

[En-tête]

Le 24 novembre 2014

Comité permanent des finances  
Direction des comités et des services législatifs  
Chambre des communes  
131, rue Queen, 6<sup>e</sup> étage  
Ottawa (Ontario) K1A 0A6

**OBJET : Étude par le Comité des finances de la section 20 de la partie 4 du projet de loi C-43  
(modifications à la *Loi sur l'Agence de santé publique du Canada*)**

Madame, Monsieur,

Je vous remercie de m'inviter personnellement à présenter un mémoire au Comité permanent des finances de la Chambre des communes au sujet de la section 20 de la partie 4 du projet de loi C-43, qui prévoit des modifications législatives à la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*.

Selon mes recherches, il est évident que l'administrateur en chef de la santé publique doit pouvoir s'exprimer en toute indépendance et faire part des faits scientifiques aux citoyens et aux détenteurs du pouvoir.

Or, ce projet de loi, en séparant en deux le rôle de l'administrateur en chef de la santé publique (un rôle technique, et un rôle administratif), retire à cette fonction le peu d'indépendance qu'elle avait. En effet, il rétrograderait l'administrateur en chef de la santé publique de son rang actuel de sous-ministre, le subordonnerait à un président qui serait responsable de la gestion et éliminerait le remboursement des dépenses engagées par l'administrateur en chef de la santé publique pour mener ses activités publiques.

La perte de l'indépendance de l'administrateur en chef de la santé publique pose problème puisqu'elle érode notre confiance en lui.

En examinant le projet de loi, il m'a semblé que nous avons oublié les dures leçons que nous a enseignées la crise du SRAS. En 2003, soit il y a à peine 11 ans, l'Organisation mondiale de la santé avait émis un avis déconseillant les voyages à Toronto qui a coûté à la ville 2 milliards de dollars et entraîné la perte de 28 000 emplois. Ces conséquences n'étaient pas attribuables au nombre de cas de SRAS – les chiffres pour Singapour étaient similaires –, mais plutôt au fait que le gouvernement fédéral n'avait nommé aucun dirigeant en santé publique digne de confiance

pouvant coordonner efficacement les efforts avec les provinces et communiquer l'état de l'écllosion à d'autres pays.

Le SRAS a mis en lumière les obstacles que pose le fédéralisme canadien pour lutter efficacement contre les pandémies. Des changements importants ont été apportés par la suite, notamment la création de l'Agence de santé publique du Canada et d'un poste d'administrateur en chef de la santé publique.

Le but était d'établir la confiance : les provinces et les ministères de la Santé publique devaient avoir la garantie que les avis du gouvernement fédéral s'appuyaient sur des principes scientifiques plutôt que sur des considérations politiques.

Malheureusement, les provinces n'ont jamais obtenu cette garantie. L'administrateur en chef de la santé publique a eu le statut de fonctionnaire plutôt que de mandataire du Parlement, ce qui l'empêchait d'agir en toute indépendance comme peuvent le faire le vérificateur général ou le commissaire à la protection de la vie privée. Il n'y a aucun doute que ce fut une erreur.

Or, ce projet de loi va trop loin. À tout le moins, la première mesure législative conférait à l'administrateur en chef de la santé publique des pouvoirs qui lui permettaient de s'exprimer en toute indépendance et prévoyaient le remboursement des dépenses qu'il engageait dans le cadre de ses activités publiques, ce qui a incité les provinces à adhérer à un système national. Le retrait de ces pouvoirs qui accordaient à l'administrateur en chef de la santé publique une indépendance limitée ne fait rien pour arranger les choses.

C'est pourquoi la rétrogradation et l'utilisation à des fins politiques de l'administrateur en chef de la santé publique sont sans nul doute une mauvaise décision. Étant donné l'écllosion du virus de l'Ebola qui fait rage en Afrique de l'Ouest, le temps est mal choisi pour affaiblir l'infrastructure nationale en santé publique. À cause de cette modification législative, nous serons encore beaucoup moins préparés au virus de l'Ebola et à d'autres virus du genre.

Je sais que, la semaine dernière, le nouvel administrateur en chef de la santé publique a livré un témoignage contradictoire devant le comité. Je sais qu'il a affirmé que le fait de le décharger de la responsabilité de la gestion de l'agence lui permettra de se concentrer exclusivement sur les avis scientifiques.

Certes, ces changements lui redonneront peut-être le temps qu'il avait auparavant à consacrer à cette responsabilité, mais, selon moi, nous devons tous nous demander si quiconque, désormais, tiendra compte de ses avis après sa rétrogradation. Le nouveau directeur responsable de la gestion le laissera-t-il au moins s'exprimer?

Au bout du compte, si cette modification doit vraiment être adoptée, je recommanderais d'y apporter deux amendements très mineurs afin de limiter les dommages.

En premier lieu, j'ajouterais une disposition accordant à l'administrateur en chef de la santé publique une indépendance scientifique et lui permettant en vertu de la *Loi* de s'adresser à ses homologues provinciaux, aux autorités en santé publique et aux Canadiens sans la moindre ingérence politique. Grâce à une telle disposition, l'administrateur en chef de la santé publique pourrait remplir son rôle de coordonnateur entre les provinces – rôle qui s'est révélé être de la plus haute importance dans le cas du SRAS – et, finalement, gagner la confiance des Canadiens.

En second lieu, je propose de retirer l'article 258 du projet de loi C-43, qui vise à abolir le remboursement des dépenses engagées par l'administrateur en chef de la santé publique pour remplir ses fonctions. Je propose cet amendement parce que, à défaut de financement, il lui est évidemment très difficile d'exercer son indépendance.

J'aurais également proposé un troisième amendement mineur, soit maintenir le rang de sous-ministre de l'administrateur en chef de la santé publique, ce qui lui est nécessaire pour participer aux processus décisionnels fédéraux. J'exagère sans doute déjà ne serait-ce qu'en proposant des amendements.

En vous soumettant cette lettre et en témoignant devant le comité le lundi 24 novembre 2014, j'espère seulement qu'il ne faudra pas une autre éclosion de SRAS ou du virus d'Ebola au Canada pour nous faire prendre conscience des torts que causeront les modifications législatives proposées. Je vous prie de faire tout ce qui est en votre pouvoir pour minimiser les répercussions de ce projet de loi. La sécurité de tous est amoindrie à cause des modifications législatives proposées, et nous risquons tous d'en subir les conséquences si le comité les adopte.

Je vous remercie encore une fois d'avoir invité les parties intéressées à présenter leur mémoire et d'examiner leurs observations dans le cadre de votre étude du projet de loi C-43. Au cas où d'autres réflexions vous seraient utiles, j'ai joint à mon mémoire un résumé d'une page d'une synthèse d'information que j'ai corédigée l'année dernière sur le renforcement de la capacité des systèmes de santé nationaux à lutter contre de futures pandémies. La version intégrale de la note de synthèse est accessible en ligne en français et en anglais à l'adresse [www.mcmasterhealthforum.org](http://www.mcmasterhealthforum.org)<sup>1</sup> et est accompagnée d'un résumé de la question et d'un résumé du dialogue des parties prenantes que nous avons organisé le 4 novembre 2013, pour lequel cette note de synthèses a été produite.

En vous remerciant à l'avance de l'attention que vous accorderez à mon mémoire, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

[signature]

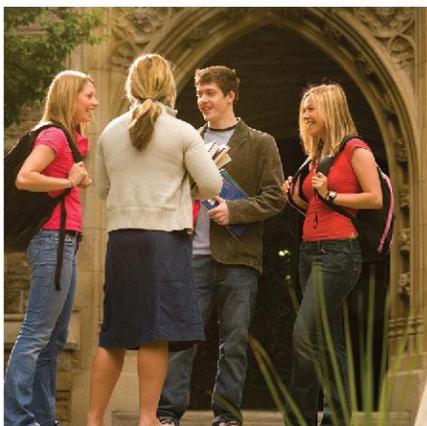
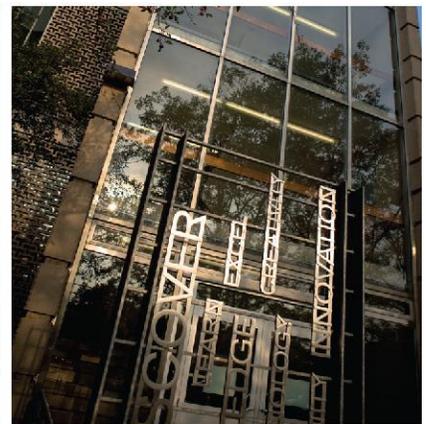
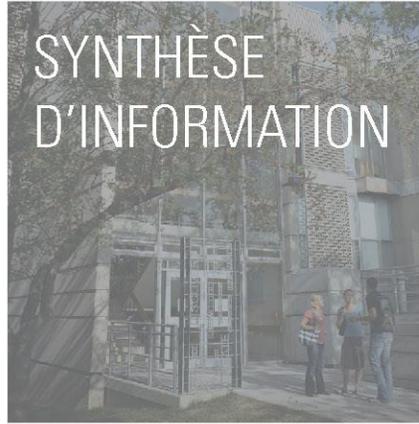
**Steven J. Hoffman, B.Sc., M.A., J.D.**

Laboratoire de stratégie mondiale  
Professeur adjoint de droit

Faculté de droit, Université d'Ottawa  
Professeur adjoint invité en santé mondiale  
École de santé publique de Harvard, Université Harvard, É.-U.  
Professeur adjoint d'épidémiologie clinique et de biostatistique (à temps partiel)  
Faculté des sciences de la santé, Université McMaster, Canada  
57, Louis Pasteur, Ottawa (Ontario), Canada K1N 6N5  
+1-613-562-5800, poste 8811  
steven.hoffman@uottawa.ca | www.globalstrategy.ninja | @shoffmania

---

<sup>1</sup> La note de synthèse, le résumé de la question et le résumé du dialogue sont accessibles dans les deux langues officielles sur cette page Web et figurent sous la date du 4 novembre 2013 :  
<http://www.mcmasterhealthforum.org/about-us/our-work/events>.



**DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION**

## MESSAGES CLÉS

### Quel est le problème?

- Il est possible de comprendre les défis liés au renforcement des systèmes de santé nationaux pour lutter contre de futures pandémies mondiales en examinant six facettes du problème :
  - 1) les pandémies mettent au défi les systèmes de gouvernance classiques;
  - 2) la prise de décisions informées par des données probantes et l'échange d'information en temps opportun sont difficiles;
  - 3) les partenaires nationaux et internationaux éprouvent souvent des problèmes de coordination;
  - 4) les points de vue de la santé publique et animale peuvent être difficiles à concilier;
  - 5) la résistance aux antimicrobiens représente une menace grandissante; et
  - 6) les facteurs de protection et de risque dans le cas de pandémies changent.
- Il se peut que les programmes, accords et stratégies de mise en œuvre actuels ne soient pas optimaux :
  - les programmes et les plans peuvent limiter la capacité de lutter contre les futures pandémies;
  - les accords en matière de systèmes de santé compliquent les choses;
  - certains plans d'action acceptés antérieurement n'ont pas été entièrement mis en œuvre.

### Que savons-nous à propos de trois éléments d'une approche globale pour faire face au problème?

- Élément 1 – Accroître la capacité des systèmes de santé nationaux à déceler les facteurs de risque de pandémie, cerner les agents pathogènes, caractériser les nouvelles maladies et suivre leur évolution
  - Un petit nombre de revues systématiques pouvaient éclairer certaines composantes de l'élément 1. Nous avons noté des avantages relativement aux principales composantes de cet élément, y compris l'amélioration des systèmes de surveillance continue, le renforcement de la capacité de collecte, d'analyse et d'évaluation partagées et rapides des données, ainsi que l'établissement d'équipes de collaboration interprofessionnelles pour assurer la surveillance de routine, particulièrement des éclosions de zoonoses.
- Élément 2 – Renforcer la capacité des parties prenantes et des décideurs nationaux, de même que du public, afin qu'ils interviennent plus adéquatement selon la variabilité des pandémies
  - Plusieurs revues systématiques de moyenne et de grande qualité soulignent les avantages des principales composantes de cet élément, y compris les produits d'information conçus pour appuyer l'adoption des données probantes issues de revues systématiques, la participation du public pour éclairer l'élaboration des politiques, les stratégies de communication des risques et le réseautage social.
- Élément 3 – Renforcer le système de gouvernance en matière de pandémie mondiale
  - Un petit nombre de revues systématiques soulignent les avantages des initiatives en santé mondiale visant le contrôle de maladies (particulièrement le VIH/sida), la sous-traitance des services de soins de santé dans les pays en développement, le financement fondé sur les résultats et l'élaboration de programmes internationaux de formation en sciences infirmières s'appuyant sur des partenariats coopératifs (comme moyen de renforcer la capacité du système).

### Quelles implications liées à la mise en œuvre devons-nous garder à l'esprit?

- Il est possible de repérer des obstacles au renforcement des systèmes de santé pour lutter contre de futures pandémies mondiales à l'échelle locale (p. ex. les gouvernements et fournisseurs peuvent hésiter à consacrer du temps et de l'argent au perfectionnement des travailleurs de la santé pour qu'ils adoptent de nouveaux plans de préparation aux pandémies ou l'approche « Une santé »), à l'échelle provinciale/étatique/territoriale (p. ex. les gouvernements peuvent s'opposer à l'idée que des instances nationale se chargent de définir les priorités pendant les pandémies), à l'échelle nationale (p. ex. les ressources des gouvernements pour les nouvelles technologies d'information et de communication peuvent être limitées) et à l'échelle mondiale (p. ex. les États peuvent protéger leur souveraineté et agir de façon unilatérale).
- Les efforts visant à régler ces enjeux doivent tenir compte des occasions qui se présentent, notamment le nouveau Plan nord-américain contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza (2012) et les demandes provenant du rapport de 2011 du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009, afin d'assurer une préparation accrue aux pandémies grâce à la recherche, au renforcement des systèmes de prestation des soins de santé et à une approche multisectorielle.