



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 035 • 2^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 5 octobre 2009

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le lundi 5 octobre 2009

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):
Bonjour à tous.

Je tiens d'abord à souhaiter la bienvenue aux invités d'aujourd'hui. C'est un grand plaisir de vous accueillir et c'est avec beaucoup d'intérêt que nous écouterons vos précieux commentaires sur un sujet aussi capital que celui d'aujourd'hui. En fait, je crois bien que le sodium n'avait jamais figuré à l'ordre du jour du comité national de la santé avant aujourd'hui, alors nous nous embarquons sur des sentiers encore inexplorés!

Avant d'entrer dans le vif du sujet, j'aimerais que nous adoptions le budget de la séance d'information de cet après-midi sur le sodium. Tous les membres devraient en avoir une copie. Voici ce que dit la motion: « Que le budget proposé de 16 500 \$ pour la séance d'information sur la consommation de sodium dans le régime alimentaire des Canadiens soit adopté. » Tout le monde est d'accord?

(La motion est adoptée.)

La présidente: Je vous remercie.

Nous pouvons commencer. Comme vous pouvez le constater, il y a beaucoup de témoins, alors je vais demander à chacun de s'en tenir à un exposé de cinq minutes. Je viens de parler à la greffière, et elle m'a confirmé que nous n'avions pas le choix de procéder de la sorte si nous voulions avoir le temps d'entendre tout le monde.

Nous allons débiter par les témoins de Pression artérielle Canada et par son président, le docteur Norman Campbell

Dr Norman Campbell (président, Pression artérielle Canada): Je me présente, je suis le Dr Norm Campbell, président de Pression artérielle Canada. Notre organisme regroupe en fait 29 organismes nationaux voués à la prévention et au contrôle de l'hypertension au Canada.

Mon collègue, le Dr Kevin Willis, fait partie du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, qui est l'un des plus importants partenaires de Pression artérielle Canada dans la lutte contre le sodium alimentaire.

Selon les rapports de l'Organisation mondiale de la santé, l'hypertension artérielle est le principal facteur de risque de décès prématuré du monde. En plus d'endommager les vaisseaux sanguins, l'hypertension peut être cause d'accidents vasculaires cérébraux, d'infarctus, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale et d'autres affections liées à la détérioration des vaisseaux, comme la démence. Au Canada, près de une personne sur quatre souffre d'hypertension, et 90 p. 100 des gens en souffriront à un moment ou à un autre de leur vie.

Il faut cependant se rappeler qu'on peut prévenir l'hypertension, aussi appelée « haute pression ». La forte consommation de sodium alimentaire constitue l'un des principaux facteurs qui font augmenter la tension artérielle, et plus une personne prend de l'âge, plus c'est

vrai. Au Canada, on estime que l'adulte moyen consomme environ 3 500 milligrammes de sodium par jour. La majeure partie du sodium ainsi consommé est ajouté à notre alimentation par l'entremise des aliments transformés.

Nous avons réalisé un certain nombre d'analyses. Près de trois Canadiens sur 10 faisant de l'hypertension font de l'hypertension précisément parce qu'ils consomment trop de sodium alimentaire. Cela signifie que de un à deux millions de Canadiens faisant de l'hypertension devraient avoir une tension artérielle tout à fait normale. On estime que ce phénomène contribue à environ 10 p. 100 des infarctus et des accidents vasculaires cérébraux qui surviennent en sol canadien.

Si l'on réduisait la consommation moyenne de sodium au niveau recommandé, c'est-à-dire si on pouvait la faire passer de 3 500 milligrammes à plus ou moins 1 700 milligrammes, le système de santé économiserait de 400 à 500 millions de dollars chaque année en soins de santé directement liés au traitement de l'hypertension et près de 2 milliards par année si l'on tient compte du nombre d'accidents vasculaires cérébraux que l'on pourrait ainsi éviter.

Notre organisme estime que de 75 à 80 p. 100 du sodium alimentaire provient des aliments transformés. Nous croyons donc que le gouvernement doit prendre des mesures fermes et investir toutes les ressources voulues si l'on veut régler ce problème. Afin que les Canadiens ingèrent une quantité de sodium alimentaire qui ne soit pas néfaste pour leur santé, nous recommandons notamment au gouvernement d'instaurer des cibles de réduction du sodium alimentaire contenu dans un certain nombre de catégories alimentaires, d'établir des calendriers de mise en oeuvre et de s'assurer qu'ils sont respectés.

À ces mesures devraient s'ajouter toutes sortes d'activités secondaires: il peut s'agir autant de règlements favorisant la réduction du sodium alimentaire et incitant l'industrie à emboîter le pas, d'activités de sensibilisation que de projets de recherche, que ce soit pour évaluer le rendement du programme en tant que tel que pour connaître les difficultés rencontrées.

C'est ce qui clôt mon exposé. Je vous remercie.

La présidente: Merci beaucoup.

Je demandais justement à la greffière si vous aviez apporté le texte de votre exposé, docteur Campbell, et elle me dit que non.

Dr Norman Campbell: Je n'ai pas de notes écrites, non, si c'est ça que vous voulez dire.

La présidente: Nous aimerions seulement avoir vos sages paroles par écrit. Nous vous serions très reconnaissants de nous en faire parvenir une copie.

Nous allons maintenant passer à l'Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires et à son vice-président, M. Ron Reaman.

Merci.

M. Ron Reaman (vice-président, Fédéral, Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires): Merci. En fait, je partagerai le temps qui nous est alloué avec ma collègue, Joyce Reynolds, et c'est elle qui va commencer.

Mme Joyce Reynolds (première vice-présidente, Affaires gouvernementales, Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires): Nous vous remercions de nous permettre de prendre la parole devant vous, de prendre part au débat d'aujourd'hui sur le sodium et de vous indiquer en quoi l'industrie de la restauration et des services alimentaires du Canada peut faire partie intégrante de la solution.

L'Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires, qui compte 33 000 membres, est la plus importante en son genre du pays. Nous représentons les intérêts de tous les secteurs de l'industrie: restaurants-minutes ou à service complet, hôtels, traiteurs, clubs sociaux, cafés, pubs et autres établissements institutionnels, comme les hôpitaux, les écoles et les bureaux. Nous représentons une industrie de 60 milliards de dollars qui emploie plus de un million de Canadiens. Pour chaque dollar dépensé dans un restaurant, 1,85 \$ additionnel sera injecté dans le reste de l'économie, ce qui nous place bien en avant de toutes les autres industries canadiennes.

La restauration est un secteur ultra-concurrentiel où la marge de profit est extrêmement mince. La hausse du coût des aliments et de la main-d'oeuvre a réduit la marge de profit avant impôt de l'exploitant moyen, qui se situait à 4,4 p. 100 des recettes d'exploitation en 2007. Comparativement, la marge de profit avant impôt de l'entreprise canadienne moyenne se situe plutôt à 7 p. 100.

L'industrie canadienne de la restauration et des services alimentaires est consciente des difficultés que vivent les Canadiens qui veulent une vie active et bien remplie dans un monde moderne de plus en plus complexe. C'est pour cette raison, et pour satisfaire une clientèle de plus en plus diversifiée, que les restaurateurs offrent une vaste gamme de menus et de mets.

• (1535)

La présidente: Madame Reynolds, pardonnez-moi de vous interrompre, mais les interprètes ne peuvent pas suivre. Je sais que vous ne disposez que de cinq minutes, mais peut-être pourriez-vous condenser quelque peu vos propos? Au moins, les interprètes pourront suivre.

Je vous remercie.

Mme Joyce Reynolds: Je veux bien essayer.

Les restaurateurs doivent s'adapter à un nombre sans cesse croissant de préoccupations diététiques et de préférences alimentaires, qu'il s'agisse d'aliments locaux, faibles en gras ou sans lactose ou de mets végétariens. Ils ont dû diversifier leurs menus pour que les Canadiens puissent avoir accès aux mets qui répondent à leurs besoins.

Nous avons créé une table de concertation sur la nutrition et la forme physique. Nous avons instauré un programme d'information nutritionnelle grâce auquel une grande proportion de nos membres offrant des menus préétablis peuvent choisir de divulguer la teneur nutritionnelle de leurs mets, que ce soit sur place ou sur leur site Web, ce qui leur permet de répondre aux nombreuses préoccupations diététiques de nos clients.

L'industrie de la restauration a toujours donné l'exemple lorsque la nutrition et la sécurité alimentaire étaient en jeu. Elle a par exemple fait beaucoup d'efforts pour réduire considérablement la présence de gras trans dans les aliments qu'elle utilise.

En plus de consacrer une quantité effarante de ressources à la réduction des gras trans, l'industrie a également entrepris de réduire la présence de sodium dans ses aliments. Nous sommes conscients que le sodium pose un problème à la fois sérieux et complexe et que nous faisons partie de la solution. Nous avons été ravis d'apprendre que vous vous penchiez sur la question, et sachez que vous et tous les autres intervenants pourrez compter sur nous lorsque viendra le temps de trouver des solutions efficaces et réalisables.

Je cède maintenant la parole à Ron Reaman.

M. Ron Reaman: Tout d'abord, merci encore de nous permettre de prendre la parole devant vous.

Je tiens maintenant à rassurer tous les membres du comité et à leur dire que l'industrie de la restauration et des services alimentaires du Canada reconnaît que la quantité de sodium consommé par les Canadiens constitue un véritable problème et qu'il faut agir. Bon nombre de nos entreprises membres sont déjà à l'oeuvre et procèdent d'ailleurs, en ce moment même, à la reformulation et à l'essai de produits à teneur réduite en sodium.

Comme vous le savez déjà, le gouvernement, l'industrie et les organismes non gouvernementaux de santé publique font déjà partie du Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium alimentaire, piloté par Santé Canada. Nous croyons fermement aux vertus de ce processus déjà bien entamé et avons l'intention de contribuer activement à l'atteinte de notre objectif commun: réduire la consommation globale de sodium des Canadiens.

Comme Joyce vient de le faire remarquer, l'industrie que je représente n'a ménagé aucun effort pour contribuer au succès d'un certain nombre de réformes de santé. Mais même si l'industrie est déterminée à faire sa part et à faire tout ce qu'elle peut pour réduire la consommation de sodium alimentaire des Canadiens, on doit absolument prendre conscience des obstacles qui jalonnent la route du succès et qui devront être surmontés par l'industrie. D'aucuns vous diront qu'il est archi-simple de réduire la quantité de sodium qui se trouve dans un aliment et que l'industrie alimentaire devrait s'y mettre séance tenante. Or, bien que l'industrie ait déjà commencé à réduire la quantité de sodium dans ses produits et à élaborer toutes sortes de projets qui vont dans ce sens-là, il n'en demeure pas moins que le sodium joue plus d'un rôle dans l'alimentation et qu'il ne faudrait ni se laisser égarer ni simplifier à outrance. Il faut notamment savoir que le sodium peut servir d'agent stabilisant et d'exhausteur de goût et qu'il figure au nombre des agents antimicrobiens de nombreux protocoles de salubrité des aliments.

Je ne le dirai jamais assez, mais en restauration, les exigences de la clientèle font foi de tout. Nous fournissons aux clients ce qu'ils veulent acheter et nous nous adaptons en fonction de leurs demandes. Pour qu'une éventuelle stratégie de réduction du sodium porte fruit, il faudra d'abord sensibiliser la population afin qu'elle fasse changer la loi de l'offre et de la demande et qu'elle se mette à acheter des produits à faible teneur en sodium. Tout passe par là.

Pour l'industrie des services alimentaires, le sodium fait partie intégrante du profil de goût de nombreux mets et menus qui ont fait la marque de ceux qui les produisent, un fait à côté duquel toute bonne stratégie de réduction du sodium ne pourra pas passer. Nous devons agir judicieusement et reformuler nos produits de manière à ce que les consommateurs les achètent. Si nous agissons trop précipitamment, le consommateur rejettera ce qu'on va lui proposer ou rajoutera du sel après le point de vente, ce qui voudrait dire que nous aurions échoué sur tous les plans...

Voulez-vous que j'accélère la cadence?

• (1540)

La présidente: Non, je voudrais que vous songiez à conclure, car vous avez déjà dépassé le temps alloué.

M. Ron Reaman: D'accord. Je vous répéterai donc que l'industrie croit fermement aux objectifs de réduction du sodium et qu'elle est déterminée à contribuer activement aux travaux du groupe de travail sur le sodium mis sur pied par Santé Canada. Nous sommes plus que disposés à faire notre part pour réduire la quantité de sodium consommée par les Canadiens.

Merci de nous avoir permis d'exprimer notre point de vue.

La présidente: Nous aurons amplement le temps d'y revenir pendant la période de questions.

Je vous remercie, monsieur Reaman.

Écoutons maintenant le coordonnateur national du Centre pour la science dans l'intérêt public, M. Bill Jeffery.

M. Bill Jeffery (coordonnateur national, Centre pour la science dans l'intérêt public): Je vous remercie, madame la présidente.

Le Centre pour la science dans l'intérêt public est un organisme sans but lucratif de défense des droits des usagers du système de santé spécialisé dans les questions de nutrition. Nous avons des bureaux à Ottawa et à Washington. Les activités d'Ottawa sont financées par les 120 000 abonnements à l'édition canadienne du mensuel *Nutrition Action Healthletter*, que vous recevez tous et toutes. Le Centre n'accepte aucun financement provenant de l'industrie ou des gouvernements, et notre mensuel ne contient pas de publicités.

Le mois dernier, le Centre a publié un rapport intitulé « Salty to a Fault: Varied Sodium Levels Show Lowering Salt in Processed Foods is Feasible ». Les experts s'entendent pour dire que la consommation excessive de sodium tue plus de Canadiens chaque année que n'importe quelle autre substance chimique. Et que, dans les pays comme le Canada, les trois quarts du sodium que l'on consomme provient du sel qui est ajouté aux aliments par les fabricants et les restaurateurs.

Dans « Salty to a Fault », nous avons examiné des produits faisant partie des 41 catégories d'aliments que l'on peut acheter en épicerie et des neuf catégories d'aliments vendus en restaurant que Santé Canada et d'autres organismes du genre considèrent être des sources importantes de sodium. On parle ici de soupes; de sandwiches, et plus particulièrement de pain, de fromage et de viande; de vinaigrettes; de sauces; et des aliments vendus en restaurant en général.

On y révèle que, selon la marque, le niveau de sodium peut varier grandement entre deux aliments comparables d'une même catégorie. Nous avons par exemple constaté que le niveau de sodium pouvait varier de 40 à 70 milligrammes dans une portion de frites vendues dans un restaurant de la chaîne Chalet suisse, qui laisse au consommateur le soin de saler son repas, à 555 milligrammes dans une portion provenant de chez Harvey's. Même chose pour les sauces pour pâtes alimentaires aux tomates et au basilic: celle de marque Classico renfermait 320 milligrammes de sodium, alors que la sauce biologique d'Antico en contenait 710 milligrammes.

Il n'était d'ailleurs pas rare de voir des écarts allant du simple au double entre deux produits.

Malgré ce que dit l'industrie, qui prétend qu'il faut que le sel soit présent en grande quantité pour que la pâte lève et que ses propriétés émulsifiantes ou anti-agglomérantes soient efficaces ou pour

préserver les aliments ou en rehausser la saveur, les écarts observés dans notre rapport démontrent qu'il est tout à fait possible de réduire la quantité de sodium dans un nombre incalculable d'aliments et de la réduire de beaucoup dans de nombreux autres.

Les attentes associées à la réduction de la consommation de sodium sont beaucoup plus élevées au Canada qu'au Royaume-Uni ou en Finlande, et c'est normal. D'abord parce que ces deux pays ont fait figure de pionniers et que le Canada a pu s'en inspirer. Puis parce qu'il ne faut pas oublier que le gouvernement du Canada a toute latitude pour améliorer la réglementation sur l'étiquetage nutritionnel, les étiquettes de mise en garde, les normes de composition visant les denrées de consommation courantes normalisées (comme le fromage et les cornichons) et les additifs alimentaires, dont les succédanés à faible teneur en sodium, alors que la Finlande et le Royaume-Uni doivent se tourner vers l'Union européenne pour bien des aspects de tout ce qui touche les options de réglementation.

L'étiquetage nutritionnel est obligatoire pour la quasi-totalité des aliments depuis décembre 2005. Les représentants du gouvernement et nous-mêmes pouvons ainsi connaître plus aisément la teneur en sodium des aliments préemballés, mais seulement dans ceux qui sont vendus en épicerie, et non en restaurant, et comparer les niveaux de sodium présents dans les aliments faisant partie d'une même catégorie.

Notre rapport renferme 12 recommandations. Je ne vous en citerai que quelques-unes.

Premièrement, il faut établir des cibles de réduction du sodium propres à chaque catégorie d'aliments et s'assurer qu'elles sont respectées, et il faut imposer l'ajout d'étiquettes de mise en garde — sur le devant de l'emballage — sur les produits riches en sodium.

Deuxièmement, il faut réduire la quantité de sodium figurant dans le Règlement sur les aliments et les drogues — et servant de valeur étalon pour le calcul de la valeur nutritive inscrite sur les étiquettes — et la faire passer de 2 400 milligrammes à 1 500 milligrammes.

Troisièmement, les portions-types servant à calculer la valeur nutritionnelle sur les étiquettes devraient toujours être les mêmes. Peu importe qu'il s'agisse des quantités de référence figurant à l'annexe M du Règlement sur les aliments et les drogues ou de toute autre quantité de référence reconnue, tant que ce n'est pas laissé à l'entière discrétion des fabricants.

Quatrièmement, la disposition du Règlement sur les aliments et les drogues régissant les exigences relatives à la valeur nutritive des aliments préemballés devrait être modifiée afin — à tout le moins — que le nombre de calories des aliments soit affiché sur les menus des grandes chaînes de restauration ayant des points de vente dans plus d'une province et que ces dernières apposent des étiquettes de mise en garde sur leurs aliments riches en sodium.

Enfin, le *Guide alimentaire canadien* devrait insister davantage sur l'importance d'une alimentation faible en sodium et mieux informer la population à ce sujet.

Pour terminer, je vous rappellerai que le succès de toute bonne stratégie de réduction du sodium passe obligatoirement par l'établissement de cibles pour plusieurs dizaines de catégories d'aliments et l'instauration de mesures serrées de suivi.

• (1545)

Les entreprises devraient commencer dès maintenant à s'efforcer d'atteindre ces cibles. Elles ne devraient pas attendre la publication du rapport du groupe de travail.

Toutefois, afin que les cibles canadiennes de réduction du sodium soient atteintes, des modifications réglementaires sont requises pour éliminer certains obstacles à la réduction, et il pourrait falloir adopter un nouveau règlement pour rendre ces cibles obligatoires, plutôt que volontaires comme on le prévoit en ce moment, si l'appel à la réduction du sodium n'est pas pris au sérieux par les entreprises concernées.

La ministre de la Santé Aglukkaq n'a pas besoin d'attendre pour faire comprendre aux entreprises l'importance de réduire les teneurs en sodium. Le message de Santé Canada devrait être clair: l'utilisation du sel dans les aliments doit se faire de manière judicieuse et réfléchie. L'utilisation constante et injustifiée du sel devrait être réglementée.

Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci.

Nous allons maintenant donner la parole à Phyllis Tanaka, vice-présidente, Affaires scientifiques et réglementaires.

Mme Phyllis Tanaka (vice-présidente, Affaires scientifiques et réglementaires (Politiques alimentaire), Produits alimentaires et de consommation du Canada): Bonjour.

Produits alimentaires et de consommation du Canada vous remercie de lui donner l'occasion de s'adresser au Comité permanent de la santé. PACC est la plus importante association industrielle au Canada; elle représente l'industrie des produits alimentaires et de consommation.

Dans les prochaines minutes, je compte reprendre, quoique de façon plus concise, les éléments clés du mémoire de PACC afin de fournir des informations au comité au sujet du sodium. Je vais examiner plus particulièrement les recommandations formulées par Pression artérielle Canada et le Centre pour la science dans l'intérêt public (CSIP), de même que le rapport du groupe de travail multi-intervenants.

Les recommandations qui figurent dans la déclaration de politique de Pression artérielle Canada et dans le rapport du Centre pour la science dans l'intérêt public, comme on peut le constater à l'annexe 1 de notre présentation, ont des éléments en commun et sont destinés à Santé Canada. Selon PACC, Santé Canada est à l'écoute.

La déclaration de politique de Pression artérielle Canada a été présentée à Santé Canada en 2006. La recommandation de mettre sur pied un groupe de travail plurisectoriel afin d'examiner cette question de santé publique a été prise très au sérieux. J'ai reçu une invitation à participer au Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium dirigé par Santé Canada en 2007.

Santé Canada a soigneusement choisi les membres ce groupe de travail. En effet, le ministère s'est assuré que toutes les perspectives seraient prises en compte pour élaborer une stratégie efficace. Des représentants du milieu scientifique, des professionnels de la santé, des organisations non gouvernementales de la santé et des groupes de défense des intérêts des consommateurs, de l'industrie des produits et des services alimentaires et des organismes gouvernementaux en font partie. D'ailleurs les actions du groupe de travail correspondent aux recommandations communes de la déclaration de politique de Pression artérielle Canada et du rapport récent du CSIP.

Le groupe de travail fixe des objectifs en fonction des rapports relatifs aux apports nutritionnels de référence produits par l'Institut de médecine de la National Academy of Sciences. Il a consulté des experts de la Finlande et du Royaume-Uni pour connaître leurs stratégies de réduction du sodium, ce qui lui a permis de dégager un

consensus sur la nécessité d'élaborer une stratégie axée sur des cibles progressives.

Le groupe a établi une stratégie en trois volets, comprenant l'éducation, la réduction volontaire de la teneur en sodium des produits alimentaires transformés et des aliments vendus dans les établissements de restauration, ainsi que la recherche. Selon PACC, l'adoption d'une stratégie en trois volets est essentielle à la réussite.

L'industrie de la transformation des aliments se livre à des recherches sur la reformulation et la création de produits afin de réduire la teneur en sodium des produits transformés. En fait, lors des consultations publiques menées par le groupe de travail en février dernier, un certain nombre d'entreprises de transformation alimentaire ont parlé du travail qu'elles accomplissent. Toutefois, elles savent bien que leurs projets ne réussiront que s'ils sont accompagnés d'une campagne de sensibilisation destinée aux consommateurs. On ne réussira à réduire la teneur en sodium dans l'alimentation des Canadiens que si, en plus de changer l'approvisionnement alimentaire, les Canadiens sont informés de la raison de cette réduction. De plus, cette information doit provenir d'un tiers respecté, comme Santé Canada, pour produire l'effet voulu.

Enfin, le groupe de travail sait que la surveillance et l'évaluation sont essentielles à la réussite. Cette exigence est inscrite dans le mandat du groupe de travail, qui comporte quatre étapes, soit la préparation ou la collecte d'information, l'évaluation ou l'examen des données recueillies, l'élaboration d'un cadre stratégique et la mise en oeuvre, qui comprend la surveillance de la mise en oeuvre et des progrès accomplis.

À titre de référence, le groupe de travail termine actuellement l'étape de l'évaluation et va bientôt entreprendre l'élaboration d'un cadre stratégique.

• (1550)

En résumé, PACC croit que le leadership dont a fait preuve Santé Canada par la mise sur pied du groupe de travail multi-intervenants se traduit par une stratégie qui mènera à la réduction de la teneur en sodium dans l'alimentation des Canadiens. PACC est d'avis que cette mesure répond à la principale préoccupation exprimée dans la déclaration de politique de Pression artérielle Canada et le rapport du CSIP.

Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup, madame Tanaka.

C'est maintenant au tour de Mme Mary L'Abbé, de l'Université de Toronto.

Nous vous souhaitons la bienvenue.

Mme Mary L'Abbé (earle W. McHenry professeure, présidente du Département des sciences de la nutrition, Faculté de médecine, Université de Toronto): Merci beaucoup, madame la présidente, et mesdames et messieurs les membres du comité.

Je suis très heureuse d'assister à cette séance et je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui au sujet des sources de sodium dans notre alimentation. Je suis professeure à l'Université de Toronto et doyenne du Département des sciences de la nutrition. Je suis également vice-présidente du groupe de travail sur le sodium.

En vue de ma comparution d'aujourd'hui, j'ai préparé deux tableaux qui, selon moi, vous aideront à comprendre la place qu'occupe le sodium dans les aliments que nous ingérons. Ces données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et elles sont très utiles pour nous aider à comprendre la place qu'occupe le sodium dans notre alimentation. C'est également la première enquête nationale sur la nutrition effectuée au Canada depuis 30 ans.

J'aimerais attirer votre attention sur les premières données présentées dans le graphique circulaire et vous les expliquer. Je crois que ce document vous a été distribué. Il s'agit des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités; les sources de sodium ont été divisées par groupes d'aliments. Les ingrédients des sandwichs ont été pris séparément, soit le pain, la viande et le fromage. Les ingrédients ont tous été divisés selon les principaux groupes d'aliments.

Nous pouvons donc constater que la principale source de sodium dans l'alimentation des Canadiens, c'est le pain. Viennent ensuite les viandes transformées, les légumes et jus de légumes, les soupes et les plats de pâtes. Même les aliments comme le fromage et les produits laitiers contiennent une grande quantité de sodium. On peut le constater au bas du graphique. Nous avons ensuite les plats de viande rouge et de volaille. Dans ces mets composés, le sodium se trouve habituellement non pas dans la viande, mais dans les autres ingrédients, comme les sauces et les pâtes qui y sont ajoutées.

Il convient également de mentionner les autres catégories d'aliments qui se trouvent du côté gauche du graphique. Les aliments comme les céréales du petit-déjeuner, les pommes de terre, le poisson, les plats de riz et les œufs ne sont habituellement pas considérés par les Canadiens comme des produits salés, mais en fait, ils apportent plus de sodium à notre alimentation que les croustilles et les collations salées, qui sont parfois considérées par les consommateurs comme les principales sources de sel dans l'alimentation.

En résumé, ces données font ressortir deux facteurs importants. Premièrement, elles nous renseignent sur la quantité totale de sodium que les gens consomment. Le pain, par exemple, a une teneur modérée en sodium, mais les Canadiens en consomment beaucoup. Dans l'ensemble, ils mangent des quantités assez importantes de produits comme le pain et ce, presque tous les jours. Deuxièmement, il n'y a pas uniquement un groupe ou quelques groupes d'aliments qui contiennent le plus de sodium. Il faudra qu'il y ait des changements dans presque tous les groupes d'aliments et produits sur le marché si nous voulons réduire de façon importante notre apport en sodium.

Le second tableau vous donne un aperçu du contenu en sodium des aliments dont je vous ai parlé. Ces données proviennent d'aucune marque en particulier, elles correspondent assez bien à la teneur type en sodium d'une catégorie d'aliments même si, comme l'a souligné M. Jeffery, il y a beaucoup de variations dans chaque groupe.

On peut donc trouver des céréales à forte ou à faible teneur en sodium dans les collations salées. On constate dans ce tableau que le pain ne contient environ que 300 milligrammes de sodium, une quantité modérée. Souvent, les soupes, pogos et hot-dogs en contiendront pratiquement le double, c'est-à-dire environ 500 ou 600 milligrammes, soit près du tiers ou de la moitié de la consommation quotidienne de sodium recommandée.

Il y a aussi les mets composés. Le produit qui se trouve dans le coin droit contient presque l'apport quotidien total en sodium recommandé.

Le consommateur a l'impression que le sandwich est un produit santé parce qu'il est fait de blé entier et qu'il contient moins de six grammes de lipides, mais en fait, il contient presque l'apport le plus élevé en sodium dans une journée. On consommera peut-être quelques tranches de pain avec cela, ou bien un dessert ou un autre aliment au cours du repas.

Le message à retenir ici, c'est que l'on trouve du sodium dans tous nos aliments, même dans ceux que les consommateurs ne considèrent pas nécessairement comme des aliments salés.

• (1555)

Sur ce, je vous remercie de m'avoir donné l'occasion aujourd'hui de vous parler des sources de sodium dans notre alimentation.

Merci beaucoup.

La présidente: Je tiens à remercier nos témoins de leurs observations judicieuses.

Nous allons maintenant entamer la première série de questions. Chaque intervenant disposera de sept minutes pour la question et la réponse.

Commençons par Mme Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Merci, madame la présidente, et merci à tous d'être venus.

Comme vous le savez, le niveau d'alerte pandémique est à la phase six, et nous craignons en quelque sorte de devoir y revenir.

Je crois que vous faites tous partie du groupe de travail sur le sodium qui a été mis sur pied par le ministre en octobre 2007, n'est-ce pas? Bien entendu, nous voulons savoir quelle solution le groupe de travail va proposer. J'aimerais savoir quand il va déposer son rapport.

Le mandat de votre groupe de travail semble indiquer que vous allez élaborer, mettre en oeuvre et surveiller une stratégie sur la santé de la population selon les recommandations formulées par l'Institut de médecine. On dit ensuite que la stratégie sera divisée en trois volets, soit l'éducation, la réduction volontaire de la teneur en sodium des produits alimentaires transformés et la recherche.

J'ai quelques inquiétudes. Pour moi, une stratégie, c'est trois questions: « quoi », « quand » et « comment ». Nous avons déjà répondu au « quoi », à savoir que vous souhaitez que la teneur en sodium de l'alimentation des Canadiens soit conforme aux recommandations de l'Institut de médecine. J'aimerais savoir ce qui s'est passé au cours des 30 derniers mois. Comment progressons-nous? Ce mandat est-il assez large pour vous permettre de faire ce qu'il faut? Combien de temps a-t-il fallu pour comprendre que les céréales All-Bran du Canada ne devraient pas contenir trois fois plus de sodium que celles des autres pays? Avez-vous suffisamment de fonds pour agir? Comment se fait-il que vous travailliez de façon si discrète que si ce n'était du *Globe and Mail*, je crois que personne n'aurait la moindre idée que le pain contient du sel.

Sans stratégie d'engagement de la population, sans processus transparent pour votre groupe de travail, sans cibles et sans ressources adéquates, j'ai peur que vous n'y arriviez pas, si vraiment vous devez présenter un rapport au printemps.

Je ne suis pas certaine que les membres du comité étaient au courant que votre groupe avait déjà commencé son travail et qu'il devait faire rapport. Nous parlons d'un tueur silencieux et nous avons un groupe de travail silencieux qui ne semble pas être en mesure d'accomplir le travail. Avez-vous besoin de plus de fonds? D'une meilleure structure? Comment allez-vous mobiliser les Canadiens? Comment peut-on siéger à un comité et ne pouvoir utiliser que des approches de réduction volontaire, si c'est tout ce que l'on vous permet?

• (1600)

La présidente: Qui souhaite répondre à cette kyrielle de questions?

Quelques personnes voudraient peut-être prendre la parole. Madame Campbell, voulez-vous commencer?

Dr Norman Campbell: Je peux certes répondre à quelques-unes de ces questions.

Il me semble évident que le groupe de travail a besoin de ressources très considérables afin de mettre sur pied une campagne de sensibilisation pour que les Canadiens comprennent bien les risques pour la santé associés à une forte consommation de sodium alimentaire, et qu'ils soient conscients de la provenance de ce sodium et au fait des solutions qui s'offrent à eux. Voilà tout au moins un besoin qui ne fait aucun doute.

Notre organisation s'est employée très activement à sensibiliser les Canadiens avec les moyens et les mécanismes à sa disposition. Nous pouvons compter sur un vaste réseau de professionnels de la santé dans toutes les régions du Canada et notamment dans tous les secteurs des soins primaires. Nous avons créé des outils pour la sensibilisation de ces professionnels de la santé et nous leur avons fourni des ressources qu'ils peuvent transmettre à leurs patients. Je ne crois pas que cela soit suffisant, mais c'est tout au moins l'un des véhicules disponibles au sein de notre secteur d'intervention.

L'hon. Carolyn Bennett: Peut-être que Mme L'Abbé pourrait nous dire à combien se chiffre le budget du groupe de travail et les sommes qui ont été dépensées jusqu'à maintenant pour sensibiliser la population.

Mme Mary L'Abbé: Je ne pourrais pas vous parler directement du budget, mais je peux vous confirmer que Santé Canada consacre plusieurs centaines de milliers de dollars par année au soutien du groupe de travail sur le sodium et ce, depuis le tout début. J'ai pris bonne note des commentaires de M. Campbell. Le groupe de travail a consacré une bonne partie de sa dernière réunion à l'examen de l'approche à adopter pour optimiser une stratégie et une campagne de sensibilisation auprès des Canadiens au sujet du sodium et de la pression artérielle. Il en ressort que les ressources actuellement disponibles sont nettement insuffisantes.

L'hon. Carolyn Bennett: Mais ne trouvez-vous pas un peu décevant qu'au bout de deux années...? C'est un problème de communication, bien davantage qu'un problème scientifique. Toutes les bases scientifiques nécessaires existent. Pourquoi ne peut-on pas simplement aller de l'avant?

Mme Mary L'Abbé: En toute équité, je dois dire que le groupe de travail n'a pas ménagé ses efforts. On a tenu un processus ouvert de consultation publique en février dernier. Nous sommes déçus d'avoir dû retarder le processus. Il y a eu des élections qui ont un peu brouillé les cartes. Nous avions prévu passer à l'action en septembre de l'an dernier...

L'hon. Carolyn Bennett: Vous pouvez en glisser un mot au premier ministre.

Mme Mary L'Abbé: C'est le lot des comités consultatifs. On les met en veilleuse lorsque des élections sont déclenchées.

Nous avons tout de même tenu nos audiences publiques en février dernier.

L'hon. Carolyn Bennett: Les députés n'étaient pourtant pas au courant. Comment avez-vous pu tenir des audiences publiques sans même que les représentants de la population ne le sachent?

Mme Mary L'Abbé: Il y en a eu plusieurs centaines, sans compter l'annonce sur le site Web. Des centaines de réponses ont été reçues des consommateurs et des associations de consommateurs, de même que de l'industrie et des ONG du secteur de la santé. Nous ne disposons pas des ressources nécessaires pour effectuer ce genre de...

L'hon. Carolyn Bennett: De quelle quantité supplémentaire de ressources auriez-vous besoin? Les députés se feraient un plaisir de placer gratuitement une annonce dans leur bulletin parlementaire. Toutes les fois que vous avez besoin de publicité, vous n'avez qu'à nous fournir une annonce prête à paraître et nous la diffuserons dans notre bulletin.

Mme Mary L'Abbé: C'est formidable. Le groupe de travail aimerait beaucoup pouvoir profiter de cette possibilité. Ce serait un véhicule très utile pour lui dans ses efforts incessants de sensibilisation.

J'aimerais aussi ajouter qu'au cours du printemps et dans le courant de l'été — comme l'a mentionné Mme Tanaka — trois sous-comités du groupe de travail se sont réunis. Ils se sont penchés sur trois volets de la problématique, en collaboration étroite avec le personnel de Santé Canada. Nous avons maintenant des objectifs provisoires en matière d'approvisionnement alimentaire, et nous avons une meilleure idée depuis le printemps dernier de la provenance de ces approvisionnements.

Il s'agit des objectifs à atteindre pour réduire la teneur en sodium des aliments canadiens de telle sorte que nos concitoyens puissent bénéficier des avantages découlant des niveaux établis par l'IOM. Ces objectifs ont été fixés en fonction de la provenance du sodium consommé par les Canadiens. Il s'agit donc d'un important pas en avant, parallèlement à la campagne de sensibilisation. Nous sommes heureux de pouvoir vous dire que les Instituts de recherche en santé du Canada ont mis l'épaule à la roue en fournissant les études nécessaires au soutien des efforts du groupe de travail.

• (1605)

La présidente: Merci, madame L'Abbé.

Nous passons maintenant à M. Malo.

[Français]

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

Je remercie nos témoins d'être avec nous cet après-midi.

On a dit beaucoup de choses qui sont très importantes dans le cadre d'un travail collectif visant à ce que la population consomme moins de sel au quotidien. Comme on le sait, des études ont été faites et elles nous indiquent que beaucoup trop de gens consomment plus que la quantité acceptable de sel. On nous a dit que le sel est la substance chimique qui cause le plus de décès. On nous a dit également que les consommateurs ont de mauvaises perceptions relativement à la quantité de sel qu'ils consomment. On a également appris que le sel a une incidence très importante sur le nombre de cas de maladies, et par conséquent sur les coûts des soins de santé, tout cela dans le contexte d'une étude réalisée par le World Action on Salt and Health. Cette étude nous révèle que, dans le cas de plusieurs produits, les taux de sel au Canada sont parmi les plus élevés, alors qu'au Royaume-Uni, ils sont parmi les moins élevés. On y a d'ailleurs organisé une campagne très claire pour encourager une réduction de la consommation de sel. Tout comme Mme Bennett, je me demande ce que le groupe a fait. Je me demande aussi quand les conclusions seront publiques et quand des actions seront entreprises.

Vous nous disiez, madame Tanaka, que le groupe de travail sur le sodium avait étudié le modèle britannique. Quelles leçons tirez-vous du modèle britannique?

Madame Reynolds, vous invitiez également le comité à étudier cette question. J'aimerais savoir ce que le comité peut faire pour aider votre groupe, mais aussi faire en sorte que, dans les mois à venir, les produits de consommation contiennent moins de sel. Comme nous le disent certaines études, entre 75 p. 100 et 80 p. 100 de la quantité de sel consommée au quotidien provient des produits achetés dans le commerce et non de la salière.

[Traduction]

La présidente: Qui voudrait répondre à cette question?

Madame Reynolds.

Mme Joyce Reynolds: Nous sensibilisons les membres de notre association à la problématique du sodium. Dans le cadre de notre programme d'information sur la nutrition, nous avons ainsi produit une brochure comme nous l'avions fait pour les gras trans et l'étiquetage nutritionnel. Tous les restaurateurs canadiens y ont accès sur notre site Web.

Mais nous voulons surtout faire valoir que cette approche doit être coordonnée dans l'ensemble de l'industrie, partout au pays. Il ne sert à rien qu'un secteur de l'industrie réduise ses niveaux de sodium si le public consommateur ne comprend pas pourquoi. Il faut que chacun prenne conscience de la nécessité d'ajuster ses perceptions gustatives, ce qui ne se fait pas en criant lapin. Nous agissons chacun dans nos secteurs d'intervention et le groupe de travail s'emploie à coordonner tous ces efforts.

[Français]

M. Luc Malo: Qu'est-ce que le comité peut faire?

[Traduction]

M. Ron Reaman: En examinant la situation au Royaume-Uni, le groupe de travail a constaté que le gouvernement de ce pays avait consacré une somme de l'ordre de 36 millions de dollars à une campagne de sensibilisation et d'éducation publique. Si l'on veut vraiment réduire la consommation de sodium au Canada, il faudra absolument lancer une telle campagne. Nous exhortons votre comité à nous appuyer dans ces efforts, ce qui devra se traduire par l'injection de fonds publics.

Notre association travaille à la sensibilisation de ses membres qui doivent ensuite intervenir à leurs niveaux respectifs. La concertation des efforts demeure toutefois essentielle. Le financement doit

provenir de plus d'un secteur à la fois. Le gouvernement du Canada doit agir comme chef de file dans cette démarche en démontrant que c'est un objectif qui lui tient à cœur.

• (1610)

La présidente: Monsieur Jeffery.

M. Bill Jeffery: Je ne peux pas parler au nom du groupe de travail — Mme L'Abbé saura le faire bien mieux que moi — mais votre comité pourrait faire valoir au gouvernement que des modifications réglementaires s'imposent pour faciliter la transition. Nous avons examiné les modèles appliqués en Finlande et au Royaume-Uni. On y a obtenu certains résultats, mais les niveaux de consommation de sodium demeurent comparables aux nôtres.

Nous aimerions nous donner des objectifs beaucoup plus ambitieux. Il se peut fort bien que l'exhortation à une action volontaire ne soit pas suffisante. Si tel est effectivement le cas, j'ose espérer que nous nous en rendrons compte sans tarder afin d'inscrire sur-le-champ quelques-uns de ces objectifs dans la réglementation.

Il est important de fournir au comité ou à Santé Canada davantage de ressources pour la mise en oeuvre d'une campagne de sensibilisation. Chez moi, nous lisons les bulletins parlementaires que nous recevons. Nous ne sommes sans doute pas les seuls à le faire, mais on pourrait affirmer sans crainte que nous ne sommes pas nombreux. Nous avons envisagé une stratégie média mieux articulée qui inclurait des publicités télévisées.

La présidente: Monsieur Campbell.

Dr Norman Campbell: Il est important de prendre conscience de quelques-uns des obstacles auxquels nous sommes confrontés. Pour les surmonter, il faudra des interactions entre Santé Canada, les différentes entreprises alimentaires et les groupes qui les représentent. Il faudra embaucher pour ce faire du personnel formé à cette fin. Il faudra négocier les objectifs et les échéanciers, ce qui exigera une expertise technique relativement aux différents aliments concernés. Encore là, on devra embaucher des spécialistes et obtenir les ressources financières requises.

La surveillance à exercer est complexe et doit se faire dans une perspective représentative de la population canadienne. Il existe un mécanisme auquel on peut avoir recours: l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé. Il s'agit d'un processus permanent, mais il faudra y adjoindre des ressources supplémentaires pour le contrôle de la consommation de sodium, sans compter celles qui seront consacrées à la sensibilisation. Les besoins à ce chapitre atteindront probablement de 10 à 20 millions de dollars par année.

Les économies de coût découlant de l'utilisation moindre d'agents antihypertenseurs se chiffreront à quelque 300 millions de dollars par année. Il y a donc un investissement à consentir, mais celui-ci procurera directement et rapidement des bénéfices substantiels.

La présidente: Madame Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci, madame la présidente. Et merci à vous tous de vous être déplacés pour venir discuter avec nous de cette question cruciale pour la santé et le mieux-être des Canadiens.

J'ai parlé récemment au Dr Eldon Smith, un des fers de lance de la stratégie pour la santé cardiovasculaire. D'après ce que j'ai pu comprendre, les maladies du coeur font plus de victimes que toutes les autres maladies chroniques réunies. L'apport élevé en sodium est l'un des facteurs importants à l'origine de ces maladies. De fait, selon certains reportages, on pourrait diminuer de 11 500 le nombre de victimes de crises cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux en réduisant cet apport en sodium. Une intervention sur ce front permettrait donc d'aider beaucoup de gens.

Votre groupe de travail a été mis sur pied il y a près de deux ans en vue d'élaborer un plan d'action. Avez-vous un plan d'action à nous présenter aujourd'hui?

La présidente: Qui veut répondre?

Madame L'Abbé.

Mme Mary L'Abbé: Je dirais que le groupe de travail sur le sodium a déjà une ébauche de plan. Nous avons examiné certains éléments et pris des décisions sur différentes questions; je pourrais vous fournir plus de détails sur quelques-unes d'entre elles.

Par exemple, le groupe a convenu que la stratégie devrait être mise en oeuvre progressivement, c'est-à-dire en établissant dans un premier temps des objectifs valables pour un certain nombre d'années pour se doter par la suite de cibles plus ambitieuses. Nous sommes conscients qu'il nous faut fixer des échéanciers et des objectifs à court terme de manière à réaliser certains gains dans l'immédiat. Nous avons jeté les bases d'une très importante stratégie de sensibilisation à la problématique du sodium, mais il va de soi que nous avons besoin de l'aide financière du gouvernement à cette fin, même si je dois avouer que nous nous réjouissons du soutien obtenu à cet égard auprès de l'industrie et de différentes ONG du secteur de la santé, entre autres, qui souhaitent contribuer à une vaste campagne nationale. Toutes les composantes de base sont donc en place et il ne nous reste qu'à préciser les détails, ce qui devrait être fait dans notre rapport qui sera présenté d'ici la fin de l'année ou au début de l'an prochain.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je me dois de faire écho à quelques-unes des préoccupations soulevées par Mme Bennett. N'eut été de Carly Weeks du *Globe and Mail* et du travail effectué par CBC, il est bien possible qu'aucun d'entre nous n'ait été mis au fait de l'importance de ce problème. Cela s'inscrit sans doute dans le travail que vous accomplissez dans l'ombre, mais la plupart d'entre nous ne savions pas vraiment ce qui se passait. Et voilà qu'on nous dit qu'il faudrait encore une autre année, ce qui ne manque pas de nous inquiéter. Il s'agit pourtant d'un problème très grave. Pourquoi est-ce si long? Je suppose que notre rôle consiste notamment à voir si l'on ne pourrait pas accélérer les choses.

Cela m'amène à la question qui suit. S'il s'agit d'abord et avant tout d'établir des objectifs en vue de réduire l'apport en sodium — et nous savons que les Canadiens consomment en moyenne 3 500 milligrammes de sodium par jour, alors que ce niveau devrait se situer, si j'ai bien compris, quelque part entre 1 200 et 2 300 milligrammes — pouvez-vous nous dire si vous avez effectivement fixé une cible à cet égard?

•(1615)

Mme Mary L'Abbé: Je vous dirais que oui.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Et de quelle cible avez-vous convenu?

Mme Mary L'Abbé: Nous avons convenu que notre premier objectif est d'amener la population canadienne au niveau AA. Nous estimons que c'est le premier objectif réalisable que nous pouvons...

Mme Judy Wasylycia-Leis: Qu'est-ce que le niveau AA?

Mme Mary L'Abbé: C'est le niveau maximum de l'apport acceptable, soit 2 300 milligrammes.

Cela constituerait une réduction considérable de la consommation de sodium par la population canadienne. Et nous croyons que bien que cela puisse...

Mme Judy Wasylycia-Leis: Une baisse suffisante pour réduire instantanément le nombre de décès?

Mme Mary L'Abbé: D'après ce que l'on a pu constater dans différents autres pays, même... Nous avons discuté d'une réduction de l'ordre de 5 p. 100 par année, ce qui aurait un impact marqué sur le nombre de victimes. Je crois que M. Campbell serait mieux qualifié pour vous parler de tous ces calculs, mais la tendance générale est de préconiser une modification graduelle, soutenue et continue de l'apport alimentaire au fil des ans. C'est d'ailleurs de cette façon que l'on a procédé au Royaume-Uni, pour citer cet exemple. Le groupe de travail s'est très largement inspiré de l'expérience britannique pour établir des objectifs applicables pour le Canada, des objectifs qui sont encore provisoires.

Mme Judy Wasylycia-Leis: J'aimerais bien savoir ce que M. Campbell pourrait nous dire à ce sujet.

Pendant que vous y êtes, vous pourriez également nous indiquer ce que vous pensez du choix entre une approche volontaire et une démarche réglementaire, car je crois que l'expérience des gras trans nous a appris que l'avenue de la mobilisation volontaire a ses limites. Au bout d'un certain temps, l'industrie commence à souffrir d'un régime où certains se conforment et d'autres pas, ce qui préoccupe vivement, j'en suis persuadée, l'Association des restaurateurs et des services alimentaires. Ne serait-il donc pas préférable d'aller au coeur du problème et d'établir des cibles obligatoires?

Dr Norman Campbell: Nous avons beaucoup travaillé à l'établissement d'objectifs. L'objectif ultime consiste à rabaisser notre consommation à un degré se situant entre le niveau d'apport suffisant, soit 1 500 milligrammes pour un adulte d'âge moyen, mais nettement moins pour une personne plus jeune ou plus vieille, et le niveau d'apport d'acceptable. Nous devrions atteindre cet objectif aux environs de 2020.

On a jugé important de fixer une cible intérimaire pouvant réalistement être atteinte. Il s'agit d'un apport de 2 300 milligrammes en 2016, ce qui nécessite une réduction d'environ 5 p. 100 par année. En Finlande, on est parvenu à réduire la consommation de 40 p. 100. Il a fallu une vingtaine d'années pour ce faire. Au Royaume-Uni, l'apport en sodium est réduit d'un peu plus de 2 p. 100 par année. Vous voyez donc que les efforts déployés en ce sens par le Canada sont particulièrement énergiques.

La quête de ces objectifs est une démarche cruciale. Comme vous le savez, nous estimons à 11 500 le nombre annuel de victimes d'une défaillance cardiovasculaire. Je crois donc qu'il est urgent d'agir, mais nous devons intervenir de manière réaliste. D'après moi, la mobilisation volontaire devra être assortie d'une surveillance gouvernementale très étroite.

Il y aura des entreprises socialement responsables qui n'hésiteront pas à emprunter le droit chemin. Il y en aura d'autres qui essayeront de contourner le problème, sans doute pour se garantir un avantage concurrentiel. Si la situation devient problématique, je suppose que nos entreprises exemplaires demanderont une réglementation.

D'après ce qu'on m'a dit, c'est ce qui semble vouloir se produire au Royaume-Uni. Des entreprises qui ont procédé à des réductions vraiment marquées pointent du doigt certains concurrents qui n'ont rien fait. On réclame l'adoption de règlements.

En Finlande, divers règlements ont été mis en place, notamment concernant les avertissements relatifs aux aliments à forte teneur en sodium. Au Portugal, la teneur en sodium des produits panifiés a été réglementée, car ils constituent la principale source de sodium alimentaire dans ce pays.

La réglementation a pour avantage d'entraîner des changements très rapides, mais il faut parfois beaucoup de temps pour établir des règlements. Le modèle que nous envisageons d'adopter, qui est sans doute le plus défendable sur la planète actuellement, celui du Royaume-Uni, est fondé sur la mobilisation volontaire appuyée par une étroite surveillance gouvernementale et la menace d'une intervention réglementaire en cas de non-conformité.

La présidente: Merci, monsieur Campbell.

Nous passons maintenant à M. Carrie.

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

Je tiens d'abord et avant tout à remercier tous nos témoins pour leur présence.

Je veux que vous sachiez bien que notre comité a à coeur d'examiner à fond toutes les questions touchant la saine alimentation. Cela fait partie des priorités que nous nous sommes données, mais je dois vous avouer, à titre personnel, que je suis un ancien accro du sel. J'adore le sel, mais je contrôle mieux ma passion. J'ai bien encore quelques tremblements lorsqu'une salière me passe sous le nez, mais je pense m'en tirer beaucoup mieux.

En prenant connaissance de l'un des documents que vous nous avez remis, madame L'Abbé, j'ai été estomaqué par les chiffres très élevés qui y sont mentionnés. Je sais que l'industrie prend le problème très au sérieux. J'ai reçu la visite de l'un des principaux fabricants de croustilles, une autre de mes passions alimentaires, et je peux vous dire que de nombreuses mesures ont déjà été prises pour réduire la teneur en sodium.

Mais la situation m'inquiète. Ma collègue a parlé du groupe World Action on Salt and Health et de la teneur en sodium de différents produits à l'échelle internationale en mentionnant notamment les flocons de son. Au Canada, la teneur indiquée est de 861 milligrammes par portion, alors qu'elle n'atteint que 258 milligrammes aux États-Unis. Les rondelles d'oignon, qui figurent également parmi mes aliments favoris, ont vu leur teneur en sodium être réduite à 159 milligrammes au Royaume-Uni, pendant qu'elle se situe encore à 681 milligrammes chez nous. Au Canada, la quantité de sodium dans le poulet popcorn se chiffre à 908 milligrammes alors que, même en Malaisie, on la limite à 560 milligrammes.

En constatant ces différences à l'échelle internationale, je ne peux m'empêcher de me demander comment le Canada se compare aux autres pays pour ce qui est de la consommation de sodium. J'aimerais bien savoir si vous avez une hypothèse à ce sujet. S'agit-il de motifs culturels? Les raisons sont-elles historiques? Ce qui m'inquiète en voyant la teneur en sodium de certains de nos produits, c'est que je les retrouve dans le régime alimentaire du député moyen.

Des voix: Oh, oh!

M. Colin Carrie: Pourquoi des différences si notables? Où le Canada se situe-t-il à ce chapitre? Pouvez-vous nous dire ce que vous en pensez?

●(1620)

La présidente: Qui voudrait répondre à la question?

Mme Phyllis Tanaka: Comme nous sommes une association commerciale, je ne peux évidemment pas me prononcer au nom de chacune des entreprises. Mais en effet, on connaît l'existence de différences entre les produits selon les diverses régions du monde. Cependant, la chose peut être vraie des deux côtés de la clôture; ainsi, certains produits au Canada auront une teneur en sodium moins élevée qu'au Royaume-Uni, par exemple.

Mais vous avez dit vous demander comment nous nous comparions à d'autres pays pour ce qui est de l'apport en sodium au sein de la population. En fait, au Canada, bien que nous ayons un taux de sodium élevé, soit de 3 100 milligrammes par jour, en comparaison avec le Royaume-Uni, l'apport en sodium de la population britannique était plus élevé au départ. Un examen des produits pris individuellement ne permet pas de dégager un portrait d'ensemble de tous les éléments qui façonnent l'état de santé de la population des différents pays.

M. Colin Carrie: Monsieur Campbell.

Dr Norman Campbell: Le Réseau canadien contre les accidents cérébraux vasculaires et Pression Artérielle Canada ont collaboré à l'étude de la World Action on Salt and Health. Nous nous sommes lancés dans cet exercice avec enthousiasme, en pensant que les choses se présentaient très bien pour le Canada, puisque nous avions eu deux ou trois ans de publicité à grande échelle sur le sujet et que nous pensions que les entreprises canadiennes réagiraient. Je crois que la plupart d'entre nous avons été absolument consternés lorsque les résultats de l'étude ont été publiés, et c'était très décourageant. Je pense que cela révèle que beaucoup d'entreprises offrent exactement le même produit dans un autre pays où l'apport en sodium est très faible, et cela en dit long sur les impacts que nous pourrions avoir.

Notons que le taux de sodium élevé n'est pas un problème au Canada seulement: c'est un problème mondial. On ajoute du sodium aux aliments partout dans le monde. C'est l'une des priorités de l'Organisation mondiale de la Santé. Tout récemment, l'Organisation panaméricaine de la santé a chargé un comité sur le sodium de tenter de mettre au point des recommandations de politiques visant la réduction du sodium dans les pays des Amériques, dont certains présentent des taux très élevés. Fait à noter, les taux d'ACV autour du globe sont très étroitement liés à l'apport en sodium. En effet, ils sont associés à l'hypertension artérielle, mais aussi à d'autres problèmes de santé tels que le cancer gastrique. Une quantité de sodium alimentaire élevée est également procarcinogène, et peut entraîner d'autres effets potentiellement nocifs pour la santé.

M. Colin Carrie: Nous tentons de transmettre aux Canadiens moyens le message selon lequel il est vraiment important de bien manger et de rester actif pour être en meilleure santé. Pourriez-vous donner au comité votre avis quant aux raisons pour lesquelles on accorde au sodium une priorité aussi élevée, alors que nous avons d'autres aliments comme les gras — nous avons parlé des gras trans — et le sucre. Pourquoi le sodium constitue-t-il une aussi grande priorité, comparativement à d'autres aliments?

●(1625)

Dr Norman Campbell: Tout récemment, j'ai été invité aux Centres for Disease Control and Prevention, aux États-Unis, où l'on est en train de procéder à une restructuration des modes de gestion du système de santé américain, et où l'on examine les principaux risques pour la santé au sein de la population, en tâchant de déterminer dans quelle mesure il est possible de s'y attaquer.

Premièrement, une pression artérielle accrue représente le principal risque de mortalité dans le monde. Cette conclusion résulte d'analyses complexes effectuées par l'OMS, et cela est lié au fait que les vaisseaux sanguins se trouvent partout dans le corps humain, et qu'une pression artérielle accrue les endommage.

Les principales causes de décès dans notre pays sont les accidents vasculaires cérébraux et les maladies cardiaques, et l'hypertension artérielle est responsable d'environ 66 p. 100 des ACV et d'environ la moitié des maladies cardiaques. L'augmentation de la tension artérielle que nous connaissons dans notre société n'est pas vécue par les sociétés primitives, où l'on consomme des aliments non transformés et où l'on est mince et physiquement actif. Lorsque nous examinons les diverses causes à l'origine d'une pression sanguine accrue, nous voyons qu'elles sont liées à un certain nombre de facteurs nutritionnels — une alimentation riche en calories, les gras saturés, un faible taux de calcium, de magnésium ou de fibres —, mais dans une large mesure, une consommation élevée de sodium alimentaire est l'un des grands facteurs en cause.

Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, environ 30 p. 100 des cas d'hypertension diagnostiqués cliniquement au Canada seraient associés à une alimentation à haute teneur en sodium. Lorsqu'on examine les choses sous l'angle de la rentabilité, encore une fois, les analyses internationales ont indiqué que la manière la plus économique d'améliorer la santé de la population est de réduire le sodium alimentaire. Il est aussi question de réduire l'usage du tabac, ce que l'on considère comme hautement rentable. Mais c'est la réduction du sodium alimentaire qui sera la plus payante. C'est pourquoi on se concentre là-dessus.

Cela ne veut pas dire que les autres problèmes de santé ne sont pas d'une importance capitale, et qu'il n'est pas nécessaire de les traiter. Nous avons le guide canadien de la saine alimentation, qui précise ce que nous devrions manger. Peut-être nous faudrait-il une stratégie globale quant à la manière d'amener la population canadienne à s'alimenter ainsi, au lieu de se contenter de distribuer ce guide en tant que document intéressant.

M. Colin Carrie: Madame la présidente, brièvement, pourrions-nous demander si quelqu'un d'autre a un point de vue là-dessus, ou si tout le monde est d'accord avec le Dr Campbell?

La présidente: Nous allons devoir conclure avec M. Jeffery. Je suis navrée, monsieur Malo, il ne nous reste plus de temps.

Allez-y brièvement, monsieur Jeffery.

M. Bill Jeffery: En ce qui a trait aux nutriments dont vous avez parlé, les gras trans et le sodium, un apport excessif en sodium est à l'origine d'environ quatre fois plus de décès que les gras trans, selon certaines estimations. Toutefois, nous continuons de parler de milliers de décès prématurés chaque année. L'OMS, en mai dernier, a publié une mise à jour scientifique sur les gras trans, où l'on indiquait que l'argument scientifique en faveur d'un retrait du sodium de l'alimentaire était encore plus convaincant. Mais nous avons encore ce programme volontaire, et nous attendons de voir si la ministre de la Santé donnera suite à l'appel à une réglementation par Santé Canada, en l'absence d'une action énergique de la part de l'industrie.

Il y a également d'autres facteurs à considérer. Les Canadiens ne consomment pas assez de fruits, de légumes et de grains entiers, et tout cela représente d'importants facteurs de risque. Ces facteurs sont moins bien étudiés pour ce qui est de leurs implications au niveau de la population, sur le plan des décès prématurés, bien qu'ils soient importants également.

La présidente: Merci, monsieur Jeffery.

Nous allons devoir conclure. Peut-être pourrions-nous reparler de la question un autre jour. Le sujet est très intéressant, et je pense que d'autres questions restent en suspens.

Je vous remercie beaucoup de votre venue.

Je demanderais que nous suspendions la séance pendant deux minutes, pour permettre à nos témoins suivants de prendre place.

- _____ (Pause) _____
-
- (1635)

La présidente: Je prierais tous les membres de gagner leur place à la table, s'il vous plaît.

J'invite également tous les témoins à prendre place. Nous sommes impatients d'entendre vos exposés aujourd'hui.

Nous entamons maintenant la seconde heure de notre séance, qui portera sur la préparation et la réponse au virus H1N1.

Aujourd'hui, nous recevons les représentants de quatre organismes. Pour commencer, nous avons l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, dont Rachel Bard est la directrice générale. Bienvenue, Rachel. Nous avons aussi parmi nous Della Faulkner, infirmière-conseillère en politiques publiques.

Les exposés d'aujourd'hui seront d'une durée de cinq minutes, madame Bard. Nous avons beaucoup d'allocutions au programme et nous tenons à nous assurer qu'on aura la possibilité de poser des questions également. Lorsque vous verrez ce voyant lumineux devenir rouge, je vous demanderais de conclure rapidement.

Bienvenue; il nous tarde d'entendre vos déclarations.

Mme Rachel Bard (directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Bonjour.

En tant que directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui représente les infirmières et infirmiers autorisés d'un bout à l'autre du pays, c'est assurément un plaisir pour moi que de pouvoir m'adresser à vous. Je vous remercie de me donner l'occasion de présenter les solutions préconisées par les infirmières et infirmiers en vue de gérer efficacement la pandémie de grippe H1N1.

Notre analyse de la mise en oeuvre du plan de lutte contre la pandémie jusqu'à maintenant révèle plusieurs améliorations depuis la dernière crise en santé publique, c'est-à-dire le SRAS, mais aussi plusieurs domaines qui nécessitent une intervention. Permettez-moi de commencer par parler des forces de cette stratégie.

Premièrement, nous félicitons le ministre Aglukkaq et notre administrateur en chef de la santé publique d'avoir communiqué fréquemment avec la population et les professionnels de la santé. L'AIIIC est reconnaissante des possibilités régulières de communication avec des fonctionnaires de l'Agence de la santé publique et des efforts de la ministre pour nouer des liens avec les membres de la profession infirmière du Canada.

Deuxièmement, des consultations d'une assez grande ampleur ont eu lieu avec les professionnels de la santé. L'AIIIC et d'autres groupes nationaux ont été consultés au sujet d'un certain nombre de documents de politiques, y compris les lignes directrices de l'ASPC sur les priorités en matière de vaccination et la création d'une formation en ligne à l'intention des professionnels de la santé.

Troisièmement, nous appuyons les efforts de l'ASPC pour présenter une approche factuelle à l'égard de la pandémie, à l'aide de données et d'information provenant de partout dans le monde pour renseigner sur la mise en oeuvre de notre démarche.

Ce qui ne signifie pas qu'il n'y a pas place à l'amélioration. La coordination représente un défi, surtout en ce qui concerne les communications. Les infirmières et infirmiers autorisés du Canada nous disent recevoir de l'information de nombreuses sources, qui ne leur racontent pas toujours la même chose. Ils reçoivent des renseignements de l'ASPC, de leur gouvernement provincial ou territorial, de leur unité locale de santé publique, de leur employeur, des médias et ainsi de suite.

Nous reconnaissons les responsabilités des divers gouvernements et des autres intervenants, mais nous devons trouver une façon de coordonner et de simplifier nos communications. Nous prions instamment le gouvernement fédéral à diriger cet effort en assurant l'uniformité et la rapidité des messages, des politiques et de la mise en oeuvre. Sans cela, nous allons embrouiller les professionnels de la santé et le public et miner la confiance envers nos gouvernements et notre système de santé publique.

Les professionnels de la santé sont submergés de renseignements essentiels à leur pratique. Depuis le tout début de cette pandémie, l'AIIC demande au gouvernement fédéral de produire pour les professionnels de la santé des lignes directrices rédigées en langage clair et simple, et présentées dans des formats faciles à lire et faciles d'accès. Comme les infirmières et infirmiers et les autres professionnels de la santé peuvent travailler dans des conditions parfois difficiles, il importe que chacun puisse rapidement consulter une source d'information définitive qui porte sur les faits essentiels. Celle-ci doit donc être diffusée à la fois sur papier et sous forme électronique pour rejoindre les infirmières et infirmiers et les autres professionnels de la santé dans tous les coins du pays.

Notre deuxième préoccupation a trait à la protection de la santé et de la disponibilité des infirmières et infirmiers pendant cette pandémie. Des infirmières et infirmiers nous disent que certains employeurs n'ont pas offert de vérifier l'ajustement des masques N95, ou qu'il n'y a pas de masques N95. Imaginez ce qui arrivera au système de santé si le plus grand groupe de professionnels de la santé, c'est-à-dire les infirmières et infirmiers, tombe malade et ne peut se présenter au travail. Nous avons besoin de votre aide pour que le personnel infirmier du Canada soit protégé.

Troisièmement, le dossier de santé électronique est une composante essentielle du suivi en temps réel et de la communication de l'information relative aux patients pendant les situations d'urgence en santé publique. Il est essentiel de continuer à investir en cybersanté; par conséquent, nous demandons instamment au gouvernement fédéral de débloquer les 500 millions de dollars pour Inforoute annoncés dans le budget fédéral, afin de poursuivre la mise en oeuvre du dossier de santé électronique.

Enfin, nous sommes d'avis que la pandémie actuelle fait ressortir à quel point il est nécessaire de procéder à de meilleures recherches pour observer et évaluer l'affectation des ressources infirmières. Les leçons apprises seront au coeur de nos interventions cette fois-ci et amélioreront notre capacité de préparation aux situations d'urgence, et tous les Canadiens en bénéficieront dans l'avenir.

Les infirmières et infirmiers autorisés du Canada et l'AIIC sont prêts et disposés à s'engager avec les gouvernements pour minimiser les effets de cette pandémie. Ils ont les connaissances pratiques et théoriques nécessaires pour jouer de nombreux rôles essentiels.

• (1640)

En fait, les membres provinciaux et territoriaux de l'AIIC ont collaboré avec leurs gouvernements respectifs pour accélérer l'autorisation des infirmières et infirmiers ayant récemment pris leur

retraite, afin qu'ils puissent jouer un rôle actif pour faire face à cette crise.

Les infirmières et infirmiers autorisés du Canada sont des partenaires du gouvernement au cours de cette pandémie.

Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup, madame Bard.

Nous allons maintenant entendre la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.

Nous souhaitons la bienvenue à Linda Silas, présidente de l'organisme.

Mme Linda Silas (présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers): Merci.

Mes remarques porteront spécialement sur la prévention des infections et la sécurité au sein du système de soins de santé.

A l'exception de l'Ontario, il semble que les provinces et les territoires soient prêts à suivre les directives énoncées dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie, qui sont basées sur l'hygiène et la santé au travail, et non sur la sécurité. Si le gouvernement fédéral publie et adopte ces directives telles que rédigées actuellement, et que les provinces et les territoires les acceptent mot à mot, une infirmière de l'Ontario sera mieux protégée que toute autre infirmière ailleurs au Canada. Ce n'est pas le genre de message que nos membres ou le public veulent entendre. Ils veulent savoir que les gouvernements prennent toutes les mesures nécessaires pour éliminer et, lorsque ce n'est pas possible, pour minimiser les risques pour les travailleuses et travailleurs de la santé.

Laissez-moi rappeler aux membres du comité — et je cite un passage du site Web de l'Agence de la santé publique du Canada — que l'ASPC a été créée dans le but de « [préconiser] une prépondérance du gouvernement fédéral dans les questions de santé publique ». En notre qualité d'association de syndicats infirmiers, nous pensons que l'ASPC établit la norme d'excellence par rapport aux questions de santé publique de manière générale. Nous avons besoin que le même type de leadership figure à l'annexe F, qui porte sur la sécurité personnelle des employés. Si l'ASPC ne peut exercer ce leadership en raison de prétendues questions de compétences entourant la santé et la sécurité au travail, nous pensons que le silence du gouvernement fédéral est préférable au plus petit dénominateur commun.

Nous pensons vraiment que l'utilisation de l'expression « hygiène et santé au travail », par opposition à « santé et sécurité au travail », minimise l'importance du travail et des préoccupations légitimes en matière de sécurité au travail, c'est-à-dire la sécurité axée sur le milieu de travail et sur les employés. Si des normes de sécurité sont utilisées par les pompiers, les ouvriers des mines et les agents de police, elles doivent aussi être les normes en vigueur pour le personnel infirmier et autres travailleurs et travailleuses de la santé. Tel qu'énoncé par la Commission sur le SRAS, le principe de précaution a généralement un impact sur la sécurité des travailleurs.

Nous pouvons avoir une lutte de mots, et laissez-moi vous dire que cela a été le cas: le chercheur X dit ceci, et le chercheur Y dit cela. Mais nous sommes tous d'accord quant au fait que les données ne sont pas claires. Le SRAS nous a appris qu'il est trop dangereux d'attendre des preuves scientifiques concluantes avant d'adopter des mesures de protection. C'est pourquoi, pendant que le débat scientifique se poursuit, nous devons appliquer le principe de précaution selon lequel mieux vaut prévenir que guérir.

Un autre exemple justifiant notre désaveu de l'orientation de l'ASPC énoncée à l'annexe F est celui des outils suggérés pour déterminer si un travailleur de la santé est à risque. Un employé doit consulter quatre tableaux différents, ce qui est inefficace et crée de la confusion. Si nous nous conformions tout simplement au principe de précaution, les travailleurs de la santé seraient munis de respirateurs N95 lorsqu'ils se trouveraient dans une chambre ou dans une zone où se trouvent également des patients présentant des symptômes grippaux au cours d'une pandémie. Inutile de consulter un labyrinthe de lignes directrices créant de la confusion. Il est inutile d'imposer une telle démarche à une infirmière qui sera en poste à 4 heures du matin, alors que pratiquement tout le monde à Ottawa sera endormi. Elle sera là pour défendre sa propre sécurité et celle de son patient. Nous n'accepterons pas cela.

Cela ne veut pas dire que tout le personnel de l'hôpital doit porter un respirateur N95. Nous pouvons déterminer qui a vraiment besoin d'un respirateur en procédant à une évaluation des risques sur place.

Je me permets de rappeler au comité que, des 251 cas probables de SRAS au Canada en 2003, 247 étaient en Ontario. Sur ces cas probables, 77 p. 100 des personnes avaient été exposées au virus dans des établissements de soins de santé. Deux de nos membres sont décédés là-bas. Les travailleurs et travailleuses de la santé comptaient pour la moitié de ces cas.

L'Ontario tient compte du principe de précaution, ainsi que de la santé et de la sécurité au travail, dans son plan de lutte contre la pandémie d'influenza. Nous vous enjoignons de protéger nos travailleurs de la santé et de faire de la leçon tirée du SRAS une leçon nationale. Si l'ASPC ne le fait pas, les infirmières et les infirmiers le feront.

Merci beaucoup.

• (1645)

La présidente: Merci.

Je cède maintenant la parole à Mme Doig, de l'Association médicale canadienne.

Dre Anne Doig (présidente, Association médicale canadienne): Merci.

Bon après-midi, madame la présidente.

L'Association médicale canadienne est heureuse de pouvoir s'adresser au comité dans le cadre de son étude continue sur la préparation et les mesures d'intervention à l'égard du virus H1N1.

Dans le contexte global de la planification en cas de pandémie, l'AMC s'est concentrée sur l'élaboration d'outils d'information et de sensibilisation, qu'elle a affichés sur son site Web pour s'assurer que les médecins canadiens ont ce qu'il faut pour offrir les meilleurs soins qui soient à leurs patients. Nous avons également entamé des discussions avec l'Assemblée des Premières Nations en vue de remédier à la pénurie de main-d'oeuvre qui sévit dans les communautés inuites et des Premières nations pendant une pandémie. Malgré les efforts des gouvernements et d'autres intervenants, il reste beaucoup de travail à faire.

Pour être en mesure d'offrir des soins optimaux à leurs patients, les médecins (les fournisseurs de soins primaires, tout comme les spécialistes) doivent être à l'affût du statut du virus H1N1 dans leurs collectivités; ils doivent pouvoir accéder rapidement et facilement à des recommandations en matière de diagnostic et de traitement, avec des messages clairs et adaptés à leurs niveaux de service; avoir rapidement réponse à leurs questions, et pouvoir se procurer adéquatement des ressources clés comme des masques, des médicaments, des trousseaux diagnostiques et des vaccins.

L'AMC félicite les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux d'avoir mis en place le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé. L'AMC a été heureuse d'offrir de la rétroaction sur certains éléments du plan; nous prenons également part aux groupes de travail sur l'utilisation d'antiviraux et les soins cliniques.

Mais il faut encore s'attaquer à trois problèmes: le manque de communication entre les responsables de la santé publique et les fournisseurs de soins primaires; le manque de ressources adéquates pour les services de première ligne; et le manque d'uniformité à l'échelle nationale.

Les médecins doivent participer au processus de planification et recevoir des renseignements uniformes, opportuns, pratiques et conviviaux. Ils ne devraient pas être contraints d'aller chercher de l'information dans différents sites Web ou d'autres sources, ou encore dans les médias. Ce manque de communication se traduit également par l'absence de mise en pratique des connaissances acquises. Par exemple, on nous demande de garder une distance de six pieds entre un patient infecté et les autres patients et le personnel. Il est impossible d'appliquer cette recommandation dans la salle d'attente d'un cabinet médical, tout comme il est impossible de désinfecter les salles d'examen et les salles d'attente entre chaque patient.

Le volume de patients pourrait augmenter de façon spectaculaire, et on craint sérieusement de ne pas être en mesure de bien gérer les fournitures quand les cabinets seront surchargés. Il est par ailleurs très incertain que nous puissions garder suffisamment de professionnels de la santé en bonne condition pour s'occuper des patients, et nous craignons de manquer de respirateurs et d'équipements spécialisés pour traiter les malades.

On doit aussi s'attendre à ce que débordent les unités de soins intensifs des hôpitaux si une deuxième vague de pandémie venait à frapper. On peut en déduire que l'ensemble du système souffrira d'une piètre capacité d'intervention en cas d'urgence. De plus, le processus de planification en cas de pandémie pour les unités de soins intensifs et les autres unités hospitalières doit mettre de l'avant des protocoles qui permettront de déterminer quels sont les patients à traiter en priorité lorsqu'il n'y a pas suffisamment de respirateurs et de personnel pour offrir les soins appropriés à tous ceux qui en ont besoin.

Au-delà des besoins en fournitures, toutefois, il faut aussi se rappeler que souvent les journées ne comptent pas assez d'heures. Les médecins feront toujours de leur mieux pour offrir des traitements à ceux qui en ont besoin, mais si les cas de grippe H1N1 occupent tout notre temps, qui prendra soin des autres patients?

L'AMC a consulté différentes associations médicales provinciales et territoriales. Le niveau d'engagement aux processus de planification gouvernementaux et l'état général de préparation varient grandement d'un groupe à l'autre. On remarque également un manque flagrant d'uniformité entre les calendriers de vaccination des provinces. Nous avons besoin d'un énoncé clair de recommandations pour remédier à ces inégalités.

En résumé, les médecins vivent encore beaucoup d'incertitude à l'égard de la vaccination, de la distribution d'antiviraux, du rôle des centres d'évaluation et des cliniques d'immunisation massive, des actes délégués, ainsi que des obligations et des protections médico-légales. Au bout du compte, il reste du travail à faire à tous les niveaux avant que les cliniciens de première ligne se sentent fin prêts et qu'ils disposent de l'information, des outils et des stratégies dont ils ont besoin.

• (1650)

L'AMC a eu le plaisir de rencontrer le Dr Butler-Jones la semaine dernière afin de discuter de nos préoccupations. Nous continuerons à travailler étroitement avec l'Agence de la santé publique du Canada en vue de cerner les lacunes et de préparer de l'information conviviale à l'intention des cliniciens.

Je vous remercie. Je serai ravie de répondre à vos questions.

La présidente: Merci beaucoup, docteur Doig.

Passons maintenant au Dr John Maxted, du Collège des médecins de famille du Canada.

Dr John Maxted (directeur exécutif associé, Politiques en matière de santé publique, Collège des médecins de famille du Canada): Merci, madame la présidente.

Le Collège des médecins de famille du Canada est heureux de venir témoigner de nouveau devant le Comité permanent de la santé à propos des préparations en vue d'une pandémie de grippe H1N1. Nous vous ferons état aujourd'hui des progrès réalisés à l'égard des difficultés soulevées lors de notre discussion du 12 août.

Vous vouliez savoir si la situation s'était améliorée et si les médecins de famille se sentaient plus en confiance aujourd'hui qu'il y a huit semaines. En deux mots, disons que beaucoup de travail a été fait, mais il en reste encore beaucoup à faire.

Les choses se sont quand même améliorées. L'Agence de la santé publique du Canada a invité le Collège des médecins de famille du Canada à prendre part à plusieurs tables de discussion, notamment celles où il a été question du schéma de vaccination et des traitements antiviraux. Lors de notre dernière rencontre, le Dr Butler-Jones et le personnel de l'agence ont encore une fois fait preuve d'ouverture et de transparence alors que nous leur exposions nos inquiétudes. Aujourd'hui, nous travaillons avec l'Agence et d'autres intervenants clés afin d'élaborer des ressources d'information qui, nous l'espérons, seront plus accessibles et plus conviviales, et qui offriront des renseignements pratiques à l'intention des médecins de famille et des autres fournisseurs de soins qui évoluent dans des milieux de travail surchargés.

Malgré tout, nous craignons que toutes ces bonnes intentions, tous les efforts déployés et les nombreuses ressources investies n'aient que peu de retombées positives pour les fournisseurs de première ligne si nous ne tâchons pas de les adapter à leur réalité et de les acheminer par l'entremise des canaux de communication qu'ils connaissent le mieux. C'est une chose qui doit se faire localement, et pas seulement au niveau national, ou même provincial et territorial, de notre système de santé. En effet, si certaines régions ont eu la chance d'être inondées d'information par le biais d'une multitude de canaux, avec le désavantage de peut-être recevoir des messages contradictoires, d'autres sont toujours mal informées. On offre donc un réseau de ressources très inégal dans l'ensemble du pays aux médecins de famille et aux autres fournisseurs de soins.

Si on ajoute à ce bazar toutes les controverses cliniques (les interactions entre le vaccin contre la grippe saisonnière et celui contre la grippe H1N1, la propagation virale après l'influenza, à qui prescrire des antiviraux avant ou après l'exposition au virus, et les populations du Canada qui sont le plus à risque d'être touchées par cette pandémie), tout indique que notre système de santé sera secoué par une véritable crise.

Nous reconnaissons que les protocoles et les recommandations vont nécessairement changer à mesure que de nouveaux faits seront mis à jour. Toutefois, pour ce qui est du schéma de vaccination, nous ne devons pas non plus craindre de répondre à des questions d'ordre

plus général. Quand le vaccin sera-t-il disponible? Pourquoi privilégier une séquence de vaccination par groupes cibles si toute la population y a droit? Si certains groupes doivent être traités en priorité, où se situent les gens âgés de plus de 65 ans?

La prévention des infections est une priorité absolue dans la pratique de la médecine familiale. L'épidémie de SRAS et de grippe H1N1 ont braqué les projecteurs sur la façon dont les médecins de famille traitent les patients atteints de maladies infectieuses qui se présentent à leur cabinet. La plupart des cabinets de médecine familiale n'ont pas été conçus pour accueillir un déluge de patients en situation de pandémie, c'est pourquoi il faut offrir des conseils pratiques pour aider les fournisseurs de soins à gérer l'affluence de patients et les problèmes de proximité. Les médecins de famille et les autres professionnels de la santé doivent aussi avoir accès rapidement aux ressources en matière de prévention des infections, par exemple des masques N95 ajustés et d'autres articles de protection personnelle. Ils doivent savoir quelles sont les ressources appropriées et où ils peuvent se les procurer.

Comme nous l'avions mentionné le 12 août, puisque l'écllosion d'une pandémie pointe toujours à l'horizon, les gouvernements et les autorités de santé publique doivent tout mettre en oeuvre pour créer les conditions optimales qui permettront aux médecins de famille et aux autres fournisseurs de soins primaires d'avoir accès aux ressources d'information dont ils ont besoin pour gérer les premiers patients qui se présenteront à eux avec les symptômes de la grippe H1N1.

En résumé, le CMFC recommande ce qui suit. Des renseignements à jour, uniformes, faciles d'accès et conviviaux doivent être mis à la disposition des médecins de famille et des fournisseurs de soins de santé qui offrent des services de première ligne. Ce sont les autorités locales de santé publique qui doivent fournir cette information aux médecins de famille et aux autres professionnels de la santé. Il est impératif que nous travaillions ensemble pour adapter les renseignements concernant la pandémie à la réalité de la pratique des fournisseurs de soins de première ligne. Finalement, les ressources en matière de santé publique doivent être définies clairement et facilement accessibles pour les patients, les médecins de famille et les autres professionnels de la santé qui offrent des services de première ligne.

En terminant, le CMFC et les médecins de famille croient que nous pouvons agir ensemble pour contrer l'écllosion d'une pandémie de grippe H1N1. Nous apprécions les nombreux efforts qui ont été déployés et nous sommes prêts à travailler pour remédier aux difficultés qui persistent toujours.

Encore une fois, merci beaucoup, madame la présidente.

• (1655)

La présidente: Merci, docteur Maxted.

Nous passons maintenant à la première ronde de questions. Sept minutes seront allouées pour les questions et les réponses. Madame Duncan, nous commencerons avec vous.

Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.): Nous allons partager notre temps, madame la présidente.

La présidente: Très bien, madame Murray, nous vous écoutons.

Mme Joyce Murray: Merci.

J'aimerais vous poser deux questions, une à propos des ressources, et l'autre à propos du manque de communication et de coordination. Les autorités provinciales de la santé craignent de ne pas pouvoir partager les coûts avec le gouvernement fédéral. Il se peut que l'on doive acheter plus que des vaccins, comme des désinfectants, des respirateurs et d'autres fournitures, sans compter les dépenses associées à la disponibilité des travailleurs de la santé, à la planification et à la continuité des soins. Lorsque nous avons posé la question à l'Agence de la santé publique du Canada, elle nous a assurés que le manque de ressources et le partage des coûts ne constituaient pas un obstacle, et que ce ne serait jamais le cas. J'aimerais savoir si la rareté des ressources allouées pour couvrir les dépenses non liées à la vaccination pose des contraintes par rapport à la prestation des services de première ligne. Sinon, croyez-vous que cela pourrait éventuellement être le cas? C'est ma première question.

Deuxièmement, est-ce parce que l'Agence de la santé publique du Canada n'a pas suffisamment de ressources que l'on doute de sa capacité d'assurer une coordination et un leadership clair à tous les niveaux? Ou est-ce plutôt une question d'organisation, de responsabilités mal définies, en commençant probablement par celles du ministre? Est-ce que les écarts entre les différents secteurs de compétence posent encore problème? À votre avis, est-ce le manque de ressources ou le manque d'organisation qui est en cause?

La présidente: Quelqu'un veut répondre à la question?

Madame Silas.

Mme Linda Silas: Je répondrai à la première question, celle à propos des coûts, et je céderai ensuite la parole à ma collègue pour ce qui est de la structure organisationnelle. Ce qui ressort surtout du débat concernant les respirateurs et les masques chirurgicaux, ce sont les coûts rattachés à la mauvaise utilisation du matériel, dû à un manque d'éducation. Ces articles doivent être bien ajustés, alors il faut engager des dépenses pour offrir une formation sur la façon de les utiliser. Lorsque nous rencontrons les différents ministres de la santé, nous les encourageons à prendre exemple sur le programme de vaccination et à inciter le gouvernement fédéral à partager les coûts dans une proportion de 60-40, comme il l'a fait pour le programme de vaccination.

Mme Rachel Bard: Si vous me permettez d'ajouter quelque chose au sujet des coûts, je dirais que nous estimons certainement qu'il s'agit d'une responsabilité partagée. La santé et la disponibilité des travailleurs de la santé doivent être une priorité absolue pour le gouvernement fédéral. Nous croyons sincèrement que le gouvernement fédéral devrait faire preuve de leadership et veiller à remédier à ce problème. La facture sera encore plus salée si nous ne tâchons pas de bien protéger les professionnels.

Pour ce qui est de la communication, encore là, nous croyons qu'il est important que le gouvernement fédéral prenne la tête de cette initiative. Nous savons tous qu'il est primordial que les bons renseignements parviennent aux professionnels de la santé de façon opportune, et que l'information soit concise et facilement accessible.

Nous avons affaire à différentes sources d'information, et je crois qu'il est important que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership et qu'il tente de bien organiser les communications, en veillant à ce qu'elles se rendent jusqu'aux professionnels.

• (1700)

La présidente: Merci.

Madame Duncan, la parole est à vous.

Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.): Merci, madame la présidente, et merci à vous tous de nous avoir fait part de vos préoccupations.

Je vais poser plusieurs questions, mais je sais que nous n'aurons pas le temps d'aborder tous les points.

D'abord, quels sont les principaux problèmes qui persistent par rapport à la capacité d'intervention en cas d'urgence et à la distribution de vaccins? Avons-nous établi un modèle en fonction de 15 p. 100 ou de 35 p. 100 de la population touchée? Aux États-Unis, le modèle a été établi en fonction d'un pourcentage très élevé de la population. Combien de nos provinces atteindraient plus de 80 p. 100 de leur capacité d'intervention? Je crois que c'est un autre réel problème sur lequel il faut se pencher.

Madame Silas, vous avez déjà soulevé la question. Quels sont les écarts observés aux différents niveaux, que ce soit au niveau fédéral, local ou organisationnel?

Nous voulons que les professionnels de la santé se sentent en sécurité quand ils vont travailler. Est-ce que nous respectons nos responsabilités éthiques, notre devoir de diligence?

La présidente: Quelqu'un veut commencer?

Docteur Doig.

Dre Anne Doig: Je crois vous avoir déjà parlé des trois éléments qui posent problème selon l'AMC.

Pour ce qui est de votre question sur la capacité d'intervention, je suis désolée, mais je n'ai pas les chiffres exacts avec moi. Je suis persuadée que nous pouvons les obtenir pour vous si vous le voulez.

Mme Kirsty Duncan: J'aimerais bien.

Dre Anne Doig: Je vous invite à tenir compte du fait que depuis 10 ou 15 ans, nous tendons à utiliser nos installations à plus de 95 p. 100 de leur capacité, surtout dans les unités d'hospitalisation. Le système est déjà surchargé. Alors s'il est question d'une capacité d'appoint dans le contexte d'un surcroît de maladies, dans un milieu où tous les intervenants (médecins, infirmières, toutes les ressources humaines en santé, l'ensemble de l'infrastructure, tous les services de soutien, sans exception) fonctionnent déjà à 95 ou à 98 p. 100 de la capacité de base, il faut oublier l'aide d'appoint. Que l'on parle de 10, 15 ou 20 p. 100, cela importe peu, puisque les ressources n'existent tout simplement pas.

En ce qui concerne la vaccination, j'estime que la chose la plus importante à retenir, c'est qu'il faut que tout soit absolument clair. Cette maladie fait des victimes partout au pays; elle ne s'arrête pas aux frontières provinciales, ni aux autorités provinciales et territoriales, non plus aux divisions de la responsabilité programmatique. Nous devons nous entendre sur une orientation très claire qui serait la même à l'échelle du Canada, et la mettre en oeuvre sans que personne ne puisse la modifier à son goût pour cadrer avec telle ou telle situation. Il faut prendre position de façon catégorique et exiger une application uniforme.

La présidente: Merci, docteur Doig.

Monsieur Malo, vous avez la parole.

[Français]

M. Luc Malo: Merci beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins et les remercier d'être parmi nous cet après-midi en vue de poursuivre cette étude.

Tout d'abord, permettez-moi de revenir sur la discussion tenue la semaine dernière dans le cadre de ce comité et de poser une question à l'Association médicale canadienne.

Le petit carton que vous avez produit pour les professionnels de la santé s'intitule « La grippe A H1N1 » « Préparez-vous. Préparez votre cabinet. Préparez vos patients ». La première recommandation figurant dans la colonne intitulée « Préparez-vous. » dit tout d'abord ceci: « Faites-vous vacciner contre la grippe. » C'est donc une directive ou un conseil qu'on donne aux professionnels de la santé et aux médecins. Dans la section « Préparez vos patients. », on dit ceci: « Veillez à ce que vos patients se fassent vacciner contre la grippe. »

Nombre de citoyens se demandent pourquoi il faut se faire vacciner, et plusieurs informations circulent à ce sujet, notamment sur le Web. Pouvez-vous nous dire pour quelles raisons l'Association médicale canadienne invite les citoyens et les professionnels de la santé à se faire vacciner?

• (1705)

[Traduction]

Dre Anne Doig: Brièvement, je vous dirais que c'est parce qu'il s'agit de la seule méthode de prévention primaire contre la grippe.

Nous avons affaire à une toute nouvelle souche d'influenza. Le système immunitaire des personnes âgées de moins de 65 ans n'a jamais été confronté à un virus semblable; rien n'a pu préparer leur système immunitaire à s'en protéger. Le virus va frapper fort et il va ratisser large. Le seul moyen dont nous disposons pour tenter de prévenir cette maladie consiste à vacciner la population.

Heureusement, des vaccins sont disponibles. On nous a assuré qu'il y aurait suffisamment de doses pour l'ensemble de la population. Rien ne laisse présager une pénurie de vaccins, alors n'hésitez pas à aller vous faire vacciner.

On dénote une certaine confusion à propos du calendrier de vaccination. Les gens semblent aussi avoir du mal à faire la différence entre le vaccin contre la grippe pandémique et celui de la grippe saisonnière. C'est justement ce à quoi mes collègues et moi-même faisons référence quand nous parlons de la nécessité de clarifier les messages; il faut que tout le monde comprenne bien quels sont les groupes de la population qui devraient recevoir le vaccin; et s'il est nécessaire d'établir un ordre de priorité de façon à accélérer la distribution, il faut aussi que ce soit clairement exprimé.

Les professionnels de la santé devraient également se faire vacciner. Personne ne sera plus exposé qu'eux au virus, et ils ont la grande responsabilité envers la société de se protéger eux-mêmes, car ils doivent pouvoir demeurer au travail et éviter de propager la maladie.

[Français]

Mme Rachel Bard: L'Association des infirmières et infirmiers du Canada abonde dans le même sens. Il est très important de s'assurer que le public est protégé, donc qu'on le renseigne bien sur les mesures de sécurité, de précaution. En ce qui concerne le vaccin, il est aussi très important qu'on fasse part des faits à nos professionnels de la santé pour qu'ils soient capables de prendre leurs décisions. En fin de compte, il est essentiel de s'assurer que nos professionnels sont en mesure de pratiquer dans une perspective de protection du public.

M. Luc Malo: Docteur Doig, vous avez dit un peu plus tôt que vous aviez rencontré l'administrateur en chef de la santé publique du Canada. D'autres rencontres sont-elles prévues?

Vous avez aussi parlé d'éléments où se trouvaient peut-être encore des imprécisions. D'autres rencontres ou réunions sont-elles prévues? Du côté des infirmières, des rencontres similaires ont-elles été obtenues? Y en aura-t-il d'autres?

[Traduction]

Dre Anne Doig: Oui, d'autres rencontres sont prévues. Nous nous sommes engagés à produire un schéma algorithmique simple pour orienter la prise de décisions cliniques. Si je ne m'abuse, les choses progressent rapidement. D'autres outils seront aussi offerts.

Notre association est en contact chaque semaine avec l'Agence de la santé publique du Canada, et je suis persuadée que c'est aussi le cas pour d'autres groupes.

[Français]

Mme Rachel Bard: C'est la même chose pour notre association. Nous avons rencontré le Dr Butler-Jones et le Dr Grondin pour aborder certaines particularités. Il y aura d'autres rencontres. On a aussi contribué à exprimer l'importance d'obtenir de l'information claire et précise. On en a maintenant besoin afin de pouvoir collaborer et de s'assurer que nos professionnelles — les infirmières — reçoivent l'information. D'autres réunions sont donc prévues.

Mme Linda Silas: J'aimerais souligner que depuis trois ans, les réunions sont courantes. Il y en aura plus, mais les résultats manquent à l'appel.

M. Luc Malo: Docteur Maxted, vous êtes le seul à ne pas avoir exprimé votre point de vue à ce sujet. Est-ce la même chose de votre côté?

[Traduction]

Dr John Maxted: Je suis d'accord, évidemment, et des réunions ont eu lieu. Mais en réponse à bien des questions que vous avez posées ici, il faut reconnaître le méli-mélo que l'on trouve dans notre système de soins de santé et le fait qu'à l'intérieur de notre système, nous sommes aux prises avec les mêmes questions fédérales-provinciales-territoriales que celles que vous traitez ici au gouvernement. C'est pourquoi j'ai insisté dans mon exposé sur la nécessité d'atteindre le niveau local.

Nous pouvons nous réunir maintes et maintes fois et faire tout ce que nous voulons au niveau national, mais si cela ne se répercute pas sur la réalité des fournisseurs de soins de santé au niveau local, sur leurs interactions avec les autorités chargées de la santé publique au niveau local, je crains que nous fassions piètre figure dans la prestation des soins de santé et des services de santé publique.

• (1710)

[Français]

M. Luc Malo: S'agit-il d'un problème qui a été soumis par vos membres?

[Traduction]

Dr John Maxted: Absolument, et nous observons une multiplicité de choses. Tout à l'heure, quelqu'un a posé des questions au sujet des écarts, des ressources et de la disponibilité des ressources. Partout au pays, nous posons ces questions à nos membres — le collège compte 10 chapitres différents. On obtient toutes sortes de réponses quand on demande si des ressources comme les masques N95 sont disponibles, s'ils doivent les payer ou s'ils peuvent les obtenir rapidement.

Dans mon propre secteur, où je pratique la médecine à temps partiel, on m'a dit qu'on a fait des essayages pour l'ajustement des masques, mais aucun masque n'est disponible pour l'instant. Alors si la pandémie frappait la semaine prochaine ou au cours des prochaines semaines, comme nous devons nous y attendre dans une certaine mesure, les conséquences pourraient être graves.

[Français]

M. Luc Malo: Avez-vous obtenu des réponses à cette question sur le manque de masques? C'est le sujet que vous avez soulevé.

[Traduction]

Dr John Maxted: Nous continuons de travailler au niveau national pour essayer de transmettre certains messages aux localités et aux régions et nous travaillons avec nos homologues régionaux pour essayer d'obtenir ce qu'il y a de mieux pour eux. Mais c'est aussi important pour nous de favoriser le type d'interaction qui doit avoir lieu au niveau local.

[Français]

M. Luc Malo: Merci beaucoup.

Merci, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Merci, monsieur Malo.

Nous donnons maintenant la parole à Mme Wasylycia-Leis.

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

Merci à vous tous d'être ici, et merci tout particulièrement au Dr Maxted de comparaître encore une fois. Vous étiez ici le 12 août et il me semble que votre discours n'a pas beaucoup changé. Vous nous avez avertis à ce moment-là de la multitude de véhicules. Vous avez parlé des problèmes de communication — vous avez dit que c'était un élément essentiel et qu'il fallait avoir une stratégie de communication coordonnée. Vous nous avez parlé des directives qui vous étaient imposées sans consultation et aussi de la confusion que l'on trouvait dans le système.

Est-ce que rien n'a changé depuis le 12 août?

Dr John Maxted: Les messages que vous venez de présenter ont été entendus, et certaines choses se mettent en branle maintenant.

Bien sûr, nous aurions aimé que l'on passe à l'action il y a trois ou six mois. Mais les choses bougent et on voit qu'il y a une lumière au bout du tunnel quant à la disponibilité des ressources, les communications que nous devons renforcer et le fait qu'il faut établir un meilleur réseau de communications que celui que nous avons présentement. Nous constatons que certaines mesures sont prises. Nous espérons que ce n'est pas trop peu, trop tard. Nous espérons que les choses se concrétisent. Nous pouvons en parler très longtemps, mais il faut que ces choses se concrétisent pour ceux qui se trouvent en première ligne.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Eh bien, si cette maladie nous frappe vraiment la semaine prochaine ou la semaine d'après, il est peu probable que nous aurons ce plan coordonné à l'échelle nationale qui est essentiel pour protéger les gens en cas de pandémie.

Linda, vous avez touché à quelques-uns de ces problèmes dans votre exposé. Dans la correspondance antérieure que vous avez fait parvenir aux membres du comité, vous parliez encore une fois de la mise au point de lignes directrices en matière de santé et de sécurité au travail — le gouvernement fédéral utilise les mots « sécurité » et « hygiène ». Vous dites être préoccupée par les différentes normes que l'on trouve au Canada; c'est un méli-mélo, un dédale de systèmes. Et vous avez parlé du principe de précaution et du respirateur N95 auquel les infirmières doivent avoir accès.

J'ai parlé de ces préoccupations avec le Dr Butler-Jones, le chef de l'Agence de la santé publique. Il a dit essentiellement que nous n'avons pas besoin des masques, que rien ne montre que ce serait dans votre meilleur intérêt de les utiliser. Par ailleurs, il n'a pas laissé

entendre qu'il y avait des problèmes concernant les lignes directrices nationales.

Voulez-vous faire des commentaires à ce sujet?

Mme Linda Silas: Avec tout le respect que je dois à David Butler-Jones, je suis certaine que s'il devait se présenter à une unité de soins où tous les patients étaient atteints du virus H1N1, il porterait un masque N95 — bien ajusté. Je peux vous le garantir.

Les données ne sont pas claires. Nous travaillons sur ce dossier avec l'agence depuis trois ans. Personne ne peut dire à 80 ou à 90 p. 100 que les données sont claires sur ce qu'il faut porter. Selon nous, on ne doit pas compromettre la sécurité.

Nous nous sommes présentés d'urgence devant le Comité permanent de la santé pour discuter de la question de sécurité, parce que c'était urgent. La ministre de la Santé nous a priés en mai dernier de ne pas faire de déclarations publiques à ce sujet, de ne pas créer un tollé public. Nous sommes au début d'octobre, nous n'avons toujours pas de résultats et la pandémie pourrait frapper à tout moment. Ce que les gouvernements provinciaux nous disent, c'est que lorsqu'un travailleur de la santé demande un masque N95, peu importe l'endroit où il travaille, il peut en obtenir un. Cela signifie que chaque travailleur de la santé devra se défendre lui-même — chercher un masque et avoir un essai d'ajustement. Cela n'est pas approprié dans notre pays, et nous n'allons pas défendre cette façon de faire.

• (1715)

Mme Judy Wasylycia-Leis: Ce que vous dites, c'est que dans certaines provinces, on s'engage à fournir le...

Mme Linda Silas: Seulement en Ontario, qui a vécu l'expérience du SRAS. Il y a eu le rapport du juge Campbell. Disons-le clairement aussi: le document factuel n'a même pas cité le juge Campbell. En soi, cela devrait alerter tous ceux qui se trouvent autour de cette table.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Eh bien, je vous pose la question, à vous et au Dr Maxted, qui représente le Collège des médecins de famille, à savoir si le syndrome du champignon est toujours à l'oeuvre. Il s'agit du rapport qui a fait suite au SRAS, fondé sur le peu d'attention qu'on a prêtée à certaines recommandations évidentes. C'est une question rhétorique, mais si vous voulez y répondre, permettez-moi simplement de terminer. Le temps d'intervention qu'on me donne tire probablement à sa fin.

Lorsque j'ai parlé des respirateurs au Dr Butler-Jones, il a plus ou moins laissé entendre que je ne savais pas ce dont je parlais et, indirectement, que vous ne saviez pas ce dont vous parliez. Il a dit qu'il ne s'agissait pas de la tuberculose ou de la variole, sinon nous parlerions des masques N95. Il a dit que c'est un virus qui se transmet lorsque nous toussons. Nous le portons sur nos mains. Nous nous essuyons le nez et les yeux, nous portons nos mains à notre bouche. Il a dit que c'est là le problème et que les respirateurs N95 ne seront d'aucune utilité.

Que répondez-vous à cela? Comment faire pour obtenir une meilleure norme nationale pour protéger le personnel infirmier de première ligne?

Mme Linda Silas: Je lui poserais la question suivante: dans son rapport de décembre de l'an dernier, du conseil de direction, il recommandait le N95, alors comment se fait-il qu'ils n'ont pas appuyé cette recommandation? C'est ce que préconisait leur propre rapport.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Docteur Maxted, le syndrome du champignon est-il toujours à l'oeuvre, ou bien sommes-nous en train de sortir de l'ombre et d'entrer dans la lumière?

Dr John Maxted: Je ne crois pas que nous ayons le temps de discuter de toute cette question, mais cela traduisait bien les relations difficiles entre la santé publique et les soins de santé primaires et le fait que l'interface n'était pas aussi solide qu'elle devait l'être. Je crois qu'elle s'est renforcée depuis ce temps. Est-elle assez solide pour affronter la pandémie actuelle et ce que nous pouvons prévoir? C'est là notre préoccupation, et c'est pourquoi nous sommes ici aujourd'hui, je crois.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Ai-je le temps de poser une autre question à la Dre Doig?

La présidente: Très brièvement, madame Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Docteur Doig, vous semblez dire aussi qu'il y a un manque de communication sur ce qui se passe. Vous ne savez même pas avec certitude si une liste de priorités a été établie et sera utilisée lorsque le vaccin sera disponible. Je me demande ce que notre comité pourrait dire à Santé Canada qui pourrait vous aider à cet égard.

Dre Anne Doig: Dites à Santé Canada que vous allez lui donner le pouvoir de concocter quelque chose sans plus attendre. S'il y avait une directive claire et si l'Agence de la santé publique avait le pouvoir de prendre une décision qui serait suivie par tout le monde, alors il n'y aurait plus cette confusion autour de l'approvisionnement et des lignes directrices concernant l'immunisation.

La présidente: Madame McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, madame la présidente, et merci à tous les témoins de venir ici aujourd'hui et de parler de cette question très importante.

Pour résumer certains des commentaires que j'ai entendus, nous avons maintenant des systèmes et des processus passablement bons entre l'Agence de la santé publique du Canada et vos organismes, tant sur le plan de la communication que de la consultation. Ce serait là le premier message important que je retiendrais. Je ne crois pas que cela a toujours été le cas. Toutefois, lorsque la communication passe par les systèmes provinciaux et territoriaux pour atteindre le niveau le plus important, c'est-à-dire les travailleurs de première ligne, il y a encore quelques lacunes.

Ma première question s'adresse au Dr Maxted. La confiance et la connaissance chez les cliniciens et les médecins de premier secours sont de la plus haute importance. Nous savons aussi que les médecins de famille sont occupés et inondés d'informations de partout. Prévoit-on mettre en oeuvre une stratégie concertée avec les autorités de santé locales, les agences de santé provinciales, pour appuyer nos médecins, que ce soit par l'intermédiaire de comités consultatifs en médecine ou par diverses techniques?

• (1720)

Dr John Maxted: L'information que nous vous avons fait parvenir nous vient de nos membres, qui se trouvent au niveau local et qui connaissent le dédale des communications. Le problème, ce sont essentiellement les communications. L'Agence de la santé publique du Canada a produit d'excellentes lignes directrices, mais qui tiennent chacune sur deux ou trois pages. Je ne sais pas combien il y en a présentement, et on en publie deux ou trois par semaine. Elles ne sont pas nécessairement pratiques pour les travailleurs de première ligne. Ils ont plutôt besoin d'une information qui tiendrait sur une page, qui serait accessible facilement et rapidement.

La Dre Doig et moi avons parlé de la rencontre que nous avons eue récemment avec le Dr Butler-Jones et l'agence. Nous avons essayé de concevoir des bulletins d'une page qui répondraient à nos besoins, et nous y travaillons. J'espère que ce n'était pas trop peu, trop tard. Il nous faut un document plus facile à lire et beaucoup plus accessible aux médecins de famille qui traitent 30 patients par jour.

Récemment, j'ai reçu un document d'une des régions qui portait sur le contrôle de l'infection. Le document comptait 111 pages. Très peu de fournisseurs de première ligne vont lire 111 pages pour comprendre comment contrôler l'infection, un sujet qui est devenu très important pour les soins primaires.

Dre Anne Doig: Pour vous donner un exemple, je vais citer mon collègue le Dr Shortt, qui m'a dit cet après-midi qu'il essayait de trouver le dosage clinique de TAMIFLU pour un adulte et qu'il ne pouvait trouver cette information nulle part dans les publications disponibles. En fait, cette information était enfouie quelque part dans le document sur les prescriptions destinées aux femmes enceintes, et il a réussi à trouver le renseignement qu'il cherchait. Or, si normalement je dois traiter environ six patients en une heure, et on me demande maintenant d'en voir une dizaine, sans compter le triage fait par téléphone, je ne peux pas perdre mon temps à chercher cette information partout. Je dois avoir quelque chose sous la main.

Ce sont des infirmières diplômées non autorisées qui répondent à mon téléphone. J'ai besoin d'une information rapide et facile à comprendre pour un non-spécialiste, parce que ce sera un non-spécialiste qui parlera au téléphone avec un autre non-spécialiste, et qui essaiera de décider si cette personne doit se présenter à la clinique ou non. Voilà les outils pratiques dont nous avons besoin à l'échelle nationale. Nul besoin de tenir de longues consultations entre les divers paliers de gouvernement pour produire une chose aussi simple.

Mme Cathy McLeod: Vous avez eu ces entretiens et il est à espérer que ces outils pratiques sont en train d'être élaborés. J'ai été intriguée par la ligne de réponse rapide dont vous avez parlé. Est-ce que cela fonctionne à l'heure actuelle?

Dre Anne Doig: D'après la conversation que j'ai eue la semaine dernière avec le Dr Butler-Jones, je crois comprendre qu'un outil semblable à celui que j'ai décrit sera élaboré — rapidement, on l'espère.

Mme Cathy McLeod: Ma prochaine question s'adresse à Mme Bard.

Je comprends toute l'importance de notre engagement à l'égard des dossiers médicaux électroniques et Inforoute Canada. Comme nous le savons tous, la mise en oeuvre de systèmes et de dossiers de santé électroniques est un long processus. Si l'on songe à ce qui va se produire dans les prochains mois, je ne suis pas certaine que ce sera d'une grande utilité.

Mme Rachel Bard: Je vous remercie de poser cette question.

Le message que nous voulons transmettre est le suivant: durant des temps de crise comme celui-là, il est important que nous puissions localiser et rapporter l'information essentielle. Il est important d'avoir l'information en temps réel.

Je peux comprendre que nous vivons cette situation maintenant, mais l'important, c'est que le gouvernement maintienne son leadership et son engagement. Il y aura d'autres crises et si nous tardons encore à offrir l'information en temps réel aux gens qui se trouvent dans les localités ou qui soignent les patients, je crois que nous mettrons les professionnels et le public dans des situations à risque. Je crois qu'il faut saisir toutes les occasions pour essayer d'améliorer cette information en temps réel.

• (1725)

Dre Anne Doig: Madame la présidente, si vous me le permettez, j'aimerais intervenir sur cette question également.

Il ne fait aucun doute que l'Association médicale canadienne a dit haut et fort que l'argent promis doit être engagé et utilisé en première ligne. Dans un an — après que la question aura été étudiée encore et encore —, ce n'est pas assez tôt.

Ma collègue vous a dit très clairement qu'il ne faut pas seulement songer à notre intervention face au H1N1; il est question ici d'un outil clinique important et nécessaire auquel nous n'avons pas accès alors que nous devrions y avoir accès. Cet argent doit être investi.

Mme Cathy McLeod: Nous avons discuté de la réponse fédérale. Elle semble assez bien coordonnée et elle s'est assurément améliorée. Vos organisations travaillent-elles au niveau des chapitres ou des provinces? Avez-vous l'impression que les communications sont bonnes au niveau organisationnel provincial?

Je pose la question à quiconque voudrait bien y répondre.

Dre Anne Doig: Le site Web cma.ca consacre une page au virus H1N1. On y trouve non seulement l'information que l'AMC a elle-même publiée, mais aussi des liens vers toutes les associations médicales provinciales et territoriales et, à partir de là, vers les agences auxquelles elles sont liées. Il y a un volet de santé publique locale et ainsi de suite; nous faisons de notre mieux pour permettre à nos membres d'avoir accès à l'information. Nous avons déjà dit que la question n'était pas seulement de leur donner un accès à un site où ils peuvent chercher et trouver de l'information. Il faut leur donner des choses qui seront cliniquement utiles en temps réel.

La présidente: Merci, docteur Doig.

J'aimerais remercier les autres membres du comité.

Nous allons maintenant prendre trois minutes pour discuter des travaux du comité.

J'aimerais vous remercier infiniment de vos exposés aujourd'hui. Je demanderais à tous ceux qui doivent s'entretenir avec vous de le faire à l'extérieur de la salle pour que le comité puisse terminer ses travaux.

Je vais suspendre la séance pour une minute afin de vous permettre de quitter la salle. Merci.

[La séance se poursuit à huis clos.]

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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