



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 031 • 2<sup>e</sup> SESSION • 41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 3 juin 2014**

**Président**

**M. Ben Lobb**



## Comité permanent de la santé

Le mardi 3 juin 2014

•(0845)

[Traduction]

**Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)):** Bonjour, mesdames et messieurs. Bienvenue encore une fois.

Il s'agit de notre dernière réunion consacrée à l'étude du projet de loi C-442. Nous allons commencer sans tarder. Nous recevons deux témoins aujourd'hui. Il y a d'abord l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires. Nous avons eu quelques problèmes de connexion, mais cela fonctionne maintenant. Nous allons donc commencer tout de suite par le Dr Ouellette.

Vous avez 10 minutes pour votre exposé. Allons-y. Pouvez-vous nous entendre, monsieur?

**Dr Marc Ouellette (directeur scientifique, Institut des maladies infectieuses et immunitaires):** Je vous entends très bien. Et vous?

**Le président:** Oui, nous aussi. Alors, allez-y, monsieur, et espérons que la connexion fonctionnera tout au long de la réunion — ou, à tout le moins, pendant les 10 minutes que durera votre exposé.

Ça vous va?

**Dr Marc Ouellette:** Oui, c'est parfait. Merci beaucoup.

Je remercie le comité de m'avoir invité à venir parler des efforts déployés par le gouvernement du Canada pour soutenir la recherche sur la maladie de Lyme partout au pays.

Tout d'abord, j'aimerais dire à quel point je suis impressionné par les délibérations que le comité a tenues jusqu'ici sur ce projet de loi très important. Comme vous le savez, les Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC, pour utiliser l'acronyme, constituent l'organisme de financement de la recherche en santé du gouvernement du Canada. Ils ont pour mandat d'appuyer la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé, et de renforcer le système de santé au Canada.

Une des cinq priorités de recherche établies par les IRSC dans leur plan stratégique de 2009-2014 consiste à se préparer à réagir aux menaces, actuelles et nouvelles, pour la santé à l'échelle mondiale. Cette priorité englobe les sous-thèmes des menaces d'origine microbienne ainsi que de l'environnement et de la santé, qui sont directement reliés à notre sujet de discussion d'aujourd'hui.

Au sein des IRSC, l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires, dont je suis l'actuel directeur scientifique, soutient la recherche et le développement des capacités dans le domaine des maladies infectieuses et du système immunitaire. En plus de soutenir la recherche, l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires joue un rôle important dans le dossier des maladies au Canada, notamment en contribuant à coordonner la réponse rapide du milieu scientifique canadien à l'écllosion de maladies infectieuses, en particulier celles qui découlent de nouveaux agents pathogènes.

Depuis leur création en 2000, les IRSC ont investi près de 7 millions de dollars dans la recherche sur la maladie de Lyme, dont environ 600 000 \$ en 2012-2013 seulement.

•(0850)

[Français]

Ces investissements ont soutenu la recherche sur la dissémination et la réplication de la bactérie *Borrelia burgdorferi*, connue comme étant l'agent causal de la maladie de Lyme. Ils ont aussi permis à des chercheurs d'étudier des moyens de protection contre les tiques et les maladies transmises par les tiques.

Par exemple, les IRSC financent actuellement les travaux du Dr George Chaconas, titulaire d'une chaire de recherche du Canada à l'Université de Calgary. Le Dr Chaconas étudie la façon dont l'information génétique contenue dans la bactérie à l'origine de la maladie de Lyme se transmet d'une génération de bactéries à l'autre.

Une partie de ses recherches vise à identifier les protéines qui sont exprimées à la surface de la bactérie et qui interagissent avec des protéines du système immunitaire humain. Cette recherche aidera à mieux comprendre les comportements complexes de cette bactérie et pourrait bien mener à la mise au point de médicaments pour neutraliser ou traiter l'infection associée à la maladie de Lyme.

[Traduction]

Au cours de la dernière décennie, les travaux du Dr Chaconas ont été reconnus à l'échelle internationale. Sa recherche financée par les IRSC a généré la publication de plus de 30 articles dans des revues à comité de lecture et lui a permis de collaborer avec les meilleurs chercheurs des États-Unis sur la maladie de Lyme. En 2011, le Dr Chaconas a reçu le prix Murray de la Société canadienne des microbiologistes, attribué pour l'accomplissement d'une carrière, en reconnaissance de ses recherches microbiologiques dans le domaine de la maladie de Lyme.

Les IRSC soutiennent également les travaux de la Dre Tara Moriarty de l'Université de Toronto. La Dre Moriarty a mis au point une nouvelle technique de microscopie pour étudier les mécanismes de dissémination de *Borrelia burgdorferi* en temps réel. Cette technique facilite le travail actuel de la chercheuse avec des ingénieurs de l'Université de Toronto pour concevoir de nouveaux dispositifs de détection des inhibiteurs de la bactérie dans la circulation sanguine. Les résultats de cette recherche permettront d'approfondir les connaissances sur la dissémination vasculaire de la bactérie, une étape clé pour mieux comprendre la progression de la maladie de Lyme chez l'humain. En 2011, la Dre Moriarty a remporté le prix Bhagirath-Singh de début de carrière en recherche sur les maladies infectieuses et immunitaires, ce qui l'a aidée à étendre son programme de recherche à de nouveaux secteurs portant sur la prédisposition à la maladie de Lyme et à la dissémination de la bactérie.

Comme vous pouvez le constater, la recherche réalisée au Canada contribue largement aux connaissances mondiales sur la bactérie responsable de la maladie de Lyme. Grâce aux efforts de chercheurs, nous comprenons mieux comment la bactérie se reproduit et se répand par la circulation sanguine, comment elle échappe au pouvoir destructeur du système immunitaire et comment l'expression des gènes de la bactérie est régulée.

Les progrès dans les technologies d'imagerie permettent maintenant de visualiser la bactérie dans un hôte vivant. C'est en comprenant les stratégies de survie de cet organisme, son fonctionnement et sa capacité de provoquer la maladie chez l'humain que nous pourrions mettre au point des traitements novateurs pour les personnes atteintes de la maladie de Lyme.

Monsieur le président, je conclus en vous assurant que les IRSC continueront de développer la capacité de recherche sur la maladie de Lyme au Canada. Ils continueront aussi de promouvoir les collaborations scientifiques internationales pour contrer les effets de cette maladie sur la santé des Canadiens et de la population mondiale, et pour finalement trouver un moyen de la traiter.

Je vous remercie de votre attention. Je serai heureux de répondre à vos questions une fois que mon collègue de l'Agence de la santé publique du Canada aura eu l'occasion de s'exprimer.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup. C'était une excellente introduction.

Le prochain témoin est le représentant de l'Agence de la santé publique du Canada.

Allez-y, monsieur. Vous disposez d'environ 10 minutes.

**M. Steven Sternthal (directeur général par intérim, Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique, Direction générale de la prévention et contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada):** Bonjour.

Je remercie le président et les membres du comité de me donner l'occasion de contribuer à vos délibérations sur le projet de loi C-442.

[Français]

Je suis heureux d'être ici aujourd'hui pour vous parler des travaux en cours à l'Agence de la santé publique du Canada en vue de combattre la maladie de Lyme dans l'ensemble du pays.

[Traduction]

Laissez-moi d'abord vous parler du rôle de l'agence et de la façon dont celui-ci s'applique à la maladie de Lyme.

L'agence a pour but de promouvoir une meilleure santé générale dans l'ensemble de la population canadienne en prévenant et en contrôlant les maladies infectieuses. Nous exécutons des fonctions en matière de santé publique primaire, comme la promotion de la santé, la surveillance, la recherche et l'évaluation du risque. Ces fonctions servent à orienter nos approches fondées sur des données probantes dans le but de prévenir et d'enrayer la propagation des maladies infectieuses.

Dans le cadre du rôle de chef de file que joue l'agence dans le domaine de la santé publique, elle coordonne la surveillance de la maladie de Lyme à l'échelle nationale, c'est-à-dire l'une des maladies infectieuses qui s'étend le plus rapidement en Amérique du Nord. Je sais que, vers la fin de la semaine dernière, vous avez abordé cette question au cours de vos délibérations.

La propagation de la maladie de Lyme est attribuable, en partie, aux changements climatiques, car les tiques vectrices de la maladie se propagent vers le Nord, depuis les régions endémiques des États-Unis. Maintenant qu'elle est présente au Canada, la maladie touche nos régions les plus densément peuplées. En nous appuyant sur les leçons apprises aux États-Unis, nous prévoyons que la maladie affectera plus de 10 000 Canadiens par année d'ici 2020.

À ce jour, nous avons vu le nombre de cas passer de 128 en 2009, l'année où l'affection est devenue une maladie à déclaration obligatoire à l'échelle nationale, à environ 500 et plus en 2013. Le nombre a quadruplé en cinq ans.

Toutefois, cet aperçu national ne rend compte que d'une partie de tous les cas recensés au Canada. Cela s'explique par le fait que certaines personnes ne consultent pas de médecin lorsque les symptômes sont légers. D'autres personnes vont chercher des soins médicaux mais ne reçoivent pas le bon diagnostic, car leur médecin n'est pas au courant de l'éventail de symptômes, et dans certains cas, il ignore que la maladie de Lyme est présente au Canada. Selon les modèles de risque de l'agence, le nombre réel d'infections serait au moins trois fois plus élevé que ce qui est déclaré aujourd'hui.

Pour aider les médecins à diagnostiquer correctement la maladie de Lyme, des tests de dépistage en laboratoire sont offerts par des laboratoires de santé publique des quatre coins du pays. Comme les États-Unis, nous utilisons un test en deux temps qui doit être demandé par un médecin: ELISA pour le dépistage, et Western Blot, pour confirmer la maladie de Lyme.

Voici quelques faits concernant les analyses effectuées au Canada.

L'année dernière, près de 40 000 analyses ELISA ont été effectuées au Canada par des laboratoires provinciaux et nationaux. De ce nombre, environ 3 000 ont reçu un résultat positif ou n'étaient pas concluants, et ont essentiellement été soumis à la deuxième partie du test en deux temps, soit un test Western Blot, afin de confirmer la présence de la maladie de Lyme, soit par notre Laboratoire national de microbiologie, à Winnipeg, soit par les laboratoires de santé publique de l'Ontario et de la Colombie-Britannique.

À la suite d'un examen approfondi de ces données de surveillance, de la recherche disponible à l'échelle nationale et internationale, des points de vue des intervenants et des messages de santé publique, l'agence a mis en place un plan d'action afin de prévenir et de contrôler la maladie de Lyme au Canada. Le plan d'action recense des mesures concrètes qui reposent sur trois piliers: la mobilisation, l'information et la sensibilisation; la surveillance, la prévention et le contrôle; ainsi que la recherche et le diagnostic

● (0855)

[Français]

Le premier pilier comprend un plan complet de sensibilisation du public qui met l'accent sur la sensibilisation des professionnels de la santé et du public à la maladie de Lyme.

[Traduction]

Accroître la sensibilisation chez les professionnels de la santé est l'un de nos objectifs principaux: il faut informer ceux-ci que la maladie de Lyme est présente au Canada, les renseigner sur les symptômes, et les encourager à diagnostiquer correctement la maladie et à déclarer les cas.

Cette année, au moyen des affiches de sensibilisation publiées dans les revues médicales depuis mars dernier, nous avons déjà rejoint environ 200 000 professionnels de la santé. Au cours des derniers mois, nous avons également donné, à divers endroits du Canada, des exposés à des cliniciens, afin de les sensibiliser à la maladie de Lyme.

Nous utilisons également tous les moyens mis à notre disposition pour faire passer notre message auprès du public. À l'aide des médias sociaux, d'annonces AdWords sur Google et de partenariats avec des organisations comme MétéoMédia, nous disons aux Canadiens que la maladie de Lyme existe ici; nous leur disons comment la reconnaître, et comment se protéger contre elle. Nous continuerons de transmettre ces messages au public tout au long de la période estivale, qui est véritablement la saison pendant laquelle la maladie de Lyme se propage au Canada.

L'Agence a également travaillé avec les autorités provinciales et territoriales en matière de santé publique dans le cadre du Réseau pancanadien de santé publique afin d'élaborer une stratégie de communication coordonnée portant sur les maladies à transmission vectorielle et de créer des outils de sensibilisation du public ciblant la maladie de Lyme.

Nous espérons que la maladie de Lyme, à la fin de la présente saison des tiques, fera partie du vocabulaire des Canadiens.

[Français]

J'aimerais maintenant aborder le deuxième pilier du plan d'action de l'agence. Ce pilier met l'accent sur des moyens novateurs pour surveiller la maladie et encourager la population à adopter des comportements préventifs.

[Traduction]

Les efforts déployés en matière de surveillance de la maladie de Lyme commencent à donner certains résultats. Cette année, la majorité des provinces fournissent des données détaillées sur les cas de maladie de Lyme, ce qui permettra de déterminer les nouvelles régions où la maladie est endémique et d'aider les provinces à adapter leurs stratégies de prévention.

Cette information fournira aussi un portrait plus clair des signes et des symptômes de la maladie de Lyme, c'est-à-dire des renseignements dont les cliniciens ne peuvent se passer pour diagnostiquer correctement la maladie.

[Français]

Le dernier pilier est axé sur l'augmentation de la capacité du laboratoire, l'essai de nouvelles méthodes de diagnostic et la recherche pour générer de nouvelles idées sur les diagnostics et les traitements efficaces de la maladie.

[Traduction]

Ce pilier permet à l'agence d'accroître la capacité et la qualité des analyses à l'aide d'équipement de laboratoire à la fine pointe de la technologie. Nous reconnaissons les défis que représente actuellement le dépistage, plus particulièrement en ce qui concerne la détection précoce de la maladie de Lyme, car le corps humain prend un certain temps à développer des anticorps contre la bactérie.

L'Agence s'est engagée à améliorer les tests diagnostiques. De nouvelles méthodes sont en train d'être évaluées, et toutes celles qui surclasseront les méthodes actuelles, à savoir le test en deux temps, seront bien sûr adoptées.

Entre-temps, nous continuons de recommander aux médecins de diagnostiquer la maladie à l'aide d'une évaluation clinique complète et approfondie auprès du patient.

Nous savons que les technologies de laboratoire ont évolué et continueront de le faire dans les années à venir. Le Laboratoire national de microbiologie de l'agence en collaboration avec le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada et d'autres intervenants mettront à jour nos lignes directrices à l'intention des laboratoires dans un avenir rapproché.

Toutefois, ce faisant, l'agence est confrontée à un défi. Nous pouvons mettre à jour les lignes directrices pour tenir compte des données probantes actuelles, mais il faut de nouvelles données probantes pour orienter les nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement. Par conséquent, l'agence s'est engagée à continuer de collaborer avec les professionnels de la santé, les groupes de défense des droits des patients, comme la Fondation canadienne de lutte contre la maladie de Lyme, les Instituts de recherche en santé du Canada et mes collègues qui comparaissent par vidéoconférence aujourd'hui dans le but de cerner et de combler les lacunes sur le plan de la recherche.

En conclusion, j'aimerais rappeler que l'objectif de l'agence est d'atténuer les répercussions de la maladie de Lyme sur les Canadiens. Grâce à nos efforts collectifs, les Canadiens seront plus au courant de la maladie, de la façon de reconnaître ses symptômes et des avantages qu'apporte un traitement précoce. Ensemble, nous pouvons réduire la gravité de la maladie de Lyme au Canada.

● (0900)

[Français]

Ensemble, nous pouvons réduire la gravité de la maladie de Lyme au Canada.

[Traduction]

Je vous remercie de votre attention.

**Le président:** Merci beaucoup.

Cela met fin à nos exposés, et nous allons maintenant passer aux séries de questions posées par les membres du comité.

Nous allons commencer par Mme Davies, qui dispose de sept minutes. Allez-y, madame.

**Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD):** Merci beaucoup, monsieur le président. Je remercie également nos deux témoins d'être venus aujourd'hui.

Il est très rassurant d'entendre parler des recherches qui ont été menées par l'institut et d'apprendre que l'ASPC s'emploie activement à sensibiliser le public et à faire passer le message parce que je pense que les représentants de la fondation nous ont dit jeudi dernier que des gens souffraient vraiment de la maladie de Lyme. L'une des principales préoccupations des représentants est que l'information à ce sujet n'est pas connue du public. Par conséquent, il est bon de vous entendre dire que vous espérez que, d'ici la fin de l'été, les Canadiens seront beaucoup plus conscients de l'existence de la maladie qu'auparavant, parce que l'été est à nos portes.

J'aimerais me concentrer sur quelques questions. Je dirais que l'une des principales frustrations des témoins que nous avons entendus la semaine dernière est le manque d'accès à des tests diagnostiques. Vous avez parlé de deux tests offerts au Canada, mais nous avons également entendu parler de gens qui vont aux États-Unis pour subir un autre test, dont j'ai oublié le nom, mais qui, apparemment, n'est pas reconnu ou disponible ici. En fait, il se peut qu'il soit offert à un endroit au Canada.

Les observations que vous avez formulées à la fin de votre exposé m'ont grandement intéressée. Vous avez dit que vous étiez en train de mettre à jour vos lignes directrices à l'intention des laboratoires afin de tenir compte des données probantes actuelles. J'ignore si c'est votre façon diplomatique de dire que les tests à notre disposition ne sont pas suffisants ou adéquats et que nous cherchons de nouveaux types d'analyse diagnostique. Je me demande si vous pourriez nous fournir des renseignements supplémentaires à ce sujet et nous communiquer les avis que vous avez reçus de la Fondation canadienne de la maladie de Lyme. J'aimerais aussi savoir si nous envisageons d'utiliser d'autres outils de diagnostic qui aideraient les gens qui pensent avoir contracté la maladie de Lyme et qui pourraient avoir besoin de subir un test. Voilà l'une de mes questions.

J'aimerais vous entendre parler du plan d'action que vous élaborez en ce moment et des trois piliers. Sachant en quoi consiste le projet de loi, je me demande quelles différences vous remarquez entre la stratégie nationale prévue dans le projet de loi et votre plan d'action.

**M. Steven Sternthal:** Je vous remercie beaucoup de vos questions.

Comme je l'ai mentionné dans mon exposé, l'Agence de la santé publique du Canada sait que l'efficacité des tests offerts au Canada est limitée. Les tests administrés en ce moment ne décèlent pas nécessairement la maladie au cours de ses premiers stades.

Je pense que, parmi les leçons que nous avons tirées d'autres maladies complexes, comme le VIH, il y en a une qui est très importante. En effet, nous avons découvert que, souvent, un test en deux étapes, dans le cadre duquel on analyse d'abord un vaste échantillon pour administrer ensuite un deuxième test visant à confirmer le diagnostic, est le meilleur moyen d'obtenir de bons résultats diagnostiques.

Voilà pourquoi l'idée des deux étapes en est une que nous...

● (0905)

**Mme Libby Davies:** Pourrais-je vous interrompre?

**M. Steven Sternthal:** ... avons jugée très importante jusqu'à maintenant.

**Mme Libby Davies:** Je me souviens maintenant que les gens étaient préoccupés entre autres par le fait que les tests disponibles dépistaient seulement certaines souches de pathogènes. Par conséquent, une foule de gens testés ne sont pas diagnostiqués correctement. Confirmez-vous que cela fait aussi partie du problème?

**M. Steven Sternthal:** C'est exact. Le test en deux temps actuel met l'accent sur une seule souche de *Borrelia*, et ne détecte pas aussi aisément les nombreuses autres bactéries que transmettent, bien entendu, les tiques. Il ne fait aucun doute que plusieurs souches de *Borrelia* existent et que, dans la nature, les tiques sont porteuses de plusieurs différentes bactéries. Par conséquent, nous pouvons confirmer que la corrélation entre cette souche de *Borrelia* et la maladie de Lyme est très bien établie et que, jusqu'à maintenant, le test en deux temps s'est avéré être la meilleure façon de réduire au minimum les faux positifs.

En ce qui a trait aux tests offerts aux États-Unis, nous les avons examinés très attentivement au cours des dernières années. Nous continuerons bien sûr de les étudier, car, comme je l'ai indiqué, nous souhaitons adopter les meilleures méthodes d'analyse diagnostique qui soient.

Il y a vraiment deux problèmes qui ont été signalés. L'un d'eux est lié aux critères que les employés des laboratoires appliquent pour interpréter les résultats. Nous avons l'impression qu'en ce moment, la façon dont les Américains mettent en oeuvre ces critères pourrait engendrer trop de faux positifs. Nous nous soucions donc beaucoup des limites des tests actuels. Il s'ensuit que l'agence, par l'intermédiaire de notre laboratoire de Winnipeg, investira dans l'évaluation des méthodes qui sont actuellement utilisées aux États-Unis et de celles qui seront adoptées ailleurs, y compris en Europe, dans un avenir rapproché. Nous aimerions parcourir la planète pour trouver ces tests, pendant qu'à l'interne, nous contribuerions nous-mêmes à développer des tests dans les années à venir. Donc, cette question est vraiment sur notre écran radar, et c'est la raison pour laquelle elle fait partie des trois principaux piliers du plan d'action.

Si nous ne disposons pas d'une bonne façon de diagnostiquer les gens, il est très difficile de leur faire bénéficier de soins et de traitements précoces. Voilà pourquoi nous finissons par recommander aux cliniciens qu'ils prennent vraiment le temps de diagnostiquer leurs patients et de déterminer s'ils ont visité une région du pays où ils pourraient avoir été exposés à des tiques. Les cliniciens examineront les symptômes que présente la personne. Bien entendu, il faudra d'abord qu'ils écartent d'autres problèmes de santé qui peuvent provoquer certains symptômes semblables.

Nous avons donc conscience qu'il nous faudra déployer d'autres efforts pour fournir des lignes directrices dans ce domaine aux médecins et aux laboratoires.

**Mme Libby Davies:** Pouvez-vous répondre à ma question concernant les différences entre votre plan d'action et la stratégie nationale envisagée?

**M. Steven Sternthal:** Bien sûr.

Nous considérons vraiment que le plan d'action vise à franchir les étapes initiales qui s'imposent, comme la sensibilisation du public et le renforcement de nos activités de surveillance à l'échelle nationale dans le but de nous procurer l'ensemble de données de base qui pourrait nous permettre d'élaborer des approches, des stratégies et des cadres plus généraux pour notre pays.

Donc, nous en sommes vraiment nous-mêmes aux premières étapes et aux assises sur lesquelles nous pourrions nous appuyer pour élaborer ces éléments dans les mois et les années à venir. Absolument.

**Le président:** Merci beaucoup.

Madame Adams, vous disposez de sept minutes.

**Mme Eve Adams (Mississauga—Brampton-Sud, PCC):** Je vous remercie beaucoup de vous être joints à nous aujourd'hui.

Pour donner suite aux observations de Mme Davies, je vous signale que les personnes qui ont témoigné plus tôt n'étaient pas aussi préoccupées par les faux positifs et la possibilité que nous exagérions l'incidence de la maladie de Lyme que par tous les faux négatifs. En effet, des gens ont apparemment passé le test, et ont par la suite été informés avec assurance qu'ils n'avaient nullement contracté la maladie de Lyme. Ils se sont ensuite rendus aux États-Unis où ils ont subi une batterie de tests et où on leur a affirmé catégoriquement qu'ils étaient atteints de la maladie. À leur retour au Canada, leur médecin a continué de soutenir qu'ils ne souffraient pas de la maladie de Lyme. Voilà donc ce qui les frustrait et la question qu'ils ont soulevée.

C'est aussi ce dont nos électeurs se sont plaints à de nombreuses reprises. Je ne suis certainement pas médecin, et je ne veux pas accorder un poids exagéré à ces anecdotes, mais il est clair que ces gens sont souffrants. De nombreuses personnes sont venues nous dire qu'elles n'étaient pas en mesure de recevoir un diagnostic de maladie de Lyme.

Je suppose qu'une partie de notre travail en collaboration avec tous les intervenants consiste vraiment à sensibiliser le pays en entier à la maladie de Lyme afin que les médecins soient au courant, qu'ils tiennent compte de cette possibilité et qu'ils prescrivent des tests de dépistage de la maladie. Certains de nos témoins nous ont indiqué que, peu importe la façon dont ils expliquaient leurs symptômes, leur médecin leur soutenait qu'ils ne souffraient pas de la maladie de Lyme.

Par conséquent, y a-t-il une approche à adopter à l'égard de tous ces faux négatifs, ou quelle est pour le moment notre meilleure explication du problème?

**M. Steven Sternthal:** C'est évidemment une question très difficile, et je ne suis pas médecin non plus. Je pense que notre plan d'action constitue le point de départ de la discussion: il faut sensibiliser les professionnels de la santé et leur faire comprendre où se trouve la maladie de Lyme au Canada. Nous savons bien sûr que des populations de tiques sont bien installées dans certaines régions du pays. Nous savons aussi que la portion de notre territoire sur lequel elles vivent s'étend chaque année en raison des changements climatiques et des variations de température.

Je pense qu'un des principaux objectifs de notre plan d'action est peut-être de briser le mythe entourant la présence des tiques au pays et voulant que, sans elles, personne ne puisse contracter la maladie de Lyme. Je pense qu'une fois la question rectifiée — des efforts continus seront déployés en ce sens non seulement par nous, mais aussi par nos partenaires provinciaux et par des organisations comme CanLyme —, il faudra poursuivre le dialogue avec les professionnels de la santé sur la meilleure façon de réagir en présence de patients qui manifestent ces difficultés et symptômes complexes, et pour lesquels il pourrait y avoir une multitude de diagnostics. Nous aimerions que l'examen soit le plus poussé possible avant d'écartier un tel diagnostic.

Je suis bel et bien conscient de la difficulté lorsque les tests de dépistage d'un patient sont positifs dans une autre région de l'Amérique du Nord, alors que ceux réalisés au Canada sont négatifs. Nous sommes conscients du défi. J'ai parlé il y a un instant de la nature des tests actuellement effectués dans certains laboratoires privés des États-Unis, mais je pense que nous devons y travailler pendant un certain temps. Il n'existe aucune solution à court terme, ce qui est très difficile. Voilà pourquoi nous essayons aussi de tendre la main à l'Association médicale canadienne, à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et au Collège des médecins de famille du Canada; il faut vraiment discuter de la meilleure façon d'outiller les professionnels de la santé de première ligne puisque les éléments de preuves et les tests de diagnostic ne sont pas au point, et que nous ne sommes pas en mesure de leur fournir ces outils parfaits. D'ici là, nous essayons vraiment de trouver des solutions provisoires avec eux.

● (0910)

**Mme Eve Adams:** Merci.

Y a-t-il d'autres intervenants? À l'époque où j'étais conseillère régionale, j'ai travaillé avec les autorités en matière de santé publique relativement au virus du Nil occidental, par exemple, et c'était vraiment la région qui devait aller sur le terrain pour surveiller la

situation, dépister le virus et déverser des insecticides dans les égouts. Nous avons aussi diffusé beaucoup de messages de sensibilisation à nos frais. Pourriez-vous nous parler un peu des intervenants que vous comptez mettre à contribution dans le cadre de la stratégie nationale, et de la façon de mettre en oeuvre le plan d'action?

**M. Steven Sternthal:** Merci.

J'ai déjà mentionné quelques-unes des associations professionnelles. Pour illustrer mon propos, nous avons notamment travaillé au cours des six derniers mois avec des fonctionnaires fédéraux, provinciaux et territoriaux qui participent à la surveillance de la maladie de Lyme. Ils prennent part aux communications publiques et aux efforts de sensibilisation, et tentent de trouver des façons de tirer parti des possibilités et des messages de chacun. Nous avons notamment mis en place une stratégie de communication fédérale-provinciale-territoriale permettant aux différentes régions du pays de diffuser des messages semblables afin de sensibiliser davantage la population à la maladie de Lyme. Aussi, la stratégie permettra de mettre en commun les leçons apprises et les outils des différentes instances.

**Mme Eve Adams:** Merci beaucoup.

J'ai une dernière question à vous poser. Aux sein du système fédéral de santé, pouvez-vous dire ce que représente l'échange de pratiques exemplaires par rapport à l'adoption de normes nationales en matière de soins? Est-ce que l'une ou l'autre des façons de faire convient naturellement mieux au rôle du gouvernement fédéral en santé?

**M. Steven Sternthal:** À l'Agence de la santé publique du Canada, ou ASPC, nous sommes bel et bien conscients que les provinces et les territoires sont responsables de la prestation des soins aux termes de notre Constitution. Pour ce qui est des pratiques exemplaires, c'est en élaborant des lignes directrices au fil des ans que l'ASPC a décelé, énoncé et communiqué des pratiques exemplaires, et créé des outils pour aider les médecins à les adopter. Encourager l'évaluation des preuves et faire connaître ces pratiques d'un bout à l'autre du pays fait bel et bien partie du mandat et du champ d'action fédéral.

**Mme Eve Adams:** Merci.

Pouvez-vous nous donner des précisions sur la procédure de surveillance actuellement employée par l'ASPC afin de suivre la propagation de la maladie de Lyme?

**M. Steven Sternthal:** Comme je l'ai dit, la maladie de Lyme est devenue une affection à déclaration obligatoire depuis 2009, ce qui signifie que les médecins qui en posent le diagnostic doivent le signaler aux responsables en santé publique de la province ou du territoire, de même qu'à Ottawa directement, pour que nous puissions compiler les données. Nous avons aussi ajouté des enquêtes spéciales et des outils de surveillance pour que la plupart des instances puissent recueillir plus de renseignements, ce qui nous permettra d'en savoir davantage sur la façon dont les patients se présentent aux cabinets des médecins et à quoi ils ressemblent, puis de dresser un profil canadien. Au fond, nous pourrions ensuite adapter nos conseils et nos pratiques afin de mieux comprendre la situation au Canada.

● (0915)

**Le président:** Merci beaucoup.

Chaque intervenant aura sept minutes pour le prochain tour.

Madame Bennett, allez-y s'il vous plaît.

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

Je vous remercie tous les deux de comparaître.

D'après ce que vous avez dit et ce que font déjà l'ASPC et les Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC, je trouve important de donner la chance à Elizabeth May de poser quelques questions sur le but véritable de son projet de loi, plutôt que sur les activités déjà en cours dont il a été question.

J'aimerais simplement dire qu'en tant que médecin, j'ai moi-même eu du mal à diagnostiquer un patient atteint de la maladie de Lyme il y a probablement 20 ans; fort heureusement, son beau-frère était médecin spécialiste en santé publique et lui avait dit que je devrais peut-être vérifier cette affection. À la réunion des anciens de ma faculté de médecine la fin de semaine dernière, un de mes confrères m'a rappelé ceci: « Je me rends aujourd'hui compte que lorsque je passe à côté d'une maladie, ce n'est pas parce qu'on ne me l'a pas enseignée ou parce que je l'ai oubliée, mais plutôt parce qu'elle n'existait pas lors de ma formation. » Ce que vous dites tant à propos de la recherche que de l'information publique est très important, notamment que la seule façon d'éduquer les travailleurs de première ligne est de donner aux patients les moyens de réfléchir eux-mêmes à leur condition. Un médecin ne peut pas diagnostiquer une maladie à laquelle il n'a pas pensé; voilà pourquoi je trouve que les propos des représentants des IRSC et de l'ASPC sont essentiels.

Allez-y, Elizabeth.

**Mme Elizabeth May (Saanich—Gulf Islands, PV):** Merci, Carolyn. Je vous en suis très reconnaissante.

Je trouve moi aussi fort encourageant ce que les deux témoins viennent de dire à propos du niveau de recherche et de l'attention portée à la question par l'ASPC et l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires.

Je serai très brève, monsieur le président; Carolyn, il vous restera peut-être même du temps pour une question.

Monsieur Sternthal, à quel moment a-t-on mis en place le plan d'action dont il est question dans votre mémoire? Je crois comprendre que vous n'êtes qu'à l'étape préliminaire, et je me demande simplement quand vous vous êtes mis en marche.

**M. Steven Sternthal:** Nous avons amorcé l'élaboration du plan au cours du dernier exercice financier, il y a environ un an.

**Mme Elizabeth May:** Bien.

Je trouve très encourageante votre conclusion, à savoir que les médecins devraient adopter une approche clinique pour diagnostiquer la maladie. C'est ce que pensent bien des gens du milieu de la maladie de Lyme, et bien des médecins auxquels j'ai parlé. Ils croient vraiment que les analyses de laboratoire sont problématiques puisqu'il est si important de traiter le patient rapidement s'il est atteint de la maladie. Voilà donc pourquoi le diagnostic clinique est le plus approprié.

À l'heure actuelle, comment avisez-vous le milieu médical de privilégier le diagnostic clinique plutôt que d'attendre des résultats de laboratoire?

**M. Steven Sternthal:** Par exemple, l'ASPC a révisé en profondeur l'information qui se trouve actuellement sur son site Web public. Je l'ai passée en revue hier soir, et nous avons plus de 14 pages imprimées de renseignements à l'intention des professionnels de la santé, ce qui répond assez clairement à la question. De plus, l'ASPC a acheté de l'espace publicitaire dans des revues médicales stratégiques, y compris des périodiques ciblant les médecins de famille de partout au pays afin de les sensibiliser davantage et d'encourager le diagnostic ou le traitement précoce de la maladie de Lyme. Bien sûr, nous collaborons aussi avec le Collège

des médecins de famille du Canada et l'Université McMaster à la création d'un module de formation pour les médecins, en plus d'intégrer l'information à la formation médicale continue déjà en place pour les médecins.

**Mme Elizabeth May:** J'ai une dernière question à vous poser avant de m'adresser au Dr Ouellette.

Je crois qu'aucun projet de loi n'est parfait à la première lecture. Après avoir jeté un coup d'oeil au projet de loi C-442, aimeriez-vous recommander des améliorations autres que les amendements proposés par le gouvernement?

**M. Steven Sternthal:** Non. Comme je l'ai dit, nous trouvons que le projet de loi renforcera notre plan d'action à l'avenir et nous permettra d'aller plus loin encore.

**Mme Elizabeth May:** Merci.

J'ai maintenant une question technique et scientifique pour le Dr Ouellette.

Je vous remercie d'être avec nous grâce au cyberspace.

• (0920)

**Dr Marc Ouellette:** Je vous en prie.

**Mme Elizabeth May:** À la page 4 de votre mémoire, vous parlez des travaux du Dr George Chaconas. Je trouve fascinant qu'il étudie la façon dont l'information génétique contenue dans la bactérie à l'origine de la maladie de Lyme se transmet d'une génération à l'autre.

Pourriez-vous préciser s'il est question de générations d'humains ou de tiques?

**Dr Marc Ouellette:** On parle de la bactérie qui est présente dans la tique ou le corps humain. Elle aurait une façon particulière de diviser son génome d'une bactérie à l'autre. C'est ce que le Dr George Chaconas étudie: il tente de découvrir de nouvelles cibles, des composantes qui font partie de la bactérie, mais pas du corps humain, et qu'on pourrait cibler.

**Mme Elizabeth May:** Autrement dit, ses recherches ont pour objectif de découvrir comment limiter les effets de la bactérie dans le corps humain, n'est-ce pas?

**Dr Marc Ouellette:** C'est exact. En comprenant mieux la façon dont la bactérie se multiplie, il est possible de contrecarrer ce mécanisme, puis d'affaiblir et de tuer la bactérie.

**Mme Elizabeth May:** D'après votre expérience et ce que vous nous avez dit, docteur Ouellette, la maladie de Lyme semble être complexe. Je sais que la question n'a rien de simple, mais comparativement au cancer, où en sommes-nous du côté de cette maladie, sur une échelle de 1 à 10? Si nous nous allouons 10 dans le cas du cancer, où nous situons-nous relativement à la maladie de Lyme?

**Dr Marc Ouellette:** La question du cancer est vaste, car le traitement de certains est assez avancé, alors que nous accusons un sérieux retard pour d'autres. Votre question n'a rien de simple. La maladie de Lyme peut très bien être traitée aux antibiotiques si elle est décelée tôt. Le problème, c'est que les symptômes ne sont souvent pas évidents et que le diagnostic est difficile à établir. La bactérie peut vivre longtemps, puis entraîner de graves problèmes. Même les patients qui sont dans cet état peuvent être traités au moyen d'antibiotiques la plupart du temps, mais certains ne répondront pas au traitement.

Je pense que votre analogie avec le cancer est intéressante puisque certains types sont relativement faciles à traiter alors que d'autres sont assez résistants au traitement. Je leur donnerais une échelle similaire, mais n'oublions pas que le cancer touche bien plus de Canadiens que la maladie de Lyme à l'heure actuelle. Il faut donc mettre les choses en perspectives.

**Mme Elizabeth May:** Bien sûr. Merci.

Carolyn, s'il vous reste du temps, j'aimerais que le président...

**Le président:** Allez-y.

**Mme Elizabeth May:** D'accord.

L'autre question que j'aimerais poser...

Mon temps est-il écoulé?

**Le président:** Les sept minutes viennent tout juste de se terminer.

**Mme Elizabeth May:** D'accord, c'est parfait. Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci.

Allez-y, monsieur Wilks.

**M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC):** Merci, monsieur le président. Je remercie également les témoins d'être avec nous aujourd'hui.

Docteur Ouellette, j'ai deux questions à vous poser, après quoi j'en aurai deux autres pour M. Sternthal.

Vous avez dit dans votre exposé que les investissements des IRSC permettent aussi aux chercheurs d'étudier des mesures de protection contre les tiques et les maladies qu'elles transmettent. Pourriez-vous nous en dire plus sur ces pratiques?

Ma deuxième question porte sur votre affirmation suivante: « Nous comprenons mieux comment la bactérie se reproduit et se répand par la circulation sanguine, comment elle échappe au pouvoir destructeur du système immunitaire, et comment l'expression des gènes de la bactérie est régulée. »

Pourriez-vous nous en parler davantage aussi?

**Dr Marc Ouellette:** Très bien.

Pour ce qui est des mesures de prévention, nous savons que la cause se trouve dans l'environnement. Il y a des tiques, de même que des animaux qui transportent la bactérie. La tique se nourrit du sang d'un animal infecté, devient infectée à son tour, et peut ensuite transmettre la bactérie. La prévention peut passer par les animaux. Comme dans le cas du virus du Nil occidental, on peut utiliser des insecticides pour essayer de tuer une partie du bassin de la bactérie, à savoir les tiques.

Mais il existe aussi des mesures de prévention, qui passent encore une fois par la sensibilisation. Les gens sont plus conscients qu'il est possible de se faire mordre par une tique. Porter des manches longues et s'enduire d'insecticide sont donc des façons de prévenir la maladie de Lyme. Il y a toutes sortes de gestes à poser pour essayer d'éviter sa transmission. Voilà ma réponse à votre première question.

En deuxième lieu, comme pour toute maladie infectieuse, il faut comprendre l'organisme infectieux, dans ce cas-ci la bactérie *Borrelia* — comment elle entre dans le système et déjoue le système immunitaire — afin de pouvoir s'y attaquer. Les travaux du Dr Chaconas ou du Dr Moriarty visent à mieux comprendre l'interaction entre l'hôte et le pathogène, qui sont respectivement l'humain et la bactérie *Borrelia*. C'est en comprenant mieux ces interactions qu'on peut essayer de contrer l'effet de la bactérie.

● (0925)

**M. David Wilks:** Merci beaucoup.

Monsieur Sternthal, vous avez parlé en exposé d'un test en deux temps permettant de dépister la maladie de Lyme. On commence par la technique de dépistage ELISA, après quoi le transfert de Western permet de confirmer la présence de la maladie.

Pourriez-vous expliquer un peu plus ces deux procédures pour que nous puissions comprendre de quoi il s'agit, et nous dire dans quels cas elles ont fonctionné ou non?

**M. Steven Sternthal:** Je vous remercie de cette question.

Essentiellement, comme nous l'avons dit, ce test en deux temps n'est pas aussi efficace aux premiers stades de l'infection, parce que les anticorps ne sont pas nécessairement encore développés au début de l'infection. Le test est plus efficace au fur et à mesure que l'infection progresse, au bout de quelques semaines puis de quelques mois. C'est la raison pour laquelle nous avons déjà expliqué que nous ne voulons pas que les cliniciens se fondent sur ces tests pour établir un diagnostic à la première phase aiguë de la maladie.

Pour ce qui est de la façon dont ces tests fonctionnent, je ne suis pas un scientifique de laboratoire, mais ils se fondent sur des techniques laboratoires bien établies. Si le député le souhaite, je peux demander à mon collègue du Laboratoire national de microbiologie de lui répondre. Nous pouvons sûrement lui demander de prendre une minute pour répondre aux questions techniques sur ces deux tests.

Je vous présente M. Robbin Lindsay, chercheur scientifique à Winnipeg.

**M. David Wilks:** S'il vous plaît.

**M. Robbin Lindsay (sous-chef, Études sur le terrain, bureau de microbiologie, ministère de la Santé):** Sur le plan technique, ces essais sont effectués de manière normalisée, comme Steven l'a mentionné. Le test ELISA est conçu pour servir d'outil d'analyse à grand débit, c'est-à-dire que de multiples tests sont exécutés en même temps — et pour être le plus sensible possible. Avec cet essai de dépistage, nous voulons obtenir le plus grand nombre de résultats positifs possible, et idéalement dépister tous les cas positifs. En ratissant aussi large, on obtient souvent des faux positifs pour des personnes atteintes d'autres infections. On capte donc beaucoup de cas avec l'analyse ELISA, dans l'espoir de repérer le plus grand nombre possible de personnes infectées, mais il faut prendre conscience qu'on peut ainsi obtenir un résultat positif pour des personnes qui ne le sont pas.

C'est pourquoi nous utilisons le deuxième test. Pour éliminer les faux positifs, nous utilisons le Western Blot, qui est censé être plus précis. Il est censé permettre de détecter principalement les personnes infectées. C'est une chose qu'on voit souvent dans les analyses ELISA; supposons qu'on obtienne 100 analyses positives. Après analyse grâce au test Western Blot, un pourcentage des résultats positifs vont être rejetés parce qu'il s'agit de faux positifs à cause d'une infection à une autre maladie ou simplement à cause d'anticorps réactifs qui ne sont pas propres à la bactérie *Borrelia*. C'est donc un critère bien établi selon lequel on utilise un test sensible au départ, puis on en réévalue les résultats grâce au Western Blot. Encore une fois, la combinaison des deux tests permet de mieux dépister les véritables positifs et les véritables négatifs qu'avec un seul des deux tests.

**M. David Wilks:** Merci, monsieur Lindsay.

Docteur Ouellette, pouvez-vous nous nommer quelques-uns des chercheurs les plus prometteurs sur la maladie de Lyme qui reçoivent actuellement l'appui des IRSC?

**Dr Marc Ouellette:** Les deux principaux chercheurs que j'ai nommés sont le Dr George Chaconas et la Dre Tara Moriarty. Ils ont tous deux remporté des prix pour leurs travaux sur la maladie de Lyme. Le Dr Chaconas collabore avec différents chercheurs canadiens, dont le Dr Paul Kubas, également à Calgary, qui est un immunologiste de renom et qui fait partie du conseil d'administration des IRSC. Il y a donc un certain nombre de chercheurs. Le programme des IRSC est ouvert, de sorte que n'importe qui peut présenter une demande s'il a des idées à nous présenter, qui passent l'épreuve de l'examen par les pairs. Nous serions assurément ouverts à ce qu'il y a plus de chercheurs qui étudient les différents aspects de la maladie de Lyme.

• (0930)

**M. David Wilks:** Merci beaucoup.

**Le président:** Merci.

Monsieur Morin maintenant.

[Français]

**M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD):** Merci, monsieur le président

Monsieur Ouellette, mes questions vont s'adresser à vous.

Dans votre allocution, vous avez mentionné que depuis leur création en 2000, les IRSC avaient investi près de 7 millions de dollars dans la recherche sur la maladie de Lyme. Comment cet investissement se compare-t-il à celui des États-Unis? Je suppose que les Américains font aussi de la recherche sur cette maladie. Au Canada, la recherche dispose toujours de moyens plus limités que ceux dont disposent les gens aux États-Unis. Malgré cela, de quelle façon pouvons-nous enrichir les connaissances au niveau international?

Les recherches sont assez ciblées. Pouvez-vous nous parler de l'effort nord-américain qui est fait pour mieux connaître la maladie de Lyme et des partenariats ou des ententes que vous avez avec les chercheurs des États-Unis?

**Dr Marc Ouellette:** Très bien. Je vous remercie de votre question.

Évidemment, si on se compare aux États-Unis, il faut au départ multiplier par 10 quand on parle de financement. En effet, si nous avons investi 7 millions de dollars, eux en ont investi au minimum 70 millions. En outre, les investissements en recherche, au prorata, sont deux fois plus importants aux États-Unis qu'au Canada. Bref, comme on multiplie par 10, puis par deux, on parle de 20 fois plus d'investissements.

Nous discutons ici de la maladie de Lyme, mais il faut savoir que Lyme est une petite ville du Connecticut. Cette maladie est endémique depuis beaucoup plus longtemps aux États-Unis. De la recherche y a tranquillement été développée. À cause des changements de température, le vecteur, soit la tique, a migré vers le nord. Cette maladie est donc maintenant endémique au Canada. À l'heure actuelle aux États-Unis, il y a plus d'investissements, au prorata, liés à la maladie de Lyme.

Pour ce qui est des interactions à l'échelle internationale, il y en a beaucoup, et ce, dans divers domaines, qu'il s'agisse des vaccins, du VIH, de l'hépatite C ou de la résistance aux antibiotiques. Par contre, exception faite des chercheurs eux-mêmes, la collaboration entre les

IRSC et le gouvernement américain n'est pas très significative quant à la recherche sur la maladie de Lyme.

**M. Dany Morin:** Merci.

Vous avez mentionné qu'au Canada, on s'attardait surtout à la recherche sur la dissémination et la répllication de la bactérie.

Quels aspects les États-Unis étudient-ils davantage au sujet de la maladie de Lyme?

L'idée ici, c'est de travailler en complémentarité en termes de recherche et d'éviter les doublons.

**Dr Marc Ouellette:** Je pense qu'il est important qu'il y ait un certain dédoublement parce que, dans bien des cas, les souches ne sont pas exactement identiques. En effet, il peut y avoir des particularités aussi bien du côté canadien qu'américain. Même au Canada, les tiques de l'Ouest et celles de l'Est ne sont pas tout à fait les mêmes. De là l'importance d'effectuer une certaine validation de l'approche.

Il a beaucoup été question de recherches sur les vaccins, mais j'ai aussi parlé de recherches sur la prévention. Dans ce cas, il s'agit davantage de diminuer le nombre de piqûres, le nombre de tiques ou même le nombre d'animaux porteurs. On parle ici de systèmes de prévention. La même chose se fait aux États-Unis. Les recherches qui y sont réalisées couvrent un assez large spectre. Comme je l'ai dit, Les États-Unis sont aux prises avec la maladie de Lyme depuis plus longtemps que nous, ce qui explique qu'ils aient progressé un peu plus rapidement à cet égard. Néanmoins, je peux dire que la recherche réalisée au Canada est de niveau international.

**M. Dany Morin:** D'accord.

Je vais vous poser une dernière question, monsieur Ouellette.

Je ne sais pas si vous avez lu le préambule du projet de loi, mais on y mentionne ce qui suit:

[...] les lignes directrices en vigueur au Canada, qui sont basées sur celles des États-Unis, sont si restrictives qu'elles nuisent gravement au diagnostic de maladie de Lyme aiguë et nient l'existence de l'infection chronique, négligeant ainsi des personnes atteintes d'une maladie curable;

D'habitude, les lignes directrices de ces deux pays sont harmonisées.

Avez-vous une hypothèse expliquant les raisons pour lesquelles dans ce cas-ci, le Canada a adopté des lignes directrices aussi différentes de celles des États-Unis?

• (0935)

**Dr Marc Ouellette:** Je ne peux pas vraiment répondre à cette question. Les lignes directrices ne sont pas de mon ressort. Les gens de l'Agence de la santé publique du Canada vont peut-être pouvoir davantage répondre à cette question.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup.

Passons maintenant la parole à M. Lunney pour cinq minutes.

**M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC):** Merci beaucoup.

Merci, docteur Ouellette.

Est-ce Dr Sternthal ou M. Sternthal?

**M. Steven Sternthal:** Monsieur.

**M. James Lunney:** Merci, monsieur Sternthal.

Il est fantastique que M. Lindsay soit avec nous.

J'aimerais reparler un peu de l'état actuel des connaissances. Nous avons entendu des représentants de la Fondation canadienne de la maladie de Lyme, l'autre jour, qui nous ont dit qu'il y avait plusieurs souches de *Borrelia*.

On nous a dit aujourd'hui que l'agent causal de la maladie était *burgdorferi*, mais que les chercheurs ont l'impression qu'il y a d'autres souches de *Borrelia* qui semblent elles aussi causer des symptômes, ce qui pourrait peut-être expliquer pourquoi nos tests diagnostiques ne sont pas si exacts.

Pouvez-vous nous parler un peu de l'état des connaissances sur la multitude des souches ou sur les souches exactes qui pourraient causer l'infection?

**M. Robbin Lindsay:** C'est une très bonne question.

Nous étudions les différentes souches de *Borrelia burgdorferi*, ou leurs génotypes, comme on les appelle. Ce sont d'infimes différences dans l'ADN du micro-organisme ou de l'acide aminé. Nous savons qu'il existe un éventail de génotypes différents. Nous savons de travaux réalisés aux États-Unis qu'il y a des différences dans le taux de dissémination des différentes souches et que selon le génotype, certaines ne peuvent causer qu'une infection localisée.

La source la plus accessible d'isolats, pour étudier ces génotypes, est la tique. Lorsqu'on surveille activement les tiques ou qu'on va sur le terrain pour en recueillir, soit en personne ou au moyen d'un système passif, on peut étudier les tiques, les différentes souches et constater, par analyse des génotypes, qu'on retrouve ici beaucoup de génotypes présents aux États-Unis. Ce n'est pas surprenant, parce qu'on croit que les tiques qu'on trouve au Canada viennent des États-Unis, de populations établies là-bas. Je suppose que ce sont des tiques américaines transplantées ici, d'une certaine façon. Ce n'est donc pas surprenant.

Mais l'étude des populations qui s'établissent ici nous permet d'observer des différences uniques dans leurs génotypes. Nous nous rendons compte qu'il y a effectivement des différences dans les génotypes qu'on trouve ici et que ces génotypes peuvent provoquer une maladie d'une manière différente. Nous commençons à mieux comprendre cet aspect, mais nous ne comprenons pas encore quelles souches exactement infectent l'humain. Nous pouvons donc étudier les tiques, mais nous ne savons pas comment les souches présentes dans les tiques vont se présenter. Il faut approfondir les recherches pour déterminer quelles souches infectent l'humain et mieux comprendre lesquelles entrent au Canada chaque année et établir un profil clinique pour assembler toutes les pièces du casse-tête. Il faut aussi évaluer comment nos tests diagnostiques se comportent lorsque la maladie est causée par un génotype donné. C'est l'un des éléments manquants sur lesquels nous devons approfondir nos recherches.

**M. James Lunney:** Les chercheurs en sciences animales nous ont parlé d'une tique du cerf qu'on trouverait ici, mais nous on dit aussi que la souris à pattes blanches et les rongeurs pourraient être un réservoir vecteur aussi.

Y a-t-il des avantages à étudier les micro-organismes à l'échelle du vecteur chez les animaux pour mieux comprendre comment cette chose se cache dans le système immunitaire et comment elle se propage à autant de tissus avant de pouvoir être diagnostiquée, à un stade où elle est difficile à éradiquer?

**M. Robbin Lindsay:** Absolument. C'est utile d'essayer de comprendre tout le cycle.

La bactérie ne répondra pas de la même façon dans la tique que dans un mammifère ou peut-être un oiseau. Nous avons des projets de recherche pour étudier tout cela plus en détail. Il sera utile de comprendre tout le cycle de la bactérie, les principes scientifiques fondamentaux dont le Dr Ouellette parlait, de comprendre comment la bactérie se comporte et esquive ces systèmes. Nous envisageons donc des études à ce sujet.

**M. James Lunney:** Au sujet des options de traitement, je ne sais pas trop si je dois adresser ma question au Dr Ouellette ou à M. Lindsay. Apparemment, la bactérie répond bien au traitement précoce, c'est un spirochète, après tout. Quelles sont les options de traitement précoce et tardif? De même, quelles sont les complications liées à l'usage à long terme d'antibiotiques?

Docteur Ouellette, pouvez-vous me répondre?

• (0940)

**Dr Marc Ouellette:** Certainement. Je peux vous l'expliquer brièvement.

Je ne suis pas clinicien moi-même, mais je me suis préparé à cette séance en tant que témoin, et j'ai lu passablement sur les traitements. En gros, vous avez raison. La réponse est très bonne quand le sujet est traité précocement à la doxycycline ou à l'amoxicilline, des antibiotiques utilisés couramment pour traiter l'otite chez les enfants, par exemple. La bactérie y répond très bien, en fait. Jusqu'à maintenant, nous n'avons pas observé de cas de bactéries résistantes à ces antibiotiques. Pour les cas les plus difficiles à traiter, ceux des patients qui ne sont pas traités précocement, on utilise le même type d'antibiotique, mais sur une période plus longue.

Je dois dire, d'après ma lecture de la littérature, qu'il n'est pas si clair que l'usage à très long terme d'antibiotiques est aussi efficace que l'on croit. Encore là, il va falloir approfondir les recherches cliniques sur la durée du traitement antibiotique. Elle peut aller jusqu'à neuf mois. Je pense qu'il faut pousser les recherches à ce sujet pour déterminer si ce type de traitement est aussi efficace qu'on le croit, parce que vous avez raison de dire que l'usage à long terme d'antibiotiques peut avoir d'autres conséquences sur la flore bactérienne gastro-intestinale, qui est très importante pour toutes sortes d'autres choses. Il faut faire attention de ne pas donner d'antibiotiques à très long terme.

**Le président:** Merci beaucoup.

Merci, monsieur Lunney.

Il nous reste quelques minutes. Si le NPD a quelques questions à poser, il peut les poser. Il faut garder l'oeil sur l'horloge, donc vous pouvez pendre deux ou trois minutes.

**Mme Libby Davies:** En fait, nous prévoyions céder ce temps de parole à Mme May, mais elle n'est pas là. Ses affaires sont encore ici, donc elle doit être simplement sortie quelques instants.

En son absence, je pense que M. Morin avait une question supplémentaire à poser pour clarifier une chose.

**Le président:** Une question? D'accord.

[Français]

**M. Dany Morin:** Monsieur Sternthal, je vais vous poser la même question que celle que j'ai posée à M. Ouellette. Je pense qu'elle vous concerne davantage.

Pourquoi les lignes directrices en vigueur au Canada, qui sont basées sur celles des États-Unis, sont-elles plus restrictives qu'elles ne le sont à l'heure actuelle aux États-Unis? Je fais référence à un paragraphe du préambule du projet de loi.

**M. Steven Sternthal:** Les lignes directrices utilisées au Canada sont les mêmes que celles qui sont utilisées aux États-Unis. Il s'agit des lignes directrices de l'Infectious Diseases Society of America, qui ont été mises en place en 2008 ou en 2009. Les lignes directrices utilisées au Canada ont été adoptées par l'association des cliniciens du Canada.

**M. Dany Morin:** Selon vous, ces lignes directrices sont-elles restrictives?

**M. Steven Sternthal:** Cette année, les lignes directrices sont basées sur l'information disponible sur la maladie de Lyme.

[Traduction]

**Mme Libby Davies:** S'il nous reste quelques minutes, Mme May pourrait peut-être continuer.

**Le président:** D'accord.

**Mme Libby Davies:** En fait, elle veut peut-être même poursuivre dans la même veine afin de déterminer si les lignes directrices sont aussi restrictives aux États-Unis.

**Mme Elizabeth May:** Je m'excuse, je suis sortie quelques minutes. Je discutais de quelques amendements.

Bien sûr, le fait est que les lignes directrices, la norme nationale de soins et les pratiques exemplaires sont intimement liées aux sphères de compétence. L'utilisation du terme « pratiques exemplaires » donne parfois l'impression aux patients atteints de la maladie de Lyme qu'on leur refuse un traitement. Beaucoup d'entre eux préfèrent le terme « norme nationale de soins ».

À votre avis, quel serait le meilleur moyen, entre des lignes directrices d'un organisme fédéral, une norme nationale de soins ou des pratiques exemplaires, pour raffiner les méthodes diagnostiques et de traitement offertes aux patients sans s'empêtrer dans la sémantique du partage des compétences?

Il est important de respecter les sphères de compétence de chacun, mais il est important aussi que les patients reçoivent les meilleurs soins et le meilleur diagnostic possibles.

• (0945)

**M. Steven Sternthal:** Je vous remercie de cette question.

Je pense que les normes de soins sont établies par les ordres professionnels au pays, qui sont essentiellement des créatures de compétence provinciale. Nous reconnaissons que c'est simplement ainsi que le système actuel fonctionne. Cependant, pour beaucoup de maladies, beaucoup de problèmes de santé, le gouvernement fédéral intervient en fournissant des preuves pour appuyer la pratique et encourage l'adoption de pratiques uniformes et l'échange d'information dans tout le pays lorsque de bonnes pratiques s'observent quelque part. Elles se fondent sur les données scientifiques les plus récentes, des IRSC ou d'autres organismes de financement de la recherche.

De notre point de vue, notre travail — et j'aime le nom, qui est très important et qui a du sens — consiste principalement à analyser les preuves et à formuler des recommandations aux cliniciens sur la base des meilleurs renseignements possibles sur les outils les plus susceptibles de les aider. Nous utilisons souvent les termes recommandations, lignes directrices et pratiques exemplaires pour diffuser les éléments d'information que nous voulons transmettre aux cliniciens et qu'ils maîtrisent pour les utiliser dans leur travail.

**Le président:** Merci beaucoup.

Cela vient clore la période des questions.

Je vais suspendre la séance un instant, question de laisser le temps à notre greffier législatif et à l'autre membre de l'équipe d'analystes de s'installer. Lorsque tout le monde sera prêt, nous pourrions entreprendre l'étude article par article.

Je remercie nos témoins d'avoir pris le temps de venir participer à notre séance d'aujourd'hui.

Sur ce, nous allons nous arrêter brièvement, prendre un café, pour que tout le monde soit prêt à démarrer.

- \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_
- 
- (0950)

**Le président:** Nous sommes de retour. Notre greffier législatif est ici aussi pour nous aider. Si quelqu'un a des questions à poser sur le projet de loi ou les amendements, nous pourrions sûrement obtenir une réponse. Nous allons prendre notre temps pour nous assurer de bien faire les choses.

Je présume que tout le monde a une copie du projet de loi et des amendements qui ont été déposés. Heureusement, notre greffier est toujours bien préparé. Il a apporté des copies des amendements, donc il va pouvoir vous en remettre si vous ne les avez pas.

Pour votre information, il y a un préambule au début, puis le titre abrégé. Nous allons en reporter l'étude à la fin et passer directement à l'article 2.

(Article 2 — Définitions)

**Mme Eve Adams:** Monsieur le président, j'aimerais proposer un amendement à l'article 2, qui porte sur les définitions:

« cadre fédéral » Cadre visant à répondre aux défis que posent la reconnaissance de la maladie de Lyme ainsi que l'établis-

-ment rapide de son diagnostic et de son traitement.

**Le président:** D'accord.

**Mme Eve Adams:** La raison à cela, c'est qu'évidemment, le plus approprié est de se doter d'un cadre fédéral puisque les mécanismes et les structures de collaboration existent déjà pour lutter contre la maladie de Lyme. C'est la même approche que celle que nous avons utilisée pour le cadre fédéral de prévention du suicide.

En outre, les provinces et les territoires pourraient juger le terme « stratégie » trop prescriptif, puisque le traitement de la maladie de Lyme est de compétence provinciale et territoriale.

**Le président:** Je pense que cela pourrait mieux fonctionner et je vous remercie de cet amendement. Je pense que vous en aviez un autre juste avant?

**Mme Eve Adams:** Sur l'article 1. Vous avez ouvert le débat sur l'article 2, monsieur.

**Le président:** Très bien.

L'article 1 porte sur le titre abrégé.

**Mme Eve Adams:** Oui.

**Mme Libby Davies:** Pourrions-nous suivre la liste des amendements? Vous savez, il y a le G-1, le G-2, etc. Est-ce que Mme Adams parle du G-1 ou d'un nouvel amendement que nous n'avons pas? C'est ce que je trouve mêlant.

**Le président:** À ce sujet, c'est bon.

**Mme Libby Davies:** Madame Adams, par l'intermédiaire de la présidence, parlez-vous de l'amendement G-1 ou d'un nouvel amendement? Votre amendement G-1 modifie, par adjonction, après la ligne 4, du mot « Agence ».

**Le président:** Je pense que c'est ce...

**Mme Libby Davies:** Vous n'allez pas au-delà de ce que propose le G-1, n'est-ce pas?

**Mme Eve Adams:** Non, je vais revenir immédiatement au G-1.

Je m'excuse, j'étais à une séance du Comité de l'immigration hier, où nous travaillons à d'autres documents, donc je vais revenir au Comité de la santé.

**Mme Libby Davies:** J'ai une question à poser sur le G-1. Si c'est bien ce dont nous parlons ici. Je voulais le clarifier.

**Le président:** D'accord. Avant que Mme Adams le présente, si tout le monde veut bien regarder au bas de l'amendement G-1, alinéa c) par déplacement...

**Mme Libby Davies:** C'est ma question.

**Le président:** Ce n'est qu'une question de rédaction. Quand les rédacteurs vont réviser l'ensemble de l'article, l'alinéa c) va être supprimé. Ce n'est qu'une note, pour que tout le monde en soit avisé à l'avance.

Madame Adams, continuez.

**Mme Eve Adams:** Merci.

Dans le G-1, je propose que le projet de loi C-442, à l'article 2, soit modifié a) par adjonction, après la ligne 4, page 3, de ce qui suit:

« Agence » L' « Agence » de la santé publique du Canada

b) par substitution, aux lignes 9 à 11, page 3, de ce qui suit: « cadre fédéral » Cadre visant à répondre aux défis que posent la reconnaissance de la maladie de Lyme ainsi que l'établis-

Et c):c) par déplacement de la définition de « cadre fédéral » selon l'ordre alphabétique.

**Le président:** Très bien.

Voulez-vous débattre de cet amendement ou faire des commentaires?

Monsieur Morin.

**M. Dany Morin:** Je veux simplement que ce soit bien clair.

Parlons-nous de tous les amendements proposés dans le G-1? Je remarque une différence entre le français et l'anglais pour ce qui est du terme « cadre fédéral ». C'est plus explicite en français, donc je me demande s'il s'agit d'une erreur d'impression ou si c'est intentionnel. La définition française de « cadre fédéral » est assez claire, mais on dirait qu'il manque une phrase en anglais.

● (0955)

**Mme Eve Adams:** Est-ce que je peux intervenir, monsieur le président?

**Le président:** Je vais demander à notre greffier législatif de vous donner une explication. Je pense que ce sera parfaitement limpide, après quoi nous pourrions poursuivre.

**M. Justin Vaive (greffier à la procédure):** Il y a parfois des différences entre la version anglaise et la version française. Lorsque les amendements sont rédigés, ils sont rédigés séparément en anglais,

en fonction de la version anglaise du projet de loi, puis en français, en fonction de la version française du projet de loi.

[Français]

Il y a donc parfois de petites différences ici et là. Dans ce cas-ci, c'est pour que cela s'harmonise avec la version française du projet de loi.

Quand on lit un amendement, il y a parfois de petites différences entre l'anglais et le français. Cela arrive régulièrement, mais cela ne change pas le fond des choses.

**M. Dany Morin:** Merci.

[Traduction]

**Mme Eve Adams:** Si je peux me permettre quelques mots, si on lit les mots ajoutés en contexte, qu'on les ajoute au projet de loi, le sens est le même dans la version anglaise: « “federal framework” means a framework to address the challenges of the recognition and timely diagnosis and treatment of Lyme disease ». Quand je lis le français, je vois que c'est exactement la même chose.

**Le président:** Je regarde la version française, et je le vois aussi maintenant.

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** Très bien. Votons sur l'amendement G-1, puisque le débat est clos.

(L'amendement est adopté.)

**Le président:** Nous allons maintenant voter sur l'article 2 modifié.

(L'article 2 modifié est adopté.)

**Le président:** D'accord. Suivant?

(Article 3 — *Conférence*)

**Mme Eve Adams:** Voulez-vous que je vous explique l'amendement G-2, monsieur?

On propose que le projet de loi soit modifié par substitution page 3, de ce qui suit: CADRE FÉDÉRAL RELATIF À LA MALADIE DE LYME. Ce n'est qu'un déplacement.

**Le président:** Des réflexions sur cet amendement?

**M. Dany Morin:** Parlez-vous du G-3?

**Le président:** Nous parlons du G-2.

(L'amendement est adopté.)

**Le président:** Nous en sommes maintenant au G-3.

**Mme Eve Adams:** Monsieur le président, nous proposons que le projet de loi C-442, à l'article 3, soit modifié a) par substitution, aux lignes 14 à 16, page 3, de ce qui suit:

3. Au plus tard douze mois après la date d'entrée en vigueur de la présente loi, le ministre convoque une conférence, ou s'entretient autrement, avec les ministres provin-

b) par substitution, à la ligne 20, page 3, de ce qui suit:

but d'élaborer un cadre fédéral global

c) par substitution, aux lignes 24 et 25, page 3, de ce qui suit: données recueillies par l'Agence pour qu'il soit possible

d) par substitution, aux lignes 30 à 35, page 3, de ce qui suit: concernant la prévention, l'identification, le traitement et la gestion de la maladie de Lyme, et la mise en commun des meilleures pratiques à l'échelle nationale;

e) par substitution, dans la version française, aux lignes 6 et 7, page 4, de ce qui suit:

[Français]

nationale et d'en améliorer la prévention, l'identification, le traitement et la gestion.

[Traduction]

**Le président:** Sur l'amendement, madame Davies.

**Mme Libby Davies:** Il y a plusieurs choses ici.

D'abord, aux lignes 14 à 16, la modification change considérablement le sens, parce qu'on parlait dans la version originale du projet de loi de convoquer une conférence, alors qu'il est écrit dans cet amendement que le ministre « s'entretient autrement, avec les ministres » provinciaux et territoriaux. Je crois que le problème, c'est que cet amendement pourrait faire en sorte qu'il n'y ait pas de conférence, mais plutôt des consultations individuelles. Je pense que Mme May a un autre libellé à proposer pour inclure les deux possibilités.

Le principal élément ici, pour nous, est de ne pas exclure les intervenants. Si vous vous en rappelez bien, les témoins ont dit sans équivoque que quoi qu'il arrive, ils voulaient avoir leur mot à dire. Je crois que les mots « ou s'entretient autrement » ouvrent la porte à ce qu'il y ait des consultations provinciales et territoriales séparées, mais à ce qu'il n'y ait pas nécessairement de conférence.

C'est un problème. J'espère que Mme May a préparé un libellé pour combler cette lacune.

L'autre problème que je vois concerne le dernier élément de l'amendement G-3 « concernant la prévention, l'identification, le traitement et la gestion de la maladie de Lyme, et la mise en commun des meilleures pratiques à l'échelle nationale ».

C'est une bonne chose que le parti ministériel supprime dans son amendement le mot « actuelles » applicable aux « pratiques », parce qu'encre une fois, il est bien clair qu'il ne plaisait pas aux témoins. Le parti ministériel laisse toutefois tomber les mots « la norme nationale de soins », et j'aimerais proposer un sous-amendement pour qu'on les réintègre au libellé, de manière à ce qu'il se lise: « la gestion de la maladie de Lyme, lesquelles contiennent entre autres la norme nationale de soins recommandée, et la mise en commun des meilleures pratiques à l'échelle nationale ». C'est essentiellement ce qui est écrit dans le projet de loi à l'étude.

•(1000)

**Le président:** Il faudrait probablement commencer par discuter de la première partie de vos observations — nous allons prendre le temps de le faire comme il faut —, sur la conférence, après quoi nous pourrions nous pencher sur la deuxième partie.

Ainsi, vous proposez un amendement favorable ou faites une proposition, à moins que nous ne trouvions une autre façon de formuler le libellé proposé.

J'ai le nom de Mme Bennett sur ma liste. Madame Bennett, votre observation porte bel et bien sur le premier élément, sur la conférence?

**L'hon. Carolyn Bennett:** Oui. Je pense que les mots « ou s'entretient autrement » minent totalement l'effet de l'article. Cela signifie que la ministre pourrait appeler tous les autres ministres de la santé par téléphone, individuellement, et ce n'est pas le but.

Je pense que le but est de tenir une conférence, parce que nous essayons d'établir ici la nécessité d'un mécanisme de sensibilisation ou de consultation publique et d'inclure les groupes d'intervenants. Une conférence serait utile en ce sens, parce que les médias y seraient et qu'on se fixerait comme objectif permanent que tous les Canadiens comprennent l'importance de cet enjeu. Ce ne sera pas possible si la ministre de la Santé téléphone simplement à ses homologues du pays.

**Le président:** Très bien.

Je pense que notre greffier législatif va y jeter un rapide coup d'oeil. Avez-vous d'autres observations à faire de ce côté-ci de la table pour l'instant?

**Mme Eve Adams:** Pour réagir aux propos de Mme Bennett, notre but commun est non seulement de faire participer les intervenants au processus, mais également d'accorder suffisamment de souplesse à la ministre dans le projet de loi pour qu'elle puisse en convoquer une.

Nous sommes très clairs. Nous voulons non seulement donner voix au chapitre aux ministres provinciaux et territoriaux, mais aussi aux intervenants. Nous voulons favoriser l'avancement du savoir à cet égard, mais nous voulons rendre le projet de loi plus souple. C'est tout. Je pense que nous partageons tous le même but.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Alors vous n'avez qu'à retirer cet amendement.

**Mme Eve Adams:** Je pense que nous avons besoin de mécanismes pour consulter les intervenants de la façon que la ministre juge appropriée. Elle aura de multiples occasions au cours de la prochaine année de mettre des moyens en oeuvre, et c'est pourquoi nous proposons cet amendement.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Je pense que les mots « ou s'entretient autrement » sont trop ambigus. Ce n'était pas du tout l'intention, donc je ne pourrai pas appuyer cet amendement.

**Mme Libby Davies:** Pourrions-nous attendre une minute, parce qu'il y a une proposition de libellé pour modifier l'amendement afin qu'il produise le résultat escompté. Nous avons une formulation à proposer, donc si nous pouvions seulement...

**Le président:** Je crois que nous allons suspendre nos délibérations une minute pour consulter notre greffier législatif.

•

•

•(1005)

**Le président:** Nous reprenons la séance.

Les deux premiers amendements ont été adoptés assez facilement, mais nous allons devoir examiner de plus près le troisième.

Voici l'amendement à l'amendement que Mme Davies serait prête à présenter. Madame Davies, pouvez-vous le lire de votre mieux? Allez-y.

**Mme Libby Davies:** Bien sûr. L'amendement G-3 du gouvernement se lit comme suit:3. Au plus tard douze mois après la date d'entrée en vigueur de la présente loi, le ministre convoque une conférence, ou

**Mon amendement s'insérerait ensuite et se lirait comme suit:** pour l'élaboration d'un cadre fédéral global avec les intervenants, notamment des représentants de la communauté médicale et des groupes de patients, de même qu'avec les ministres provinciaux et territoriaux; le cadre fédéral global prévoit notamment

Si je peux l'expliquer brièvement, cet amendement donne essentiellement un peu de marge de manoeuvre au ministre pour communiquer séparément avec les représentants des provinces et des territoires, mais on conserve l'idée qu'il doit faire participer les groupes de patients au moyen d'une conférence. J'espère que cet amendement concilie le but de l'amendement du gouvernement et l'objectif de Mme May avec son projet de loi.

●(1010)

**Le président:** Très bien. Je vous remercie.

Voulez-vous vous exprimer sur le sous-amendement?

Nous allons renvoyer la balle à notre greffier législatif.

Votons sur le sous-amendement de Mme Davies.

(Le sous-amendement est rejeté [Voir le *Procès-verbal*].)

**Le président:** Très bien, ensuite, madame Davies, vous aviez soulevé un autre point dans la discussion sur l'amendement G-3, qui portait sur la partie du bas, sur la gestion de la maladie de Lyme. Aimeriez-vous...

**Mme Libby Davies:** Oui, j'aimerais proposer un amendement à l'alinéa 3d) de l'amendement G-3, pour ajouter, après les mots: la gestion de la maladie de Lyme,

**les mots suivants:** notamment la norme nationale de soins recommandée, puis le reste de l'amendement du gouvernement serait conservé: et la mise en commun des meilleures pratiques à l'échelle nationale;

En gros, mon amendement consiste à ajouter les mots « la norme nationale de soins recommandée ».

**Le président:** D'accord.

Monsieur Lunney.

**M. James Lunney:** Brièvement, le problème ici, c'est que les méthodes de diagnostic et de traitement sont encore en développement. Il est donc prématuré de s'attendre à pouvoir établir tout de suite des normes nationales de soins. Le milieu du diagnostic et du traitement est en constante évolution. Malgré la réaction allergique qu'il m'a causée, si je peux me permettre cette image, le terme « meilleures pratiques » est probablement le plus indiqué pour l'instant. Les meilleures pratiques correspondent à ce qu'on sait aujourd'hui et s'appliquent au cadre qu'il faut établir pour approfondir nos connaissances. Les normes de soins relèvent des provinces. J'ai bien peur que les provinces et les territoires ne digèrent très mal cet amendement et que cela nous empêche d'avancer dans ce dossier.

**Le président:** Mme Bennett, puis Mme Davies.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Je pense que nous demandons ici des lignes directrices cliniques élaborées par des professionnels et diffusées partout. Qu'on soit membre du Collège des médecins de famille ou spécialiste de l'hypertension, il est parfaitement raisonnable de demander à la profession d'élaborer des lignes directrices cliniques qui seraient continuellement révisées et mises à jour.

Je ne suis pas certaine de saisir ce qu'on entend par « norme de soins », à moins qu'on puisse la mettre à jour continuellement puisqu'il y a toujours de nouvelles découvertes scientifiques dans ce domaine. Je ne sais pas ce qu'en pense Libby, mais nous aimerions beaucoup qu'il y ait des lignes directrices cliniques nationales, parce que plus les patients sauront à quoi s'attendre, plus ils pourront poser de bonnes questions à leurs professionnels et plus il sera facile pour les provinces et les territoires de gérer tout cela. C'est un travail qui occupe tous les conseils de la qualité des services, les six qui

existent, mais le but est de communiquer les attentes et les exigences minimales.

●(1015)

**Le président:** Madame Davies.

**Mme Libby Davies:** Je comprends le point de vue de M. Lunney, mais si on lit le paragraphe 3(b) en entier, on voit qu'il commence par « l'établissement de lignes directrices concernant la prévention, le dépistage, le traitement et la gestion de la maladie de Lyme ». On poursuit avec « lesquelles contiennent la norme... recommandée ». On ne dit pas qu'il s'agira d'une décision unilatérale. Dans le contexte de l'établissement de lignes directrices et de ce qui est énoncé à l'article 3, avant le paragraphe (a) — dont nous venons de débattre —, on comprend qu'il est question de la conférence réunissant tous les intervenants et des consultations avec les provinces et les territoires. Il s'agit en fait d'établir un processus, et non de décréter qu'il y a une norme nationale de soins à adopter. On recommande l'élaboration d'une norme.

On fait bel et bien la nuance, à mon avis, et si on omet cette partie, on fait malheureusement fi d'un argument important apporté par la Fondation de la maladie de Lyme. Elle s'est montrée assez catégorique à l'effet que nous devrions prévoir l'élaboration d'une norme nationale de soins et de pratiques exemplaires. Je maintiens donc la pertinence de mon sous-amendement.

**Le président:** Merci.

Madame Adams.

**Mme Eve Adams:** Merci, monsieur le président.

C'est peut-être redondant. Je crois que la Dre Bennett a raison. La formulation complète est effectivement « l'établissement de lignes directrices concernant la prévention ». C'est donc dire que cela découle de la conférence et de la participation des intervenants et des ministres provinciaux et territoriaux. Nous serions responsables de l'établissement de ces lignes directrices.

On parle plus loin de « faire état des meilleures pratiques ». Si on se souvient bien du témoignage de Jim Wilson, de la Fondation canadienne de la maladie de Lyme, ce point était très clair. Il s'est dit troublé ou très inquiet des meilleures pratiques actuelles. Ce n'est donc pas une référence aux meilleures pratiques actuelles, mais au terme de façon générique, prévoyant l'échange de pratiques exemplaires dans le cadre de la conférence. C'est un dossier qui continue d'évoluer.

Nous ne pouvons donc pas appuyer votre amendement.

**Le président:** D'accord.

**Mme Libby Davies:** Pouvons-nous avoir un vote inscrit, s'il vous plaît?

**Le président:** Oui.

Il s'agit du sous-amendement pour le G-3.

(Le sous-amendement est rejeté par 5 voix contre 4.)

**Le président:** Passons à l'amendement G-3, présenté par Mme Adams. Tous ceux qui sont pour l'amendement G-3?

**Mme Eve Adams:** Juste avant, j'aimerais proposer un amendement. Nous en avons discuté. J'aimerais proposer un sous-amendement au G-3, afin de supprimer les mots « ou s'entretient autrement ».

**Le président:** Moi qui croyais qu'on aurait terminé en cinq minutes. Allons-y donc.

Monsieur Wilks, vous avez peut-être quelque chose à dire.

• (1020)

**M. David Wilks:** Peut-être. Vous voulez savoir ce que c'est?

**Le président:** Oui, allez-y.

**M. David Wilks:** Je fais la proposition du sous-amendement qui vise à supprimer les mots « ou s'entretient autrement » de l'article 3.

**Le président:** Des commentaires?

**Mme Libby Davies:** Est-ce que cela ne pose pas problème, puisque l'amendement a déjà été adopté?

**Le président:** Non, parce que le vote portait sur votre sous-amendement.

**Mme Libby Davies:** Oui, d'accord.

**Le président:** Très bien. Des commentaires au sujet du sous-amendement de M. Wilks?

Monsieur Young.

**M. Terence Young (Oakville, PCC):** Pas de commentaire, monsieur le président. Je veux seulement qu'il soit bien clair sur quoi portera le prochain vote. C'est tout.

**Le président:** D'accord. Il est strictement question du sous-amendement de M. Wilks au G-3, où on dit « convoque une conférence ou »...

**Mme Eve Adams:** C'est « ou s'entretient autrement », il s'agit uniquement d'enlever les mots « ou s'entretient autrement ».

**Le président:** Oui, j'y arrive. Donc, on enlève « ou s'entretient autrement ». D'accord? D'autres commentaires là-dessus?

Bon, tous ceux en faveur du sous-amendement de M. Wilks?

(Le sous-amendement est adopté.)

**Le président:** Très bien. Croyez-le ou non, nous sommes prêts à mettre aux voix l'amendement G-3 modifié. Tous ceux qui sont pour? Ceux qui sont contre?

(L'amendement est adopté. [Voir le *Procès-verbal*])

(L'article 3 modifié est adopté.)

(Article 4 — *Établissement et publication d'un rapport*)

**Le président:** La vitesse, ça va? Tout va bien pour le moment? Y a-t-il d'autres amendements pour le prochain article?

**Mme Eve Adams:** Article 4, s'il vous plaît.

**Le président:** Oui, allez-y, madame Adams.

**Mme Eve Adams:** L'amendement vise à ce que le projet de loi C-442, à l'article 4, soit modifié par substitution, aux lignes 8 à 11, de ce qui suit:

4. Le ministre établit un rapport énonçant le cadre fédéral et le publie sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada dans l'année suivant l'élaboration du cadre fédéral visé à l'article 3.

**Le président:** Nous n'avons pas tout à fait la même formulation.

**Mme Eve Adams:** La vôtre dit « l'Agence », soit l'Agence de la santé publique du Canada; il s'agit seulement de préciser de quelle agence il est question.

**Le président:** Des idées ou des commentaires au sujet du G-4?

(L'amendement est adopté.)

(L'article 4 modifié est adopté.)

**Le président:** Merci.

(Article 5 — *Rapport au Parlement*)

**Mme Eve Adams:** Encore une fois, monsieur le président, la formulation du G-5 est quelque peu différente de celle que vous avez. Il s'agit de remplacer les mots « sur le site Web du ministère » par ce qui suit:

sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le changement consiste donc à mentionner le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada.

• (1025)

**Le président:** Qu'allons-nous faire dans ce cas avec cet amendement?

**Mme Eve Adams:** Nous allons utiliser la formulation du G-5. C'est une erreur de notre greffier législatif. C'est précisé dès le départ qu'il est question de l'Agence de la santé publique du Canada.

**Mme Libby Davies:** C'est très redondant.

**Le président:** Des commentaires sur l'amendement?

Tous ceux qui sont pour l'amendement au G-5?

(L'amendement est adopté.)

**Le président:** L'article 5 modifié est-il adopté? Tous ceux qui sont pour?

(L'article 5 modifié est adopté.)

(Article 6 — *Fonds destinés aux provinces et aux territoires*)

**Le président:** Il n'y a pas d'amendement pour l'article 6.

Tous ceux en faveur de l'article 6?

**Mme Libby Davies:** Pouvons-nous avoir un vote inscrit?

**Le président:** Oui.

(L'article 6 est rejeté par 5 voix contre 4.)

**Le président:** On continue.

(Article 7 — *Examen*)

**Mme Eve Adams:** Monsieur le président, pour le G-6, s'il vous plaît.

Je propose que le projet de loi C-442, à l'article 7, soit modifié: a) par substitution, aux lignes 25 à 27, page 4, de ce qui suit:

7. L'Agence:

a) effectue un examen de l'efficacité du cadre fédéral dans les cinq ans suivant la

et b) par substitution, à la ligne 29, page 4, de ce qui suit:

l'article 4 sur le site Web de l'Agence;

Cet amendement est relatif aux amendements apportés à l'article 1, qui remplacent « stratégie nationale » par « cadre fédéral » et qui énonce explicitement que l'Agence de la santé publique du Canada est l'entité gouvernementale responsable de l'examen quinquennal.

**Le président:** Des commentaires sur l'amendement?

Comme il n'y en a pas, passons au vote.

(L'amendement est adopté.)

(L'article 7 modifié est adopté.)

(Article 8 — Règlements)

**Le président:** Il n'y a pas d'amendement pour l'article 8. Y a-t-il des commentaires sur cet article?

Madame Adams.

**Mme Eve Adams:** Monsieur le président, les règlements se rapportent à la proposition d'allouer des fonds aux provinces et aux territoires qui ont adopté une loi pour mettre en oeuvre la stratégie et qui satisfont aux critères prévus par les règlements. Comme les dispositions concernant le financement ne peuvent être soutenues et que le projet de loi n'est pas opérationnel, il est inutile d'élaborer une réglementation.

Pour ces raisons, nous ne pouvons pas appuyer cet article.

• (1030)

**Le président:** D'accord.

Madame Davies.

**Mme Libby Davies:** À ce sujet, il est malheureux que l'article 6, et maintenant l'article 8, soient supprimés, parce qu'on a un cadre fédéral, mais essentiellement pas de ressources ni de fonds supplémentaires pour le mettre en oeuvre. Je crois qu'il est très important d'avoir cette réglementation. C'est un élément primordial à avoir pour la mise en oeuvre d'un tel processus.

Nous ne voulons pas d'un projet de loi qui n'est que flafra et qui n'a absolument aucune substance.

Je pense que c'est ce que veut le gouvernement, alors je ne suis certainement pas en faveur de l'idée de supprimer l'article 8, comme nous l'avons fait pour l'article 6.

**Le président:** D'accord.

Madame Adams.

**Mme Eve Adams:** Permettez-moi d'expliquer les raisons pour lesquelles nous ne pouvons pas appuyer l'article 6. Le ministère des Finances a demandé de retirer cet article, car il semble se rapporter aux transferts du Canada en matière de santé, qui s'appuient sur les cinq principes de la Loi sur la santé au Canada. Ces principes ne permettent pas l'utilisation de critères supplémentaires, comme une nouvelle stratégie sur la maladie de Lyme.

Les transferts du Canada en matière de santé ont été renouvelés en 2012 et seront révisés en 2024. C'est pourquoi, malheureusement, nous ne pouvons pas appuyer les articles 6 et 8.

**Le président:** D'accord.

D'autres commentaires sur l'article 8?

Tous ceux qui sont pour...

**Mme Libby Davies:** J'aimerais avoir un vote inscrit.

**Le président:** Ce sera un vote inscrit pour l'article 8.

(L'article 8 est rejeté par 5 voix contre 4.)

**Le président:** L'article 8 est rejeté et sera supprimé du projet de loi.

Maintenant, si vous le voulez bien, nous allons revenir au préambule. Vous trouverez le préambule à la deuxième page du projet de loi.

Allez-y, madame Adams.

**Mme Eve Adams:** Dans le préambule, la mention « établir une norme nationale de soins pour le traitement de la maladie de Lyme » pose problème sur le plan juridique, en ce sens que les services de santé relèvent exclusivement des provinces et des territoires, et cela inclut les normes de soins à l'intention des professionnels de la santé.

On propose de modifier le texte pour éliminer la référence à une norme nationale de soins et la remplacer par la notion d'établissement de lignes directrices, qui est de compétence fédérale.

Je propose que le projet de loi C-442, au préambule, soit modifié par substitution, aux lignes 1 et 2, page 2, de ce qui suit:

qu'il est d'intérêt public d'établir des lignes directrices concernant la prévention, l'identification, le traitement et la gestion de la

**Le président:** D'accord. Tout le monde a bien suivi? Vous comprenez à quoi renvoie cet amendement?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** D'accord.

Madame Davies.

**Mme Libby Davies:** Je propose un sous-amendement, comme tout à l'heure, pour réinsérer les mots « norme nationale ».

• (1035)

**Le président:** Si j'ai bien compris Mme Davies, le sous-amendement vient modifier l'amendement de Mme Adams comme suit:

qu'il est d'intérêt public d'établir des lignes directrices et une norme nationale concernant la prévention, l'identification, le traitement et la gestion de la

Il s'agit donc d'insérer ces deux mots.

Des commentaires sur le sous-amendement proposé par Mme Davies?

**Mme Eve Adams:** Monsieur le président, corrigez-moi si je me trompe, mais le sous-amendement est en fait contraire à la nature de ma motion principale. Ces deux mots se trouvent déjà dans le projet de loi. Mon amendement vise à les supprimer.

Alors ce serait un sous-amendement pour les rajouter?

**Mme Libby Davies:** C'est ce que nous avons fait pour l'autre amendement.

Pour que je comprenne bien, est-ce que le sous-amendement est jugé irrecevable?

**Le président:** Madame Davies, les choses avancent bien. Nous voulons tous être à l'aise avec le déroulement de l'étude.

Après avoir consulté le greffier législatif, je pense que votre sous-amendement, qui vise à réinsérer un point clé que l'amendement de Mme Adams vise à enlever...

**Mme Libby Davies:** Alors il est irrecevable. Vous pouvez me dire carrément s'il l'est ou non.

**Le président:** Il est plus ou moins irrecevable, oui.

**Mme Libby Davies:** « Plus ou moins », d'accord.

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** J'essaie d'être poli. D'accord?

**Mme Libby Davies:** D'accord, je comprends. Il est irrecevable, alors nous pouvons voter sur l'amendement principal.

**Le président:** Très bien, merci.

Donc, il est question de l'amendement original de Mme Adams, le G-7.

• (1040)

**Mme Libby Davies:** Pouvons-nous avoir un vote inscrit?

**Le président:** Très certainement.

(L'amendement est adopté par 6 voix contre 3.)

**Le président:** Le préambule modifié est-il adopté?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Maintenant, le prochain...

**Mme Eve Adams:** Monsieur le président, avec l'amendement G-8, je propose que le projet de loi C-442, à l'article 1, soit modifié par substitution, aux lignes 1 et 2, page 3, de ce qui suit:

1. Loi sur le cadre fédéral relatif à la maladie de Lyme.

**Le président:** Il est question du titre abrégé. Y a-t-il des commentaires sur cet amendement?

(L'amendement est adopté.)

**Le président:** L'article 1 modifié est-il adopté?

(L'article 1 modifié est adopté.)

**Le président:** Oui, allez-y.

**Mme Eve Adams:** Monsieur le président, à l'amendement G-9, je propose que le projet de loi C-442 soit modifié par substitution, au titre intégral, page 1, de ce qui suit:

Loi concernant le cadre fédéral relatif à la maladie de Lyme

**Le président:** Des commentaires sur l'amendement G-9?

(L'amendement est adopté.)

**Le président:** Le titre modifié est-il adopté?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Nous avons essentiellement fait le tour du projet de loi, du début à la fin, et j'ai encore trois points à vous soumettre. Il est maintenant question de l'ensemble du projet de loi.

Le projet de loi modifié est-il adopté?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Passons au rapport. Dois-je faire rapport du projet de loi modifié à la Chambre?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Le comité ordonne-t-il la réimpression du projet de loi?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** C'est ce qui conclut notre étude, et nous avons cinq minutes d'avance sur notre programme. La question du projet de loi C-442 est ainsi close. Nous allons en faire rapport au moment opportun.

Mme May a un court commentaire à formuler. Nous allons ensuite poursuivre la séance à huis clos.

Nous vous écoutons.

**Mme Elizabeth May:** Je veux simplement exprimer ma gratitude envers tous les députés ici présents. J'aurais voulu que certains articles demeurent tels quels, mais dans l'ensemble, il s'agit d'un pas dans la bonne direction. Je remercie très sincèrement la secrétaire parlementaire, la ministre, l'opposition officielle, le président et vous tous d'avoir traité ce projet de loi rapidement, de façon à ce qu'on puisse peut-être le déposer devant la Chambre avant la relâche d'été. Je ne peux que vous exprimer ma plus sincère reconnaissance. Je me suis retenue pour ne pas chanter des alléluias lors des délibérations de ce matin.

**Le président:** Merci. J'apprécie votre retenue.

Je veux aussi remercier tous les membres du comité pour ce dialogue constructif et pour leur grand respect dans la tenue de ce débat.

Nous allons maintenant discuter des travaux du comité. Nous allons faire une pause pour permettre aux spectateurs de quitter la salle, puis nous traiterons des travaux du comité.

[La séance se poursuit à huis clos.]







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.

---

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.

---

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