



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 038 • 2^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 21 octobre 2009

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mercredi 21 octobre 2009

• (1540)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bonjour. Je suis très heureuse que vous soyez tous ici aujourd'hui. Nous sommes dans une nouvelle pièce cet après-midi et nous avons davantage d'espace.

Nous sommes très heureux d'accueillir aujourd'hui des témoins du ministère de la Santé. Nous avons Samuel Godefroy, directeur général de la Direction des aliments; Hasan Hutchinson, directeur général de la Direction générale des produits de santé et des aliments; et de l'Agence de la santé publique du Canada, Kim Elmslie, directrice générale du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques. Bienvenue.

Nous allons commencer par Hasan Hutchinson, directeur général.

[Français]

M. Hasan Hutchinson (directeur général, Direction générale des produits de santé et des aliments, ministère de la Santé): Je vous remercie de me permettre de m'adresser au comité aujourd'hui.

[Traduction]

Je suis désolé, mais nous n'avons pas eu suffisamment de temps pour faire traduire toutes nos déclarations préliminaires pour la séance d'aujourd'hui. On est en train de les faire traduire à l'heure actuelle, et nous les ferons parvenir à la greffière d'ici la fin de cette semaine.

[Français]

En octobre 2007, le ministère de la Santé a annoncé que le gouvernement du Canada mettrait sur pied un groupe de travail composé d'experts. Le Groupe de travail sur la réduction du sodium alimentaire, le GTS, a vu le jour au début de 2008, avec pour mission de concevoir une stratégie visant à réduire la consommation globale de sodium chez les Canadiennes et les Canadiens, de même que de la mettre en oeuvre. Le GTS travaille sur une stratégie en trois volets, lesquels comprennent l'éducation, la recherche et la réduction volontaire de sodium dans les aliments transformés et dans les produits servis dans les restaurants et les établissements de services d'alimentation.

Le mandat du GTS, les attributions et la liste des membres peuvent être consultés sur le site Web. Je crois savoir que vous avez tous ces documents en main. Il y a une erreur en ce qui concerne la liste des membres: je n'y suis pas. Comme je suis le président du groupe, mon nom doit être ajouté à la liste.

Le groupe s'est rencontré en personne ou par téléconférence à six reprises au cours des 18 derniers mois. Il s'est d'abord concentré sur l'établissement d'une base de connaissances communes pour tous les membres, y compris sur la collecte d'informations au sujet des activités en cours à l'échelle du Canada.

[Traduction]

L'étape préparatoire a pris fin en mai 2008. Les données de base sur la teneur en sodium de l'alimentation de la population canadienne et les principales sources alimentaires de sodium ont été obtenues au moyen de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes. Un synopsis du programme de réduction du sel de l'U.K. Food Standards Agency a été préparé ainsi qu'une fiche d'information *Votre santé et vous*. Je crois que nous vous avons également tous distribué la fiche *Votre santé et vous* qui est un document sur le sodium.

L'étape d'évaluation est aussi terminée. Une consultation avec des experts et le public, tenue en février 2009, a constitué l'un des éléments importants de cette étape de collecte des données. À cette occasion, des experts invités ont exposé les difficultés qu'ils rencontrent concernant la réduction du sodium ainsi que les possibilités à cet égard, et des experts du Royaume-Uni et des États-Unis ont décrit leur expérience et les plans qu'ils ont appliqués pour la réduction du sodium dans leur pays.

Le groupe de travail sur la réduction du sodium a aussi reçu les commentaires de groupes de l'industrie, d'experts du marketing social et d'organismes du domaine de la santé.

[Français]

Les travaux sur la phase du cadre de travail stratégique ont été entrepris au printemps 2009. Lors de la réunion de mai 2009, le GTS a défini les éléments fondamentaux des trois volets de la stratégie et formé des sous-comités voués à chacun de ceux-ci. Des progrès substantiels ont été accomplis au cours de l'été, et les sous-comités ont fait état de leur cheminement lors de la réunion du GTS, en septembre.

[Traduction]

Le premier sous-comité qui examine la réduction volontaire dans les aliments a entrepris une démarche canadienne pour la réduction du sodium dans les aliments en ayant recours aux pratiques d'excellence mises en oeuvre dans d'autres pays tels que le Royaume-Uni. Nous sommes par ailleurs en train de consulter des représentants des services de santé de la ville de New York.

Des séances d'information ont eu lieu en septembre afin d'éclairer l'industrie sur la nécessité de la réduction du sodium, sur les sources de sodium dans l'alimentation et sur les diverses démarches pour la réduction du sodium dans les aliments transformés ainsi que dans les aliments vendus dans les restaurants et les établissements de service alimentaire. Pour assurer le suivi, des discussions auront lieu sous peu avec des intervenants de l'industrie de l'alimentation afin d'établir des objectifs en matière de réduction du sodium et un calendrier pour la réduction volontaire de la teneur en sodium des produits alimentaires.

En ce qui concerne le volet éducation, les travaux sont entrepris pour la conception d'une campagne nationale de sensibilisation et d'éducation dans le but d'éduquer et d'informer les Canadiennes et les Canadiens sur le sodium et sur les répercussions sur la santé d'un apport élevé en sodium, ainsi que d'inciter les consommateurs à réclamer davantage d'aliments à plus faible teneur en sodium.

En ce qui concerne la recherche, un programme de recherche en voie de préparation vise à soutenir l'industrie de l'alimentation dans la modification des formules de leurs aliments pour en réduire la teneur en sodium, à susciter un changement de comportement au sein de la population canadienne ainsi qu'à assurer le suivi et à évaluer les effets et l'incidence de la stratégie sur la santé et le bien-être des Canadiens. Conjointement avec les IRSC, le groupe de travail prévoit organiser un sommet sur la recherche en janvier 2010.

Lors de notre réunion de septembre 2009, les membres du groupe de travail ont par ailleurs décidé de fixer un objectif intérimaire d'apport en sodium de 2 300 milligrammes par jour d'ici 2016. Nous devons dire qu'à l'heure actuelle les niveaux de consommation des Canadiens se situent autour de 3 400 milligrammes. À long terme, nous visons un objectif d'environ 1 500 milligrammes.

À l'occasion de la réunion de décembre 2009 du groupe de travail, une ébauche détaillée de la stratégie à trois volets fera l'objet de discussions. Le groupe de travail prévoit terminer son rapport d'ici l'été 2010.

• (1545)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant donner la parole à Samuel Godefroy, directeur général de la Direction des aliments.

M. Samuel Godefroy (directeur général, Direction des aliments, ministère de la Santé): Merci, madame la présidente.

Bonjour, honorables membres du comité.

Tout d'abord, comme M. Hutchinson, je voudrais moi aussi m'excuser auprès des membres du comité de ne pas vous avoir distribué ma déclaration préliminaire aujourd'hui. Malheureusement, nous n'avons pas eu le temps de faire traduire le texte avant la séance. J'aimerais aussi assurer les membres du comité que la traduction est en cours et que le texte sera fourni à la greffière d'ici la fin de la semaine.

La présidente: Nous veillerons à ce que vos déclarations préliminaires soient distribuées.

Je vous remercie.

M. Samuel Godefroy: Excellent. Merci.

J'aimerais profiter de cette introduction pour souligner certaines mesures, dont des mesures réglementaires, qui contribueront à répondre aux graves préoccupations de santé publique relatives à la surconsommation de sodium par la voie de l'approvisionnement alimentaire au Canada. Il s'agit de mesures déjà prises par le gouvernement et d'autres démarches envisagées par Santé Canada.

Santé Canada est l'autorité fédérale en matière de santé et est responsable d'établir les politiques, les normes, et les règlements, de mener des évaluations des risques pour la santé et de fournir des conseils et des renseignements sur la salubrité et la valeur nutritionnelle des aliments vendus au Canada. Ces outils, qu'ils soient de nature réglementaire ou non, sont utilisés pour veiller à la salubrité de l'approvisionnement alimentaire canadien à titre de facteurs de premier plan en matière de protection et de promotion de la santé de la population canadienne.

Les effets néfastes graves sur la santé associés à la surconsommation de sodium inquiètent Santé Canada depuis plusieurs années. Au cours de la conception de la réglementation sur l'étiquetage qui est entrée en vigueur en 2007, on a établi que fournir des renseignements clairs aux consommateurs sur l'étiquette des aliments pré-emballés pourrait constituer une première étape importante dans le processus de réduction de la consommation de sodium.

Une réglementation imposant l'indication de la teneur totale en sodium dans les produits alimentaires dans le tableau de la valeur nutritive sur leur étiquette a donc été établie. Une seconde valeur devait aussi être indiquée dans le tableau de la valeur nutritive, soit le pourcentage de la valeur quotidienne de sodium que fournit une seule portion du produit. Ceci permet aux consommateurs de repérer les produits dont la teneur en sodium est plus élevée ou plus faible, et de faire un choix éclairé parmi les produits offerts.

[Français]

Un second outil a également été prévu dans la réglementation sur l'étiquetage. Des règles ont été établies pour encadrer la teneur en sodium des aliments portant des mentions telles que « faible en sodium », « sans sel » ou « teneur réduite en sodium ».

De plus, une allégation santé a été retenue pour être utilisée sur les produits à faible teneur en sodium et riches en potassium en les associant à la réduction du risque d'hypertension artérielle. Au moyen de ces allégations supplémentaires, les consommateurs peuvent repérer et choisir beaucoup plus facilement des aliments à plus faible teneur en sodium. Ces allégations permettent également aux transformateurs alimentaires de mettre en valeur les aspects positifs de leurs produits. Elles stimulent la concurrence et incitent la conception de nouvelles formulations à faible teneur en sodium. L'étiquetage et l'information aux consommateurs ne représentent, bien entendu, qu'une première étape. Bien qu'on ait jugé qu'elles puissent être de puissants outils pour contribuer à réduire l'apport en sodium, elles ne permettront probablement que l'atteinte partielle de nos objectifs de réduction.

Pour intervenir sur le plan de l'apport alimentaire, on a, bien entendu, établi qu'il se pourrait que l'on ait besoin d'autres mesures en ayant recours à des outils, que ce soit des outils réglementaires ou non réglementaires.

• (1550)

[Traduction]

En appui aux travaux du groupe de travail sur le sodium, les scientifiques de Santé Canada ont entrepris des analyses pour améliorer notre compréhension des sources et des quantités de sodium consommées au Canada. Ces analyses ont démontré hors de tout doute que la surconsommation de sodium est un problème aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

En moyenne, les Canadiennes et les Canadiens âgés d'un an et plus consomment environ 3 400 milligrammes de sodium par jour. Comparez cette quantité à la limite supérieure d'apport recommandée pour le sodium, soit 2 300 milligrammes par jour chez les adultes et de 1 500 à 1 900 milligrammes chez les enfants. La quantité considérée adéquate pour que le sodium assure un fonctionnement normal et sain varie de 1 000 à 1 500 milligrammes selon l'âge.

Il est évident, et personne ne peut s'en étonner, que les apports en sodium au Canada dépassent les limites recommandées et continuent de présenter une préoccupation en matière de santé publique.

Des analyses supplémentaires ont été faites pour déterminer les sources de sodium afin de nous aider à cerner où, dans l'approvisionnement alimentaire, il serait le plus efficace d'intervenir. Il a été établi que dans l'alimentation nord-américaine, la plus grande part du sodium, soit 77 p. 100, provient des produits alimentaires transformés. Seuls 11 p. 100 sont issus du sel ajouté à table ou pendant la cuisson par les consommateurs. Ces observations ont confirmé que des mesures additionnelles étaient nécessaires pour intervenir sur le plan de l'approvisionnement alimentaire.

Comme l'a dit M. Hutchinson, le mois dernier, le sous-comité sur l'approvisionnement alimentaire du groupe de travail sur le sodium, en collaboration avec Santé Canada, a tenu plusieurs réunions avec les intervenants de l'industrie alimentaire, y compris les principales associations de l'industrie alimentaire au pays. Ces réunions avaient pour but d'engager des discussions sur des objectifs en matière de réduction du sodium dans les aliments transformés et dans les aliments vendus par les établissements de services alimentaires. L'industrie a exprimé clairement sa volonté de collaborer pour fixer des objectifs et un calendrier de travail pour les atteindre.

En outre, à la fin de septembre 2009, le groupe de travail sur le sodium a recommandé un objectif provisoire pour réduire de 5 p. 100 par an la moyenne des apports en sodium au Canada d'ici à 2016. En atteignant cet objectif, l'apport actuel d'environ 3 400 milligrammes baisserait à environ 2 300 milligrammes. Ce ne sera qu'une première étape et un objectif à plus long terme visera à réduire encore plus l'apport à environ 1 500 milligrammes, c'est-à-dire l'apport recommandé.

Le gouvernement ne pourra pas y parvenir seul. Pour réussir, nous devons travailler avec l'industrie et les professionnels de la santé pour prendre les mesures concrètes requises visant à réduire la teneur en sodium dans l'approvisionnement alimentaire. Ces mesures doivent être réalisables et ne doivent pas nous empêcher d'atteindre nos objectifs en matière de santé publique. Plusieurs démarches sont envisagées pour atteindre cet objectif.

[Français]

Nous sommes en train, par exemple, d'étudier comment on atteint ces objectifs en examinant certaines pratiques d'excellence qui ont été mises en oeuvre ailleurs dans le monde. Nous nous penchons plus particulièrement sur le cas du Royaume-Uni. En effet, en 2006, le Royaume-Uni a publié son premier ensemble de cibles de réduction pour la teneur des aliments en sodium. Depuis, et en travaillant de concert avec son secteur industriel, le Royaume-Uni progresse régulièrement vers son objectif de réduction du sodium dans l'apport alimentaire et, récemment, il a publié une mise à jour de ses cibles.

Au début, l'apport alimentaire était plus élevé au Royaume-Uni que ce que nous avons actuellement au Canada. Néanmoins, nous sommes quand même en train d'étudier les étapes qui ont été entreprises en collaboration, particulièrement, avec leur secteur industriel, pour déterminer de quelle façon ces pratiques pourraient être mises en oeuvre et seraient applicables au Canada afin d'atteindre des objectifs similaires.

• (1555)

[Traduction]

Tel que recommandé par le groupe de travail sur le sodium, Santé Canada examinera aussi les obstacles réglementaires qui pourraient empêcher l'industrie alimentaire d'avoir recours à de saines solutions de rechange aux additifs qui contiennent du sel et du sodium. Nous examinerons aussi les options pour ce qui est de prévoir les mentions sur l'étiquette relative à la réduction graduelle de la teneur en sodium

dans les aliments, par exemple de permettre la mise en valeur de réductions de moins de 25 p. 100.

Il y aura, en novembre 2009, beaucoup de consultations avec l'industrie au Canada afin de déterminer les étapes nécessaires pour terminer ce volet de la stratégie de réduction du sodium. Santé Canada travaillera avec des experts techniques d'associations du secteur de la transformation des aliments et des établissements de restauration pour étudier les objectifs proposés en matière de réduction du sodium.

Les données recueillies par Santé Canada sur la teneur actuelle en sodium des aliments seront partagées avec l'industrie pour aider à fixer ces objectifs. Ces discussions porteront sur les difficultés que pourrait rencontrer le secteur pour atteindre ces objectifs et sur les solutions pour contourner ces difficultés. De ces discussions et de celles qui se poursuivent avec le secteur, des objectifs seront fixés et un ensemble d'étapes réalistes et réalisables sera déterminé pour les atteindre.

Les changements à l'approvisionnement alimentaire présenteront des défis — par exemple, l'omniprésence du sodium, la découverte d'un succédané abordable, l'utilisation du sel comme outil de salubrité des aliments et la réception favorable par les consommateurs. Bien qu'il reconnaisse ces difficultés, le gouvernement s'engage à atteindre ces cibles en ayant recours à tous les outils à sa disposition, y compris les étapes réglementaires, si elles sont nécessaires.

Je vous remercie.

La présidente: Merci beaucoup de ces commentaires utiles. Il était très surprenant d'entendre certaines de ces informations, et la partie sur les aliments transformés était très utile également. Je vous remercie tous les deux.

Nous allons maintenant passer à l'Agence de la santé publique du Canada et à Kim Elmslie, qui est directrice générale du centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques.

[Français]

Mme Kim Elmslie (directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada): Merci, madame la présidente.

[Traduction]

Je crois que vous avez reçu mes commentaires en anglais et en français et qu'ils ont été distribués aux membres du comité.

Comme madame la présidente l'a indiqué, je suis de l'Agence de la santé publique du Canada. Je travaille avec mes collègues du portefeuille de la santé, et nous avons un objectif commun, soit réduire le sodium dans l'approvisionnement alimentaire du Canada et favoriser la santé des Canadiens.

Aujourd'hui je vais vous parler des conséquences que nous connaissons sur la santé qui découlent de la consommation excessive de sodium et des statistiques et de la recherche qui a été effectuée, puisque nous avons un groupe de recherche qui est très bien développé au Canada et à l'échelle internationale et sur lequel nous pouvons compter pour nous aider à comprendre ce problème complexe. Comme mes collègues l'ont déjà indiqué, ce problème est vraiment complexe, et il faudra prendre de nombreuses mesures et compter sur de nombreux partenaires pour atteindre nos objectifs.

[Français]

Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès et d'invalidité au Canada. L'hypertension artérielle est un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et le prédicteur le plus précis d'insuffisance cardiaque. L'hypertension a été reconnue par l'Organisation mondiale de la Santé comme le principal facteur de risque de décès prématuré dans le monde.

[Traduction]

Neuf Canadiens sur dix seront atteints d'hypertension s'ils ont une durée de vie moyenne. Prévenir ou retarder l'apparition d'une pression artérielle élevée en réduisant la moyenne de la pression artérielle de la population permettrait de réduire les conséquences sur la santé et les coûts liés aux maladies cardiovasculaires. Nous savons qu'une alimentation riche en sodium augmente la pression artérielle, ce qui représente un risque pour la santé.

Il a été démontré que la consommation de plus de 2 300 milligrammes de sodium par jour a un effet immédiat et à long terme sur la pression artérielle et la santé cardiovasculaire. Dans les sociétés où l'on consomme peu de sodium, il y a peu ou pas d'augmentation de la pression artérielle au fil du temps.

Il y a un lien direct progressif entre la consommation de sodium et l'augmentation de la pression artérielle. L'augmentation de la pression artérielle est plus évidente chez les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires ou qui présentent au moins un facteur de risques de maladies cardiovasculaires, notamment l'hypertension, l'obésité et le diabète.

La plupart des décès attribués à l'hypertension se produisent chez les personnes dont la pression artérielle se situe dans la fourchette supérieure des valeurs normales, c'est-à-dire 130 sur 85. Il existe également des données probantes selon lesquelles une consommation réduite en sodium pendant l'enfance se traduit par une pression artérielle moindre à l'âge adulte. Comme chez les adultes, des données probantes montrent qu'une modeste réduction de la consommation de sel chez les enfants a un effet considérable sur la diminution de la pression artérielle.

D'après la recherche sur la consommation élevée de sodium chez les animaux et les humains, autre que l'effet indirect sur le système cardiovasculaire qui se manifeste par une augmentation de la pression artérielle, cette consommation a un effet direct sur le cœur et les vaisseaux sanguins. Ces études ont permis de constater une augmentation immédiate de la rigidité des vaisseaux sanguins et la modification de leur capacité de réagir au stress. D'après la recherche sur la rentabilité des interventions, réduire la consommation du sodium est la façon la plus rentable de réduire le fardeau des maladies cardiovasculaires.

Selon une étude récente réalisée par l'Agence de la santé publique du Canada, une réduction annuelle graduelle de la consommation de sodium de 10 p. 100 pourrait se traduire par près de 30 000 problèmes cardiovasculaires de moins et une économie de 330 millions de dollars sur 10 ans.

Une autre étude canadienne de 2007 permet de constater qu'une réduction de 1 800 milligrammes de l'apport en sodium pourrait diminuer la prévalence de l'hypertension de 30 p. 100, ce qui signifierait que plus d'un million de personnes n'auraient pas à prendre de médicaments pour l'hypertension et qu'il serait possible de réaliser des économies annuelles directes d'environ 430 millions de dollars. Une consommation élevée en sodium a également été associée à d'autres maladies non cardiovasculaires, comme l'asthme, le cancer de l'estomac, l'obésité, les calculs rénaux et l'ostéoporose, ou à une augmentation de leur gravité.

J'aimerais souligner que nous avons en place des programmes et des initiatives qui sont nécessaires si nous voulons attirer et maintenir l'attention des Canadiens sur ce problème de santé important. Le Programme éducatif canadien sur l'hypertension joue un rôle important pour sensibiliser les professionnels et le public aux répercussions du sodium sur la santé et les aider à comprendre ces répercussions.

Merci.

● (1600)

La présidente: Je vous remercie. Certaines des choses que nous avons entendues cet après-midi sont assez stupéfiantes.

Nous allons maintenant commencer notre première série de questions et réponses.

Docteur Martin.

[Français]

L'hon. Keith Martin (Esquimalt—Juan de Fuca, Lib.): Merci beaucoup, madame la présidente.

[Traduction]

Merci à tous d'être ici aujourd'hui.

Si on regarde vos étapes d'évaluation, il me semble que vous êtes toujours à l'étape de l'évaluation, ce qui signifie que nous avons environ un an de retard. Si c'est le cas, pourriez-vous nous dire ce qui nous empêche de progresser?

Deuxièmement, nous savons que les maladies cardiovasculaires et les autres problèmes de santé sont liés au sel. C'est comme dire que fumer est mauvais pour la santé. Nous le savons. Et nous savons qu'un apport en sel excessif est un agent causal de ces maladies. Ce que je trouve intéressant, c'est que si on regarde rapidement dans un magasin d'alimentation, on constate que tous les produits contiennent énormément de sel, même ceux qui sont considérés comme étant des produits « santé ». Pouvez-vous nous dire, exactement, comment vous prévoyez tenter de limiter le contenu de sel dans les aliments que la plupart des gens qui mangent sainement consomment? Quelles sont les solutions que vous proposez? Même si les consommateurs sont tout à fait conscients du problème de la consommation excessive de sel, le problème sur le plan pratique c'est qu'il est assez difficile de trouver un produit faible en sodium dans les magasins d'alimentation. Si vous avez des solutions, ce serait très utile.

Je pense que M. Valeriotte va lui aussi poser une question. Merci.

● (1605)

La présidente: Qui voudrait répondre à cette question?

Monsieur Godefroy.

M. Samuel Godefroy: Oui, je pourrais peut-être commencer par quelques éléments de réponse...

La présidente: Oui, s'il vous plaît. Je vous remercie.

M. Samuel Godefroy: ... et peut-être que mes collègues pourront compléter ma réponse.

Vous mettez certainement en lumière la complexité du problème, parce qu'essentiellement, nous avons ici un ingrédient qui est omniprésent dans l'approvisionnement alimentaire, et qui est présent dans de nombreux produits de base. Alors compte tenu des répercussions sur la santé dont nous avons parlé, il est clair qu'une seule approche ne sera pas suffisante. C'est pourquoi, essentiellement, le groupe de travail sur le sodium a mis sur pied une approche à trois volets, dont l'un des volets est certainement l'éducation, la cueillette d'informations.

Bon, pour ce qui est de l'étape où nous en sommes, je vous dirais que nous sommes au-delà de l'étape de l'évaluation puisque nous en sommes à l'élaboration de la stratégie. Cela dit, ça ne veut pas dire que les connaissances que nous avons et sur lesquelles nous nous fions sont complètes. Cela a été en fait déterminé dès le début et grâce à l'expertise dont a pu bénéficier le groupe de travail sur le sodium et qui a été obtenu par les scientifiques de Santé Canada et d'autres groupes.

Il a été clairement indiqué que nous avons fait certaines analyses. Nous avons déjà certaines des données qui étayent le développement de la stratégie, mais nous avons également cerné de nombreuses lacunes en matière de données. Par exemple, nous avons actuellement des estimations sur les sources du sodium. Nous avons déterminé sa nature omniprésente. Nous avons clairement déterminé que nous ne pouvons pas cibler un produit alimentaire précis, et qu'il y a de nombreuses catégories alimentaires qu'il faudra examiner, parce qu'essentiellement le sodium est présent dans toutes sortes de produits transformés, qu'il s'agisse de soupes, de jus, par exemple — qui est en fait une option santé que vous avez mentionnée — peut-être des mélanges de légumes, et ainsi de suite, ou qu'il s'agisse d'aliments hautement transformés...

L'hon. Keith Martin: Le processus a un an de retard, et même en étant généreux, vous avez encore un an de retard. Pouvez-vous nous dire à quoi ce retard est attribuable?

M. Samuel Godefroy: Il y a certainement des retards dans l'atteinte des objectifs, et je vous dirais qu'il y a de nombreuses raisons qui expliquent ce retard. Le retard est probablement en partie attribuable à la façon dont les objectifs ont été établis. Les objectifs ont peut-être été trop ambitieux à l'origine lorsque le groupe de travail sur le sodium a déterminé les divers volets de l'approche qu'il allait adopter; et on s'est rendu compte lors de la mise en oeuvre que les données et l'analyse nécessaires devaient être plus en profondeur qu'on le pensait au début. Voilà donc en partie ce qui explique le retard.

La présidente: Monsieur Godefroy, je voulais simplement signaler que M. Valeriote partage son temps avec M. Martin, alors vous pourrez peut-être incorporer d'autres éléments de réponses dans votre réponse à la question de M. Valeriote.

Allez-y.

M. Francis Valeriote (Guelph, Lib.): Je vous remercie de comparaître devant le comité aujourd'hui.

J'ai une question très brève. Il s'agit probablement d'une question d'ordre plus général et pas directement reliée au sodium comme tel. Je suis de ceux qui croient que nous avons besoin d'une politique alimentaire nationale qui comporte non seulement la viabilité, la souveraineté et la sécurité alimentaire, mais aussi le bien-être. Cela cadre bien dans une stratégie alimentaire nationale, et je me demande dans quelle mesure Santé Canada est capable de faciliter un examen détaillé pas seulement du sodium, mais de tous les additifs, produits chimiques et éléments et si oui ou non cela pourrait faire partie d'une politique alimentaire nationale.

La présidente: Il ne reste qu'une minute, alors si vous voulez une réponse, vous allez devoir céder la parole.

M. Francis Valeriote: Très bien. Allez-y.

M. Samuel Godefroy: Je peux commencer.

M. Hasan Hutchinson: D'accord. Il va commencer.

M. Samuel Godefroy: J'imagine qu'il y a deux parties à votre question, honorable député. Vous avez parlé d'additifs et de produits chimiques, mais aussi de toute question liée à l'alimentation pouvant avoir des répercussions sur la santé. La réponse à la deuxième partie de votre question — soit de savoir s'il y a un intérêt pour le développement d'une approche détaillée pour régler diverses questions liées à l'approvisionnement alimentaire attribuables aux maladies chroniques et pouvant avoir des conséquences sur la santé et le bien-être — est oui. Cet enjeu est inclus dans l'approche élaborée dans le portefeuille de la santé, avec la participation de l'Agence de la santé publique du Canada, qui en fait surveille l'état de notre santé et qui détermine aussi les raisons et les liens — par exemple aux maladies d'origine alimentaire — et notre travail au sein du ministère de la Santé et aussi avec le portefeuille de l'agriculture, afin d'arriver à des solutions possibles.

Une stratégie de réduction du sodium ferait partie des solutions. La réduction des gras trans est une autre partie de la solution. La réduction de l'exposition aux produits chimiques dans les aliments en est une autre. Et de même pour la réduction des maladies d'origine alimentaire liées aux dangers microbiens. Nous comptons donc certainement incorporer cela dans une stratégie globale qui nous permettrait d'atteindre ces objectifs.

• (1610)

La présidente: Je vous remercie.

Je demanderais aux témoins de garder un oeil sur la lumière qui s'allume pour vous indiquer que votre temps est écoulé. Les députés ont beaucoup de questions à poser.

Nous allons passer à M. Malo.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, madame la présidente. Je remercie tous nos témoins.

Madame Elmslie, je vous remercie des statistiques, bien qu'elles ne soient pas très encourageantes. Je vous en remercie, parce qu'il est important que la population ait un portrait juste et connaisse l'effet du sel et de l'hypertension sur sa santé.

Pouvez-vous simplement me dire depuis quand on connaît l'effet du sel sur la pression artérielle, et les effets de l'hypertension sur la santé du coeur et sur les incidences de décès?

[Traduction]

La présidente: Qui voudrait...?

Madame Elmslie.

Mme Kim Elmslie: Je peux répondre. Merci.

Nous savons grâce à nos recherches et à la surveillance effectuée par l'Agence de la santé publique du Canada que la réduction du sodium est une composante essentielle des efforts en matière de santé publique nécessaires pour garder la population canadienne en santé.

Je vous ai apporté un rapport détaillé que nous avons rédigé à l'agence, qui, je l'espère, servira de référence au comité. Le document est intitulé *Suivi des maladies du coeur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. Vous verrez avec précision ce que nous avons constaté relativement à la croissance du nombre de maladies cardiovasculaires et aux tendances en matière d'hypertension et la façon dont elles ont changé avec le temps. Le sodium est un problème et un problème de santé; c'est bien connu. Il n'y a aucun doute là-dessus.

La présidente: Avez-vous des exemplaires supplémentaires? En avez-vous avec vous?

Mme Kim Elmslie: Oui; je les ai avec moi.

La présidente: Sont-ils en français et en anglais?

Mme Kim Elmslie: Oui.

La présidente: Nous allons les distribuer, si vous n'avez pas d'objection.

Mme Kim Elmslie: Oui, ça me va.

La présidente: Aimerez-vous en avoir un exemplaire, chers membres du comité?

D'accord.

[Français]

M. Luc Malo: Depuis combien de temps travaille-t-on, à Santé Canada, sur la question du sel? Depuis quand l'étudie-t-on?

M. Samuel Godefroy: Ce n'est pas un problème récent, comme cela a été indiqué, mais le problème a été mis en avant beaucoup plus depuis 2007, et depuis l'annonce par le ministre de la Santé de la constitution du groupe de travail sur le sodium. Depuis 2007, il y a eu une impulsion supplémentaire. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas eu de travail là-dessus auparavant. De plus, d'autres instances internationales ont effectivement souligné ce problème, mais depuis 2007, les choses se sont accélérées avec l'annonce de la formation du groupe de travail, avec le nombre d'activités liées à la collecte de données et l'engagement des différentes parties prenantes.

M. Luc Malo: Par rapport à d'autres pays, le Canada a donc tardé à s'attaquer à cette question. Même aujourd'hui, le groupe de travail n'a pas encore vraiment posé de geste concret. Vous vous êtes quand même donné jusqu'à 2012 pour déposer un premier rapport de progrès sur la diminution du sel.

Alors qu'aujourd'hui, à la fin de l'année 2009, rien de concret n'est encore sorti du groupe de travail, comment arriverez-vous à prouver en 2012 qu'il y a eu progrès sur le plan de la réduction du taux de sel consommé par les citoyens?

M. Samuel Godefroy: Il y a quand même eu des progrès, mais ce n'est pas un problème simple. Ainsi, nous avons entrepris l'effort intensif plus tard que d'autres pays comme le Royaume-Uni, qui a commencé en 2006. Il est toutefois important de noter que l'apport en sodium au Canada, à l'heure actuelle, alors que nous n'avons pas encore mis en oeuvre tous les efforts de réduction nécessaires, est en deçà de l'apport alimentaire qui est actuellement rapporté au Royaume-Uni, et ce, après deux années d'efforts de réduction.

Apprendre de l'expérience précédente, notamment d'autres pays comme le Royaume-Uni, nous a permis de voir que même les stratégies développées initialement ont été remises en cause parce qu'il y a eu des difficultés lors de la mise en oeuvre. Ainsi, les cibles qui ont été envisagées au Royaume-Uni ont été tout le temps revues et corrigées à cause de leur faisabilité.

Le travail que nous faisons est un travail indispensable, il faut faire une analyse approfondie pour pouvoir définir des cibles de réduction concrètes et, surtout, pour investir l'argent du contribuable dans des mesures qui marcheront.

•(1615)

M. Luc Malo: Considérez-vous comme réaliste et réalisable cette cible de réduction de la moitié, environ, de la consommation moyenne d'ici 2020?

M. Samuel Godefroy: D'après les données dont nous disposons actuellement, c'est possible, puisque nous avons vu des efforts de réduction ailleurs. Je ne veux pas spéculer pour l'avenir. Il faudra voir comment la mise en oeuvre de ces efforts de réduction peut se faire. Si d'autres membres du comité sont intéressés, je vais expliquer certaines des complexités de la problématique. Ce n'est pas un problème simple, en fait, mais pour l'instant, nous pensons que c'est réalisable.

M. Luc Malo: Il semble que l'étiquetage dont vous faites mention ne soit pas très efficace à l'heure actuelle, puisqu'il y a une diversité de façons d'inscrire des taux réduits en sel. Par exemple, il y a le programme Visez santé, qui n'est peut-être pas encore suffisamment connu et qui n'est pas non plus la norme que le gouvernement veut mettre en avant.

De quelle façon voyez-vous l'étiquetage dans l'avenir, pour que le consommateur sache exactement ce qui a été fait afin de réduire les taux de sel dans les aliments?

M. Samuel Godefroy: L'étiquetage n'est pas une fin en soi; c'est un outil qui ne peut pas tout résoudre. L'étiquetage a pour premier objectif d'informer, et la mise sur pied d'un panel sur la nutrition est déjà un pas important. Aussi, il faudrait que l'inscription du sodium soit obligatoire. Dans ce cas, il est absolument obligatoire d'inscrire la teneur en sodium d'un aliment préemballé. C'est déjà un élément important pour permettre au consommateur de faire un choix.

Je suis tout à fait d'accord avec vous: l'étiquetage, à lui seul, ne peut pas tout résoudre. L'étiquetage devra être combiné à d'autres outils. Les allégations santé vont permettre d'identifier les produits pour lesquels on a fait un effort de réduction. C'est un autre aspect de l'étiquetage qui sera utile.

[Traduction]

La présidente: Je suis désolée de vous interrompre, nous allons devoir passer au prochain intervenant.

Madame Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci, madame la présidente.

Merci à vous tous d'être ici.

J'aimerais tout d'abord dire, avec tout le respect que je vous dois, que, à titre de députés, nous n'avons pas besoin d'information détaillée sur les torts attribuables aux niveaux élevés de sodium. Nous sommes déjà au courant de ces torts depuis quelque temps déjà et nous avons déjà eu une assez bonne discussion à ce sujet au sein du groupe de travail.

Cette réunion est tenue parce que, par le truchement des médias, nous avons appris que ce groupe de travail était très peu visible et faisait son travail sans vraiment aboutir à quoi que ce soit. Si nous sommes ici aujourd'hui, c'est pour déterminer comment vous allez lancer un plan d'action significatif.

Pourquoi a-t-on gardé la lumière sous le boisseau durant si longtemps? Et pourquoi agir maintenant...? À l'issue de la dernière réunion nous nous disions que le groupe avait tout au moins un objectif: on visera 2 300. Maintenant vous nous dites que ce sera 2 300 pour l'an 2016. Mon Dieu! Il est consternant de voir qu'aucune stratégie plus concrète ne soit établie à l'heure qu'il est.

J'estime que le *Globe and Mail* a bien fait le point dans son éditorial du 15 septembre:

Avec la croissance constante des coûts de santé, les gouvernements ont d'autant plus de raisons de tout faire pour prévenir la maladie. L'attitude d'Ottawa à propos de l'abus du sel est tout à fait désinvolte.

C'est peu dire, compte tenu des inquiétudes qui existent aujourd'hui.

Kim, vous faites partie de l'Agence de la santé publique. J'aurais pensé que votre tâche consistait à aiguillonner Santé Canada pour que cet organisme aboutisse à quelque chose. Depuis 2007, il existe un groupe de travail et, aujourd'hui, en 2009, deux ans plus tard, vous nous dites que nous allons peut-être lancer en 2010 une stratégie qui pourrait nous permettre de viser les niveaux supérieurs dès 2016. Les Canadiens sont rendus beaucoup plus loin que vous et que le gouvernement actuel. Ils s'attendent à des initiatives.

J'aimerais donc vous demander aujourd'hui quelle est la raison pour laquelle vous n'êtes pas en mesure tout au moins de lancer une grande campagne de sensibilisation. Les Canadiens connaissent les dangers du sel. Nous savons que les crises cardiaques, la tension élevée, les maladies coronariennes sont liées directement aux niveaux trop élevés de sodium du sel. Nous savons tous qu'il en coûte deux milliards de dollars par année à notre système. Et les Canadiens seront prêts à agir. De fait, comme vous l'avez souligné tous les deux, le problème n'est pas à la maison mais il est plutôt du côté des aliments fabriqués et des aliments des restaurants.

Comment se fait-il donc qu'il n'y ait aucune campagne de sensibilisation des Canadiens, portant non pas sur la situation, mais sur les mesures à prendre, sur les aliments que les gens devraient consommer? Pourquoi n'existe-t-il pas un programme volontaire comme celui qui existe au Royaume-Uni? Pourquoi n'avez-vous pas en 2007...

• (1620)

La présidente: Madame Wasylycia-Leis, je dois vous interrompre...

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je sais que je risque d'utiliser mes sept minutes pour me défouler, puisque je suis très frustrée.

La présidente: Voulez-vous tout simplement vous défouler?

Mme Judy Wasylycia-Leis: Oui.

La présidente: D'accord, allez-y.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je crois que toutes les autres questions allaient dans le sens de savoir quelles mesures sont prises, et nous constatons que les choses n'avancent pas beaucoup. Je m'efforce donc de présenter la question d'une manière qui rendra l'action nécessaire.

La présidente: Vous ne voulez donc pas de réponse?

Mme Judy Wasylycia-Leis: Oui, j'en veux une. Laissez-moi terminer, madame la présidente. Je dispose de sept minutes.

La présidente: D'accord, je m'efforce de mettre les choses au point.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Où donc est le plan volontaire de la part de l'industrie et des restaurants? Pourquoi ne pas réduire volontairement la teneur en sel de 80 aliments disponibles sur les tablettes d'épicerie de 20 p. 100 à 30 p. 100? Pourquoi ne pas lancer

une grande campagne de relations publiques? Pourquoi ne pas établir un système d'étiquetage que les gens comprendront enfin et qui leur permettra d'agir en conséquence?

Qu'avez-vous donc fait de 2007 à 2008? Une année entière s'est écoulée et rien ne permet de croire que le comité ait fait quoi que ce soit. Comment se fait-il que, au printemps 2009, votre objectif a consisté à définir des mesures et des mécanismes pour faire progresser le développement de la stratégie durant les mois d'été? En quoi peut-on alors parler d'un plan d'action?

Où est-il ce plan? Quand allons-nous le voir? Pourquoi n'êtes-vous pas en mesure de lancer une initiative dès maintenant?

La présidente: Nous avons trois minutes et je vais m'en tenir rigoureusement au temps imparti.

M. Hasan Hutchinson: Très bien.

Permettez-moi tout d'abord de dire où nous en sommes avec le plan.

Les trois sous-comités que nous avons formés, comme je l'ai dit, s'efforcent d'élaborer les trois composantes de ce qui deviendra le plan stratégique. L'une d'entre elles a trait, comme vous l'avez signalé, à la nécessité d'une campagne très dynamique de sensibilisation.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Et c'est tout ce que vous avez fait en deux ans? Vous parlez d'une approche à trois volets qui pourrait notamment viser la sensibilisation du public? Pourquoi n'est-elle pas déjà lancée? Qu'avez-vous donc fait entre 2007 et 2008? Qu'a fait le groupe de travail? A-t-il fait quelque chose? Des réunions ont-elles eu lieu?

M. Samuel Godefroy: Oui, tout à fait.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Pourquoi cela n'est-il pas connu du public? Où sont les procès-verbaux? Souhaitez-vous les déposer? Combien de groupes ont participé...

La présidente: Madame Wasylycia-Leis, vous devez avoir la courtoisie de permettre aux témoins de répondre à au moins une de vos questions, sans quoi je ne vous accorderai pas la parole la prochaine fois.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je croyais disposer de sept minutes à utiliser à ma guise, madame la présidente.

M. Francis Valeriotte: C'est ce que vous faites.

La présidente: Qui souhaite répondre à cette question?

M. Hasan Hutchinson: Tout d'abord, toutes nos réunions ont été annoncées et figurent également sur notre site Web. Elles ont toutes été annoncées et nous mettons la dernière main au compte rendu de la dernière réunion, qui a eu lieu il y a deux semaines.

Pour ce qui est du groupe de travail, je crois vous avoir entendu dire qu'il n'y avait pas de traces d'activité en 2007 et 2008. La raison en est que, en 2007, l'événement a été l'annonce du ministre. Le groupe de travail n'a été formé qu'au début de 2008 et, pour cette période, nous en étions, comme je l'ai dit dans ma déclaration préliminaire, à l'étape d'évaluation initiale. Comme je l'ai dit également, nous avons réuni les renseignements concernant le sodium. Nous avons étudié ce qui se passait dans d'autres pays et nous avons organisé notre consultation publique aussi bien que notre consultation auprès d'experts.

Malheureusement, la consultation a été retardée. Elle devait avoir lieu à l'automne, il y a un an, et elle avait été reportée de cinq mois environ jusqu'au début de la présente année. À ce moment-là, nous avons invité des experts du Royaume-Uni et de l'UE et nous avons poursuivi le travail à partir des renseignements précieux qu'ils nous ont fournis.

J'estime que nous avons par la suite mis au point une stratégie très claire dans trois domaines distincts, et nous sommes présentement en train d'élaborer les trois volets.

Comme l'a souligné M. Godefroy, la détermination des objectifs et des moyens de les réaliser dans une optique canadienne a nécessité beaucoup plus d'analyses que nous ne l'avions prévu au départ. J'estime que les échéances contenues dans le mandat du groupe de travail sur le sodium étaient beaucoup trop serrées pour assurer la production d'un plan stratégique.

Les groupes travaillent très fort à l'heure actuelle...

• (1625)

La présidente: Merci. Je suis désolée, le temps est pratiquement écoulé...

M. Hasan Hutchinson: Permettez-moi tout simplement...

La présidente: ... et je vous ai accordé du temps supplémentaire. Je sais que vous souhaitez intervenir. Faites-le donc rapidement.

M. Hasan Hutchinson: J'allais dire que nous adoptons certainement une approche très rigoureuse en matière de gestion de projet et que nous espérons pouvoir discuter d'une ébauche du plan dès décembre à notre prochaine réunion qui se tiendra les 3 et 4 décembre.

La présidente: Très bien, merci.

Monsieur Carrie et madame McLeod, je crois que vous partagez votre temps. D'accord, monsieur Carrie.

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

Je tiens à remercier les témoins d'avoir comparu à si brève échéance, et aussi de leur excellent travail.

J'ai été quelque peu abasourdi par certaines de vos données statistiques. Je me souviens, il y a 16 ans, au moment de la naissance de mon garçon, de m'être penché sur le contenu élevé de sodium et de sucre des aliments pour bébé. Je me souviens que ma femme et moi avons choisi de faire nous-mêmes les aliments du bébé. Je suis tout de même impressionné de constater que, depuis cette époque, l'industrie ait semblé prendre des mesures pour remédier à la situation.

J'ai été heureux de constater que vous aviez eu des pourparlers avec les milieux de l'industrie et abordé la question des réductions volontaires. En effet, j'estime que c'est là l'une des façons les plus rapides d'intervenir. J'ai eu des rapports avec des industries qui ont déjà pris des mesures pour réduire la teneur en sodium de leurs aliments. Je me demandais pourtant si vous étiez en mesure de fournir au comité certains renseignements d'ordre général. Pourquoi ajoute-t-on du sodium au départ? Par quoi pourrait-on le remplacer? Voilà la première question. En deuxième lieu, en quoi la réduction des niveaux de sodium pose-t-elle problème pour l'industrie? Pourriez-vous me donner des réponses succinctes?

Merci.

M. Samuel Godefroy: On ajoute du sodium pour diverses raisons. La teneur en sodium a un effet sur l'aliment. Par exemple, le montant de sodium ou de sel contenu dans une pâte pâtisseries permet de donner certaines caractéristiques au pain. Si on réduit trop le

sodium, on peut aboutir à un pain qui ne correspond pas aux attentes des consommateurs. Le taux de sodium a une incidence sur la viscosité. On ajoute également du sel pour assurer la salubrité des aliments. Le sodium et le sel aident à conserver les aliments.

Dans le cas d'un certain nombre d'additifs, notamment pour la conservation, les sels ajoutés doivent être des sels de sodium. L'ajout de sodium s'explique de diverses façons. Il y a évidemment la saveur, ou si l'on veut l'appétibilité de l'aliment et son acceptabilité pour le consommateur.

Tous ces aspects sont à considérer lorsqu'on envisage une réduction de la teneur en sodium.

M. Colin Carrie: Existe-t-il des substituts au sel qui sont sans danger?

M. Samuel Godefroy: Il existe des solutions de rechange. Le défi consiste essentiellement à en évaluer l'innocuité tout comme la disponibilité. Nous savons également que, dans bien des cas, et cela ressort des meilleures pratiques utilisées ailleurs, à l'étranger, certaines des solutions de rechange s'avèrent coûteuses, ce qui n'est pas sans avoir une incidence sur le prix de l'aliment et son abordabilité.

Cela ne veut pas dire qu'il n'est pas possible de réduire la teneur en sel. Certaines recherches ont été faites sur la question: on vise à réduire la teneur en sodium tout en maintenant l'acceptabilité de l'aliment ainsi que l'effet sur l'aliment que confèrerait sa teneur en sel.

La présidente: Madame McLeod, voudriez-vous intervenir maintenant?

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci. Je suppose que nous disposons de peu de temps et je vais donc lancer deux questions en espérant qu'on aura le temps d'y répondre.

Tout d'abord, pour aller dans le sens des observations de ma collègue concernant les aliments pour bébés, et cela a évidemment à voir également avec mon cas personnel, compte tenu des réductions déjà faites, pour les bébés âgés de six mois, neuf mois ou un an, dont la diète est composée exclusivement d'aliments préparés, l'absorption de sodium par ces nourrissons serait-elle dans des limites acceptables? Donc, avons-nous répondu à la nécessité de protéger nos citoyens les plus jeunes?

En deuxième lieu, bon nombre d'entre nous font valoir que les Canadiens sont très bien sensibilisés, mais je n'en suis pas tout à fait certaine. Mon adjoint, par exemple, a été suffisamment consterné après une seule réunion du groupe de travail sur le sodium pour se mettre à vérifier les étiquettes. J'estime que nous avons beaucoup de travail à faire. Ce n'est pas très difficile, en réalité. Ce travail assez simple d'étiquetage et de sensibilisation est-il en train de se faire?

• (1630)

M. Samuel Godefroy: Je parlerai tout d'abord des aliments pour bébés.

L'addition de sel et de sodium aux aliments pour bébés et notamment pour les aliments des nourrissons est réglementée. Il existe en effet une réglementation exigeante pour ce qui est de l'ajout de sel aux aliments pour nourrissons. Les seuils sont si faibles que, dans l'industrie, on n'ajoute pas de sel aux aliments pour nourrissons. Pour cette catégorie, donc, il ne semble pas y avoir de problème particulier. Comme je l'ai dit, les fabricants n'ajoutent pas de sel.

Maintenant, pour l'autre volet de la question...? Excusez-moi, vous pourriez peut-être...

Mme Cathy McLeod: Nous avons lancé des activités d'étiquetage. Cela a-t-il modifié de quelque manière les habitudes des consommateurs? Même si votre groupe n'a pas terminé son travail, y a-t-il en quelque sorte...? Vous avez parlé d'hypertension. Cela touche les personnes qui ont un certain âge. Que pouvons-nous dire des plus jeunes? Comment sont-ils en mesure d'obtenir l'information qui leur est nécessaire?

M. Hasan Hutchinson: Permettez-moi de parler brièvement d'étiquetage. Nous savons certainement que les Canadiens utilisent ce nouvel instrument tout au moins mais, comme on l'a signalé, les gens ne savent peut-être pas exactement comment utiliser et comprendre les étiquettes. Notre groupe a mené une campagne de sensibilisation assez vaste il y a de cela un an et demi. Nous avons réuni des renseignements à ce sujet. Nous planifions maintenant une nouvelle campagne pour l'année prochaine qui vise tout au moins l'un des éléments nécessaires, à savoir une sensibilisation véritable, la capacité d'utiliser les ressources du groupe d'experts. Nous sommes déjà fort avancés dans la planification de ce volet de la campagne.

Pour ce qui a trait plus particulièrement au sodium, nous préparons une campagne de sensibilisation et de commercialisation sociale très complète qui englobe les divers intervenants et les divers secteurs. L'approche est très coordonnée.

La présidente: Merci beaucoup.

J'aimerais attirer l'attention des membres du comité sur un événement tout à fait spécial qui a lieu aujourd'hui. Je suis heureuse que vous soyez ici avec nous. Notre comité a d'excellentes pratiques sur le plan de la santé. Comme vous l'aurez constaté, lorsque nous offrons des aliments sur place, il y a toujours des fruits, etc. Nous avons un petit secret et nous allons aujourd'hui attribuer un prix à l'un des membres du comité, qui l'a découvert.

M. Dufour pourrait-il s'approcher de la présidence?

Je suis sérieuse. Vous allez obtenir un prix.

Permettez-moi de vous dire que nous avons décidé de servir du café décaféiné seulement. Nous l'avons étiqueté comme il se doit. Nous pensions que quelqu'un allait découvrir tôt ou tard le pot aux roses et se rendre compte que notre café n'était pas du vrai café, mais du café décaféiné. Or, aujourd'hui, M. Dufour est venu demander discrètement à la greffière si nous n'avions que du café décaféiné.

Alors, aujourd'hui, je présente à M. Dufour une carte Starbucks tout en le félicitant.

Des voix: Bravo.

M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ): Merci.

La présidente: Cela étant dit, la séance est suspendue deux minutes, en attendant nos prochains témoins.

Je vous remercie pour vos exposés.

• _____ (Pause) _____

•

• (1635)

La présidente: Nous reprenons nos travaux. Je remercie nos témoins.

J'inviterais ceux qui sont dans la salle et qui tiennent à tenir des conversations à le faire à l'extérieur.

Nous sommes ravis d'accueillir la Dre Danielle Grondin, sous-ministre adjointe par intérim, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence. Ce n'est pas la première fois

que vous venez au comité et nous vous remercions de le faire aujourd'hui.

Un autre témoin n'en est pas à sa première parution, il s'agit de Elaine Chatigny, directrice générale des communications. Et aussi, du ministère de la Santé, le Dr Paul Gully, conseiller médical spécial.

Vous connaissez nos habitudes: vous avez cinq minutes pour un exposé puis nous passerons à une série de questions et réponses de sept minutes.

Docteur Grondin, vous avez la parole.

• (1640)

Dre Danielle Grondin (sous-ministre adjointe intérimaire, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Agence de la santé publique du Canada): Oui, merci beaucoup.

Je suis bien contente de revenir vous parler pour faire une mise à jour sur la grippe H1N1. Vous savez que je dois vous présenter les excuses du Dr Butler-Jones. Vous avez entendu l'importante annonce faite aujourd'hui: le vaccin avec adjuvant a été homologué pour usage public.

Essentiellement, cela signifie que nous sommes satisfaits des preuves données quant à l'innocuité et l'efficacité du vaccin. Au cours des prochains jours, tous les professionnels de la santé des provinces et territoires seront en mesure de mettre en oeuvre leur programme de vaccination.

L'annonce d'aujourd'hui était aussi importante en ce qu'on y présentait nos recommandations sur le mode de vaccination.

[Français]

Nous avons fait des recommandations sur l'utilisation des vaccins. Nous recommandons en effet que deux demi-doses du vaccin avec adjuvant soient administrées aux enfants de 6 mois à 9 ans, et ce, à au moins 21 jours d'intervalle. Nous recommandons aussi que toute personne de 10 ans ou plus reçoive une dose du vaccin avec adjuvant. En ce qui concerne les femmes enceintes, nous recommandons qu'elles reçoivent le vaccin sans adjuvant.

[Traduction]

Si toutefois une femme enceinte vit dans une région où le vaccin sans adjuvant n'est pas disponible, on lui offrira le vaccin avec adjuvant.

Précisons qu'à ce jour, il y a eu au Canada plus de 1 500 hospitalisations, dont 300 dans les services de soins intensifs, et 83 décès. Vous l'avez dit, il ne s'agit pas d'être alarmiste, mais il faut insister sur la gravité de cette maladie, et sur le fait que le meilleur moyen d'en endiguer la propagation, c'est l'immunisation du plus grand nombre de personnes possible, aussi rapidement que possible.

Vous avez peut-être aussi entendu aujourd'hui le Dr Perry Kendall, s'exprimant au nom des provinces et des territoires. La province de la Colombie-Britannique a annoncé que la deuxième vague de la grippe est déjà en cours. Comme nous nous y attendions, l'activité saisonnière accrue de ce virus est constatée partout au Canada. On l'a vu dans les provinces des Prairies et d'autres.

Maintenant que le vaccin est offert, il incombe aux provinces et aux territoires de le distribuer et de mettre sur pied les services de vaccination, mais plus important encore, il revient à chaque Canadien, à chacun d'entre nous, d'aller se faire vacciner et je le répète, on a conclu que le vaccin était sûr et efficace.

J'aimerais aussi vous renseigner sur cette deuxième vague de grippe et sur sa recrudescence. Nous collaborons avec les provinces et les territoires pour avoir des données de surveillance à jour, vous le savez. Nous avons fixé des indicateurs clés typiquement canadiens. Adaptés à notre pays, par nos spécialistes, ils sont destinés à fixer une sorte de seuil qui signale le début de la deuxième vague. Ce sont ces critères qu'a employés la Colombie-Britannique.

Ces critères sont essentiellement: le pourcentage de personnes qui ont eu un test positif de grippe H1N1, le nombre absolu de personnes ayant eu un test positif, le nombre de consultations pour des symptômes grippaux, la vente de médicaments antiviraux pour l'ensemble du pays et des données sur les admissions dans les hôpitaux et les décès. La surveillance est donc cruciale et nous continuons d'y oeuvrer avec les provinces et les territoires, en renforçant ce que vous savez que nous faisons déjà.

En outre, à l'Agence de la santé publique du Canada, avec les médecins de première ligne et tous nos partenaires nationaux, nous envisageons d'autres programmes de surveillance pour faire un bon suivi de la situation, pour recevoir en temps opportun le plus de données possibles.

Mon temps est presque écoulé et je m'arrête ici mais je tenais à vous parler des faits saillants, surtout ceux de la dernière semaine, en plus de l'annonce faite aujourd'hui.

Merci pour votre attention, je répondrai volontiers à vos questions.

• (1645)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Elaine Chatigny.

[Français]

Mme Elaine Chatigny (directrice générale, Communications, Agence de la santé publique du Canada): Merci beaucoup.

Comme l'a dit Dre Grondin plus tôt, nous avons tenu un point de presse aujourd'hui pour annoncer l'homologation du vaccin. Nous avons également mis à jour notre site Web, CombattezLaGrippe.ca. La dernière fois que nous avons comparu devant le comité, nous avons parlé de plusieurs feuillets d'information que nous nous apprêtions à intégrer au site Web. Nous l'avons fait ce matin. Je vous invite à aller voir le site Web. Nous y avons ajouté des feuillets d'information qui s'adressent aux femmes enceintes, aux jeunes mères ou aux personnes qui prennent soin de bébés de moins de 6 mois. Il y en a également qui traitent des bénéfiques et des risques

du vaccin, de ce que les gens devraient savoir avant de se faire vacciner. Nous avons vraiment rehaussé la quantité et, nous l'espérons, la qualité d'information disponible pour que les Canadiens puissent bien s'informer lorsqu'ils auront accès au vaccin, dans leur province ou leur territoire.

[Traduction]

À notre dernière comparution, nous vous annoncions le lancement imminent d'un guide de préparation au virus H1N1. Nous vous en remettons aujourd'hui une copie. Pour l'obtenir, il suffit de téléphoner au 1 800 O-Canada, ou de le télécharger à partir de notre site Web. On le trouvera dès la fin de la semaine dans tous les bureaux de poste du pays.

Nous l'avons lancé il y a une semaine, et je peux dire que jusqu'ici, Service Canada a reçu plus de 84 000 demandes pour ce guide, ce qui est énorme, en sept jours à peine. Du point de vue du marketing social, une telle sensibilisation et un tel intérêt sont vraiment inusités.

Le produit a été téléchargé 7 800 fois à partir de notre site Web. Là aussi, c'est extrêmement élevé pour une période de sept jours, et c'est seulement fondé sur la diffusion dans les médias de manière volontaire, sans achat de place publicitaire. Cette étape viendra. Par ailleurs, d'après nos analyses, nous avons appris que par la ligne sans frais 1 800 O-Canada et le site Web, certaines organisations nationales demandent des guides en grande quantité, et que par conséquent, nous répondons aussi aux besoins des organisations nationales pour ce genre de renseignements, destinés à leur clientèle et à leurs membres. Nous en sommes très satisfaits.

Nous savons que le dosage est important particulièrement pour les parents et pour ceux qui veulent en savoir plus à ce sujet et nous avons donc créé ce document à télécharger, c'est une référence facile à trouver.

De plus, plus tard cette semaine, nous enverrons à tous les ménages, par la poste, un dépliant sur les symptômes de la grippe: comment les reconnaître, comment les traiter, quoi faire. C'est très simple. On y trouve aussi le numéro 1 800 O-Canada et l'adresse du site Web combattezlagrippe.ca pour encourager les Canadiens à obtenir le guide de préparation.

À mesure qu'approche la saison de la grippe, nous savons qu'il y a clairement plus d'activités dans certains secteurs du pays, mais nous savons aussi qu'il y a une certaine désinvolture et une inquiétude relativement faible. Nous pensons qu'il est encore opportun de sensibiliser les Canadiens à la pandémie de grippe H1N1, de les encourager à se renseigner de manière à ce qu'ils puissent en reconnaître les symptômes, savoir quoi faire s'ils tombent malades ou s'ils doivent prendre soin de leurs proches.

Je pense que le niveau de sensibilisation visé n'est pas encore atteint, surtout au sujet des mesures à prendre et je pense qu'il était important pour nous de mettre en oeuvre notre stratégie nationale de marketing social.

Dans quelques jours, vous commencerez à entendre davantage de publicités à la radio pour encourager les gens à se renseigner sur les symptômes de la grippe H1N1 et pour prendre les mesures nécessaires. En novembre, nous donnerons plus d'information à l'échelle nationale sur le vaccin lui-même.

C'est aujourd'hui que nous avons annoncé l'homologation du vaccin et que commence la campagne de vaccination partout au pays. L'intensification de l'activité entourant les cliniques de vaccination de masse se fera bientôt, et nous ferons coïncider nos activités de sensibilisation à la vaccination et nos messages avec cette période, sachant que les campagnes de vaccination ne se termineront vraiment qu'en décembre, probablement autour de Noël. Il nous faut une certaine période pour veiller à ce que les messages publics visant les Canadiens leur permettent de faire les choix éclairés qui s'imposent.

C'est la mise à jour que je voulais vous donner aujourd'hui.

• (1650)

La présidente: Merci.

Nous pouvons maintenant passer au Dr Gully?

Dr Paul Gully (conseiller médical spécial, ministère de la Santé): Merci madame la présidente. Merci de m'avoir invité à nouveau.

Nous continuons de surveiller les cas de maladie de type grippal dans les collectivités des premières nations, en collaboration avec les provinces et territoires. Comme la Dre Grondin l'a mentionné, il y a eu une augmentation de cas de grippe au pays, surtout en Colombie-Britannique et maintenant en Alberta et dans les Territoires du Nord-Ouest, et cette même augmentation s'est fait sentir dans les collectivités des premières nations dans les provinces et territoires. C'est certainement le cas présentement en Alberta.

Comme je l'ai déjà dit, les collectivités des premières nations continuent d'avoir accès à l'équipement et aux fournitures médicales, et aux antiviraux pour faire face à la pandémie. Nous continuons de collaborer avec les collectivités des premières nations pour les aider à se préparer à la pandémie, et suite à notre évaluation de la situation et à nos discussions avec ces collectivités, nous croyons que dans la plupart des régions presque toutes les collectivités ont un plan et presque 90 p. 100 de ces collectivités ont mis leur plan à l'épreuve.

Pour ce qui est du vaccin, nous travaillons avec les gouvernements provinciaux parce que le vaccin est distribué par les gouvernements provinciaux. La Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits de Santé Canada permet ensuite que ce vaccin soit distribué à ces collectivités. Il sera distribué selon les lignes directrices provinciales et sera disponible, dans la plupart des cas, comme le vaccin saisonnier. Cependant, il y aura probablement plus de cliniques d'immunisation de masse pour le H1N1 que normalement. Les collectivités éloignées et isolées ont été incluses, comme vous le savez, dans les lignes directrices nationales sur la séquence de la vaccination. Dans deux provinces, le Manitoba et la Saskatchewan je crois, les premières nations ont été désignées comme faisant partie des priorités.

Comme pour le vaccin contre la grippe saisonnière, il faut s'attendre à un calendrier différent selon les régions. Cela sera également vrai pour les collectivités des premières nations. Le calendrier exact dépendra de la province et du moment de la distribution, bien que les méthodes de distribution soient en place, comme les plans en cas d'obstacle météo, par exemple. Dans certains cas, les collectivités des premières nations exprimeront une préférence concernant les dates. Je sais, par exemple, que certaines collectivités du Manitoba ont dit qu'elles préféreraient que ce soit une semaine plutôt qu'une autre.

Parce que la distribution est semblable à la distribution d'autres vaccins dans la province, il y a des processus bien établis pour la manipulation des vaccins et la mise en oeuvre des programmes. Les

membres des collectivités seront avisés des cliniques par différentes voies, comme la radio locale, les bulletins communautaires et des affiches, mais nous compterons sur les chefs et les dirigeants des collectivités pour faire la promotion du vaccin. Hier, j'étais dans le Nord du Manitoba, et j'ai constaté ce que je décrirais comme un partenariat entre le gouvernement provincial, le gouvernement du Canada, et les premières nations afin de faire la promotion du vaccin. Les mesures sont centrées sur la collectivités.

J'ai déjà mentionné que nous mobilisons maintenant les professionnels de la santé pour appuyer les campagnes d'immunisation dans les provinces. Je sais que depuis dimanche, certaines personnes de Santé Canada iront dans les provinces pour aider l'immunisation de masse.

Nous continuons de travailler avec l'Assemblée des Premières Nations et avec Affaires indiennes et du Nord Canada pour mettre en oeuvre diverses activités du protocole de communication conjointe. Comme vous le savez, la semaine dernière, la ministre de la Santé a rendu visite à la première nation de Cowessess en Saskatchewan et a souligné le succès de cette collectivité, qui n'est certainement pas unique. Nous avons eu des discussions très positives avec des membres de la collectivité, le chef, le Conseil des sages, et le comité de planification de lutte contre la pandémie.

• (1655)

Comme Mme Chatigny l'a décrit, la préparation chez les citoyens continue et il y a certains produits qui sont faits sur mesure pour les collectivités des premières nations. Et nous nous assurons que le guide soit disponible dans ces collectivités, parce qu'elles n'ont pas toutes un bureau de poste et nous voulons nous assurer que les collectivités des premières nations y aient accès également.

Pour terminer, la planification du sommet virtuel avec l'APN, l'Assemblée des Premières Nations, progresse très bien et nous avons des réunions quotidiennes avec l'APN pour planifier ce sommet. Il devrait avoir lieu au début novembre, et nous aurons différentes voies d'émission et du contenu Web, qui nous permettra, alors que l'immunisation sera en cours, de répondre aux questions et de continuer à faire la promotion de l'immunisation auprès des collectivités des premières nations.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à la série de questions et réponses de sept minutes, en débutant par Mme Duncan.

Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.): Merci, madame la présidente.

Merci à tous les fonctionnaires d'être venus, et merci pour votre temps et vos efforts.

J'aimerais parler de deux aspects, et l'un est la capacité de pointe. On nous a dit que le système a peu ou pas de capacité de pointe, et je me demande ce que vos modèles démontrent. On nous a parlé de 1 p. 100 de malades graves, de 1 sur 50, et de 1 sur 1 000.

Même s'il s'agit d'un cas sur 1 000, cela constituera de 1 500 à 2 500 cas de maladies graves qui auront besoin de soins intensifs au pays, peut-être en même temps, et peut-être 3 000 lits. Je me demande ce qui se passera si ce chiffre est plus élevé. Y a-t-il un plan national pour la capacité de pointe? Y a-t-il un mécanisme pour transférer les ressources d'un endroit à l'autre?

C'est très encourageant de voir le travail qui s'est fait dans les collectivités autochtones et des premières nations. Hier, nous avons appris que les Manitobains, autant les Autochtones que les non-Autochtones, ont payé le prix des leçons apprises au printemps.

Nous savons que la possibilité de rétablissement des patients dépend de la rapidité du traitement. On nous a dit qu'il y avait un réel délai de peut-être sept à huit jours. Je m'inquiète de l'avenir. Comment peut-on faire disparaître ce délai?

Peut-être avec la prévention, en faisant vacciner les gens. Quel est le taux de vaccination, et quel est-il dans les collectivités autochtones? Je m'inquiète des mesures de retrait social lorsque plusieurs familles vivent dans une habitation. Avons-nous besoin de plus d'argent ou de ressources?

Puis-je poser une autre question? J'aimerais simplement la faire entendre.

• (1700)

La présidente: Cela dépend si vous désirez ou non une réponse. Allez-y.

Mme Kirsty Duncan: Pour ce qui est du vaccin pour les femmes enceintes, si le vaccin sans adjuvant n'est pas disponible, comment en sommes-nous arrivés à ce chiffre de 20 semaines? Quelle preuve l'appuie, et quelle est la situation ailleurs?

La présidente: Qui aimerait répondre à ces questions? Docteur Gully, aimeriez-vous débiter?

[Français]

Dre Danielle Grondin: Bien sûr.

[Traduction]

Il y en a plusieurs. J'espère avoir répondu à celles auxquelles je pouvais répondre, madame Duncan.

En ce qui concerne la capacité de la prestation de soins, vous avez entendu la dernière fois le Dr Kumar à ce sujet. Ils y travaillent.

Quant au plan national, nous avons tenu une conférence qui rassemblait tous les intensivistes et le personnel, et il y a également le réseau des urgences des soins de santé, et ils y travaillent également.

J'aimerais cependant mentionner une chose. C'est un point important, parce que ces modèles et tous ces chiffres que vous présentez — et nous sommes d'accord sur ces chiffres — pourraient se concrétiser s'il n'y avait pas d'immunisation, si les gens ne se faisaient pas immuniser. Voilà pourquoi c'est si important.

[Français]

On doit travailler en amont.

[Traduction]

Comment le dire en anglais? Il faut commencer par le début. La mort est le résultat final. Les soins intensifs sont en deuxième.

Il faut maintenant travailler à la prévention. C'est le rôle de l'Agence de la santé publique du Canada. Par exemple, dans le meilleur des cas, nous réussirons à immuniser 100 p. 100 de la population, et le H1N1 disparaîtra.

Il est important de savoir, et peut-être l'avez-vous entendu à la conférence, que l'efficacité de ce vaccin est meilleure que tous les vaccins que nous avons. Elle est de plus de 90 p. 100. Alors il peut arrêter le H1N1, voilà pourquoi il est important.

Mme Kirsty Duncan: Je suis d'accord, mais présentement nous voyons que le pourcentage des gens qui prévoient recevoir le vaccin est descendu à 33 p. 100.

Dr Danielle Grondin: Je suis d'accord, et c'est pourquoi nous parlons maintenant d'un effort collectif, comme Mme Chatigny l'a expliqué.

Avec tout le respect que je vous dois, cet effort est également le vôtre. Vous êtes des gens influents dans vos circonscriptions, alors vous pouvez transmettre le message et essayer de changer un peu la situation. Je suis très respectueuse, mais en réalité nous contactons les médias, nous expliquons le vaccin, et on nous dit ensuite que les gens ne savent pas de quoi nous parlons. Il y a quelque chose qui ne fonctionne pas quelque part. Il faut transmettre le message.

Les normes réglementaires sont élevées au Canada. D'après nos connaissances actuelles, le vaccin est sûr. Cela correspond à ce que nous entendons. Il est très efficace. Si les gens le reçoivent, il peut arrêter le H1N1.

Voilà le premier point, le message doit être répété haut et fort. J'espère que vous recevrez tous le vaccin.

L'autre aspect concerne

• (1705)

[Français]

de travailler en amont.

[Traduction]

Il y a le vaccin, mais il y a aussi le message à propos des antiviraux. À l'échelle nationale, et dans les provinces, il y a suffisamment d'antiviraux en réserve pour traiter tous les Canadiens qui en ont besoin. C'est pourquoi nous avons transmis un message clair aux Canadiens et aux professionnels de la santé pour qu'ils obtiennent rapidement un traitement aux antiviraux. C'est une autre mesure pour éviter l'hospitalisation ou l'admission aux services de soins intensifs.

Nous avons également identifier les personnes à haut risque qui devraient recevoir le vaccin et qui devraient rapidement aller consulter leur médecin.

Alors il y a tout un ensemble de mesures.

Les chiffres que vous citez — c'est vrai, mais les gens ne font pas ce qu'il faut pour se protéger... Et il ne s'agit pas seulement de se protéger eux-mêmes. Si je reçois le vaccin, j'empêche sa transmission. Je ne le transmettrais pas et je ne serais pas un vecteur de transmission du virus à vous, si vous ne recevez pas le vaccin.

Ce sont des messages importants qui doivent être compris. Bien sûr, nous nous attendons à ce que vous utilisiez votre influence pour transmettre très clairement ce message dans vos circonscriptions.

Voilà à propos des chiffres.

Quant aux femmes enceintes et aux 20 semaines, nous n'avons pas les preuves pour le H1N1; c'est un nouveau virus. Cela viendra. Nous l'avons déterminé avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada afin d'évaluer les risques, comme ceux pour la mère et le fœtus. Présentement, dans une année, 1 p. 100 de la population du Canada est constitué de femmes enceintes. Présentement, les femmes enceintes représentent 5 p. 100 des personnes hospitalisées, et 5 p. 100 meurent. C'est très important.

Il nous faut vraiment le plus haut niveau de sûreté pour ces femmes, pour qu'elles sentent qu'au premier trimestre, par exemple, [Note de la rédaction: *inaudible*] ne constituent pas un risque, mais qu'elles peuvent être protégées.

Il y a également des études disant que la grippe peut constituer un risque durant ces trimestres. Nous y travaillons avec le collègue.

La présidente: Merci.

Monsieur Dufour.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Merci beaucoup, madame la présidente.

Je vous remercie d'être ici aujourd'hui et de nous éclairer encore sur la grippe H1N1.

On a fait l'homologation du vaccin et on l'a autorisé aujourd'hui même. Si je comprends bien, les essais cliniques canadiens n'étaient pas terminés, mais on l'a tout de même autorisé.

Qu'est-ce qui a poussé l'agence à se baser sur les études européennes, plutôt que de finir celles qu'on était déjà en train de faire?

Dre Danielle Grondin: Je sais que lundi de la semaine prochaine, vous entendrez des experts en réglementation. Je ne suis pas experte en la matière, mais je peux quand même apporter certaines précisions.

Pour ce vaccin-ci, comme pour tous les autres vaccins ou médicaments, le gouvernement canadien, Santé Canada, nos collègues examinent toutes les études cliniques qui ont été effectuées au Canada et ailleurs dans le monde. Toutes les données sont bien compilées. Il y a eu des études canadiennes, mais elles ne sont peut-être pas aussi exhaustives parce que d'autres sont à venir. Les données cliniques qu'on a obtenues sont suffisantes pour nous rassurer: le vaccin est sécuritaire et est très efficace à plus de 90 p. 100 pour protéger le Canadien ou la Canadienne qui le reçoit.

M. Nicolas Dufour: N'aurait-on pas pu faire l'homologation beaucoup plus tôt?

Dre Danielle Grondin: Non.

M. Nicolas Dufour: Au fond, on arrive au même résultat.

Dre Danielle Grondin: Non, parce qu'il fallait quand même analyser toutes ces données qui arrivaient. Ils vous expliqueront quelles sont exactement les étapes, si nécessaire. Comme on l'a régulièrement mentionné, il faut donner un vaccin rapidement, mais pas trop vite pour empêcher plusieurs problèmes de sécurité. C'est l'équilibre qu'il faut atteindre. Le temps était parfait aujourd'hui.

M. Nicolas Dufour: GSK, GlaxoSmithKline, semble gérer présentement les études sur les vaccins et donne des contrats à des sociétés de recherche pour vérifier l'effet à long terme du vaccin, à savoir s'il sera efficace contre le virus pendant plusieurs mois.

S'agit-il là d'études de routine, ou y a-t-il un risque réel que le vaccin ne soit pas utile sur une longue période?

Dre Danielle Grondin: C'est un virus de l'influenza. Il est différent des virus comme la polio ou le virus de la fièvre jaune, qui durent 10 ans. Les virus de l'influenza changent souvent chaque année. C'est pour ça que pour la grippe saisonnière, on s'adapte au virus qui circule. Pourquoi est-il si important que le plus de Canadiens possible soient immunisés contre le H1N1? Parce qu'on s'attend à ce qu'il soit présent pendant les années qui viennent. En donnant une immunisation aujourd'hui, on investit probablement pour les années à venir. Remarquez que c'est une hypothèse.

Il reste que pour tout vaccin, pour ce virus-ci, on sait qu'avec une première dose, en moins de 10 jours, l'immunité est au-dessus de 90 p. 100. On n'atteint pas ce pourcentage même pour la grippe saisonnière. Maintenant, on veut s'assurer qu'à un moment donné, pour plus que 21 jours, ça peut être soutenu pour les autres années. Ça fait partie des choses normales que regardent les compagnies pharmaceutiques. On évalue toujours combien de temps un vaccin nous protégera.

M. Nicolas Dufour: Ce sont des examens de routine.

Dre Danielle Grondin: Ce sont des examens de routine, absolument.

M. Nicolas Dufour: Comment se fait-il que l'on prépare une campagne massive de vaccination, mais qu'on n'ait même pas le vaccin sans adjuvant, lequel pourrait être administré aux femmes enceintes? N'y a-t-il pas là un danger de confusion ou une problématique?

Dre Danielle Grondin: Non, pas du tout. Il faut coordonner la campagne avec les provinces et les territoires, qui doivent préparer la logistique, une fois que le vaccin est autorisé pour distribution.

La date butoir a été fixée au début de novembre. C'est à ce moment que les deux vaccins seront disponibles. Aujourd'hui, bien avant, nous avons reçu l'homologation du vaccin avec adjuvant. Cependant, on est toujours à jour pour que les deux vaccins soient offerts à la date prévue, au début de novembre. Nous avons une marge de manoeuvre.

M. Nicolas Dufour: Monsieur Gully, vous avez dit — et cela a été dit lors de la conférence de presse de vendredi dernier — que le ministre avait annoncé que plus de 90 p. 100 des communautés étaient déjà prêtes à affronter la pandémie. C'est donc dire qu'environ 10 p. 100 des communautés ne le sont pas.

Le ministère les a-t-il identifiées? Le comité pourrait-il obtenir la liste de ces communautés?

• (1710)

Dr Paul Gully: Je vais répondre en anglais, si vous me le permettez.

[Traduction]

Les régions connaissent très bien les collectivités qui n'ont pas de plan et travaillent avec elles. Elles en ont la responsabilité, car elles connaissent ces collectivités. Nous savons également qu'il y aura toujours des collectivités qui n'auront pas de plan, soit parce qu'elles ne le souhaitent pas, soit parce qu'elles sont si petites qu'elles ne peuvent pas en avoir. Il est important que les régions connaissent ces collectivités-là. Ainsi, s'il survient un problème, notamment s'il y a une flambée de H1N1, nous pourrions aider ces collectivités en cas de besoin.

Nous demandons à de très petites collectivités d'être prêtes. Si l'on compare ces collectivités de premières nations à celles qui ont la même taille mais qui ne sont pas constituées de résidents autochtones, je vous dirais que les collectivités de premières nations sont probablement mieux préparées en raison de tous les efforts qu'elles ont déployés et qu'ont fournis les leaders communautaires pour être prêts en cas de pandémie.

La présidente: Merci.

Madame Wasylycia-Leis.

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

Merci à vous tous.

Si vous me donnez plus de renseignements sur les tests qui ont été effectués pour vérifier l'efficacité et la sécurité du vaccin, je serai mieux en mesure de recommander à mes électeurs de se faire vacciner contre le H1N1.

Quels types de tests préalables ont été effectués pour le vaccin Panvax?

[Français]

Dre Danielle Grondin: Si vous le permettez, je préférerais vraiment que la question soit posée aux experts, soit à nos collègues de Santé Canada qui connaissent tous les détails et qui peuvent aussi expliquer la signification exacte de tout cela, en termes de réglementation. Je sais qu'ils ont étudié toutes les données scientifiques de GSK, comparé les études et vérifié la sécurité de ce produit.

[Traduction]

Je vous prie de m'excuser, bien que vous ayez posé la question en anglais, je vous réponds en français.

[Français]

Mme Judy Wasylcyia-Leis: Ce n'est pas un problème.

[Traduction]

Dr Danielle Grondin: Ils seront mieux placés pour répondre à votre question. Ils comparaitront lundi à ce comité. Veuillez m'excuser de ne pas répondre davantage à votre question, mais je crois qu'ils vous fourniront une réponse plus précise que la mienne.

La présidente: Merci.

Mme Judy Wasylcyia-Leis: Je devrais peut-être poser ma prochaine question lundi prochain, mais je la poserai maintenant, car, puisque le vaccin est distribué, les gens vont nous poser des questions au cours de la fin de semaine.

Quels mécanismes de surveillance du vaccin ont été mis en place pour compiler les données afférentes aux effets indésirables du vaccin?

Dr Danielle Grondin: Il existe déjà des systèmes de surveillance établis. Il y a notamment le système IMPACT. C'est le Programme de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins dans tout le Canada. Les professionnels de la santé y rapportent tout effet secondaire grave lié à un vaccin.

Il existe également un système, le SCSESSI, qui est un acronyme pour le Système canadien de surveillance des effets secondaires suivant l'immunisation au Canada. Nous avons un système de surveillance des vaccins. Il s'agit d'un système de première ligne. Tous les professionnels de la santé rapportent tout effet secondaire d'abord aux provinces et aux territoires et ensuite à notre organisation. Il existe également d'autres systèmes de surveillance.

Je sais que nous n'avons pas beaucoup de temps, mais nous pourrions facilement faire parvenir au comité une liste des systèmes, ce qu'ils font et la façon dont ils ciblent.

Mme Judy Wasylcyia-Leis: Ce serait très utile. Dans le passé, à ma connaissance, Santé Canada n'a pas réussi à établir un réseau national sans défaillance qui permet de partager des renseignements et peut faire des contre-vérifications pour garantir que les données sont fiables.

●(1715)

La présidente: Madame Wasylcyia-Leis, si vous le permettez, le Dr Gully veut répondre à vos questions.

Dr Paul Gully: J'aimerais rajouter à la réponse de la Dre Grondin. Pour ce qui est des premières nations, nous allons mettre en oeuvre un système dans leur collectivité qui permettra aux infirmiers et aux infirmières de recueillir des données très précises dans toutes les collectivités où Santé Canada administre des vaccins. Cela donnera des renseignements plus complets, parce que nous pourrions atteindre bon nombre de collectivités isolées. Ils pourront recueillir des données basées sur la population. Je pense que ça complétera les autres systèmes de surveillance.

Mme Judy Wasylcyia-Leis: Est-ce que c'est ce que l'on fait à l'heure actuelle lorsqu'on administre le Tamiflu?

Dr Paul Gully: Si le Tamiflu a été prescrit et qu'il y a un effet indésirable grave, on est obligé d'en faire rapport. Les exigences peuvent cependant varier d'une province à une autre. Quoi qu'il en soit, un système de suivi serait établi.

Mme Judy Wasylcyia-Leis: Est-ce que seuls les médecins peuvent prescrire le Tamiflu?

Dr Paul Gully: Cela varie d'un endroit à un autre. Dans les collectivités autochtones et dans certaines provinces, les infirmières peuvent déclarer qu'elles aimeraient que le Tamiflu soit prescrit et ensuite appeler un médecin pour qu'il le fasse. Dans certaines provinces, les infirmières ont le pouvoir de prendre cette décision.

Dans d'autres, comme la Colombie-Britannique, on travaille vers un système qui permettrait à l'infirmière autorisée dans les collectivités isolées de prendre cette décision. Les infirmières sont autorisées en vertu de la province et sont ainsi régies par la province.

Nous sommes certains que, si quelqu'un a besoin du Tamiflu dans une collectivité isolée, il pourra le recevoir.

Mme Judy Wasylcyia-Leis: Merci.

Parlons maintenant du vaccin sans adjuvant pour les femmes enceintes. Il y en a une quantité limitée à l'heure actuelle. Comment est-ce qu'on va le distribuer? Carol me parlait de sa collectivité au nord-ouest de l'Ontario et des petits villages partout au Canada. Que feront les femmes enceintes? Comment auront-elles accès au vaccin sans adjuvant?

Dr Danielle Grondin: Dès que le vaccin sans adjuvant sera autorisé, il sera distribué par l'entremise du GSK et suivra les mécanismes similaires de distribution établis par les provinces et les territoires. Ceux-ci les distribueront à des emplacements différents en fonction de leur lieu géographique.

Mme Judy Wasylcyia-Leis: Existe-t-il une norme nationale de distribution du vaccin?

Dr Danielle Grondin: Oui. On a parlé de la distribution dans le plan canadien sur les pandémies, lorsqu'il a été renvoyé en 2006. À l'heure actuelle, on trouve des détails sur la manière de le distribuer à l'échelle nationale. On a demandé à chaque province et à chaque territoire de cibler les emplacements de distribution et de nous dire où on enverrait les camions de GSK. Une fois que cela aura été établi, chaque province distribuera le vaccin dans sa région.

La présidente: Merci, docteur Grondin.

Monsieur Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente.

J'ai lu le livret que vous nous avez distribué aujourd'hui intitulé *Votre guide de préparation contre le virus H1N1*. Parmi les symptômes qui pouvaient amener à des complications plus graves dans les trois catégories listées, on y trouvait les problèmes neurologiques. J'aimerais que vous nous en parliez davantage. Notre comité a récemment créé un sous-comité traitant des problèmes neurologiques. J'aimerais que vous nous en parliez plus longuement et que vous nous expliquiez pourquoi cela pourrait mener à des complications plus graves.

Dr Danielle Grondin: En ce qui concerne le H1N1, les troubles neurologiques causeraient notamment, par exemple, de la léthargie, ou encore de la fatigue.

Pardon, j'essaie de voir où nous en sommes.

M. Patrick Brown: C'est à la page huit.

Dr Danielle Grondin: Vous parlez des problèmes neurologiques dont les gens pourraient souffrir à la suite de l'administration du vaccin?

M. Patrick Brown: Oui. On parle de complications supplémentaires.

• (1720)

Dr Danielle Grondin: Excusez-moi, j'ai le français. Pardon.

D'accord. Il s'agit de gens qui ont des maladies chroniques, des maladies neurologiques, comme des crises d'épilepsie. C'est un exemple auquel il faudrait songer.

M. Patrick Brown: Est-ce que vous me dites que cela pourrait provoquer une crise épileptique?

Dr Danielle Grondin: Je ne dis pas que cela provoquera des crises. Honnêtement, je dois admettre que cette question a été posée, et c'est la raison pour laquelle nous discutons avec la Société canadienne de pédiatrie. Par exemple, chez les jeunes enfants, il peut y avoir des cas de poussées fébriles, que l'on appelle; si le vaccin peut provoquer un peu de fièvre, devrions-nous en tenir compte? Il s'agit d'une question qui préoccupait les parents et qui nous a été posée. Nous cherchons donc à obtenir une réponse auprès de la Société canadienne de pédiatrie.

Je vois que le Dr Gullie et Mme Chatigny veulent intervenir.

Mme Elaine Chatigny: J'aimerais simplement obtenir une clarification. Dre Grondin parle en fait d'effets secondaires probables. Il ne s'agit pas d'effets secondaires réels. On parle ici de gens qui présentent un risque de complications.

Plus précisément, il s'agit de personnes qui souffrent de maladies chroniques, comme le diabète, l'asthme ou des troubles neurologiques pouvant entraîner des complications graves liées à la grippe H1N1. C'est ce dont il est question ici, et non pas d'effets secondaires.

Dr Danielle Grondin: Oui, c'est exact.

Mme Elaine Chatigny: D'accord, je voulais éclaircir ce point.

Dr Paul Gully: Je peux peut-être donner plus de détails sur le sujet.

Vous avez absolument raison: parce que certaines personnes souffrant de troubles neurologiques peuvent être davantage sujettes aux pneumonies, par exemple, rien qu'en raison d'un problème neurologique de base, leur capacité de bien respirer peut être compromise. De plus, parfois, dans le cas de maladies neurologiques graves, il serait en fait difficile de dire s'il s'agit vraiment des symptômes du virus H1N1. Par conséquent, il est donc logique que ces personnes, pour tout un éventail de raisons, seraient beaucoup

plus à risque de présenter des complications liées à la grippe H1N1, ce qui pourrait être en partie attribuable à la difficulté d'établir un diagnostic.

M. Patrick Brown: Je pense que mon collègue, M. Uppal, avait une question.

La présidente: Monsieur Uppal, vous avez la parole.

M. Tim Uppal (Edmonton—Sherwood Park, PCC): Merci, madame la présidente.

J'ai constaté entre autres que l'information est probablement l'arme la plus puissante dont nous disposons contre la grippe. Il est important d'avoir de bons renseignements à des fins de prévention et de préparation. Même en ce moment, dans le cadre de la campagne de vaccination qui a lieu, les gens doivent avoir confiance dans le vaccin. Ce sont ces bons renseignements qui nous permettront de gagner leur confiance.

Outre la circulation d'informations dont vous avez déjà parlé — la diffusion de publicités à la radio ainsi que les communications médiatiques payées ou offertes —, y a-t-il un plan pour les nouveaux Canadiens, les personnes appartenant à différentes communautés culturelles ou groupes linguistiques variés? Est-ce qu'on utilise les différents médias des minorités culturelles pour leur transmettre l'information?

Mme Elaine Chatigny: Nous avons absolument tenu compte de ce volet. Nous avons principalement travaillé à diffuser une information bilingue, soit en français et en anglais. Dans certains cas, nous avons collaboré avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada pour que l'information soit traduite dans certains dialectes parlés dans les collectivités des premières nations ainsi qu'en inuktitut pour des localités du Nord du Canada.

Nos collègues de l'Ontario, avec qui nous travaillons en étroite collaboration pour mettre au point la majeure partie de notre approche, et ceux de la Colombie-Britannique en particulier, traduisent presque tous leurs produits de marketing social dans de nombreuses langues. Par exemple, dans la ville de Toronto, le ministère de la Santé de l'Ontario traduit périodiquement ses documents dans plus de 20 langues.

Nous veillons à assurer une cohérence des messages en collaborant avec les provinces et les territoires. Le message est ensuite transmis dans le cadre du travail effectué auprès de collectivités précises et avec l'aide des médecins hygiénistes locaux. Ces derniers savent où se trouvent leurs collectivités et comment elles aimeraient recevoir l'information. Cette approche est davantage adaptée et pertinente.

La difficulté de notre démarche réside dans le fait que nous ne sommes pas sur le terrain dans ces collectivités. Nous adoptons donc une approche en cascade.

M. Tim Uppal: La responsabilité incombe-t-elle aux provinces ou à chacune des municipalités?

Mme Elaine Chatigny: Ce n'est pas du tout une question de responsabilité ni de compétence. En fait, nous suivons la logique. Comment faire pour travailler en collaboration? Sur quels éléments concentrons-nous nos efforts? Sur quels éléments concentrent-ils leurs efforts? Quelle est leur valeur ajoutée? Quelle est notre valeur ajoutée?

Cela n'a rien à voir avec nos champs de compétence.

• (1725)

M. Tim Uppal: Mais les efforts se voient au niveau municipal.

Mme Elaine Chatigny: On les constate certainement à Toronto et à Vancouver. Nos collègues provinciaux font des efforts considérables pour sensibiliser leurs collectivités et pour collaborer avec les municipalités ainsi que les médecins hygiénistes locaux afin de diffuser l'information de façon plus pertinente et plus directe que ne le ferait le gouvernement fédéral.

Dr Paul Gully: J'aimerais ajouter un commentaire, madame la présidente. Je crois que dans les collectivités des premières nations, par exemple, il est souvent souhaité que les chefs locaux et autres leaders traduisent les documents, en fassent la promotion, les expliquent et se montrent disponibles pour donner des explications

dans d'autres langues. Il y a souvent différentes façons d'expliquer l'information, de la comprendre et de permettre aux gens de poser des questions dans une autre langue. Ce type de démarche ne peut manifestement pas être entreprise au niveau fédéral, il faut absolument que ce soit fait localement.

La présidente: Je tiens à vous remercier d'être venus. Nous vous remercions sincèrement de vos mises au point. Je sais que nous nous reverrons très bientôt.

Je remercie donc les témoins et les membres du comité.

La cloche est sur le point de sonner, alors la séance est levée.

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>