche tournée vers l'avenir, parce que cette question de main-d'oeuvre, avec toutes les pénuries dont nous entendons parler, qu'il s'agisse d'infirmières, de médecin, d'hôpitaux... Nous avons en fait reçu le ministre ici. J'ai essayé de le coincer sur cette question de main-d'oeuvre, mais c'est très difficile. Ces politiciens sont vraiment aussi glissants que des anguilles.

Mme Jane MacDonald: Puis-je répondre à cette question?

À part ce qu'Isra vient de décrire, l'AIC travaille actuellement avec son groupe des spécialités des infirmières en santé communautaire à la conception d'un examen d'agrément pour ces infirmières.

L'autre point, vous en avez probablement entendu parler, est que Santé Canada a actuellement des cours de surveillance en ligne. Ces cours sont conçus par le ministère pour les travailleurs en santé au niveau de la base. Dans le cas des infirmières de la santé publique et de beaucoup d'autres travailleurs au niveau de la base, l'éducation permanente est une question extrêmement importante. Il manque de ressources dans ce domaine. Il manque aussi de temps et de capacité de déplacement, surtout pour les gens qui travaillent au niveau de la base.

Santé Canada collabore étroitement avec l'Agence de santé publique du Canada pour mettre au point ce programme de formation en surveillance, qui pourrait être amélioré, compte tenu des exigences de la protection civile et d'autres thèmes. C'est une très bonne façon de toucher les gens qui n'ont pas la possibilité de se déplacer ou de prendre six mois de congé pour suivre un cours.

Nous en revenons au niveau local et à l'importance qu'il y a d'appuyer cela pour la protection civile et les maladies transmissibles. Ce n'est pas seulement ici. Il y a aussi les gens au niveau de la base qu'il faut également former et ne pas oublier au chapitre de l'éducation permanente.

M. Colin Carrie: À ce sujet, j'ai parlé à des pompiers et à d'autres intervenants en cas d'urgence. Ils ont exactement les mêmes problèmes. Je vous remercie beaucoup d'avoir soulevé cette question.

La présidente: Merci, monsieur Carrie.

Je pense que chacun a eu son tour et que certains membres en ont eu deux. J'ai moi-même quelques questions à poser, si le comité veut bien me le permettre.

Vous ai-je bien entendu dire, docteur Plummer, que Santé Canada envisage d'utiliser des agents de douane comme agents de contrôle?

Dr Frank Plummer: Oui, c'est ce qui est envisagé dans le projet de loi.

La présidente: Je vais juste dire que je suis d'accord avec Mme Davies: ce ne sera pas suffisant à moins qu'on puisse nous prouver que des agents de douane, probablement formés un peu comme des policiers, peuvent soudain s'occuper du domaine de la santé. Je ne crois pas que ce soit possible.

Je ne veux pas aborder la question de l'indemnisation, mais je suis surprise d'apprendre que 50 p. 100 des médecins, ou des membres de votre Association, ne sont pas branchés sur Internet. Est-ce que l'AMC a cherché à les encourager à se brancher?

Dr Albert Schumacher: Absolument.

La présidente: Pourquoi résistent-ils?

Dr Albert Schumacher: Je crois qu'il y a la question de se brancher à la maison et au bureau, habituellement à plus qu'un seul lieu de travail. L'autre inquiétude, c'est la possibilité de contamination par des virus informatiques. Les médecins ont des dossiers confidentiels de malades, des renseignements de facturation, etc. dans leurs ordinateurs, qui servent à inscrire les rendez-vous et à faire la facturation. Ils ne veulent pas exposer ces données à une contamination possible venant de l'extérieur. C'est l'autre raison pour laquelle certains préfèrent ne pas être branchés.

Nous parlons donc de reproduire un système informatique pour le brancher sur Internet. À mon avis, la reproduction du système devrait être la responsabilité de la profession, mais le branchement pourrait faire l'objet d'une certaine aide, surtout s'il y a une entente bilatérale avec l'administrateur en chef de la santé publique et avec Santé Canada.

La présidente: La plupart des entreprises gardent des données confidentielles dans leurs ordinateurs. Ne s'inquiètent-elles pas de la contamination par des virus? Ne pensent-elles pas généralement que le branchement sur Internet est très important et ne cherchent-elles pas plutôt à se protéger contre les virus? Je trouve cette situation assez étrange.

Dr Albert Schumacher: C'est peut-être le cas, madame la présidente, mais jusqu'ici, dans ma profession, compte tenu du temps que le médecin consacre à ses malades, l'avantage économique d'Internet n'est peut-être pas aussi évident qu'ailleurs.

Dr Isra Levy: Permettez-moi d'intervenir à ce sujet. Nous abordons simultanément deux questions qu'il faudrait peut-être séparer.

La première, c'est la connectivité du médecin ou du travailleur de la santé, en général. Les travailleurs de première ligne ne sont pas tous dans des bureaux. Il n'y a pas de doute que certains médecins travaillent au chevet de leurs malades, de sorte que les incidences de la connectivité sont variées. La conclusion à tirer, c'est qu'Internet n'est en réalité qu'une seule source d'information.

Je ne suis pas expert en communications, mais j'ai eu la chance de travailler avec de tels experts. En fait, notre expérience de communication avec nos membres... Nous l'avons fait dans le passé au nom de ce qui est devenu aujourd'hui l'Agence de santé publique. Nous avons appris un certain nombre de choses dans différents secteurs.

D'abord, nous savons que les membres cherchent une source dans laquelle ils peuvent avoir confiance. Souvent, cette source est un autre professionnel de la santé plutôt qu'un organisme gouvernemental, si nous nous limitons à ces deux exemples. Ensuite, du moins dans une association canadienne de médecins, nous savons que les médecins ne veulent pas tous recevoir leurs communications sur Internet, même s'ils sont branchés. Beaucoup préfèrent le télécopieur, beaucoup d'autres comptent sur le courrier direct.

Nous découvrons qu'il est nécessaire de recourir à une approche multiple pour joindre les personnes qui comptent, ce qui est le but ultime, plutôt que de faire parvenir un message au bureau électronique.

C'est vraiment un phénomène intéressant. Lorsque nous en avons parlé dans un contexte international et en avons discuté avec des collègues, la première chose que nous avons apprise, c'est ceci. Pas nécessairement dans la plupart des pays du monde, mais dans ceux qui ont le plus besoin d'une infrastructure de communications comme celle dont nous parlons, dans laquelle le gouvernement doit être en mesure de communiquer directement avec les professionnels de la santé par l'entremise d'organismes professionnels ou non, c'est la radio qui a le plus de succès. Je n'ai pas fait de recherches récentes en Israël, mais il y a quelques années, la radio était privilégiée dans ce pays. Les voies à fréquence unique constituaient le meilleur moyen d'aller chercher des renseignements précis.

Tout cela pour dire que la connectivité n'est qu'un élément. À la base, il faut déterminer comment diffuser l'information de façon qu'elle puisse servir à l'utilisateur visé.

•(1720)

La présidente: Je dois vous donner mon avis sur cette idée de radio. En cas d'urgence sanitaire, lorsqu'on cherche à éviter la panique, il me semble que la dernière chose à faire serait de passer ce genre de message sur les ondes pour faire peur à tous les citoyens. Il y a peut-être des situations, surtout en Israël, dans lesquelles il est nécessaire d'alerter toute la population. Pour moi, un tel système ne ferait qu'alimenter la culture de la peur qui se propage dans le monde depuis quelques années.

Dr Isra Levy: Je crois que la théorie de la divulgation des risques milite en faveur du contraire. La dernière chose à faire, en cas d'urgence publique, est de donner aux gens l'impression qu'on ne leur transmet pas toute l'information disponible.

Je ne soutiens pas nécessairement que, dans un contexte canadien, la radio constitue le meilleur moyen possible. Je cherchais simplement à souligner la complexité du défi de la communication, surtout dans un contexte d'urgence. Nous savons que c'est en réalité une version télescopée du défi quotidien de la communication. C'est la preuve qu'il est avantageux de se préparer d'avance.

Il y a un autre argument que plusieurs de mes collègues ont avancé, de ce côté de la table: la meilleure loi ne suffit pas si le programme de mise en oeuvre n'est pas doté de ressources suffisantes. Il n'y a pas de doute que les groupes de professionnels de la santé étaient persuadés, à la fin de l'expérience du SRAS, de la nécessité de financer l'infrastructure de communications entre le gouvernement et les professionnels de la santé, abstraction faite du public, et du besoin de moderniser le système.

La présidente: Je vous remercie.

M. Lunney a une brève question à poser.

M. James Lunney: Je voudrais revenir à une question que le Dr Plummer a brièvement mentionnée beaucoup plus tôt dans la discussion. Il s'agit de la grippe aviaire. C'est un grand problème en Colombie-Britannique où, comme le Dr Emerson peut en témoigner, l'ACIA a ordonné la destruction de millions de volatiles, pour la plupart sains, dans la Vallée du Fraser. Il y avait un certain nombre d'élevages organiques. Bien sûr, on craignait qu'un virus recombinant se combine à un virus humain, produisant une souche pathogène pour les humains.

Ma question porte sur les précautions que doit prendre notre système de santé publique lors de la production du vaccin antigrippal. Nous prenons les deux ou trois virus les plus virulents que nous puissions trouver dans l'univers et nous les cultivons dans un milieu à base d'oeuf. Ce n'est pas n'importe quel oeuf. Ce sont des oeufs fertilisés ou des embryons de poulet contenant des cellules de poulet et pouvant aussi contenir une quantité inconnue de virus de poulet. Si j'ai bien compris, on recherche une quarantaine de virus connus, mais ma question est la suivante: si nous nous inquiétons d'un virus recombinant et que nous prenons le vaccin produit dans ces oeufs fertilisés et l'injectons aux personnes les plus vulnérables, et même à des bébés, quelles mesures sont prises pour contrôler les oeufs de départ pour s'assurer de ne pas créer un virus recombinant au cours de l'opération de production du vaccin? Y a-t-il des mesures de santé publique prévues dans ce cas pour nous garantir que nous ne propageons pas les maladies que nous essayons de combattre?

•(1725)

Dr Frank Plummer: Je vais essayer de répondre à cette question.

Une souche de pandémie de grippe peut apparaître à partir d'un ancêtre aviaire. La façon dont nous procédons pour produire un vaccin contre la grippe consiste justement à utiliser les techniques de

recombinaison pour obtenir une recombinaison entre une souche très virulente et une souche humaine très faible, de sorte que le virus n'ait pas les caractéristiques de la souche très pathogène ou de son ancêtre aviaire. Ces vaccins sont ensuite produits dans des oeufs de poulet embryonnés. Le virus est inactivé ou tué avant d'être administré à des humains. Le vaccin est d'abord soumis à des tests intensifs sur des animaux, ensuite à des tests cliniques de phase un sur des humains, à des fins de sécurité. On passe ensuite à la phase deux, qui représente les essais de sécurité les plus importants, avant de permettre l'utilisation. La production passe donc par le processus normal de fabrication des vaccins, qui est utilisé chaque année pour la grippe, et qui s'est révélé très sûr.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Lunney. Vous pourrez poursuivre plus tard cette conversation avec le Dr Plummer. Je crois que vous êtes les deux seuls à comprendre, de toute façon.

Ensuite, je voudrais demander aux membres du comité de rester quelques instants parce que nous avons un problème à résoudre.

Au nom du comité, je voudrais exprimer aux témoins nos remerciements pour leur expertise. Nous aurons peut-être à les rappeler plus tard, probablement au téléphone, pour obtenir plus de détails sur ce qu'ils pensent du projet de loi. Merci pour la réflexion que vous avez déjà faite et pour le temps que vous avez mis à nous présenter vos idées. Nous sommes très reconnaissants.

Pour revenir aux membres du comité, la greffière a préparé ce document pour me rappeler notre plan: notre dernière séance avec des témoins aurait lieu ce jeudi, après quoi nous passerions à l'étude article par article. Si nous suivons le plan, les amendements devraient être reçus au plus tard lundi prochain 29 novembre à 17 heures. Sur la base de ce que j'ai entendu aujourd'hui, c'est-à-dire que le processus de consultation a consisté jusqu'ici à tenir une réunion de deux jours à Edmonton, à organiser une ou deux téléconférences et à échanger des notes avec ceux qui étaient Edmonton, sur la base des questions dans lesquelles vous et les témoins avez formulé des préoccupations, je me demande si nous n'allons pas trop vite et s'il ne conviendrait pas d'entendre plus de témoins.

Croyez-vous être prêts à présenter des amendements lundi prochain?

Monsieur Thibault.

L'hon. Robert Thibault: Madame la présidente, avec la permission de tous les partis, nous pourrions peut-être, après avoir fini d'entendre les témoins – sans doute au cours d'une séance relativement courte compte tenu du nombre de témoins convoqués –, tenir entre nous une discussion informelle pour faire le point. D'après ce que j'ai entendu les témoins dire, je crois que, même s'il y a des préoccupations, tout le monde convenait que c'est un bon premier pas, une bonne mesure provisoire. Je doute donc qu'il soit bon de priver le pays de ce projet de loi s'il améliore la situation et s'il est à peu près équivalent aux mesures législatives des autres pays, d'après ce qu'ont dit les témoins.

Il y a cependant des questions qui se posent au sujet du financement et d'autres aspects. Par conséquent, nous voudrions peut-être discuter entre nous, sans formalités, de ces questions pour faire le point avant de passer à l'étude article par article.

•(1730)

La présidente: Puis-je poser une question à la greffière?

Supposons qu'ayant une première série d'amendements, nous commençons l'étude article par article. Y aurait-il moyen de se réserver le droit d'arrêter si nous avons une question au sujet de laquelle nous aimerions en savoir davantage? Serait-il possible de rappeler les témoins, puis de reprendre le processus?

La greffière du comité (Mme Carmen DePape): Oui, nous pouvons le faire.

La présidente: Je suis assez préoccupée à ce sujet. Je ne sais pas. Nous avons appris tant de choses.

L'autre question qui se pose est de savoir ce qu'il y aura dans le projet de loi par rapport à ce qu'il y aura dans le règlement. Il faudrait peut-être mettre dans la loi certaine des choses qui touchent les Canadiens. Une personne qui rentre chez elle en avion peut être arrêtée, soumise à un examen médical même si elle se sent parfaitement bien, puis mise en quarantaine... Il y a des droits à respecter. Nous devons vraiment déterminer s'il suffit de prévoir tout cela dans un règlement, dont le contrôle nous échappe, ou bien s'il vaut mieux prévoir dans le projet de loi même les aspects fondamentaux des droits de la personne.

Ce sont quelques réflexions que m'ont inspirées les deux dernières réunions.

M. Merrifield a un commentaire.

M. Rob Merrifield: Oui, je crois qu'il y a trois aspects à considérer. D'abord, nous avons eu de bons témoignages aujourd'hui, même si une bonne partie portait sur l'organisation des services de santé publique et sur les activités de coordination des organismes en cause. Cela fait partie du sujet.

La présidente: J'ai oublié ce point.

M. Rob Merrifield: L'autre aspect porte sur le projet de loi et la façon dont il sera appliqué. Une partie des témoignages concernait... Nous en avons parlé et, des deux côtés de la table, nous nous sommes inquiétés de la question de l'indemnisation. Sera-t-elle dans le projet de loi ou dans le règlement? C'est ce que vous avez mentionné.

Beaucoup des détails dont vous vous souciez devraient en fait figurer dans le règlement plutôt que dans le projet de loi. La Loi sur la quarantaine n'a même pas été invoquée lorsque nous avons eu l'épidémie de SRAS.

Je ne sais pas si nous avons besoin de tant de temps ici. Je serais plus à l'aise de proposer des amendements qui se reportent au règlement, tout en veillant à prévoir dans le projet de loi le renvoi du règlement ici. Nous pourrions nous en occuper de cette façon.

La présidente: Oui, nous pouvons présenter des observations sur le règlement, mais, comme nous l'avons découvert précédemment, personne ne s'en soucie. Rien n'a été changé par suite de nos observations. Pensez au projet de loi sur les techniques de reproduction.

M. Réal Ménard: Nous pouvons adopter une motion.

M. Rob Merrifield: Nous devons encore travailler sur le règlement relatif aux techniques de reproduction. Nous espérons que cela viendra.

Je me demande cependant s'il est possible d'inclure une disposition dans le projet de loi. Les attachés de recherche devraient pouvoir nous aider sur ce plan.

La présidente: Mais nous devons approuver le règlement.

M. Rob Merrifield: Oui, nous devons le faire.

La présidente: Je vois. Très bien.

Monsieur Ménard, rapidement.

[Français]

M. Réal Ménard: J'ai tendance à penser que nous devrions maintenant nous pencher sur des amendements et ne pas entendre d'autres témoins. Je pense que nous devrions faire deux choses importantes. La première serait qu'on veuille étudier les règlements, comme on l'a fait pour ceux sur le tabac. Vous aviez vous-même demandé à notre chercheur de travailler en ce sens.

Deuxièmement, nous devrions nous donner pour mission de regarder ensemble les amendements dès lundi. Personnellement, ce qui me préoccupe surtout, c'est le témoignage du professeur de l'Université Dalhousie, qui suggère 11 amendements. Il y en a deux sur lesquels je ne suis pas tout à fait d'accord. Il y a des amendements de nature procédurale et il y en a d'autres qui sont liés à la façon dont on va mettre en oeuvre la loi.

Vous pourriez nous dire qui vient jeudi, mais je n'ai pas l'impression que le fait d'entendre d'autres témoins nous donnerait du matériel nouveau. Nous pouvons étudier les règlements ici.

[Traduction]

La présidente: En réponse à votre question, je dirai que nous avons invité plusieurs personnes, mais jusqu'ici, une seule a accepté de venir. Nous aurons donc quelqu'un du Conseil des aéroports du Canada, et peut-être quelqu'un...

La greffière: ... des Ressources humaines.

La présidente: ... de notre ministère des Ressources humaines. Mais j'ai bien l'impression que la séance sera assez courte.

Je vous ai parlé de mes préoccupations. La réaction générale, c'est, je crois, de commencer au moins à examiner les amendements. Nous pourrions nous protéger au moyen d'amendements qui nous permettraient de jeter un autre coup d'oeil plus tard. Quoi qu'il en soit, nous poursuivrons cette discussion après avoir entendu le témoin ou les deux témoins que nous attendons jeudi.

Merci beaucoup, mesdames et messieurs.

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 réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire 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.