



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 003 • 1^{re} SESSION • 38^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 26 octobre 2004

—
Présidente

Mme Bonnie Brown

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

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

Comité permanent de la santé

Le mardi 26 octobre 2004

• (1540)

[Traduction]

La présidente (Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.)): Mesdames et messieurs, je suis ravie d'ouvrir cette séance et de souhaiter à nouveau la bienvenue à Mme Carolyn Bennett qui, en sa nouvelle qualité d'honorable ministre de la Santé publique, revient sur le lieu du crime.

Avant de commencer, madame la ministre, je voudrais vous remercier de nous avoir permis de visiter l'Agence de santé publique ce matin et de nous avoir présenté l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, que nous avons été ravis de rencontrer et que nous reverrons un peu plus tard, à l'occasion de sa comparution.

Commençons par la ministre, qui passera en revue les diapositives.

Avant de vous donner la parole, madame la ministre, pourriez-vous nous dire si M. Butler-Jones présentera lui aussi un exposé?

L'hon. Carolyn Bennett (ministre d'État (Santé publique)): Oui. Nous pourrions commencer par les diapositives et ensuite donner la parole au Dr Butler-Jones, qui pourra faire ses remarques liminaires à titre d'administrateur en chef de la santé publique. Ensuite, nous pourrions tous les deux répondre aux questions, même s'il y en a qui ne s'adressent qu'à moi et qui portent, par exemple, sur le processus de nomination. En fait, le Dr Butler-Jones exerce ses fonctions au niveau sous-ministériel dans le domaine qui relève de mon portefeuille.

La présidente: Parfait, nous allons procéder comme vous l'avez suggéré.

Beaucoup d'entre nous ont eu l'occasion de rencontrer les deux médecins plus tôt aujourd'hui. Je suggère qu'on donne aux autres l'occasion de leur poser des questions.

Allez-y, madame la ministre.

[Français]

L'hon. Carolyn Bennett: Bonjour et bienvenue à cette séance d'information au sujet de l'Agence de santé publique du Canada.

[Traduction]

Nous sommes heureux des derniers développements. S'il est vrai qu'on a tendance à penser qu'au sein du gouvernement les choses progressent très lentement, la crise du SRAS nous a vraiment galvanisés. Nous vous parlerons un peu plus tard de la fierté que nous ressentons ici au Canada du fait que nous avons devancé de trois jours l'Union Européenne en lançant notre Agence de santé publique le 24 septembre. Ce n'est que le lundi suivant que l'UE a ouvert sa propre agence à Stockholm. Avec le Dr Butler-Jones, nous étions ravis de pouvoir participer à la conception de cette nouvelle approche adaptée à notre planète minuscule où les microbes ne s'arrêtent pas aux frontières et où la collaboration est essentielle. Il est très important que les agences forment un réseau.

Tout le monde se souvient sans doute de la position dans laquelle nous nous trouvons il y a dix-huit mois face au SRAS. Il n'y a que douze mois que le rapport du Dr David Naylor sur les conclusions tirées de la crise du SRAS a été déposé. Peu de temps après, j'ai été nommé première ministre d'État pour la santé publique. C'est le 17 mai qu'on a dévoilé comment fonctionnerait l'agence et en septembre que l'agence a été formellement créée par décret en conseil et qu'on a annoncé que le Dr Butler-Jones serait le premier administrateur en chef de la santé publique au Canada.

Comme vous pouvez le constater, il existait un réel besoin. Si vous passez à la page 2, nous étions très fiers de pouvoir mener des consultations partout au pays par le biais de 38 tables rondes. Nous voulions ainsi nous assurer de vraiment répondre aux besoins de la population. En général, pour ne pas dire toujours, les crises de santé publique sont des phénomènes locaux. Nous avons dit très clairement que nous voulions savoir quelles étaient les ressources nécessaires qui permettraient à ces communautés de réagir de façon cohérente.

Dans le rapport Naylor, on a mis l'accent sur le manque de coopération, de collaboration et de communication ainsi que sur la confusion quant aux responsabilités de chacun en cas de crise. C'est grâce à la nouvelle Agence de santé publique que nous avons pu remédier à ces problèmes. Vous constaterez au fur et à mesure des diapositives que nous n'avons pas attendu l'ouverture officielle de l'agence pour nous attaquer aux lacunes détectées lors de la crise du SRAS, notamment au niveau de la communication entre les provinces et les territoires, de la stratégie nationale d'immunisation et du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza qui, d'après l'Organisation mondiale de la santé, est le meilleur au monde.

Il est important que vous sachiez que l'administrateur en chef de la santé publique, conscient qu'il doit rendre des comptes au Parlement, bénéficie d'une autonomie qui lui permet de parler franchement. En effet, il rend des comptes directement au ministre de la Santé ou aux Canadiens, par le biais du ministre de la Santé, par le biais du Parlement. Pour ma part, je vois au bon fonctionnement de l'agence et travaille en étroite collaboration avec l'administrateur en chef, qui est le nouveau directeur de l'agence. Je pense que c'est ce que recherchait la population et ce qui explique que notre agence ait servi de modèle pour d'autres pays. Il fallait que le directeur de l'agence soit un véritable professionnel qui ait des contacts directs avec les Canadiens et qui puisse prendre les bonnes décisions à l'abri de toute interférence politique et à la vue de tous.

Je suis aussi très enthousiasmée par le fait que je peux dorénavant compter sur l'administrateur en chef de la santé publique qui entretiendra des liens directs avec ses homologues des provinces et des territoires; ce réseau informel a déjà fait une grande différence. Le Dr Butler-Jones vous dira dans un moment comment ce réseau deviendra officiel et comment nous comptons établir notre stratégie de santé publique pour le Canada.

Le Dr Butler-Jones est aussi le porte-parole du Canada auprès de ses homologues à l'OMS, au CDC à Atlanta, à l'Agence de protection de la santé de Grande-Bretagne ainsi qu'au nouveau Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Pendant la période de questions, vous voudrez peut-être l'interroger sur les rencontres qu'il a eues à Hong Kong parallèlement à notre réunion à Stockholm avec nos homologues du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Des liens bien réels ont donc été établis.

• (1545)

[Français]

Dans l'Agence de santé publique du Canada, il y a deux piliers: Winnipeg et Ottawa. Le Laboratoire national de microbiologie et le Centre d'expertise en gestion des maladies infectieuses sont situés à Winnipeg. Le bureau central de l'administrateur en chef de la santé publique est situé à Winnipeg. L'Agence est maintenant responsable des services et des ressources de l'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada. Six centres de collaboration nationaux et de coordination internationale ont été annoncés le 17 mai dernier.

[Traduction]

Passons brièvement en revue ces six centres de collaboration. À mes yeux, ces centres remplissent deux fonctions. Premièrement, ils unissent comme jamais auparavant les autorités locales et provinciales de santé publique, le personnel de l'agence fédérale, les universitaires, les intervenants tels que les groupes s'intéressant aux diverses maladies et ceux qui savent vraiment de quoi il s'agit qui seront dorénavant tous en communication constante avec le centre de collaboration de la région. Nous avons ensuite cru bon de créer un sixième centre de collaboration pour nous attaquer à notre problème le plus pressant, soit l'état de santé des Autochtones. Je suis heureuse de pouvoir souhaiter la bienvenue aux chefs qui sont ici aujourd'hui et dont la présence témoigne du fait que ce centre sera selon nous la meilleure façon d'améliorer l'état de santé des Autochtones.

Au printemps, il y a eu une rencontre fédérale-provinciale avec les intervenants où on a arrêté cinq grandes priorités. Il a été décidé que chacun des centres de collaboration deviendra une plaque tournante canadienne pour chaque thème et nous permettra de dégager les pratiques exemplaires et d'échanger des informations sur ce qui se fait un peu partout au pays et sur ce qui donne les meilleurs résultats. Le centre de collaboration de la région de l'Atlantique se penchera sur les déterminants de la santé, alors que le centre de collaboration du Québec

[Français]

l'Institut national de santé publique du Québec, s'occupera des risques et des politiques de santé.

[Traduction]

On y étudiera donc tout le dossier du risque et de l'évaluation du risque, mais aussi de la politique en santé publique. J'estime que c'est tout à fait conforme au modèle québécois que de tenir compte de la santé dans l'élaboration de politiques gouvernementales dans tous les domaines, et c'est ce que le Québec nous aidera à faire.

L'Ontario travaillera avec nous, de concert avec les universités ontariennes, à ce que nous appelons les nouveaux outils, soit l'infrastructure de l'information. Le tout sera axé sur les nouvelles technologies. Lors de votre visite au centre ce matin, vous avez pu voir entre autres les systèmes de cartographie SIG, et on peut justement se servir de ce genre de technologie pour amener les Canadiens à participer davantage. L'Université McMaster et d'autres ont fait un travail incroyable en matière multidisciplinaire sur la façon de concevoir les différentes tâches en matière de santé et de déterminer qui est le mieux en mesure de les exécuter.

Les centres de collaboration du Manitoba, de la Saskatchewan et de l'Alberta se concentreront sur les maladies infectieuses. Je m'intéresse tout particulièrement à ce qui se fait en Saskatchewan en raison de la présence dans cette province d'une école de médecine et d'une école de médecine vétérinaire. Je ne m'étais pas rendu compte, avant d'être ministre, à quel point ces deux disciplines sont proches. Quatre-vingt pour cent des maladies nouvelles et émergentes apparaissent chez les clients des vétérinaires. Il est devenu très important de rapprocher ces deux laboratoires et de resserrer les liens entre ces deux disciplines. Nous savons aussi que beaucoup de travail se fait en Alberta concernant les vaccins, notamment.

Le centre de collaboration de la Colombie-Britannique sera un centre environnemental qui assurera aussi la direction du centre de collaboration autochtone. Nous croyons que la nouvelle Université du Nord de la Colombie-Britannique, à Prince George, jouera un rôle à cet égard, mais le centre collaborera aussi avec l'Université des Premières nations, la nouvelle École de médecine du nord de l'Ontario, avec le Manitoba ainsi qu'avec les groupes qui ont fait preuve d'un intérêt réel pour la santé des Autochtones.

Vous savez ce que nous avons réalisé dans le budget de l'an dernier. Je vous remercie de votre aide. Nous avons pu faire des nouveaux investissements d'une valeur de 665 millions de dollars. Comme vous le savez, 400 millions de dollars qui se trouvaient dans le fonds de fiducie ont été versés directement aux provinces pour l'immunisation et le renforcement des capacités locales en santé publique; 100 millions de dollars ont été consacrés à Inforoute afin de faire progresser les travaux sur le dossier de santé électronique et d'y inclure la composante santé publique. Inforoute nous a d'ailleurs aidés au niveau de la surveillance en santé publique. Lors de la conférence des ministres de la Santé, j'ai été impressionnée par l'exposé de Dick Alvarez et heureuse de constater l'état d'avancement des travaux.

Une somme de 165 millions de dollars a été consacrée à l'intervention d'urgence, à la mise sur pied de nouvelles équipes d'intervention d'urgence, ainsi qu'à des bourses d'études et à l'apprentissage communautaire; à une surveillance accrue, comme nous l'avons vu aujourd'hui au centre de collaboration; à l'amélioration de la capacité des laboratoires et au renforcement de la coordination et de la collaboration internationales.

Comme nous vous l'avons expliqué ce matin, nous construisons au laboratoire de Winnipeg un centre de communications pour mieux retracer les éclosons et traiter avec des scientifiques d'un peu partout dans le monde. De plus, ce centre de communications sera en contact avec le centre des opérations d'urgence qui assurera la coordination des interventions avec la défense, la sécurité et les organismes centraux en vue de gérer toute urgence possible, y compris les cas de maladies non infectieuses comme la présence d'un gaz neurotoxique qui nécessiterait l'intervention de l'agence ou même de tout le gouvernement.

J'ai déjà touché quelques mots du rôle de David, celui de l'administrateur en chef de la santé publique. Déjà, avant les élections, nous avons jugé important de créer ce poste dans les meilleurs délais et de façon transparente. Le 17 mai, nous avons mis sur pied un comité de recrutement constitué du Dr Naylor, de Perry Kendall de la Colombie-Britannique, de Brian Postl du Manitoba, de l'honorable Monique Bégin et de Ian Green.

• (1550)

Avec l'aide du comité de recrutement, Janet Wright and Associates a mené une recherche exhaustive à l'échelle nationale et internationale et a affiché des annonces un peu partout. On a ensuite déterminé qui aurait une entrevue, puis on nous a informés, nous et le premier ministre, du choix qui avait été fait.

La description du poste qui a été affichée expliquait clairement que le nouvel administrateur en chef de la santé publique dirigerait la nouvelle agence de santé publique.

[Français]

Il joue un rôle de premier plan en matière de santé publique nationale et de mobilisation des citoyens à ce sujet.

[Traduction]

Il nous aidera à coordonner les politiques du gouvernement fédéral, à prodiguer des conseils au ministre et à travailler avec les autres ministères, les provinces, les territoires, la communauté de la santé publique ainsi que les Canadiens dans tout ce qui touche la santé publique. Il sera le porte-parole de l'Agence de santé publique du Canada.

Le mémoire explique clairement les interactions. Comme nous avons pu le voir aujourd'hui, il existe une légion puissante de groupes qui ont de vastes connaissances des domaines où nous devons déployer nos efforts, notamment les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et l'action communautaire.

David Butler-Jones traitera avec ses homologues du Conseil des médecins hygiénistes en chef, les services régionaux de santé, les réseaux de laboratoires et de protection civile, les ministères de la Santé, du bien-être et des services sociaux et certains ministères fédéraux tels que celui de Mme McLellan, Immigration Canada et Transports Canada.

Sur le scène internationale, je vous ai déjà parlé de tout le travail qui se fait et des nouveaux organismes qui se créent.

Nous avons passé l'été à anticiper la conférence des premiers ministres dans l'espoir, comme vous le savez, vous les membres du comité, qu'on mettrait fin à ce qu'on a appelé, à la table ronde de Calgary, la tyrannie des soins aigus. C'est ce que David Butler-Jones appelle le système de la maladie ou le système de l'assurance-maladie. Nous aimerions que la viabilité de notre système de soins de santé aille de pair avec la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

Nous avons été ravis de constater qu'on reconnaissait justement cela dans le communiqué découlant de la rencontre des premiers ministres en septembre, ainsi que dans le discours du Trône et lors de la conférence fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé d'il y a 10 jours.

Les étapes suivantes seront de créer une stratégie de santé publique, de renforcer le réseau de santé publique pancanadien, d'établir des centres nationaux de collaboration en santé publique et, mon objectif favori et la tâche que nous ont confiée les premiers ministres, fixer de véritables objectifs de santé publique pour le Canada. Nous n'en avons pas. D'autres pays en ont et s'en sont dotés

de façons différentes de nous. Nous devons en arriver, avec les provinces et les experts, à un ensemble d'objectifs de santé publique qui constitueront une source d'inspiration pour le pays.

Notre pays est vaste, mais nous pouvons le galvaniser en fixant des objectifs qui nous donnent un but commun tout en permettant et en respectant la sagesse et la connaissance locale. Le gros du travail en santé publique se fait dans la collectivité. Il faut renforcer cela et faire preuve du leadership nécessaire pour coordonner tous les efforts, les subventions et les contributions afin de remplir notre mission, faire en sorte que le plus grand nombre de Canadiens vivent en santé le plus longtemps possible.

Merci beaucoup, madame la présidente.

• (1555)

La présidente: Merci, madame la ministre.

Je cède maintenant la parole au Dr David Butler-Jones.

Dr David Butler-Jones (administrateur en chef de la santé publique, Agence de santé publique du Canada): Merci, madame la présidente.

[Français]

Il me fait plaisir d'être ici aujourd'hui.

[Traduction]

J'ai bien l'impression que ce n'est que la première des nombreuses comparutions que je ferai devant votre comité au fil des ans. Je vous remercie de m'avoir invité.

J'aimerais faire quelques remarques avant de passer à la période de questions où j'espère que nous pourrions avoir une discussion. Comme je l'ai dit lors de votre visite, nous voulons trouver et communiquer les meilleures informations possibles afin que tous puissent prendre des décisions éclairées, que ce soit au niveau personnel ou au niveau gouvernemental.

C'est avec beaucoup de joie que j'ai accepté, il y a à peine un mois, ma nomination en tant qu'administrateur en chef de la santé publique du Canada afin de prendre la direction de la nouvelle Agence de santé publique du Canada.

[Français]

C'est avec beaucoup de joie que j'ai accepté, il y a à peine un mois, ma nomination en tant qu'administrateur en chef de la santé publique du Canada, afin de prendre la direction de la nouvelle Agence de santé publique du Canada.

[Traduction]

Comme vous le savez, l'agence a été créée principalement afin de donner suite au rapport du Dr David Naylor, *Leçon de la crise du SRAS*. Notamment, le Dr Naylor a traité du besoin de répondre aux exigences des quatre C : la collaboration, la communication, la coopération et la clarté—ce qui constitue, à mon point de vue, une très bonne description des objectifs que la nouvelle agence et moi-même devrions atteindre.

Le SRAS a constitué un cri d'alarme pour le Canada à l'égard de la nécessité de mieux anticiper, d'être mieux préparé et d'agir de manière coordonnée et coopérative en santé publique.

•(1600)

[Français]

La SRAS a constitué un cri d'alarme pour le Canada à l'égard de la nécessité de mieux anticiper, d'être mieux préparé et d'agir de manière coordonnée et coopérative en santé publique.

[Traduction]

Le prochain SRAS, dont les répercussions pourraient être catastrophiques, non seulement sur les soins de santé offerts aux Canadiens mais également sur l'économie et le monde des affaires du Canada, n'est qu'à une envolée près. Nous devrions mieux identifier le danger, nous en protéger et, en bout de course, l'éliminer si possible.

Ceci ne constitue qu'une partie du mandat de l'agence. En plus d'assurer notre préparation face aux crises potentielles en matière de santé, l'Agence de santé publique du Canada doit assumer un leadership dans la prévention des maladies et des blessures, ainsi que dans la promotion d'un mode vie sain pour les Canadiens, entre autres s'attaquer au problème de l'obésité et de la sédentarité. Nous agirons en tant que centre nerveux de l'expertise et de la recherche en matière de santé. Nous établirons des relations solides avec le portefeuille de la santé au gouvernement fédéral, y compris avec Santé Canada, les Instituts de recherche en Santé du Canada, les organismes réglementaires et d'autres pour renforcer, à l'échelle internationale, la place du Canada en tant que chef de file concernant les efforts globaux en santé, tant en fournissant un point d'attache permettant de partager l'expertise canadienne avec le reste du monde et de puiser à même l'expertise internationale pour notre pays.

Je crois que ces fondements en soin de santé sont essentiels afin d'améliorer les résultats en santé, pour la bonne et simple raison que, si nous n'avez pas des assises solides même en disposant des meilleurs hôpitaux, des meilleurs médecins et des meilleurs médicaments, colmater les brèches n'empêchera pas les murs de s'effondrer. Nous disposons d'une nouvelle agence ayant une nouvelle vision et dont l'accent portera sur l'établissement d'une relation efficace et coopérative avec les provinces et les territoires. Il ne suffit pas de rechercher des solutions rapides, nous devons avoir une vision plus vaste afin d'examiner la façon dont les gens vivent et les effets sur leur santé, ainsi que les impacts occasionnés sur les vastes déterminants de la santé.

Nous travaillons à l'élaboration d'un plan spécifique concernant le cheminement que nous envisageons pour l'agence et les moyens d'y parvenir, ce qui ne constitue qu'un élément de l'ensemble.

[Français]

Nous travaillons à l'élaboration d'un plan spécifique concernant le cheminement que nous envisageons pour l'agence et les moyens d'y parvenir.

[Traduction]

L'objectif de l'agence, ainsi que le mien, consistera à permettre aux Canadiens de devenir le peuple dont le niveau de santé sera le plus élevé à travers le monde.

L'agence n'existe que depuis quelques semaines. Comme l'a dit le ministre, son lancement a eu lieu le 24 septembre. Il va de soi que nous avons d'abord eu à consacrer nos efforts à mettre solidement sur pied l'agence. Nous sommes installés en deux endroits, soit Winnipeg et Ottawa, ainsi que dans des bureaux régionaux et nous aurons aussi des centres de collaboration.

Nous voulions prendre un bon départ en plus de faire connaître notre existence au reste du monde, ainsi que le début de nos activités,

tout en mettant en place la stratégie et l'infrastructure pour l'avenir et en répondant aux problèmes auxquels nous sommes confrontés et qui arrivent étonnamment vite.

À titre personnel, depuis que j'ai accepté cette nomination, ma vie est devenue un véritable tourbillon d'activités. Je me suis rendu en Suède, comme le disait la ministre, pour le lancement de l'agence européenne de santé publique; j'ai traversé le pays afin de rencontrer des groupes communautaires et des intervenants, j'ai tenu des réunions avec les médecins hygiénistes en chef, ainsi qu'avec les ministres et les sous-ministres de la Santé du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux et j'ai participé, plus récemment, au dépôt des réformes apportées à la *Loi sur la quarantaine*. Toutes ces activités étaient nécessaires et instructives, permettant d'offrir à nos partenaires et aux intervenants une perspective claire des questions, des défis et des priorités de l'agence et pour lancer le processus facilitant l'adoption des quatre C.

Des plus, l'agence a géré avec succès les problèmes survenus à la suite d'une épidémie de tularémie au Manitoba, occasionnée par des hamsters, dont on a même parlé à l'émission *Air Farce*, la pénurie de vaccins contre la grippe aux États-Unis et la réapparition des préoccupations à l'égard du *Clostridium difficile* dans les hôpitaux canadiens.

[Français]

De plus, l'agence a géré avec succès les problèmes survenus à la suite d'une épidémie de tularémie au Manitoba, occasionnés par des hamsters, la pénurie de vaccins contre la grippe aux États-Unis et la réapparition des préoccupations à l'égard du *C. difficile* dans les hôpitaux canadiens.

[Traduction]

Je peux affirmer que nous avons démarré de pied ferme. Je crois aussi que cela montre le potentiel de collaboration des leaders nationaux en matière de santé publique. Au cours des prochains mois, l'existence de l'Agence de santé publique du Canada deviendra plus visible puisque nous mettrons en oeuvre l'aspect proactif du mandat de l'agence.

[Français]

Au cours des prochains mois, l'existence de l'Agence de santé publique du Canada deviendra plus visible puisque nous mettrons en oeuvre l'aspect proactif du mandat de l'agence.

•(1605)

[Traduction]

Nous collaborerons à la mise sur pied du Réseau de santé publique canadien, de concert avec les provinces et les territoires, qui se composera de spécialistes en santé publique provenant de l'ensemble des compétences et des secteurs afin de coordonner les interventions lors d'urgences en matière de santé publique, d'élaborer des stratégies coopératives en santé publique et de développer des normes nationales et des ententes sur les questions essentielles.

Deuxièmement, nous travaillons de concert avec nos partenaires à une stratégie pancanadienne de la santé publique et nous établissons un ensemble d'objectifs nationaux pour la santé publique.

Troisièmement, nous établissons six centres nationaux de collaboration, dont chacun se spécialise dans un secteur particulier, afin d'agir en tant que catalyseur dans le regroupement et l'analyse des informations pertinentes, et dans le développement des connaissances qui peuvent contribuer à l'amélioration de la santé publique dans l'ensemble du pays.

Quatrièmement, nous assumons un rôle prépondérant afin d'assurer l'adoption de la *Loi sur la quarantaine* nous permettant d'obtenir les outils juridiques requis pour prévenir l'importation, l'exportation et la dissémination de maladies infectieuses graves tout en accordant aux individus la protection intégrale de leurs droits en vertu de la *Charte des droits et libertés*.

Cinquièmement, nous intensifierons notre collaboration internationale avec l'OMS le Centre for Disease Control et d'autres afin de renforcer les partenariats concernant les initiatives contre les maladies infectieuses, d'améliorer les interventions face aux épidémies et d'accroître la capacité en santé publique à travers le monde et au Canada.

[Français]

Nous intensifierons notre collaboration internationale avec l'OMS, le CDC et d'autres, afin de renforcer les partenariats concernant les initiatives contre les maladies infectieuses, d'améliorer les interventions face aux épidémies et d'accroître la capacité en santé publique à travers le monde.

[Traduction]

Nous serons une agence qui soutient et encourage la promotion de l'excellence dans la recherche scientifique en matière de santé publique, intégrant les connaissances acquises dans nos politiques et nos pratiques. L'agence se concentre non seulement sur les problèmes actuels, mais vise à anticiper les défis en santé publique auxquels le Canada sera confronté l'an prochain et les années suivantes.

[Français]

Il s'agit d'un programme ambitieux. Nous avons aussi beaucoup à faire. Nous avons connu un bon départ. Nous devons maintenant poursuivre afin de réaliser des progrès dans tous les domaines. Je crois que nous possédons les aptitudes, que nous avons l'expertise et je crois également que nous avons la détermination pour permettre aux Canadiens de devenir le peuple dont le niveau de santé est le plus élevé au monde.

[Traduction]

Il s'agit d'un programme ambitieux et nous avons beaucoup à faire, mais je crois que nous avons connu un bon départ. Nous devons maintenant poursuivre sur cette lancée afin de réaliser des progrès dans tous les domaines. Je crois que nous possédons des aptitudes, que nous avons l'expertise et je crois également que nous avons la détermination de permettre aux Canadiens de devenir le peuple dont le niveau de santé est le plus élevé à travers le monde.

Si vous me permettez de citer l'un de mes philosophes préférés, Mark Twain : Il ne faut jamais oublier que même quand on est sur la bonne voie, si on ne bouge pas, on risque de se faire écraser.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup, David Butler-Jones.

Nous passons maintenant aux questions en commençant avec M. Merrifield.

M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC): Je tiens à vous remercier de la visite de ce matin. Il a été éclairant et intéressant de voir quelles sont vos activités à Ottawa. Il serait aussi très intéressant de voir ce qui se passe en même temps à Winnipeg. J'aimerais bien faire cela un jour.

Avant de passer à ma question, je vous fais mes vœux de succès. Vous avez parlé de collaboration, de communication, de coopération et de clarté. Tout cela est fort bon. Nous vous faisons donc tous nos vœux de succès dans votre entreprise nationale d'amélioration de la

santé des Canadiens. D'ailleurs, si je ne m'abuse, je pense que par le passé tous les membres de ce comité ont parlé d'une initiative de ce genre. Nous souhaitons donc un grand succès à l'agence et à la ministre.

J'aimerais maintenant retourner à il y a quelque 18 mois, à l'épidémie du SRAS. J'aimerais poser certaines des questions... lorsqu'on a vu ce qui s'est passé. Ce matin, ma curiosité a été vraiment piquée lorsqu'il a été question de ce qu'on a appelé le programme du RMISP et que nous nous sommes rendu compte qu'il existait déjà en 1998-1999. Cela fait donc quelques années que nous faisons cela. Nous avons d'ailleurs recueilli des renseignements sur le SRAS et les avons fournis à l'Organisation mondiale de la santé mais malgré cela, nous avons été tout à fait pris au dépourvu lorsque l'épidémie a atteint nos frontières et s'est répandue au Canada. Si je vous ai bien compris, votre organisme relèvera directement de la ministre, ce qui n'est guère différent de la situation à l'époque.

Je me reporte à cette période et me demande ce que nous en avons appris, et y avait-il un vide juridique qui nous empêchait d'agir comme nous aurions dû le faire, ou s'agissait-il d'une absence de leadership, c'est-à-dire que personne n'a pris la situation en main, n'a pris de mesures coordonnées pour faire de la protection des Canadiens l'absolue priorité, au provincial ou au fédéral? Monsieur Jones, d'après vous, les problèmes tenaient-ils à l'absence de leadership ou à un vide juridique?

• (1610)

Dr David Butler-Jones: Les enjeux auxquels nous avons fait face lors de l'épidémie du SRAS ont été bien exposés dans les rapports portant sur cette question. À mon avis, l'éruption du SRAS a été un avertissement pour le monde entier et non seulement pour le Canada. Les règlements internationaux en matière de santé sont d'ailleurs en cours de réexamen à la suite de ces événements, de manière à permettre à l'OMS d'aller faire enquête sur les lieux où l'on soupçonne un problème de cette nature, qu'il s'agisse du sud de la Chine ou de l'Afrique centrale ou encore d'ailleurs. L'organisme ne se contentera donc plus d'attendre que le pays touché lui fournisse des preuves ou donne des conseils ou encore fasse rapport au sujet de la maladie et de ses manifestations. Voilà pour une chose.

En second lieu, pendant des années, nous avons tenu pour acquise notre santé publique. Par le passé, nous avons eu de belles réussites à notre actif : de l'eau potable, des aliments sains, des logements satisfaisants, des services publics municipaux et provinciaux, etc., qui ont été à la source d'un assez bon régime d'hygiène publique. Malheureusement, nous avons tenu tout cela pour acquis. Certaines des choses déjà en place ou que nous sommes en train de mettre en place sont.... Nous pensions simplement que la vie suivait son cours et, bien sûr, que nous y ferions face dans l'éventualité où elle serait... lors des tragédies de Walkerton et de North Battleford et d'autres de ce genre, les autorités de la santé publique sont intervenues de façon efficace, après que le problème eut été décelé, mais le cours normal des choses a ensuite repris. Ce que l'épidémie de SRAS nous a fait comprendre, c'est que tout se tient. Par conséquent, si nous ne concentrons pas nos efforts sur les fondements essentiels de nos services collectifs de santé publique, nous ne réussirons jamais à être à jour, il nous faudra toujours courir pour rattraper la situation, et nous ne serons jamais vraiment en mesure d'affirmer aux Canadiens que notre système est aussi efficace qu'on peut l'espérer.

L'agence peut justement se concentrer sur ces questions. C'est d'ailleurs son mandat, ainsi que de collaborer avec divers partenaires pour atteindre cet objectif. À mes yeux, voilà maintenant notre principal avantage cette année.

M. Rob Merrifield: Ce que j'entends dans vos propos, c'est qu'il n'y a pas vraiment eu de mesures législatives, c'est plutôt que nous nous sommes réveillés, nous nous sommes rendu compte que le SRAS... Lorsque cette maladie s'est d'abord manifestée, nous n'avions pas la moindre idée de ce qu'elle était. Vous nous affirmez maintenant qu'elle a eu un rôle de catalyseur, qu'elle nous a amenés à accorder davantage d'attention à...

Dr David Butler-Jones: En général, pour ce qui est de la réponse du système.

L'hon. Carolyn Bennett: Rob, à mon avis, ce que David est en train de dire et qui s'est passé depuis le SRAS, c'est qu'en général, on sait maintenant qu'il est nécessaire de s'entraider. J'en veux pour preuve l'éruption de la grippe aviaire, où les scientifiques de Santé Canada ont aidé les autorités concernées avec leurs connaissances en épidémiologie afin de contrer le risque de transmission. Cette maladie mystérieuse s'est d'abord manifestée dans la province de Guangdong, et c'est seulement une fois qu'elle est arrivée en Amérique du Nord qu'on a commencé à savoir quelque chose sur sa période d'incubation et sur son mode de transmission. Les répondants travaillaient vraiment à l'aveuglette parce qu'on ne savait même pas de quoi il s'agissait.

M. Rob Merrifield: Oui, mais tout cela nous l'avons fait à l'extérieur de l'agence, à Santé Canada. Maintenant, nous avons fait sortir ce domaine d'intervention du ministère et nous avons accordé la priorité à cette question. Cela aurait cependant pu se faire à l'intérieur du ministère. Nous y étions alors, n'est-ce pas? Quiconque était chargé du dossier relevait du ministre. Ce n'est guère différent de ce qui se passe à l'agence.

Dr David Butler-Jones: Sauf que lorsque je fais rapport à la ministre, il est strictement question de la santé publique, non de la santé publique parmi nombre d'autres sujets.

Bien des choses se sont passées depuis le SRAS. D'abord, on observe de nouveaux liens de collaboration qui prennent forme dans notre pays, des échanges entre les établissements de la santé et l'hygiène publique, l'élaboration de plans, y compris de réponses, tant à l'échelle locale que provinciale et nationale, contre l'influenza pandémique ou d'autres manifestations et urgences.

De plus, à l'échelle nationale, nous nous sommes occupés de constituer des réserves nationales. Les agents de quarantaine sont maintenant en poste dans les principaux aéroports et il y a un système d'alerte contre les maladies respiratoires, des systèmes de surveillance, un protocole d'intervention en cas d'épidémie, fruit de négociations avec les médecins hygiénistes en chef des provinces et de l'adoption d'une approche plus systématique par rapport à ce que nous faisons avant, c'est-à-dire attendre puis essayer de bricoler une réponse globale, ce qui a présenté une difficulté lors de l'épidémie du SRAS. Bon nombre des éléments antérieurs demeurent en place, mais ils ne le sont pas de la même façon qu'auparavant car nos efforts sont beaucoup plus coordonnés, ce qui nous permet de travailler et de répondre plus rapidement.

•(1615)

L'hon. Carolyn Bennett: Rob, je tiens à dire que lors de ma première séance d'information, j'ai été plutôt estomaquée d'apprendre que même les renseignements sur la transmission de la maladie des provinces à l'administration fédérale ou d'un hôpital à un autre... venant de Toronto... j'ai donc été estomaquée de me rendre compte que personne ne voulait dire s'il s'agissait d'un patient qui s'était rendu dans deux hôpitaux ou s'il s'agissait de deux patients qui étaient allés à deux hôpitaux différents. Or, il est très difficile de

retracer l'écllosion d'une maladie si on ne dispose pas de ces renseignements fondamentaux.

L'idée d'obtenir des professionnels de la santé des diverses provinces a aussi été un gros problème. Donc, de cela à ceci... J'ai demandé à en voir un. Donc, un plan d'intervention contre l'influenza pandémique, où chacun de chaque province peut dire à quelle étape de la maladie nous nous trouvons et ce que nous faisons tous ensemble est tout à fait différent. Ça me paraît aussi très important.

M. Rob Merrifield: Je n'ai plus beaucoup de temps. Je tiens simplement à poser une brève...

La présidente: Je vous remercie, Rob.

Madame Skelton, vous avez six minutes.

Mme Carol Skelton (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je tiens à vous remercier tous les deux d'être parmi nous cet après-midi.

Vous avez parlé des six centres de collaboration nationaux. Combien de temps faudra-t-il attendre pour qu'ils soient en état de fonctionner et quel budget avez-vous prévu?

Dr David Butler-Jones: En ce qui concerne les centres, nous en sommes à la phase de la planification et du développement. Je prévois que d'ici le prochain exercice financier, tous les éléments seront en place, les accords auront été conclus et nous pourrions lancer les opérations. Les centres visent l'excellence dans la formation, l'éducation et la recherche, le transfert des connaissances et l'établissement des liens nécessaires entre la recherche, l'élaboration des politiques et les programmes.

C'est ce à quoi nous travaillons actuellement, et je m'attends à ce que tout soit en place pour cinq des six centres, et nous pourrions revenir dans le courant de l'année prochaine puisqu'ils vont commencer à fonctionner à partir du mois d'avril.

Mme Carol Skelton: Quel budget leur consacrez-vous?

Dr David Butler-Jones: Excusez-moi, je n'ai pas les chiffres en tête.

L'hon. Carolyn Bennett: Ce n'est pas grand-chose, environ 2,5 millions de dollars par année et par centre, ce qui suffit tout juste à assurer leur fonctionnement. Nous pensons que chacun d'entre eux devrait pouvoir réaliser deux projets grâce à ce montant.

Par ailleurs, Carol, les choses seront sans doute un peu différentes en Colombie-Britannique à cause du centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique, au Québec à cause de l'Institut national de santé publique du Québec et en Ontario à cause du nouvel organisme. Ces centres auront peut-être plus de facilité à démarrer parce que la région correspond à la province, contrairement au Canada atlantique et aux Prairies, qui appliquent une formule axée davantage sur la coopération, comme la formule autochtone.

Mme Carol Skelton: Est-ce que votre organisme fera rapport au Parlement?

Dr David Butler-Jones: Nous allons sans doute présenter un rapport annuel. Tout dépend, évidemment, de la procédure retenue.

Mme Carol Skelton: L'organisme sera-t-il assujéti à la *Loi sur l'accès à l'information* et devra-t-il faire rapport à la vérificatrice générale?

Dr David Butler-Jones: Oui.

Mme Carol Skelton: De combien de doses du vaccin antivariolique dispose-t-on actuellement au Canada?

Dr David Butler-Jones: S'il fallait vacciner demain matin, nous disposerions d'environ 6,5 millions de doses, ce qui, du point de vue de la santé publique, est plus que suffisant pour endiguer une épidémie en mettant en oeuvre les stratégies qui ont permis d'éliminer la variole.

Nous faisons des recherches actuellement, car il semble qu'on puisse diluer le vaccin à raison de 5 pour un, ce qui multiplierait le nombre des doses disponibles. Des recherches sont en cours à ce sujet.

Mme Carol Skelton: Récemment, au laboratoire national de Winnipeg, un groupe de chercheurs américains a reconstitué une version du virus de la grippe espagnole de 1918. Ce projet a suscité une certaine controverse.

J'aimerais avoir votre avis et savoir ce que vous avez fait à ce sujet, car le projet a inquiété les milieux scientifiques. J'aimerais savoir ce que vous avez tous les deux à en dire.

Dr David Butler-Jones: Tout d'abord, il s'agit d'un laboratoire de niveau 4, qui fait de la recherche pour nous permettre de comprendre les différentes menaces éventuelles. Il s'agit notamment de mieux comprendre pourquoi la grippe espagnole de 1918 et 1919 a tué des jeunes gens, qui sont morts en très peu de temps d'une pneumonie virale directe. D'habitude, les virus de grippe que nous connaissons font des victimes par des infections secondaires.

Le laboratoire de Winnipeg n'est pas le seul à mener ce genre de recherches. Dans le monde entier, d'autres laboratoires mènent des travaux semblables portant sur des aspects différents et échangent l'information qu'ils recueillent. Cette information a été publiée dans un journal à grande diffusion, et c'est pourquoi on a commencé à poser certaines questions. Mais des recherches semblables sont réalisées dans d'autres laboratoires.

Il s'agit d'un laboratoire de confinement de niveau 4, dont les travaux devraient nous permettre de mieux comprendre ces virus afin de mettre au point des stratégies plus efficaces de riposte.

• (1620)

Mme Carol Skelton: Au cours de la visite du centre, ce matin, j'ai remarqué quatre lits que des patients pourraient occuper en cas de pandémie. Est-ce bien exact?

Dr David Butler-Jones: Non, il y en aurait plus. Ces quatre lits sont destinés à ceux qui auraient besoin de s'allonger après de longues heures de travail.

Mme Carol Skelton: Par exemple, si une épidémie comme celle du SRAS se déclenche demain, nous aurons le centre de commandement dont nous avons besoin. On a constaté à Toronto que des membres du personnel médical devaient rentrer chez eux, qu'ils finissaient par contracter la maladie et la communiquaient aux membres de leur famille. Y a-t-il au centre d'Ottawa et à celui de Winnipeg des installations de confinement qui pourraient accueillir le personnel médical?

Dr David Butler-Jones: Tout d'abord, le centre d'Ottawa n'est pas un centre de recherche où l'on travaille sur ce genre d'organismes. Pour tout le reste, il est parfait. Le laboratoire de Winnipeg est un laboratoire de confinement. Si vous avez l'occasion de visiter ce centre, vous verrez que pour accéder aux salles de travail, il faut franchir de multiples barrières de sécurité qui empêchent les organismes de se répandre. Généralement, une seule personne est exposée à ces organismes et un éventuel accident ne pourrait pas concerner plusieurs dizaines de personnes. La situation n'est pas comparable à celle qu'ont connue les hôpitaux à Toronto, lorsque des centaines de membres du personnel hospitalier risquaient de

contracter la maladie au travail; il fallait donc éviter qu'elles rentrent chez elles. Un autre jour, il faudra parler de la *Loi sur la quarantaine* et de la possibilité d'assurer la sécurité dans un établissement, de façon qu'on puisse assurer des services dans un établissement hospitalier ou autre.

Mme Carol Skelton: J'ai reçu une formation concernant les services d'urgence et je pense que dans un centre de commandement où les gens travaillent ou peuvent être appelés pratiquement 24 heures sur 24, ils doivent pouvoir rester en sécurité dans un espace confiné où ils ne risquent pas de contracter la maladie, car si une équipe de commandement perd l'un de ses membres essentiels, elle se retrouve en sérieuse difficulté. Voilà ce qui m'inquiète.

Dr David Butler-Jones: Tout cela fait partie des plans d'urgence qui seraient déployés dans l'éventualité d'une épidémie dont une cohorte de personnes devrait être protégée. L'équipe prendrait le contrôle d'un secteur dont elle assurerait la sécurité. C'est ce qui est prévu dans les plans d'urgence en cas d'événement de ce genre.

Mme Carol Skelton: Bien. Merci.

La présidente: Monsieur Ménard, puis monsieur Savage et monsieur Blaikie.

[Français]

M. Réal Ménard (Hochelaga, BQ): J'ai cinq questions à vous poser rapidement, en rafale. J'apprécierais avoir des réponses courtes. Je m'excuse d'avoir manqué la visite de ce matin, mais je faisais un discours sur la Loi sur la quarantaine, et mon whip n'a pas voulu que je quitte.

Est-ce que vous vous présentez devant nous cet après-midi avec l'appui du gouvernement du Québec pour la mise sur pied de l'agence, compte tenu qu'il y a un risque de dédoublement avec l'Institut national de santé publique du Québec, auquel vous avez fait allusion?

Deuxièmement, dans les documents concernant l'agence, on parle d'aider les systèmes de santé publique des provinces et des territoires. Comment cette aide va-t-elle prendre forme et qu'est-ce que cela voudra dire concrètement?

Troisièmement, j'ai vu dans vos documents budgétaires qu'il y avait 200 millions de dollars réservés pour 1 700 projets de programmes communautaires de subventions et contributions. J'aimerais que vous nous en parliez un peu et que vous déposiez la liste de ces projets par province.

En terminant, les déterminants de la santé me préoccupent beaucoup: santé mentale, tabagisme, obésité. Quels sont les liens entre les déterminants de la santé et l'agence?

Finalement, pouvez-vous déposer des documents sur l'utilisation des 400 millions de dollars pour la stratégie nationale d'immunisation?

Allons-y dans l'ordre. L'appui du Québec, est-ce que vous l'avez?

[Traduction]

L'hon. Carolyn Bennett: Nous avons non seulement l'appui du Québec, mais aussi son aide, puisqu'il a trouvé une formule extraordinaire. Les Drs Poirier, Lessard et Masse sont parmi les meilleurs experts du pays et ils nous ont accordé une aide précieuse.

•(1625)

[Français]

M. Réal Ménard: Deuxièmement, concrètement, comment allez-vous aider les provinces et les territoires? Est-ce qu'il y aura des ressources financières? Quelle forme prendra l'aide aux provinces et aux territoires?

Dr David Butler-Jones: L'expertise spéciale de l'agence lui permettra de travailler avec les provinces et les territoires. Il y aura 400 millions de dollars pour les activités nationales dont les provinces et les territoires pourront bénéficier. À mon avis, dans l'avenir, il y aura des opportunités dans le budget pour...

L'hon. Carolyn Bennett: Comme aux États-Unis, l'approche est vraiment une invitation. C'est une invitation des provinces à l'endroit du gouvernement fédéral. Il serait impossible pour le gouvernement fédéral de fonctionner dans une province...

M. Réal Ménard: En ce qui concerne les 400 millions de dollars pour la stratégie nationale d'immunisation et pour les activités de l'agence, qu'on dit être au service des provinces, pourriez-vous faire parvenir à la greffière du comité la répartition de cet argent par province? Avez-vous de l'information à nous donner à ce stade-ci?

L'hon. Carolyn Bennett: Oui, absolument. Il s'agit d'un fonds en fiducie pour les provinces.

[Traduction]

Il existe un comité national d'immunisation, qui a choisi quatre immunisations qu'il juge indispensables. Nous avons ensuite accordé en fiducie un certain montant à chaque province, qui pouvait alors procéder à des immunisations supplémentaires qu'elle n'avait pas pu réaliser précédemment. L'Ontario a procédé à d'autres immunisations. La Colombie-Britannique en a fait autant la semaine dernière grâce à l'argent qu'elle a reçu du gouvernement fédéral.

Je peux vous donner la répartition des montants placés en fiducie. Au départ, c'était 300 millions par province. Certains estimaient que la capacité des autorités locales en matière de santé publique commençait à s'épuiser; nous avons donc rajouté un montant de 100 millions de dollars en fiducie à chaque province et territoire pour améliorer la capacité des autorités locales de santé publique.

[Français]

M. Réal Ménard: Les déterminants de la santé sont très importants. Cela inclut la lutte contre le tabagisme, l'obésité, la santé mentale, etc. Comment voyez-vous le rôle de l'agence pour chacune de ces problématiques?

Je comprends que l'agence va déborder de beaucoup la question des infections et de la virologie. En ce qui concerne des déterminants de la santé, qu'est-ce que vous voyez comme contribution? Quelles sont vos stratégies à cet égard?

[Traduction]

L'hon. Carolyn Bennett: David pourra compléter la réponse.

La Direction générale de la santé publique s'occupait de santé publique, de maladies infectieuses et de protection civile. Comme vous l'avez dit, elle devait aussi s'efforcer de contrer les autres épidémies, le diabète, le cancer, les maladies du coeur, elle s'occupait de l'ensemble de la prévention des maladies chroniques et de la prévention des accidents. Tous ces éléments font partie du mandat de l'agence. Qu'il s'agisse d'obésité ou de diabète, tout cela relève du mandat de l'agence.

Nous aurions dû apporter l'organigramme de l'agence, de façon à vous montrer les différents programmes et activités qu'elle réalise.

Par ailleurs, en ce qui concerne votre autre question, les subventions et contributions aident les collectivités locales à faire le travail nécessaire en ce qui concerne le VIH et le sida, le diabète et les maladies du coeur. Il s'agit d'une formule à deux volets, soit le travail réalisé au sein de l'agence et la coopération avec les provinces et territoires.

•(1630)

[Français]

M. Réal Ménard: Est-ce que j'ai le temps de poser une dernière question?

[Traduction]

La présidente: Vous avez exactement trois minutes et six secondes.

[Français]

M. Réal Ménard: Des organismes de lutte contre le tabagisme m'ont signalé—il faudrait que je le demande à Mme Copps; je ne sais pas si vous avez des idées là-dessus—que lorsque M. Martin avait déposé le budget de 250 millions de dollars pour la lutte contre le tabagisme sur cinq ans, seulement la moitié des fonds avaient été utilisés. La lutte contre le tabagisme est un déterminant de la santé. Est-ce que votre agence a de l'information sur la façon dont Santé Canada a utilisé les 250 millions de dollars sur cinq ans qui étaient prévus pour lutter contre le tabagisme?

[Traduction]

L'hon. Carolyn Bennett: Je vais prendre la parole en premier. Comme nous l'avons dit à plusieurs reprises dans ce comité, il y a une démarcation très nette entre la réglementation et la collaboration entre les nombreux intervenants, et c'est pour nous un dilemme majeur.

Actuellement, les seuls éléments qui sont automatiquement adressés à l'agence sont ceux qui ne comportent pas de réglementation. Le programme de la lutte contre le tabagisme et celui de la nutrition relèvent de Santé Canada parce qu'ils comportent tous les deux des éléments de réglementation et d'exécution. Le Dr Butler-Jones doit désormais déterminer ce que nous allons faire, et je m'estime plus ou moins coupable, car j'ai moi-même participé directement à l'élaboration du programme de lutte contre le tabagisme il y a plusieurs années, lorsque ce problème a commencé à nous inquiéter, et nous devons aujourd'hui prendre une décision.

[Français]

M. Réal Ménard: Est-ce que vous pourriez vraiment vous faire rassurants sur le fait qu'il y aura un partage du travail très distinct entre l'Institut national de santé publique du Québec et l'agence que vous allez créer par voie législative? Quels sont les éléments de différenciation du mandat de l'un et de l'autre? En lisant le rapport annuel de l'Institut, on a vraiment l'impression que vous faites de l'empiètement.

[Traduction]

L'hon. Carolyn Bennett: Pour moi, c'est comme si on disait que deux et deux font cinq.

[Français]

Dr David Butler-Jones: Nous sommes un partenaire de Santé Canada, des agences bénévoles, ainsi que des provinces et des territoires quant à la stratégie nationale et aux objectifs pancanadiens. L'expertise de l'agence contribuera à améliorer les efforts des autres.

M. Réal Ménard: En ce qui concerne les maladies à déclaration obligatoire...

[Traduction]

La présidente: Monsieur Savage, vous avez dix minutes, à moins que vous ne souhaitiez partager votre temps d'intervention avec un collègue.

M. Michael Savage (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Avec votre permission, je vais partager mon temps, s'il m'en reste, avec Mme Dhalla.

Je vous remercie de la visite de ce matin, que j'ai trouvée très stimulante et réconfortante en tant que Canadien.

J'aimerais revenir sur ce qu'a dit M. Ménard, et Mme Bennett ne sera pas surprise si j'évoque l'élément du mandat de l'agence qui porte sur la santé de la population canadienne. Tout d'abord, faut-il s'inquiéter du fait que la santé de la population figurait dans le titre précédent, alors qu'elle n'apparaît plus dans celui de l'agence de la santé publique? Vous allez dire, évidemment, qu'il n'y a pas à s'en inquiéter et que pour un grand nombre, la distinction entre santé publique et santé de la population relève strictement de la sémantique, car je crois que c'est ce que vous m'avez dit ce matin, mais je sais aussi que pour de nombreux organismes de santé à but non lucratif, il y a une grosse différence entre la santé de la population et la santé publique. La santé publique est un élément très important, mais la santé de la population l'est aussi, que l'on parle de promotion de la santé, de santé de la population ou de programme national de mieux-être.

Je viens du Canada atlantique, où l'on observe la plus forte incidence des maladies chroniques. Je suis heureux qu'on ait placé l'institut des déterminants de la santé dans le Canada atlantique. Pourriez-vous m'en parler? Je ne sais pas exactement où il sera installé, à Dalhousie ou... Pourriez-vous me l'indiquer? Donnez-moi une idée, si vous le pouvez, de ce que fera cet institut. Est-ce que vous vous êtes inspirés de modèles étrangers pour le concevoir?

• (1635)

Dr David Butler-Jones: J'estime que la santé publique est à proprement parler la santé de la population, car en matière de santé publique, il faut fondamentalement comprendre la santé et le bon fonctionnement d'une collectivité, et savoir ce qu'il faut faire collectivement pour y parvenir. Dans certains milieux, du fait de la nature des maladies infectieuses, on considère que la santé publique porte essentiellement sur le contrôle des maladies infectieuses ou sur la prévention des maladies, des accidents, etc.

Mais la santé publique, c'est une façon d'aborder les problèmes, et non pas simplement une série de programmes. Lorsqu'on commence à inventer d'autres expressions... La promotion de la santé de la population, c'est aussi une façon de les aborder, mais c'est l'une des modalités de la santé publique, et nous sommes en train de constater de nouveau qu'en fait, la santé publique englobe tous ces éléments.

Dans mon travail, j'ai été attiré vers cette spécialité parce que je peux agir davantage en tant que spécialiste en santé publique que je ne pourrais le faire en médecine clinique. Il ne s'agit pas uniquement d'amener le patient à changer de style de vie par une interaction directe; il faut aussi s'intéresser aux déterminants fondamentaux dont dépend une collectivité saine. Et en réalité, les racines du problème relèvent de la santé publique. C'est grâce à elle qu'il y a 100 ans, les sociétés ont pu évoluer vers l'enseignement et le logement pour tous, l'hygiène publique, les programmes scolaires et le soutien aux familles à faible revenu. La santé publique, c'est une façon globale d'aborder les problèmes.

J'estime que les mots qu'on emploie importent peu et j'espère que vous et les autres, notamment le secteur bénévole, allez continuer à considérer que nous parvenons à un juste équilibre. C'est indispensable.

Il y a deux choses à prendre en compte. Tout d'abord, les maladies non infectieuses qui tuent en permanence, comme les maladies du coeur, le cancer, le diabète, les accidents, etc. En deuxième lieu, lorsque apparaissent des épidémies comme le SRAS, si nous n'intervenons pas efficacement, nous perdons une bonne part de notre crédibilité pour tout le reste. Nous devons être prêts à faire face aux épidémies, mais sans pour autant ignorer le fait que ce qui provoque constamment des décès prématurés n'est pas de nature infectieuse. Ce sont des problèmes qui nous guettent en permanence. Si l'on ne fait pas la prévention des maladies chroniques, on passe à côté de la solution.

Le message que je veux adresser au comité comporte deux volets. Le premier, c'est que la question de la capacité en santé publique est essentielle; on ne peut pas se contenter de lutter seulement contre les maladies infectieuses, car la plupart de ceux qui meurent, malheureusement, d'une de ces nouvelles maladies avaient au départ une maladie chronique. Un sujet en bonne santé risque beaucoup moins de mourir de ces nouvelles maladies infectieuses.

Deuxièmement, nous ne disposons pas d'une armée de personnel soignant qui attend la prochaine épidémie. Nous avons besoin d'une capacité conjointe, de façon que dans l'intervalle, bien que tous les plans soient en place, le personnel soignant puisse nous aider à lutter contre les maladies chroniques, les accidents, etc. Il faut avoir une vue d'ensemble. Et je pense que l'agence nous permettra d'avoir cette vue d'ensemble.

L'hon. Carolyn Bennett: Mike, je voudrais dire simplement que j'ai été surprise de l'importance des mots qu'on emploie. Je ne m'étais pas rendu compte que les gens qui sont aux prises avec le VIH/sida détestent les mots « santé publique » parce qu'ils leur rappellent l'époque révolue de la police sexuelle et de tous ceux qui les montraient du doigt. Le langage a donc son importance. Par ailleurs, il y a aussi ceux qui me demandent si la santé publique est le contraire de la santé privée. Il faut donc faire un effort d'alphabetisation en santé et nous devons faire comprendre que la santé publique est un concept global qui concerne le mieux-être de la population, dont la santé de la population fait partie.

En ce qui concerne le centre de collaboration de l'Atlantique...

Le vice-président (M. Rob Merrifield): Je vous prie de conclure.

L'hon. Carolyn Bennett: ... c'est à la région d'en décider mais j'aimerais que vous m'aidiez. Il y a eu une proposition distincte concernant un institut de la santé de la population et de la santé publique de l'Atlantique, qui correspond à la façon dont la région veut s'organiser, mais nous n'en savons guère plus à ce sujet.

• (1640)

Le vice-président (M. Rob Merrifield): Merci.

En fait, nous étions censés donner la parole aux néo-démocrates avant de la donner aux libéraux, et nous allons donc donner maintenant 10 minutes à Bill, puis ce sera de nouveau à vous.

L'hon. Bill Blaikie (Elmwood—Transcona, NPD): Merci, monsieur le président.

Je n'étais d'humeur à protester et je n'ai donc rien dit, mais je suis heureux que le président s'en soit rendu compte et qu'il ait remédié à cette inadvertance.

J'aimerais faire quelques commentaires avant de poser mes questions. Je tiens à dire que si la création de cette nouvelle agence de santé publique représente un progrès dans l'ensemble des mesures prises en matière de santé dans ce pays, elle aurait dû intervenir beaucoup plus tôt. Cette semaine, à la Chambre, le chef du NPD a fait une déclaration concernant le 100^e anniversaire de naissance de Tommy Douglas, et je suis sûr que Tommy attend le jour... car il n'a jamais considéré l'assurance-santé comme la véritable solution. Il était convaincu que c'était une première étape et qu'il fallait aller au-delà de l'assurance-santé pour appréhender les déterminants de la santé, progresser vers la promotion de la santé, la prévention des maladies, la promotion du mieux-être, etc. Dans la mesure où seul l'avenir jugera de notre succès, cette création représente l'institutionnalisation de sa vision.

Nous avons déjà connu de nombreux rapports, comme le rapport Lalonde. Pendant les 25 ans que j'ai passés ici, on a parlé de santé et il semble qu'on ait enfin consacré cette vision.

Je me souviens qu'il y a 20 ans, lorsque je siégeais au Comité de la santé qui mettait la touche finale à la *Loi canadienne sur la santé* au printemps 1984, j'ai proposé un amendement au préambule de la loi; j'ai essayé de remettre la main dessus tout à l'heure, mais je ne l'ai pas trouvé. L'amendement disait à peu près qu'en définitive, la santé des Canadiens dépendait d'une dimension sociale, économique et écologique, et non pas uniquement des soins intensifs, etc. Et 20 ans plus tard, nous sommes enfin en train de consacrer cette vision. J'espère que c'est le genre de progrès que souhaitent de nombreux Canadiens.

Voici ma question. La ministre a dit, je crois, que les microbes ne respectent pas les frontières. J'espère qu'un jour, les pays collaboreront en tenant compte du fait que la pollution ne respecte pas davantage les frontières, car cette collaboration n'existe pas actuellement, et nous devrions pouvoir collaborer pour faire en sorte que le SRAS ne fasse pas sa réapparition, ou pour qu'on puisse du moins le détecter avant qu'il n'arrive. Mais y a-t-il collaboration en ce qui concerne les toxines et les polluants? Je ne le pense pas.

Il existe une problématique où il est question de toxines, de polluants, de santé publique et de tout le reste. C'est bien sûr la question du tabac. J'aimerais savoir si la ministre ou le Dr Butler-Jones ont une opinion concernant le fait qu'actuellement, le gouvernement du Canada intervient en faveur des compagnies de tabac au nom de la population canadienne dans le déroulement d'un procès. Je crois qu'il s'agit d'un recours collectif contre les compagnies de tabac. On leur reproche l'étiquetage des cigarettes légères. Or, celui qui est actuellement ministre de la Santé a poursuivi les compagnies de tabac lorsqu'il était procureur général de Colombie-Britannique. Maintenant qu'il est ministre de la Santé au gouvernement fédéral, il intervient dans ce procès non pas, comme on pourrait l'attendre, comme témoin à charge contre les compagnies de tabac, mais pour les défendre.

Comment peut-on concilier cette attitude avec la prévention des maladies? Comment le gouvernement fédéral peut-il, d'un côté, créer cette agence et tenir tous ces beaux discours concernant la prévention des maladies et la promotion de la santé—c'est ce qu'il fait avec sa main gauche—alors qu'avec sa main droite—et je ne fais ici aucune allusion idéologique, sauf votre respect, monsieur le président—il agit d'une façon que je juge très contestable. La neutralité serait préférable à une intervention en faveur des compagnies de tabac.

• (1645)

Avant de passer à la réponse, je signale que la question a duré cinq minutes. Vous avez trouvé à qui parler, madame la ministre. Il vous reste cinq petites minutes pour répondre.

L'hon. Carolyn Bennett: Commençons par les plus faciles.

L'hon. Bill Blaikie: J'avais une seule question.

L'hon. Carolyn Bennett: En ce qui concerne les toxines, l'organisation circumpolaire va commencer à travailler à ce sujet ainsi que sur les POP, qui ne respectent pas non plus les frontières. Comme nous sommes un pays septentrional, nous devons faire face à cette énorme responsabilité qui est la nôtre. J'attends vraiment avec beaucoup d'impatience ce travail que nous allons faire en préparation de 2007, l'Année polaire internationale, car nous allons vraiment bouger dans ce dossier.

Pour ce qui est du tabac, je ne suis pas juriste, contrairement au ministre de la Santé.

L'hon. Bill Blaikie: Vous n'avez pas à vous en excuser.

L'hon. Carolyn Bennett: Je sais qu'il s'agit d'une question parfaitement technique parce que le gouvernement du Canada est cité dans la poursuite. Il s'agit de croiser d'une façon de limiter la responsabilité du gouvernement canadien à cet égard en réduisant la catégorie. Il ne s'agit pas de se ranger du côté des fabricants de produits du tabac, mais plutôt de faire certifier la catégorie en question. Je pense que nous serons dans le bon camp dès que nous serons appelés à défendre le dossier.

Dr David Butler-Jones: Pourrais-je ajouter quelque chose au sujet des frontières? Il ne s'agit pas simplement de pollution non plus, c'est tout ce qui concerne la façon dont nous traitons le problème de la publicité et des aliments, des influences qui transcendent les cultures et les sociétés et l'impact que cela a au bout du compte sur le problème. C'est la raison pour laquelle il est absolument essentiel de travailler avec l'OMS et avec nos partenaires dans les autres pays. Ainsi, l'OMS a des conventions qui concernent, notamment, le tabac. De plus en plus, il faut que nous travaillions tous ensemble afin d'arriver à un entendement commun et de réunir les preuves qui permettront aux gens de prendre les décisions, dans l'espoir de pouvoir être mieux outillés pour attaquer ces polluants qui ne connaissent pas les frontières.

L'hon. Bill Blaikie: Toujours au sujet de l'OMS, monsieur le président, j'aimerais savoir quels sont les rapports entre votre agence et les responsables de la santé publique à Taïwan, étant donné qu'il y a énormément d'échanges entre nos deux pays alors que Taïwan ne peut toujours pas adhérer à l'OMS. D'ailleurs, malgré la volonté démontrée par le Parlement du Canada à cet égard, ce pays ne parvient même pas à réunir les appuis nécessaires pour avoir le statut d'observateur à l'OMS.

Le comité s'inquiète-t-il du fait que, jusqu'à présent, le gouvernement du Canada n'ait rien fait à ce sujet? Et comme c'est le cas, comment pouvons-nous nous y prendre pour pallier ces lacunes dans la collaboration internationale puisqu'il y a des gens auxquels on ne permet même pas de s'asseoir à la table?

Dr David Butler-Jones: L'un des avantages que procure le statut d'agence est que nous mettons en rapport les professions. Ainsi, s'il y a un problème, je peux parfaitement téléphoner à mon homologue à Taïwan ou à Hong Kong par exemple pour lui demander quelle est la situation là-bas, et s'il y a des problèmes, nous pouvons partager ce que nous savons, et nous avons également les mêmes experts que l'OMS dans d'autres pays. Il y a des épidémiologistes qui peuvent aller prêter main-forte à l'étranger. Nous avons donc des rapports avec les autres agences, ce qui signifie que nous pouvons profiter des compétences et de l'expérience de celles-ci. Cela nous donne par conséquent une certaine souplesse, une souplesse qui est parfois plus difficile à avoir pour les ministères.

L'hon. Bill Blaikie: Très rapidement, vous avez également parlé de la conformité de tout ce que vous faites avec la *Charte des droits et libertés*. Pouvez-vous me donner un exemple du genre de friction qu'il y a entre la *Charte des droits et libertés* et la santé publique?

Dr David Butler-Jones: Ici aussi, ce sera peut-être un sujet de discussion pour jeudi, mais l'un des problèmes que posait l'ancienne *Loi sur la quarantaine* était dû au fait que cette loi remontait à une époque où les gouvernements pouvaient pratiquement sans aucune entrave mettre la main sur des gens et les enfermer parce qu'ils étaient infectés. La nouvelle loi veut par contre établir un juste milieu entre la nécessité qu'il y a de protéger la population et les droits que chacun a d'interjeter appel ou d'obtenir une audience. Voilà donc un exemple.

• (1650)

L'hon. Bill Blaikie: Cela sert probablement le jour des élections, monsieur le président.

Le vice-président (M. Rob Merrifield): Je suis persuadé qu'il y aura d'autres questions à ce sujet jeudi.

Mme Ruby Dhalla (Brampton—Springdale, Lib.): Je suis nouvellement élue et je n'ai pas encore pris l'habitude de poser de longues questions, de sorte que je serai brève.

Le vice-président (M. Rob Merrifield): Ne vous inquiétez pas, cela viendra vite.

Mme Ruby Dhalla: Pour commencer, je voudrais vous féliciter pour cette initiative que vous avez prise dans le cadre de cet élément du mandat dont vous avez parlé, en particulier en tentant de rendre notre société proactive alors que jadis, elle intervenait surtout en réaction, notamment en ce qui concerne votre mandat, c'est-à-dire comme vous l'avez dit la prévention de la maladie et la promotion d'un mode de vie sain.

Ma question a trait à ce dont a parlé le ministre et à l'élaboration d'une stratégie et d'une vision à long terme pour l'orientation future du ministère. Lorsqu'on pense à certaines maladies, il est certain qu'il y a des couches de la société qui sont prédisposées. Nous pensons aux Autochtones, aux Premières nations, qui sont une cible de prédilection pour le diabète. Nous songeons aussi aux populations venant de l'Asie du Sud qui sont un terrain fertile pour les maladies cardiaques et les taux élevés de cholestérol. Il y a également les jeunes gens qui, dans notre société, sont plus souvent victimes de certaines autres maladies.

Étant donné l'existence de ces centres de collaboration et au fur et à mesure que vous progresserez dans ce sens, j'aimerais vous demander quelle est la situation actuelle et ce que vous faites pour cibler certaines de ces initiatives. Le gouvernement a pris l'habitude je crois de faire de la publicité dans des journaux comme le *Toronto Star* ou le *Globe and Mail*, qu'il s'agisse de subventions ou de

contributions, comme nous l'a d'ailleurs dit le ministre. Mais en fait, les membres de ces communautés ne lisent pas ces choses.

Qu'allez-vous donc faire pour rejoindre ces clientèles et faire en sorte que ce genre de campagne atteigne vraiment la clientèle ciblée?

Dr David Butler-Jones: Je pense que cela se passe à plusieurs niveaux. La réponse consiste en partie à faire en sorte que nous puissions améliorer les liens que nous avons aux différents paliers des services de santé publique. Au palier local, les médecins, les infirmiers et infirmières, les travailleurs de la santé et ainsi de suite travaillent dans la collectivité et ils la comprennent donc mieux. Nous travaillons en partenariat avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, avec les différentes communautés culturelles, etc.—une partie de cela, nous le faisons directement au niveau national, et nous nous employons particulièrement à faire en sorte que nous ayons les bons partenariats d'un bout à l'autre du système, de sorte que les questions de santé publique locale... À ce moment-là, les problèmes qui sont communs peuvent ressortir et nous avons alors la possibilité de nous y attaquer collectivement et de le faire ainsi beaucoup mieux que si nous le faisons seuls. Ainsi donc, pour comprendre si ce sont nos propres lignes directrices, la valeur intrinsèque de la chose ou la façon de comprendre comment des stratégies intégrées donnent de meilleurs résultats que des stratégies isolées...

Il y aura en novembre le Forum mondial pour la prévention intégrée des maladies chroniques, après quoi nous aurons un forum national. Nous faisons partie intégrante de cette dynamique avec nos partenaires des différents organismes qui s'occupent de maladies ainsi qu'avec l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques qui ont reconnu que dans bien des cas de ce genre, il était plus efficace de travailler collectivement que de travailler chacun de son côté avec des stratégies distinctes. Il est évident qu'il y a certaines couches de la population qui sont plus touchées que d'autres, et les stratégies, peu importe le mécanisme mis en place, doivent en tenir compte.

L'hon. Carolyn Bennett: Pendant que nous travaillions à donner à cette agence son caractère propre, il y avait deux choses qui n'arrêtaient pas de m'obséder à ce sujet. La première était la preuve et la seconde était l'engagement des citoyens, d'où le fait que nous devons vraiment intégrer cela dans l'ADN de ce nouvel organisme.

Pour ce qui est de la preuve, ce que nous essayons de faire, c'est d'arriver à ce que les autres composantes du gouvernement comme l'ICIS, comme les IRSC, comme Statistique Canada, mais également l'Agence de santé publique... Comment arriver à faire en sorte que chacune de ces composantes éclaire le genre de questions pour lesquelles il nous faut des réponses, comment faire en sorte que nous puissions influencer cela pour obtenir de meilleures réponses? Et ensuite, comment faire en sorte que l'agence finisse par obtenir les nouveaux outils nécessaires—et c'est là où l'Ontario va nous aider avec son centre de collaboration—en utilisant la technologie la plus moderne? Nous savons que les adolescents utilisent l'Internet pour s'informer sur la sexualité. Comment pouvons-nous faire en sorte que ce soit là que nous puissions leur parler d'une façon qu'ils puissent comprendre et qui puisse les motiver...? J'ai été fort impressionnée par notre visite au CDC à Atlanta car ce centre d'épidémiologie a sa propre station de télévision.

Mais ce que vous disiez au sujet des éléments culturels... Je dois également vous dire—même si les chefs ne sont pas là—que certaines des recherches que nous n'avons pas effectuées sous l'angle démographique... je persiste à dire que le guide alimentaire canadien ne vaut peut-être pas pour tous nos groupes démographiques. Les glucides ne faisaient pas partie du régime alimentaire des Autochtones. Le Dr Jay Wortman est obsédé par le fait que la première vague de diabète à frapper les Autochtones s'est produite lorsqu'on a commencé à faire pousser du maïs dans le sud-ouest des États-Unis. Il nous faut des travaux de recherche plus ciblés qui puissent nous montrer que, là où les Autochtones ne consomment pas de glucides dans leur alimentation normale, le taux de diabète diminue, et il est certain que nous avons déjà entendu des histoires qui corroborent cela.

Il en va de même pour la consommation de lait chez les adultes. Des nutritionnistes d'origine asiatique du Sud-Est vous diront que peut-être ne faudrait-il pas en consommer. Mais comment avoir les travaux de recherche nécessaires pour prouver que le même régime ne convient pas à tout le monde?

• (1655)

Le vice-président (M. Rob Merrifield): Monsieur Fletcher, vous avez cinq minutes.

M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC): Merci, monsieur le président.

En regardant la quatrième page de votre texte intitulé « Agence de santé publique du Canada », on peut voir au point 4 que l'agence est une première étape importante vers l'établissement d'un système national de santé publique parfaitement intégré au Canada. Je pense que c'est probablement exact.

Le point 1 nous apprend que l'administrateur en chef relève du ministre de la Santé fédéral. Le point 2 nous dit que la ministre d'État supervise les activités de l'agence. Le point 3 dit que l'agence est gérée par l'administrateur en chef de la santé publique. Je ne vois pas quelle est la différence pratique entre « supervise les activités de l'Agence » et « géré par l'administrateur en chef de la santé publique ».

J'adresse donc ma question au Dr Butler-Jones. Si nous sommes vraiment soucieux d'avoir ainsi un fonctionnement parfaitement intégré, ne serait-il pas préférable d'avoir uniquement votre poste quitte à faire sortir la ministre d'État du système?

Dr David Butler-Jones: En un mot non. Pour répondre de façon plus complète...

M. Steven Fletcher: Surprise!

Dr David Butler-Jones: En fait, non—et je l'ai dit et j'y crois—l'une des choses qui, je crois, a été extrêmement positive pour la santé publique, c'est-à-dire la santé du pays, a été d'intégrer au processus une supervision politique qui est axée sur le domaine de la santé publique plutôt que sur celui de la santé dans son sens large.

Je relève du ministre Dosanjh puisque c'est lui qui a le portefeuille de la santé. Je travaille en étroite collaboration avec la ministre Bennett. Mon rôle est la fonction, mais également les activités professionnelles de l'agence. Le rôle de la ministre d'État concerne l'interface avec le processus politique. Je pense qu'il est extrêmement utile d'avoir un ministre qui se consacre exclusivement à ces fonctions au lieu de devoir s'occuper de 20 autres activités comme c'est le cas du ministre Dosanjh.

M. Steven Fletcher: Si nous suivons cette logique, pourquoi ne relevez-vous pas de la ministre d'État plutôt que du ministre de la Santé.

Dr David Butler-Jones: La réponse la plus simple est que la ligne directe arrive au ministre, puis au Parlement, si vous voyez. Le budget relève du ministre et non pas de la ministre d'État, et je dois m'adresser là où se trouve l'argent.

M. Steven Fletcher: On dirait un vrai libéral.

Des voix : Oh, oh!

Dr David Butler-Jones: Je n'ai aucun parti pris.

L'hon. Carolyn Bennett: L'autre chose, c'est la façon dont nous parvenons à traiter les éléments déterminants dans un contexte gouvernemental d'ensemble. Ce que nous voulons, c'est que l'administrateur de la santé publique ne se pointe pas à la table du conseil des ministres.

La semaine dernière, lorsque j'ai rencontré les ministres Dryden, Owen et Ianno au petit-déjeuner pour parler des éléments déterminants de la santé pour que les gens restent en bonne santé, voilà le genre de fonction de coordination que j'essaie d'assumer à l'échelle du gouvernement tout entier. Pendant que David s'occupe de diriger l'agence, moi je dois me charger du volet politique publique en plus de traiter avec mes homologues comme la fabuleuse nouvelle ministre responsable de la bonne santé au Manitoba, Theresa Oswald.

Voilà donc cet élément pangouvernemental dont j'ai eu la charge. Mais comme l'a dit David, il y a également le fait qu'il incombe au ministre Dosanjh de veiller à ce que l'Agence de santé publique s'intègre dans le portefeuille de la santé en général, c'est-à-dire sous l'angle de tous les éléments dont ils s'occupe.

Voilà donc ce qui m'occupe, mon petit arbre médocosanitaire des « Canadiens en bonne santé ». Si vous regardez cet arbre de plus près, vous pourrez voir dans son réseau de racines qu'il faut en fait que je traite avec tous les autres ministres qui peuvent m'aider pour ce qui est des déterminants de la santé en travaillant ensemble au niveau des risques et des résultats que l'agence sous-tend.

• (1700)

Le vice-président (M. Rob Merrifield): Vous pouvez poser une dernière question très rapidement.

M. Steven Fletcher: Madame la ministre, mes où donc est votre pouvoir législatif? Si le ministre de la Santé a tous les pouvoirs, qu'y a-t-il de plus—je ne saurai quoi dire d'autre; je suis nouveau ici et j'irai droit au but : quel est votre rôle si ce n'est celui d'une figure de proue?

L'hon. Carolyn Bennett: Je pense qu'il ne fait aucun doute que c'est là ce que font les ministres d'État, mais mon travail consiste principalement à y réunir des gens pour faire bouger les choses. Mon boulot consistait à mettre l'agence sur ses rails. Mon boulot consistait à faire nommer les membres du comité de recherche et l'administrateur en chef de la santé publique. Mon boulot consistait à convoquer 38 tables rondes un peu partout au Canada afin d'avoir la certitude que ce que nous faisons était à la fois pertinent et adapté aux besoins.

J'adore mon boulot.

Le vice-président (M. Rob Merrifield) Madame Chamberlain, vous pouvez prendre vos cinq minutes.

L'hon. Brenda Chamberlain (Guelph, Lib.): Docteur Butler-Jones, je voudrais vous poser une question extrêmement précise. Votre rôle est assurément relativement important, du moins c'est ce que je pense, si jamais une de nos centrales nucléaires connaît des problèmes, qu'elle soit attaquée, qu'il y ait une fuite ou que sais-je.

Pouvez-vous me dire ce que vous avez préparé pour ce genre d'éventualité et comment vous vous y prendriez pour venir en aide aux gens?

Dr David Butler-Jones: Il y a deux ou trois aspects à cela. En premier lieu, pour chaque centrale nucléaire il y a des plans d'intervention provinciaux et régionaux. Nous nous intégrerions à ces plans. En second lieu, il y a le fait que le gouvernement fédéral a des compétences dans ce domaine, notamment chez nous, en ce qui concerne par exemple les effets des radiations sur la santé.

Nous sommes donc bien placés pour offrir une aide complémentaire, des conseils—techniques par exemple—venant s'ajouter aux capacités régionales et provinciales d'intervention. En fait, c'est un partenariat.

Au bout du compte, en ma qualité d'administrateur en chef de la santé publique, l'une de mes attributions consiste à aider la population à comprendre de quoi il s'agit et à faire en sorte qu'elle soit bien informée.

Au niveau de l'agence, ce que nous voulons, c'est que là où il faut une certaine planification, quelle qu'elle soit, il y ait des plans appropriés. Je sais pour avoir travaillé en Ontario et avec des collègues proches des centrales nucléaires, qu'il y a des plans d'urgence pour les interventions dans les cas de ce genre pour lesquels, même si les risques sont extrêmement faibles, tout le monde espère qu'ils ne se produiront jamais; c'est pourquoi le système comporte autant de mesures de protection en cascade, ce qui n'empêche qu'il faut être prêt, juste au cas où.

L'hon. Brenda Chamberlain: Absolument.

C'est donc surtout la province qui est responsable, n'est-ce pas? Vous ai-je bien entendu à ce sujet?

Dr David Butler-Jones: Oui, en ce qui concerne l'intervention en matière de santé, car il s'agit des services de santé, des services de santé publique locaux, etc. Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer en ce qui concerne la sécurité de l'énergie atomique, etc., car il s'agit là d'une responsabilité fédérale.

Depuis un mois que j'occupe ce poste, je ne les ai pas encore rencontrés, mais j'ai l'intention de le faire.

L'hon. Brenda Chamberlain: C'est bien.

En passant, je vous ai vu lorsque vous êtes allé vous faire vacciner contre la grippe. Je suppose que vous êtes d'avis qu'il est assez important que la population en général se fasse vacciner, si vous et Carolyn vous êtes vous-mêmes fait vacciner.

Dr David Butler-Jones: Je pense que nous répondons tous les deux aux critères, en ce qui concerne le risque élevé. En fait, j'ai reçu mon vaccin à Winnipeg l'autre jour, mais j'ai moi-même vacciné le ministre aujourd'hui. Certainement, pour ce qui est de ceux qui sont à risque... Je fais de l'asthme. Si j'attrapais la grippe, cela me causerait beaucoup de problèmes. Donc, même lorsque je ne faisais pas de clinique, je me faisais toujours vacciner.

Je pense qu'il est important que les parlementaires se fassent eux aussi immuniser, car si tout à coup la moitié des parlementaires étaient malades, cela créerait des difficultés pour le fonctionnement du gouvernement, car le Parlement joue un rôle clé. Vous faites donc partie de la catégorie des services communautaires essentiels, je pense.

L'hon. Brenda Chamberlain: Est-il possible de savoir exactement si ce vaccin contre la grippe est vraiment efficace? Le savons-nous? Avons-nous des chiffres à l'appui?

Dr David Butler-Jones: Oui. On fait constamment des études sur le développement des vaccins. On examine ensuite ce qui se passe pendant la saison de grippe. Aucun vaccin n'est efficace à 100 p. 100. Aucun médicament n'est efficace à 100 p. 100. On tente plutôt de réduire la sévérité.

Ceux qui risquent le plus de complications en cas de grippe, bien qu'ils ne soient pas protégés à 100 p. 100, s'ils attrapent la grippe, le risque de complications graves diminue considérablement.

Par ailleurs, nous recommandons que ceux qui ont un contact étroit—les travailleurs des soins de santé, etc.—créent, en fait, un cercle autour de ceux qui sont le plus à risque. La triste ironie, c'est que ceux qui sont le plus à risque sont également ceux qui risquent le moins de développer la meilleure immunité, de sorte que ceux qui sont autour de nous constituent une partie de la protection, comme le fait de se laver les mains, etc., constitue également une protection.

Nous surveillons donc la situation. Chaque année le virus est différent. Le virus change. Par exemple, l'an dernier, nous avons tous été un peu surpris lorsque la souche fidjienne est arrivée, souche qui était suffisamment différente pour que le vaccin ne constitue pas une très bonne protection. Nous nous attendons à ce que les choses aillent mieux cette année. On ne peut pas prédire d'une année à l'autre si ce sera une mauvaise année pour la grippe. Nous espérons, particulièrement étant donné le défi que les Américains doivent relever, que ce sera une bonne année, mais seul le temps le dira.

● (1705)

L'hon. Brenda Chamberlain: Carolyn, je vous ai vue hoher de la tête pour dire que oui, nous avons des chiffres. Si vous les avez, pourriez-vous me les faire parvenir, s'il vous plaît? J'aimerais voir ces chiffres et savoir si le vaccin est efficace.

Je pense que cela est très important, et pour la population en général, c'est quelque chose de vraiment important.

Dr David Butler-Jones: Nous savons que le fait de protéger les gens, comme dans les centres d'hébergement pour personnes âgées, des endroits semblables... Dans bon nombre de ces endroits, seulement la moitié des membres du personnel sont immunisés. Cela représente un risque énorme pour leurs patients.

Il est vraiment important que les travailleurs de la santé et d'autres... La plupart du temps, lorsqu'il y a une épidémie dans les centres d'hébergement ou dans ces genres d'endroits, ce sont les employés qui ont apporté la maladie ou qui l'ont propagée, car en fait on est contagieux avant d'avoir des symptômes. La seule façon de prévenir cela au départ, c'est de s'assurer que l'on est immunisé.

L'hon. Brenda Chamberlain: Merci beaucoup.

Le vice-président (M. Rob Merrifield): Monsieur Lunney, vous avez cinq minutes.

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je voudrais moi aussi vous remercier pour la visite des installations aujourd'hui. Merci de nous avoir accueillis.

Personnellement, je voudrais déclarer que je suis heureux que nous ayons une telle agence de santé publique. Nous sommes certainement heureux de constater l'excellence de cette installation ici qui coordonne ses activités avec Winnipeg. Nous voulons que cette agence ait du succès, rassure les Canadiens et aide à répondre aux besoins.

Je voudrais faire quelques observations.

Tout d'abord, j'ai entendu quelqu'un dire précédemment que si nous ne faisons pas de surveillance et si nous ne traitons pas de données, si nous ne collaborons pas et ne communiquons pas, nous allons toujours essayer de faire du rattrapage. J'ai vu quelques-uns des écrans au sujet des événements dans le monde que vous surveillez dans le cadre du programme du RMISP, où l'on surveille les problèmes et les facteurs de risque partout dans le monde.

Vous avez mentionné que vous voulez mettre l'accent sur la prévention et la promotion. Walkerton, le virus du Nil occidental et le SRAS ont en quelque sorte sensibilisé la population quant à l'importance de la santé publique.

Je veux aborder un sujet d'inquiétude ces temps-ci, et je parle de *C. difficile*. Le Québec est actuellement aux prises avec ce problème. On en parlait dans tous les journaux la semaine dernière. Selon les rapports sur cette bactérie en particulier, il y aurait un lien entre le fait de se laver les mains et les spores *Clostridium*. On a dit que le surpeuplement des chambres d'hôpitaux et que l'utilisation excessive d'antibiotiques étaient également à blâmer.

J'ai rencontré brièvement le ministre d'État et j'ai parlé au téléphone avec l'un de vos hauts fonctionnaires, le Dr Butler-Jones, au sujet d'un facteur de risque qui a été mentionné il y a au moins un an. On en a parlé également en juillet dans notre propre *Journal de l'Association médicale canadienne*, et on en a parlé dans la presse populaire. Je veux parler du lien, du risque, associé à un groupe de médicaments couramment prescrits à un large segment de la population.

On peut lire de le journal de l'association canadienne que l'utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons, mieux connus sous le nom d'inhibiteurs d'acide gastrique, a doublé au cours des deux dernières années. Pour les brûlures d'estomac, les gens prennent ces médicaments afin de réduire leur acidité gastrique. Si cela est un facteur avec *C. difficile*, si en fait *C. difficile* est contrôlé par l'acidité gastrique, le médicament réduit cette acidité gastrique. Ils doivent donc prendre des antibiotiques qui détruisent la flore qui elle aussi aide à contenir *C. difficile*, ce qui crée les conditions idéales pour que la bactérie *C. difficile* se multiplie, et ces gens risquent la mort.

Si l'agence est consciente de ce risque, quelles mesures proactives cette dernière prend-elle pour mettre les gens en garde?

Dr David Butler-Jones: Eh bien il y a plusieurs choses. En dernière analyse, c'est une décision clinique et un compromis. Bien que ce soit l'un des facteurs de risque qui augmente le risque, si on attrape la bactérie *C. difficile*, que ce soit grave, c'est le seul facteur.

Le problème, c'est que si on dit aux gens qu'ils ne devraient pas aller à l'hôpital s'ils prennent ces médicaments, ou qu'ils devraient arrêter de prendre ces médicaments, ils risquent de se retrouver avec un saignement d'ulcère, un reflux ou d'autres problèmes, et le résultat net est négatif. C'est donc l'un de ces cas où il s'agit d'une décision clinique.

Sur le site Web, lorsque nous parlons de *C. difficile*, on donne également de l'information au sujet de cette association. Nous ne savons pas s'il y a un lien de cause à effet, mais il y a une association. C'est une chose dont les gens devraient parler avec leur médecin, ils ne doivent pas prendre de décisions eux-mêmes. La dernière chose que l'on veut faire, c'est donner un avertissement qui fait en sorte que les gens prennent eux-mêmes des décisions et finissent par en fait accroître leur risque ultime ou d'avoir une maladie grave.

Dans les journaux médicaux, comme vous le dites, on donne l'information aux médecins, etc. Nous l'avons ajoutée à notre site Web. Il s'agit vraiment—je vais maintenant mettre mon chapeau de médecin—d'une décision clinique. J'en parlerais à mon patient. Si

j'étais chirurgien, ou si j'avais un patient à l'hôpital, ce serait l'un des facteurs dont je tiendrais compte, mais ce ne serait pas le seul facteur.

● (1710)

M. James Lunney: Mais, docteur, le *Journal de l'Association médicale canadienne* dit que le risque est deux fois et demie plus élevé lorsqu'on prend ces médicaments. Deux fois et demie, cela représente une augmentation du risque de 150 p. 100. Pour moi, cela ne semble guère périphérique, cela semble au contraire fort important. Et si c'est le cas, il y a une combinaison de médicaments qui, d'après certains... et je parle ici du *Journal canadien des maladies infectieuses*... une infection nosocomiale. C'était il y a un an. Il y a eu des articles à ce sujet dans la *Gazette* de Montréal et dans le *Toronto Star*, des articles qui faisaient précisément le lien. Je suis sûr que vous ne faites pas l'adéquation entre un médicament qu'on prend pour combattre l'acidité gastrique... C'est loin d'être mortel. Que je sache, il n'y a pas beaucoup de gens qui meurent des suites d'un reflux gastro-oesophagien.

Dr David Butler-Jones: On ne prend pas simplement ce médicament pour des brûlures d'estomac. Certains cas graves de reflux peuvent entraîner une aspiration pulmonaire, entraînant une pneumonie secondaire. On peut également souffrir d'un ulcère perforé et en mourir. Ce n'est donc pas un problème mineur. La difficulté réside toujours dans cette décision clinique qui doit tenir compte de tous les risques. Chaque fois qu'on va à l'hôpital, peu importe pour quelle raison, tout ce qui se passe là présente un facteur de risque, il y a donc un ensemble de risques dont il faut tenir compte. Si je dois me faire opérer, je risque d'en mourir. Il faut mettre dans la balance le risque que présente l'opération et le risque que présenterait le statu quo. N'importe quel médicament que je prends peut me tuer, même si je respecte la dose prescrite. Une seule aspirine peut être mortelle si on y est allergique et si on fait un choc anaphylactique.

Il faut donc mettre tous les risques dans la balance.

M. James Lunney: Docteur, en toute déférence...

Dr David Butler-Jones: Permettez-moi de terminer, je ne serai pas long.

C'est pour cette raison que j'ai décidé de dire que je n'allais pas lancer une alerte générale à la population. Je pense qu'il est important que les médecins, car cela fait partie de leur responsabilité à l'endroit de leur patient, comprennent bien le risque par rapport aux autres risques que court leur patient, et qu'ils prennent une décision clinique en concertation avec leur patient et dans l'intérêt de celui-ci. Mais il serait irresponsable d'émettre un avis général, si ce n'est pour dire que l'information qu'on peut trouver sur le site Web, etc....

M. James Lunney: En toute déférence, Rob, un petit instant.

Le vice-président (M. Rob Merrifield): James, excusez-moi, mais votre temps d'intervention est terminé.

L'hon. Carolyn Bennett: Je voudrais dire que ce sont là des médicaments prescrits par les médecins et que nous...

Le vice-président (M. Rob Merrifield): Excusez-moi, mais il faut respecter les temps d'intervention impartis. Peut-être à la fin de la réunion aurons-nous une autre occasion de faire un tour de table.

Madame Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers (Laval, BQ): Merci, monsieur le président.

Merci pour la visite de ce matin, qui a été très intéressante. J'ai été fort impressionnée par le fait que les progrès technologiques nous permettent de suivre avec précision sur la carte tout ce qui se passe dans le monde en matière de maladies infectieuses et transmissibles.

Ce n'est pas ce qui m'inquiète. À mon avis, il est tout à fait pertinent qu'une agence pancanadienne s'occupe de cela. Par contre, j'ai des inquiétudes à l'égard des responsabilités que Santé Canada vous a transmises et qui empiètent sur les compétences des provinces.

Vous nous disiez plus tôt que les provinces, plus précisément le Québec, était d'accord quant à votre approche, mais je me demande si ces gens savent quels sont les pouvoirs de l'agence et s'ils sont conscients de l'étendue de ces derniers pour ce qui est de la déclaration obligatoire des maladies transmissibles et du pouvoir exercé au-delà de celui des autorités déjà en place. Par exemple, nous avons au Québec une agence de santé qui fait un très bon travail.

Dans le cadre de votre présentation ou de la rencontre que vous avez tenue avec les gens responsables au Québec, est-ce que ces derniers ont été mis au courant de l'ensemble des dossiers que vous allez superviser ou diriger? Est-ce qu'ils sont d'accord quant aux responsabilités que cela implique?

• (1715)

[Traduction]

L'hon. Carolyn Bennett: Richard Marceau siège-t-il au comité avec vous? N'était-il pas à l'autre comité?

Dr David Butler-Jones: Il y en avait d'autres. Je pense que le partenariat...

[Français]

L'expertise est à Québec, de même que dans les autres provinces et territoires. Nous visons la facilitation et l'amélioration des mesures pour améliorer ce qui découle des compétences des provinces et des territoires. Nous sommes des partenaires.

L'hon. Carolyn Bennett: On parle ici de collaboration et de communication. Il s'agit d'une approche de partenariat. Le risque du SRAS, par exemple, était un enjeu extrêmement important pour le Canada.

[Traduction]

La notion du commandement et du contrôle centraux n'existe plus, en fait il s'agit d'un modèle distributif. Nous pouvons intervenir pour aider les pouvoirs publics qui nous invitent à le faire. Dans le cas de maladies, tout ce genre de choses, c'est ce que tout le monde attrape. C'est pour cette raison que l'UE a pu agir conjointement aussi rapidement pour créer son propre centre européen d'épidémiologie. Les Européens ont compris qu'ils devaient collaborer sans souci des frontières, qu'ils devaient se parler ensemble de ce qui se passe.

Le vice-président (M. Rob Merrifield): Monsieur Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Je voudrais me faire un instant l'avocat du diable, et ne parler que du SRAS et de la réaction des services de santé publique aux cas comme celui-là.

Je sais que votre mandat consiste à protéger les Canadiens en privilégiant toujours la prudence. Le SRAS a eu des conséquences économiques énormes pour l'industrie du tourisme et le milieu hôtelier. J'aimerais savoir ce que vous avez mis en place pour lancer des avertissements réalistes, pour parler de préoccupations bien réelles, par opposition à ce qu'ont dit les médias et à toute la paranoïa qui entourait la crise? Si vous vous souvenez bien, cette crise a frappé toute la planète. Comment décidez-vous de ce que vous allez faire et quels critères vous allez utiliser?

Dr David Butler-Jones: D'une certaine manière, cela revient également à la question de M. Lunney. Je sais qu'il y a au Québec des gens qui disent qu'à cause de cette maladie, il faut s'abstenir d'aller à l'hôpital. Mais s'ils doivent vraiment aller à l'hôpital, ce serait pour eux un risque énorme.

Une partie de la difficulté et, je l'espère aussi, une partie de la raison pour laquelle je fais ce boulot, c'est qu'il faut travailler avec les médias. Les médias sont extrêmement efficaces et ils peuvent aussi bien informer que mal informer. Nous devons absolument faire en sorte d'avoir avec eux les rapports et les ententements nécessaires pour qu'ils aient les bonnes informations lorsqu'il faut transmettre un message.

Lorsque nous avons connu l'épisode du SRAS, la première partie en réalité, je me souviens fort bien avoir participé à un débat journalistique qui sonnait presque comme un roman gothique, du genre les virus qui suintaient par tous les pores, et atteignaient chaque organe successivement et ainsi de suite. Puis, plus tard pendant l'épidémie, les médias ont commencé davantage à vouloir aider les gens à mieux comprendre de quoi il s'agissait, ce qui se passait, et le genre de choses qu'on pouvait faire pour réduire le risque. Nous voulons donc pouvoir intervenir très rapidement pour encourager la diffusion de tels messages.

Il faut les partenariats et les relations nécessaires en dehors du monde de la santé afin que les décisions puissent être prises en toute connaissance des causes et des conséquences. Mais au bout du compte, s'il y a vraiment une menace pour la population, il faut que j'intervienne.

• (1720)

M. Colin Carrie: Mais avez-vous un dispositif quelconque pour intervenir dans un cas de ce genre?

Dr David Butler-Jones: Il y a une ou deux choses que je pourrais vous mentionner très rapidement. D'abord, nous avons régulièrement des rencontres des médecins hygiénistes en chef de toutes les provinces. En deux heures, nous pouvons nous rejoindre par téléphone et discuter avec eux de la situation et de ce qui se passe chez eux. Ou alors, nous pouvons convoquer les gens que nous voulons avoir sur place pour en discuter. Ce n'est pas une discussion qui dure une semaine, c'est l'affaire de quelques heures. Une décision est prise et nous donnons suite.

Par ailleurs, il y a à l'agence des gens qui vérifient si les autres sont bien au courant et qui réunissent d'autres informations que nous n'attendons pas, et ainsi de suite. À ce moment-là, nous pouvons intervenir très rapidement.

L'hon. Carolyn Bennett: Je pense que le docteur est trop modeste. Il ne fait aucun doute que la description de ses tâches exigeait qu'il soit un excellent communicateur en matière de risque. Je pense que c'était l'essentiel de ce que le comité de recherche voulait lorsqu'il a choisi le Dr Butler-Jones. À en juger d'après son intervention à North Battleford par exemple, il est certain que les gens savent qu'il peut parler devant une caméra et communiquer ce qui doit être communiqué au sujet de ce genre de risque et bien se faire comprendre lorsqu'il parle d'un risque zéro ou d'un risque minime.

Santé Canada a assurément beaucoup appris avec la crise du SRAS. Malheureusement, même sur le site Web, on avait l'impression que le nombre de cas augmentait alors qu'en réalité, c'était le contraire. Je pense que nous avons beaucoup appris sur la façon d'expliquer le risque.

À mon avis, le comité devrait s'interroger sur la façon de mieux faire les choses pour faire comprendre ce qu'est un risque zéro, ce qu'est un risque minimum, ou encore en faisant comprendre aux Canadiens ce qu'est un risque acceptable ou un risque qui ne l'est pas, qu'il s'agisse de la vache folle ou de toute autre chose. Comment informer les Canadiens, comme vous venez de le demander, sans les inquiéter inutilement et sans que l'économie en pâtisse?

M. Colin Carrie: Je suis heureux que vous ayez examiné cette question.

J'ai une autre petite question rapidement. Le printemps dernier, le Comité de la santé a appris que la Stratégie canadienne du diabète avait été renouvelée pour un an à raison de 30 millions de dollars, et nous nous demandons s'il y aura un autre engagement pour financer cette stratégie.

Les contributions de la direction générale font actuellement l'objet d'un examen. Nous en connaissons les résultats sous peu, n'est-ce pas?

L'hon. Carolyn Bennett: C'est le Bureau de la vérificatrice générale qui examine à l'heure actuelle les subventions et les contributions. Nous aimerions beaucoup voir comment nous pouvons faire cela et comment nous pouvons le faire d'une façon coordonnée. Il ne fait aucun doute que nous avons besoin d'une stratégie du diabète pour le Canada et nous devons pouvoir aider à financer cette stratégie.

Mon obsession, si vous regardez mon arbre, c'est qu'en finançant les risques communs—la cigarette, l'exercice, le régime alimentaire—ces risques communs se retrouvent également pour le cancer, les maladies du cœur et le diabète. Il s'agit de savoir comment nous pourrions faire cela d'une façon plus intégrée. Vous verrez donc dans le communiqué des premiers ministres que pour les adolescents, les personnes âgées et les enfants, ils s'intéressent à des stratégies intégrées, mais il s'agit de savoir comment intégrer les stratégies alors qu'une partie de la promotion et de la prévention se fait de façon coordonnée. C'est pour cette raison que David, avec la coalition pour la santé publique, et également maintenant la nouvelle coalition pour les maladies chroniques, tente d'adopter une approche plus cohérente...

Nous nous ressentons vraiment de la vague de diabète, particulièrement chez les adolescents, et de l'obésité, plus particulièrement chez les Autochtones. Je pense que nous devons réellement prendre des mesures à cet égard. Il reste encore cependant à déterminer comment nous nous y prendrons. Pour ce qui est des groupes qui travaillent actuellement sur le diabète, je pense que nous saurons que nous devons les aider à faire cela.

La présidente: Merci, monsieur Carrie.

Monsieur Thibault.

L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.): Bienvenue à votre nouveau poste et au service aux Canadiens. Je ne vous connais pas beaucoup, sauf pour vous avoir rencontré à quelques reprises et pour avoir eu l'occasion de vous rencontrer aujourd'hui—en visitant vos installations. Tout le monde semble avoir confiance que vous serez en mesure de faire le travail pour lequel vous avez été nommé. Tous les rapports ont été positifs dans les médias. Il est très rare que des fonctionnaires reçoivent une approbation unanime, et il semble bien que je n'ai rien vu de négatif.

Pour la gouverne du comité, docteur Butler-Jones, pourriez-vous nous parler un peu de ce que vous avez fait avant d'occuper ce poste pour impressionner autant les médias et le comité qui faisait la recherche?

● (1725)

Dr David Butler-Jones: C'est gênant.

En toute honnêteté, je ne parle pas souvent de moi-même, et l'une des questions que m'a posée le comité était « pourquoi vous? » Ce n'est pas la question à laquelle il est le plus facile de répondre. En fait, j'ai eu la chance de travailler en médecine clinique et de faire de la recherche universitaire et de travailler en santé publique au niveau régional et provincial dans différentes régions du pays, en plus d'avoir travaillé comme consultant, pour donner des conseils à d'autres pays sur différents problèmes. On m'a entraîné dans certaines choses, que ce soit l'épidémie de North Battleford ou de plus petites épidémies ou la réponse au SRAS, ou encore pour présider la table ronde sur le changement climatique et la santé et tenter de réunir les points de vue de l'industrie, des militants et des services de santé pour en arriver à quelque chose qui soit logique sur le plan collectif.

J'ai tout simplement eu énormément de chance. C'est un cadeau incroyable pour moi. Pouvoir faire ce travail maintenant constitue un défi énorme mais aussi un grand privilège. Je dois dire que l'appui que j'ai reçu a été très flatteur, mais en même temps gênant, et que l'ampleur de cet appui crée cependant pour moi quelques appréhensions.

Quelqu'un dans les médias m'a posé l'autre jour une question à ce sujet, car ils parlent constamment de moi en disant que je suis le médecin du Canada, ce qui encore une fois... Il y a beaucoup de bons médecins au Canada. Lorsqu'on pratique en clinique, on a ses patients, et dans ce cas-ci mon patient c'est le pays. Mon objectif consiste donc à tenter de réunir les meilleures stratégies, les meilleures connaissances pour le patient, la promotion de la prévention, le traitement approprié, tout cela pour aider le patient à être le plus en santé possible, et réduire les écarts entre ceux qui sont le plus en santé et ceux qui sont le moins en santé.

Il s'agit d'un défi incroyablement passionnant, et en toute honnêteté, je n'ai jamais été plus optimiste quant à la capacité de notre pays de faire cela.

L'hon. Robert Thibault: Je comprends. Votre nomination ayant presque fait l'unanimité, vous avez dû vous demander si vous avez eu raison d'accepter ce poste.

J'aimerais que vous reveniez en vitesse sur deux petits points. D'une part la relation entre votre organisation et d'autres telles que les Instituts de recherche en santé du Canada, par exemple, dans l'établissement de vos priorités.

Deuxièmement, pourriez-vous nous dire quel est à votre avis le plus gros défi ou l'objectif en fonction duquel vous évalueriez votre succès ou votre échec—mais c'est négatif et je suis toujours positif.

Dr David Butler-Jones: Pour que nous puissions être efficaces, il nous faudra pouvoir compter sur d'autres organismes et ordres de gouvernement, le secteur bénévole, etc. pour établir des liens, collaborer, planifier ensemble, etc. C'est essentiel. Nous avons déjà entrepris certains dialogues concernant l'élaboration de buts qui pourraient être pancanadiens ou à propos du financement de la recherche et de ce que nous et d'autres faisons en recherche—en quoi tout cela peut contribuer à l'ensemble. C'est évidemment essentiel. C'est exactement ce que nous faisons.

Désolé, pouvez-vous me rappeler la deuxième partie de votre question? Je ne l'ai pas notée.

L'hon. Robert Thibault: Quel est à votre avis votre plus gros défi?

Dr. David Butler-Jones: Je considérerais comme un succès qu'à la fin de mon mandat de cinq ans, on ait l'impression que l'agence a effectivement fait ce que nous avons déclaré qu'elle ferait—à savoir contribuer à la santé des Canadiens—et que nous ayons le sentiment que dans les diverses situations qui se présenteront... et je ne serais pas surpris d'en voir; la nature a plus d'un tour dans son sac... notre pays aura réagi aussi efficacement que quiconque aurait pu l'espérer.

L'hon. Robert Thibault: Merci, madame la présidente.

• (1730)

La présidente: Au nom du comité, je tiens à remercier la ministre et l'administrateur en chef de la santé publique. J'ai du mal à retenir ce titre. Je veux toujours vous appeler médecin hygiéniste en chef.

Dr David Butler-Jones: On confond souvent.

La présidente: Merci beaucoup d'être venus ce matin et cet après-midi. J'espère que cela nous a permis de mieux comprendre les choses alors que nous allons être saisis de notre premier projet de loi jeudi et que nous serons heureux de vous recevoir vous ou quiconque d'autre vous souhaiterez nous envoyer pour nous présenter le projet de loi.

Merci infiniment.

Je rappellerai à mes collègues du comité qu'ils doivent se souvenir qu'ils ont reçu un avis de motion. Ce sera aussi à l'ordre du jour jeudi. Je pense que nous commencerons par là. En fait, il y a deux motions.

Merci beaucoup, mesdames et messieurs.

La séance est levée.

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

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

Aussi disponible sur le réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire at the following address:

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

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.