



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 046 • 2<sup>e</sup> SESSION • 40<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mercredi 25 novembre 2009**

**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le mercredi 25 novembre 2009

• (1530)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):** Bon après-midi à tous.

Chers collègues, je me réjouis de votre présence ici. Nous allons régler très rapidement certaines questions. Nous allons commencer par étudier une motion.

Monsieur Carrie, pourriez-vous la lire, s'il vous plaît?

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Merci beaucoup, madame la présidente. Je pense qu'elle arrive à point nommé.

Nous avons entendu les questions soulevées à la Chambre il y a quelques instants et on m'a dit que l'étude article par article de ce projet de loi aura lieu demain au Sénat. Je suis donc très content d'avoir présenté cette motion. Je vais la lire:

Que le Comité permanent de la santé fasse connaître son avis à la Chambre, à savoir que nous avons besoin du projet de loi C-6 pour combler les lacunes de la réglementation et donner au gouvernement le pouvoir d'émettre des rappels, et que le mécanisme de rappel de produits actuellement en place ne permet pas de prendre des mesures suffisamment promptes et cohérentes pour protéger les Canadiens; et que, étant donné que le Comité prolonge ses heures pour veiller à l'adoption rapide du projet de loi C-6, la Chambre devrait fortement encourager les membres du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie à agir de manière responsable et, pour la sécurité et le bien-être de tous les Canadiens, adopter cette mesure législative cruciale sans délai.

**La présidente:** Nous allons maintenant ouvrir le débat.

Madame Murray.

**Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.):** Merci, madame la présidente.

Je tiens d'abord à préciser qu'aucun sénateur libéral ne retarde le projet de loi C-6. Les sénateurs examinent le projet de loi comme ils en ont la responsabilité. Comme les libéraux qui siègent à ce comité, ils sont pour la sécurité des produits de consommation offerts aux Canadiens.

Je considère que cette motion est non seulement injustifiée, mais insultante. Le projet de loi a été à la Chambre pendant 70 jours de séance et au Sénat pendant seulement 28 jours de séance. Le député d'en face conviendra, je pense, qu'il y avait certaines questions complexes à examiner et des témoins à entendre pour bien comprendre ce projet de loi. Cela a été fait rapidement.

Le gouvernement a parlé pour la première fois du projet de loi C-6 au Sénat le 23 juin, soit la veille de l'ajournement de la Chambre. Le sénateur libéral Day a parlé du projet de loi deux jours de séance plus tard, soit le 16 septembre. Ce projet de loi a été renvoyé à un comité le 7 octobre, mais le comité n'a commencé son examen que le 21 octobre. Le Sénat lui aura donc consacré moitié moins de jours de séance que la Chambre, y compris pour l'étude article par article, et le vote aura lieu la semaine prochaine. Les sénateurs ont tous fait en sorte que cette mesure soit adoptée rapidement et c'est pourquoi les libéraux s'abstiendront de participer à ce vote.

Merci, madame la présidente.

**La présidente:** Merci.

Voulez-vous poursuivre le débat?

Monsieur Malo.

[Français]

**M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ):** Madame la présidente, c'est par le truchement des travaux que la Chambre a elle-même entrepris que le comité, après avoir étudié cette question, a exprimé au Parlement son désir de voir l'adoption relativement rapide du projet de loi C-6. Si mon collègue considère le Sénat comme un obstacle à la façon dont doit travailler le Parlement, c'est davantage sur l'abolition du Sénat qu'il devrait s'exprimer.

Or, actuellement, le Sénat est là, et les sénateurs étudient ce projet de loi. Ils savent déjà, grâce à l'ensemble des discussions que nous avons eues à la Chambre des communes, que nous souhaitons l'adoption de ce projet de loi, justement, pour le bien-être de nos concitoyens.

Donc, pour ces raisons, madame la présidente, je voterai contre la motion de mon collègue.

[Traduction]

**La présidente:** Avez-vous quelque chose à ajouter?

Pouvons-nous voter maintenant?

**Des voix:** Oui.

(La motion est adoptée.)

**La présidente:** Merci beaucoup.

Je tiens à faire savoir au comité que le ministre comparaitra devant le comité, le mercredi 2 décembre, pour discuter du Budget supplémentaire (B).

Je désire également faire savoir au comité que nous examinerons l'ébauche de rapport sur les RHS, le lundi 7 décembre. Cela dit, je signale que les travaux du comité sont maintenant terminés et je demande donc à nos témoins de bien vouloir prendre place.

Je souhaite un bon après-midi à nos témoins.

Vous êtes les bienvenus au Comité de la santé. Nous nous réjouissons de votre présence ici aujourd'hui. Nous nous soucions beaucoup de l'étude sur les RHS que nous faisons actuellement et nous nous réjouissons donc que vous puissiez venir nous éclairer davantage.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, nous allons commencer notre étude des ressources humaines en santé.

Nos témoins sont d'abord le représentant de l'Association des facultés de médecine du Canada, le Dr Nick Busing, président directeur-général.

Bienvenue, docteur Busing.

Les représentants de l'Association canadienne des docteurs en naturopathie sont Paul Saunders, vice-président du comité des relations gouvernementales et David Lescheid, conseiller scientifique du comité des relations gouvernementales.

Vous êtes tous les deux les bienvenus.

L'Association des pharmaciens du Canada est représentée par Jeff Poston, directeur exécutif.

Bienvenue, monsieur Poston.

Le représentant de l'Association canadienne de physiothérapie est Michael Brennan, chef de la direction.

Je dois mentionner que nous accueillons également Steve Slade, de l'Association des facultés de médecin du Canada.

Est-ce « Dr » Steve Slade?

•(1535)

**M. Steve Slade (vice-président, Recherche et analyse, Association des facultés de médecine du Canada):** Non, c'est « M. ».

**La présidente:** Très bien. M. Steven Slade est le vice-président, Recherche et analyse.

Nous nous réjouissons de votre présence parmi nous. Chaque association fera un exposé de cinq minutes. Nous passerons ensuite au premier tour de questions et réponses.

Nous allons commencer par le Dr Nick Busing, président directeur général de l'Association des facultés de médecine du Canada.

**M. Nick Busing (président-directeur général, Association des facultés de médecine du Canada):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Nous avons fait distribuer un document qui est ma version d'un exposé sur PowerPoint. Je vous demanderais de bien vouloir le suivre avec moi, car je vais mentionner certaines données qui y figurent et certaines de mes observations pourront sembler hors contexte si vous ne les avez pas sous les yeux. Si vous le permettez, je vous signalerai où en j'en suis au fur et à mesure.

Encore une fois, merci infiniment de nous avoir donné la parole.

Pour ceux d'entre vous qui ne connaissent pas l'Association des facultés de médecine du Canada, nous représentons les 17 facultés de médecine canadiennes. Nous avons une mission tripartite: former les futurs médecins et chercheurs du pays; faire de la recherche dans le domaine de la santé et fournir des soins cliniques, surtout dans nos centres de soins tertiaires et quaternaires.

Nous délivrons actuellement plus de 2 300 doctorats en médecine par année. Nous avons plus de 10 000 étudiants qui étudient la médecine. Nous avons 12 000 stagiaires post-doctoraux et nous avons actuellement 21 000 professeurs à temps plein et à temps partiel répartis dans les universités de tout le pays. Les facultés de

médecine canadiennes reçoivent 2,6 milliards de dollars pour la recherche médicale.

Comme l'indique la première page, les priorités de l'AFMC — j'ai mentionné trois objectifs stratégiques — correspondent largement à l'invitation du comité permanent d'aborder les questions concernant la planification des RHS à l'échelle nationale, les solutions novatrices, la recherche et la collecte de données, la mobilité de la main-d'oeuvre, la pratique collaborative et les stratégies de recrutement et de conservation. Je voudrais aborder la plupart de ces sujets au cours des cinq minutes qui nous sont imparties.

À la page suivante, nous disons que nous partageons vos idées. Récemment, à l'occasion de « Les doyens sur la Colline » qui nous a permis de rencontrer au moins quatre ou cinq d'entre vous en tête-à-tête, nous avons clairement constaté que la question des RHS préoccupe tous les partis politiques. Quel que soit le parti ou la personne que nous avons rencontrée, nous vous avons entendu clairement dire que c'est une question cruciale pour notre pays et nous pensons donc que c'est effectivement à vous que doivent s'adresser nos observations.

Nous allons aborder très brièvement quatre propositions.

Je vous demande de bien vouloir passer à la page suivante intitulée « Nouvelles possibilités de formation pour les DIM canadiens ». Vous pouvez voir que nous avons 830 résidents en formation qui sont au Canada avec un visa. Un résident possédant un visa est une personne qui n'a pas la citoyenneté canadienne, qui ne doit pas, normalement, rester au Canada, qui est parrainée, généralement par un gouvernement et qui est censée retourner dans son pays. Il y a donc un grand nombre de stagiaires dans un système que nous sommes déjà en train d'élargir.

À la page suivante, il est question des diplômés internationaux en médecine. Cela devient un peu compliqué, car un diplômé international en médecine est une personne qui est un immigrant reçu au Canada ou un Canadien qui a étudié la médecine à l'étranger et qui est revenu ici. Il s'agit donc d'un autre groupe et, comme vous pouvez le voir, 1 387 de ces personnes ont demandé à recevoir une formation au Canada. Notre capacité d'accueil était de 392.

Nous avons donc une proposition relativement simple, dont nous avons déjà parlé à certains d'entre vous et que nous voudrions réitérer. Nous pensons qu'il est temps de réduire modestement le nombre de résidents possédant un visa que nous avons dans notre système et d'augmenter notre capacité d'accueillir un plus grand nombre de diplômés internationaux en médecine. Je sais que vous avez tous des concitoyens dont les enfants étudient la médecine à l'étranger et veulent revenir au Canada. Ils seront considérés comme des diplômés internationaux en médecine à leur retour. C'est une proposition modeste pour augmenter la capacité d'accueillir ce type d'étudiants dans notre système.

Toutefois, les résidents possédant un visa n'arrivent pas les mains vides. Les facultés de médecine reçoivent un financement pour les accueillir. Nous proposons de remplacer 50 postes de résidents possédant un visa par des postes de diplômés internationaux en médecine financés par le gouvernement fédéral. Nous pourrions ajuster cette proposition si vous désirez désigner des régions qui ont particulièrement besoin de ces 50 postes. Je pense que ce modeste changement pourrait être avantageux pour tout le monde.

Le tableau de la page suivante est compliqué et cela pour une bonne raison: pour vous rappeler qu'il n'est pas si simple d'amener des diplômés internationaux en médecine à exercer au Canada. En fait, nous avons six grands centres d'évaluation qui évaluent les diplômés internationaux en médecine dans les différentes régions du pays.

• (1540)

Oui, je sais qu'un grand nombre d'entre vous se demandent pourquoi nous ne pouvons pas accepter le médecin qui arrive au Canada et l'employer immédiatement dans nos salles d'opération au lieu qu'il reste à travailler dans un domaine extérieur à la médecine. Toutefois, une transition est nécessaire et vous pouvez voir ici qu'il est difficile de préparer les diplômés internationaux en médecine à exercer.

La troisième...

**La présidente:** Désolée, mais vous parlez depuis un peu plus de cinq minutes. Si vous pouviez survoler rapidement...

**M. Nick Busing:** En ce qui concerne les voies vers la pratique médicale, nous soulignons la nécessité d'un sommet sur les voies vers la pratique. Nous pensons qu'il faudrait réunir tous les intervenants pour discuter des perspectives et essayer de rationaliser le système complexe composé de six centres d'évaluation dans le cadre d'une stratégie nationale.

Je vais passer immédiatement aux autres enjeux. Désolé, mais nous avons beaucoup trop de données pour cinq minutes.

**La présidente:** Oui, j'en suis certaine, mais nous aurons une période de questions. Je crois donc que nous allons passer maintenant au témoin suivant, docteur Busing.

**M. Nick Busing:** Très bien.

Merci.

**La présidente:** Nous passons au Dr Paul Saunders.

**Dr Paul Saunders (vice-président, Comité des relations gouvernementales, Association canadienne des docteurs en naturopathie):** Bon après-midi, membres du comité.

Je m'appelle Paul Saunders. Je suis docteur en naturopathie en pratique privée, à Ancaster, en Ontario. Je fais partie du corps enseignant du Canadian College of Naturopathic Medicine et je fais de l'enseignement, de la recherche et de la formation clinique. Je suis vice-président du comité des relations gouvernementales de l'ACDN.

Je suis accompagné aujourd'hui de mon collègue, David Lescheid, qui est docteur en naturopathie en pratique privée, ici à Ottawa, chercheur clinique et conseiller scientifique auprès du comité des relations gouvernementales de l'ACDN. Nous tenons à vous remercier de nous avoir invités à témoigner aujourd'hui.

La naturopathie est un système distinct de soins de santé primaire qui allie les connaissances scientifiques modernes aux formes traditionnelles et naturelles de la médecine. Les docteurs en naturopathie sont des professionnels de la santé qui comptent au moins sept années d'éducation postsecondaire, y compris un diplôme de premier cycle et quatre années d'études à plein temps dans un collège de naturopathie reconnu.

Notre profession repose sur une infrastructure incluant des exigences éducatives, des examens d'autorisation et des examens provinciaux ainsi qu'une réglementation officielle dans six provinces. Nous nous conformons entièrement au chapitre 7 de l'Accord sur le commerce intérieur.

Nous sommes une des trois seules professions médicales, avec les médecins et les infirmières, qui au Canada, offrent des soins

primaires aux patients. Nous avons la capacité de communiquer un diagnostic.

Un nombre de plus en plus grand de Canadiens font appel aux naturopathes en tant que fournisseurs de soins primaires, même si les services naturopathiques ne sont pas couverts par les régimes publics de soins de santé. Par exemple, dans l'Île-du-Prince-Édouard, 8 000 personnes ne bénéficient pas de soins de santé primaires et on estime que plus de 5 000 d'entre elles sont traitées par des naturopathes qualifiés.

La médecine conventionnelle connaît une augmentation du nombre de médecins qui prennent leur retraite et une réduction du nombre d'étudiants en médecine qui choisissent la médecine familiale tandis que notre profession est en plein essor. Plus de 715 étudiants sont actuellement inscrits dans les deux collèges accrédités du Canada et 160 étudiants entrent chaque année en première année. Nous leur offrons un choix de carrière viable et, compte tenu de la croissance de notre profession, plus de 65 p. 100 de nos étudiants sont âgés de 25 à 35 ans. Ce n'est pas mon cas, mais cela montre que lorsque nos naturopathes obtiennent leur diplôme, ils sont en mesure d'exercer la profession pendant de longues années.

Le traitement et la prévention d'un grand nombre de maladies différentes constituent une dimension importante de l'exercice de notre profession et une de nos capacités particulières et nous estimons être en mesure de l'offrir au système de soins de santé canadien qui est surchargé.

Je voudrais laisser David Lescheid continuer.

• (1545)

**M. David Lescheid (conseiller scientifique, Comité des relations gouvernementales, Association canadienne des docteurs en naturopathie):** Nous apprécions d'être ici aujourd'hui. Merci de nous avoir invités.

Les services de naturopathie sont couverts par des régimes d'assurance-santé complémentaires, mais non par les régimes d'assurance-santé publics. Les patients qui adoptent une approche de santé proactive en optant pour un traitement de naturopathie allègent donc le fardeau financier du système canadien de santé déjà lourdement sollicité.

Des récents rapports publiés par les gouvernements ou des organismes indépendants démontrent clairement que le Canada a la possibilité d'améliorer sa prestation des soins de santé. Pour cela, il doit adopter une approche reposant sur la collaboration et le travail d'équipe afin de soutenir et de revitaliser le système de santé canadien face aux défis actuels et futurs. Le défi consiste à intégrer et à utiliser efficacement les professionnels de la santé, qu'ils soient financés par des fonds publics ou privés.

Il y a des exemples de naturopathes qui travaillent en collaboration avec des praticiens de la médecine conventionnelle dans des cliniques multidisciplinaires, des centres de santé communautaires, des hôpitaux et des communautés isolées et rurales. Et c'est important. Les Canadiens des communautés isolées et rurales doivent souvent voyager pendant des heures pour trouver un fournisseur de soins de santé, si toutefois ils en trouvent un. Les personnes qui vivent dans ces régions ont tendance à voir la santé dans une optique plus traditionnelle qui correspond à l'approche des naturopathes.

La suppression des obstacles qui s'opposent à une pratique collaborative, innovatrice et multidisciplinaire aiderait les Canadiens à avoir accès au professionnel de la santé de leur choix qui peut leur offrir les services dont ils ont besoin, au bon moment et dans un même endroit. Ces obstacles sont notamment le manque de financement, l'absence d'accès direct à des services de diagnostic, le manque d'accès aux substances et les préjugés professionnels. Ces facteurs empêchent un traitement adéquat, empêchent de diriger ou de recevoir des patients, placent les patients dans une situation difficile qui se traduit par des soins fragmentés et finalement une augmentation des coûts.

De toute évidence, le Canada doit se doter d'un système de soins de santé plus proactif, efficient, efficace et viable. Nous devons diminuer notre empreinte sur le système de santé et minimiser notre impact sur les coûts liés au maintien d'un système de santé socialisé et accessible à tous. Nous devons améliorer nos stratégies de promotion de la santé et soutenir les professionnels de la santé qui possèdent une expertise en promotion de la santé et en prévention des maladies.

Dans le contexte de l'étude sur les ressources humaines en santé entreprise par le comité, nous recommandons que, premièrement, le gouvernement fédéral... je veux dire le gouvernement fédéral. C'était un petit lapsus.

**La présidente:** Un lapsus freudien, je suppose.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. David Lescheid:** Nous recommandons au gouvernement fédéral: d'encourager et de soutenir la mise sur pied d'équipes de santé collaboratives pleinement intégrées; de faire en sorte que tous les professionnels de la santé puissent exercer pleinement leur profession de façon à remédier à la pénurie de fournisseurs de soins primaires et à permettre aux patients d'avoir un meilleur accès aux soins; de financer des initiatives pour supprimer les obstacles qui s'opposent à des soins collaboratifs, multidisciplinaires et intégrés et de veiller à ce que les professionnels de la santé comme les naturopathes aient accès à toutes les substances dont ils ont besoin pour traiter leurs patients de façon sécuritaire et efficace...

**La présidente:** Merci, monsieur Lescheid.

N'oubliez pas que nous avons votre mémoire écrit et que le comité va l'étudier très attentivement.

J'ai laissé tout le monde dépasser son temps de plus d'une minute, ce qui va réduire la période de questions. Je ne veux pas me montrer impolie. C'est très difficile. Surveillez simplement le moment où j'allume la lumière, car je déteste vous interrompre.

**M. David Lescheid:** Très bien.

**La présidente:** Merci.

Nous passons maintenant à l'Association canadienne de physiothérapie représentée par Michael Brennan, chef de la direction.

[Français]

**M. Michael Brennan (chef de la direction, Association canadienne de physiothérapie):** Merci beaucoup, madame la présidente.

[Traduction]

Bon après-midi à tous les membres du comité.

Les 11 000 membres de l'Association canadienne de physiothérapie travaillent et étudient dans la totalité des provinces et des territoires et c'est avec un grand plaisir que nous participons à ces délibérations.

Tel qu'indiqué dans le mémoire que nous vous avons remis la semaine dernière, nous pensons que la solution pour disposer de ressources humaines suffisantes dans le domaine de la santé réside dans la mise en oeuvre rigoureuse d'une collaboration interprofessionnelle. L'utilisation efficace des compétences professionnelles au sein d'équipes qui travaillent en collaboration sans être limitées par une hiérarchie périmée a démontré qu'elle améliorerait les résultats médicaux, réduisait les délais d'attente et abaissait les coûts.

Il n'est pas trop présomptueux de dire que nous savons déjà ce qu'il faut faire pour répondre à nos besoins de ressources humaines en santé. La solution ne consiste pas à augmenter simplement le nombre de médecins, d'infirmières ou de physiothérapeutes.

Comme l'indique le Conseil canadien de la santé, en appliquant ce que nous avons appris au sujet des soins en équipe et centrés sur le patient, nous pouvons résoudre dès aujourd'hui une grande partie de nos besoins de ressources humaines en santé. Il ne s'agit pas d'augmenter la quantité, mais la qualité des services. Le gouvernement du Canada a l'occasion de mettre en pratique les techniques de gestion des ressources humaines en santé qui ont montré qu'elles amélioreraient les résultats pour le patient, à un coût plus bas.

Le Régime de soins de santé de la fonction publique est, de loin, le régime de services de santé le plus important du Canada et il représente l'un des plus gros contrats du pays dans le domaine médical. Près de 1,2 million d'employés, de retraités et membres de leur famille sont couverts par ce régime. Le montant des demandes de règlement payé l'année dernière dépassait 700 millions de dollars. De plus, le gouvernement a récemment accordé à Sun Life le contrat d'administration du régime pour la somme de 30,5 millions de dollars par année. Étant donné l'importance de ce contrat, le gouvernement exerce une influence considérable en tant que principal employeur et acheteur de prestations.

Nous faisons respectueusement valoir que les députés ont le devoir de veiller à ce que ce régime, d'une valeur de plusieurs milliards de dollars, fasse l'utilisation la plus efficace possible des ressources humaines. Dans le régime actuel, ce sont les médecins qui contrôlent l'accès aux services. Vous ne pouvez pas obtenir des services de physiothérapie, par exemple, ou d'autres services de santé, sans une ordonnance d'un médecin. Les patients peuvent légalement décider eux-mêmes de consulter un physiothérapeute dans l'ensemble des provinces et territoires. Toutefois, le régime ne rembourse pas les traitements d'un physiothérapeute sans ordonnance d'un médecin.

Cette politique est une source de gaspillage. Chaque année, des millions de dollars sont dépensés en consultations médicales inutiles. Cette politique est dangereuse. Les tracasseries bureaucratiques qui retardent l'accès aux services de physiothérapie en cas de lésions musculosquelettiques aiguës peuvent entraîner un handicap chronique, ce qui coûte aux employeurs des millions de dollars en frais d'absentéisme. Plus le patient reçoit tôt le traitement dont il a besoin, meilleur est le résultat.

L'accès direct des patients aux services de physiothérapie s'est révélé moins coûteux, il améliore les résultats et diminue l'absentéisme. Des études approfondies réalisées aux États-Unis, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Australie démontrent sans l'ombre d'un doute que l'accès direct aux services de physiothérapie donne des meilleurs résultats, permet de retourner plus tôt au travail et réduit les coûts.

[Français]

Le gouvernement du Canada a l'occasion de mettre en pratique ces techniques éprouvées. Nous demandons aux membres du comité de partager cette information avec leurs collègues dans l'espoir que tous les députés de tous les partis politiques pourront démontrer une volonté collective pour l'utilisation efficace des ressources humaines en matière de santé.

• (1550)

[Traduction]

Vous n'avez pas besoin d'attendre une révolte de l'opinion publique pour mettre en oeuvre ce changement. Comme l'a dit Henry Ford: « Si j'avais demandé à mes clients ce qu'ils voulaient, ils m'auraient répondu que c'était des chevaux plus rapides ». C'est l'occasion de faire preuve de leadership. Les 1,2 million de Canadiens couverts par le Régime de soins de santé de la fonction publique ne se rendent peut-être pas encore compte des avantages de cette proposition, mais une fois qu'elle sera appliquée, la santé générale de la fonction publique s'améliorera, les employés retourneront au travail plus rapidement, les médecins disposeront de plus de temps pour d'autres priorités et le coût du programme diminuera.

Les membres de l'Association canadienne de physiothérapie sont dévoués envers leurs patients. Un examen approfondi de notre proposition montrera que nous ne demandons pas une meilleure rémunération ou un avantage concurrentiel sur le marché. Nous demandons simplement l'élimination des tracasseries administratives qui reposent sur une politique désuète. Nous essayons simplement de faciliter les choses pour nos patients, y compris la fonction publique, en leur permettant de recevoir les soins dont ils ont besoin en ayant moins d'obstacles administratifs à franchir.

Si nous voulons que le Canada bénéficie de ressources humaines en santé stables et suffisantes, nous devons appliquer ce que nous avons appris. Il n'est plus temps d'étudier la question; nous connaissons parfaitement le problème et un certain nombre de solutions pratiques. Nous exhortons les membres du comité à contribuer à la mise en place d'un changement simple, mais important. Ce faisant, vous montrerez que vous comprenez clairement ce qui doit être fait et que vous avez la volonté de le faire.

*Merci beaucoup.*

**La présidente:** Merci beaucoup. Je dois vous féliciter. Vous avez pris cinq minutes et une seconde, ce qui est merveilleux pour une présidente.

Nous passons maintenant à M. Jeff Poston, de l'Association des pharmaciens du Canada.

**M. Jeff Poston (directeur exécutif, Association des pharmaciens du Canada):** Merci beaucoup.

Merci de nous avoir invités à prendre la parole devant vous.

Je suis le directeur exécutif de l'Association des pharmaciens du Canada. Nous sommes une organisation nationale bénévole qui représente les pharmaciens canadiens. Nos membres exercent la profession dans la collectivité, dans les hôpitaux, dans les universités et dans l'industrie.

Les témoignages que le comité a entendus jusqu'ici faisaient valoir la nécessité d'adopter une stratégie pancanadienne à l'égard des ressources humaines en santé et de se doter d'un institut ou observatoire national des RHS. L'Association des pharmaciens du Canada appuie certainement ces propositions. Toutefois, je tiens à souligner ici trois choses qui représentent les innovations requises

pour favoriser le recrutement et la rétention des pharmaciens dans le secteur de la santé.

Premièrement, les pharmaciens veulent des emplois satisfaisants et intéressants, ce qui signifie un rôle élargi dans le système de soins de santé. Deuxièmement, nous avons besoin pour cela d'un investissement dans des places de formation en milieu de travail. Troisièmement, nous devons devenir davantage autosuffisants et réduire notre dépendance à l'égard des pharmaciens qui ont été formés à l'étranger.

Les pharmaciens sont les experts de l'utilisation sûre et rationnelle des médicaments. Il est évident que les patients ont besoin d'aide pour tirer le meilleur parti de leurs médicaments et qu'une amélioration de la sécurité et de la qualité de l'utilisation des médicaments serait bénéfique pour le système de soins de santé. Il est également de plus en plus évident que les pharmaciens peuvent améliorer les résultats d'une thérapie médicamenteuse, surtout dans les modèles de collaboration interprofessionnelle.

Les modèles de collaboration interprofessionnelle sont essentiels pour assurer la durabilité du système de soins de santé et cela augmentera le besoin de pharmaciens possédant les connaissances et les compétences particulières requises pour fournir des services élargis. Le développement de ces compétences exige une formation et une pratique interprofessionnelle et les universités ont donc besoin d'un financement supplémentaire pour accroître ces possibilités de formation.

Les pratiques exemplaires en matière de recrutement et de rétention doivent également tenir compte de la proportion de pharmaciens formés à l'étranger qui composent nos effectifs. Le recrutement international permet peut-être de faire face aux pénuries de main-d'oeuvre, mais il doit être fait de manière éthique. À plus long terme, le Canada devrait chercher à devenir plus autosuffisant pour répondre à ses besoins de main-d'oeuvre médicale.

Selon un rapport de l'Association des facultés de pharmacie du Canada, le taux d'acceptation des candidats à l'école de pharmacie est de un sur six, pourtant, l'année dernière, le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada a enregistré plus de 1 200 pharmaciens admissibles au permis d'exercice et 40 p. 100 de ces pharmaciens ont été formés à l'étranger. Plus de 50 p. 100 des pharmaciens autorisés à exercer en Ontario l'année dernière ont été formés à l'extérieur du pays.

Malgré ces chiffres, la pénurie de pharmaciens en milieu communautaire et hospitalier reste problématique même si c'est un peu moins que par le passé. Cela entraîne un certain mécontentement, car les pharmaciens continuent de se plaindre surtout de la lourdeur ou de l'augmentation de leur charge de travail tandis que les propriétaires et les gestionnaires disent avoir de la difficulté à recruter et à garder du personnel qualifié. Les pharmaciens sont souvent surchargés de travail ou épuisés et n'ont pas le temps d'interagir vraiment avec les patients.

Il faut du temps pour faire en sorte qu'une thérapie médicamenteuse donne des résultats optimaux. Pour résoudre certaines de ces problèmes, certains employeurs ont adopté des méthodes novatrices telles que des horaires flexibles et des programmes de rémunération incluant des incitatifs comme des primes à l'embauche et le subventionnement d'une formation continue.

Sur un plan plus pragmatique, les pharmaciens consacrent actuellement trop de temps à l'administration du régime d'assurance médicaments. La simplification des régimes d'assurance médicaments serait une première étape positive pour mieux gérer l'utilisation de l'effectif de pharmaciens dont nous disposons au Canada.

Nous devons aussi innover en ce qui concerne l'utilisation des techniciens en pharmacie pour assurer une utilisation optimale des ressources humaines en pharmacie du Canada. Nous avons maintenant des normes d'agrément pour les programmes de formation des techniciens en pharmacie ainsi qu'e des normes à l'égard des compétences requises pour débiter dans la profession. De nombreuses provinces ont mis en place des dispositions législatives et des exigences pour permettre l'agrément et éventuellement la réglementation des techniciens en pharmacie.

Pour conclure, pour pouvoir faire une meilleure utilisation des pharmaciens dans le système de soins de santé, nous avons besoin d'innover pour élargir le rôle des pharmaciens de façon à améliorer leur satisfaction; nous devons investir dans la formation interprofessionnelle et la formation en milieu de travail; nous devons développer le rôle des techniciens en pharmacie sur le plan de la distribution des médicaments et enfin, nous avons besoin de nouveaux modèles d'exercice avec des nouvelles méthodes de rémunération.

Avec l'appui du gouvernement fédéral et de nombreuses provinces, nous commençons à élaborer des modèles novateurs pour l'exercice de la profession. Au niveau national, nous appuyons une grande initiative intitulée « Plan directeur pour la pharmacie » dans le but d'apporter et d'orienter des changements dans notre profession.

Merci beaucoup.

• (1555)

**La présidente:** Merci, monsieur Poston.

Nous passons maintenant à notre tour de sept minutes pour les questions et réponses en commençant par Mme Murray.

**Mme Joyce Murray:** Merci.

Merci d'être venus nous aider à comprendre la pénurie de ressources humaines en santé et ce que nous devons faire pour y remédier.

Nous avons entendu, avant aujourd'hui, un certain nombre de témoins parler des avantages de la collaboration interprofessionnelle. C'est davantage préconisé. Nous avons aussi entendu parler des obstacles qui s'opposent à la mise en oeuvre de ce modèle qui a fait ses preuves dans le cadre de projets pilotes.

J'aimerais entendre les représentants des naturopathes. C'est au sujet des obstacles auxquels se heurte la profession. Nous avons entendu parler des obstacles auxquels sont confrontés d'autres membres de la profession médicale. D'après ce que j'ai compris, il y a davantage de préjugés et de problèmes que ceux qui existent généralement... à l'égard des autres types de changements qu'il faudrait apporter pour favoriser une collaboration interprofessionnelle.

J'ai deux questions.

Premièrement, pouvez-vous me dire quel genre de recherche confirme la rentabilité des traitements naturopathiques?

Deuxièmement, pourriez-vous nous parler un peu plus de vos difficultés ou des obstacles qui vous empêchent d'avoir accès aux substances que vous utilisez pour traiter vos patients, et en quoi les

restrictions qui vous empêchent d'exercer pleinement votre art vous empêchent aussi de contribuer à résoudre la pénurie de ressources en santé humaine.

Je vais également partager mon temps avec le Dr Martin.

• (1600)

**Dr Paul Saunders:** Je vais répondre à la première partie de votre question et laisser M. Lescheid répondre à la deuxième partie.

En ce qui concerne la première partie de votre question, je vais me servir d'un exemple. Nous avons travaillé avec Postes Canada à une étude au cours de laquelle les patients ont reçu soit les soins naturopathiques habituels incluant tout ce que nous faisons, soit des soins de physiothérapie, soit simplement les soins courants. Nous avons démontré au cours de cette étude que pour les travailleurs des Postes qui avaient reçu des soins naturopathiques, les économies sur les coûts de soins de santé se chiffraient à plus de 1 000 \$ par personne et que ces travailleurs ont repris le travail plus tôt, qu'ils étaient en bien meilleure santé et qu'ils ont pu faire leur travail beaucoup mieux. Il y a eu des études similaires aux États-Unis.

C'est un exemple de recherche qui montre que les soins naturopathiques sont efficaces et rentables.

**M. David Lescheid:** Simplement pour vous donner quelques exemples des obstacles auxquels nous sommes confrontés, nous recevons une formation intensive sur différents produits de santé naturels et un des obstacles se situe au niveau de l'accès à ces substances.

Je vais vous donner trois exemples. Les deux premiers concernent l'accès à des doses que nous savons sûres et efficaces. Une de ces substances est la vitamine D qui est vraiment la championne des vitamines. Nous avons beaucoup appris sur la vitamine D ces derniers temps. À l'heure actuelle, la limite maximale est de 2 000 unités internationales. Il ressort des données scientifiques qu'il faut en prendre plus pour obtenir un effet thérapeutique, mais que la dose doit être prescrite par une personne bien formée qui connaît le bon dosage. Oui, nous pourrions faire prendre à nos patients plusieurs doses de 2 000 unités internationales ou moins, mais en fait, il est préférable d'avoir accès à une dose plus importante.

Dans la même veine, nous commençons à constater que la vitamine D est reliée aux vitamines A et K et la quantité de vitamine K que nous pouvons utiliser est également limitée. Par conséquent, même si nous comprenons cette interaction et si la vitamine K s'est révélée être une vitamine très importante, Santé Canada ne nous y donne pas accès.

Voilà pour le dosage. Une substance comme la L-carnitine est un exemple de substance sans danger, mais à laquelle nous n'avons pas accès parce qu'elle figure à l'annexe F. Je vais simplement vous donner un exemple des obstacles et des difficultés qu'ils nous posent. Je travaille dans un immeuble médical qui appartient à un médecin. Nous partageons nos patients. Un patient est allé le voir pour s'informer au sujet de la L-carnitine. Le médecin lui a dit qu'il ne savait pas grand-chose à ce sujet, mais il lui a conseillé d'aller voir le naturopathe en bas. Le patient est venu me voir et j'ai pu lui parler de la L-carnitine, des dosages, des effets secondaires et lui fournir l'information qu'il recherchait. Ensuite, à la fin de la conversation, j'ai dû lui dire que cette substance était inscrite à l'annexe F et que je ne pouvais donc pas lui en prescrire, qu'il devait retourner en haut pour que le médecin lui fasse une ordonnance. C'est donc une façon...

**La présidente:** Je suis désolée, mais le Dr Martin va manquer complètement de temps à moins qu'il ne pose ses questions maintenant.

Ou voulez-vous continuer, docteur Martin?

**L'hon. Keith Martin (Esquimalt—Juan de Fuca, Lib.):** Aurai-je une autre chance? Resterait-il du temps?

**La présidente:** Non, probablement pas.

**L'hon. Keith Martin:** Dans ce cas, je vais poser rapidement mes questions, si vous le permettez.

**La présidente:** Allez-y.

**L'hon. Keith Martin:** Merci à vous tous d'être ici.

Brièvement, docteur Busing, l'AFMC pourrait-elle soumettre certains documents au comité?

Premièrement, vous avez fait un excellent travail en montrant les changements démographiques touchant l'effectif de médecins et de personnel infirmier. Si vous pouviez nous remettre ce document, nous l'apprécierions, car il montre les changements survenus au sein de la profession.

Deuxièmement, si ce n'est pas dans votre mémoire, pourriez-vous nous communiquer également le plan concernant les 3 000 places au niveau pré-doctoral ainsi que le plan pour les 250 places à un coût de 86 millions de dollars de façon à augmenter énormément le nombre de postes de stagiaires post-doctoraux?

Merci.

**M. Nick Busing:** Merci.

Certaines de ces données sont incluses dans notre mémoire, mais je me ferai un plaisir de vous les communiquer officiellement, comme l'a suggéré le Dr Martin.

•(1605)

**La présidente:** Ce serait merveilleux. Si vous les remettez à la greffière, nous veillerons à ce que chaque député en obtienne une copie, y compris le Dr Martin.

**M. Nick Busing:** Très bien.

**La présidente:** D'ailleurs, bienvenue, docteur Martin.

Il n'est pas un membre habituel de notre comité, mais sa présence est très appréciée lorsqu'il participe à nos réunions.

**L'hon. Keith Martin:** Merci, madame la présidente.

**Mme Joyce Murray:** Nous reste-t-il du temps, madame la présidente?

**La présidente:** Oui, bien sûr.

**Mme Joyce Murray:** Merci.

Il semble que vous n'avez pas terminé votre réponse et il nous reste encore un peu de temps.

**M. David Lescheid:** J'avais presque terminé. Il semble simplement que nous faisons une utilisation très inefficace du budget de la santé s'il faut trois visites pour pouvoir répondre à la question de cette personne quant à la façon d'utiliser la L-carnitine de façon sûre et efficace.

**Mme Joyce Murray:** Voulez-vous dire que le gouvernement fédéral devrait travailler avec les provinces pour mettre à jour le champ d'activité des naturopathes?

**M. David Lescheid:** Absolument, afin d'inclure les substances que nous avons appris à utiliser de façon sûre et efficace.

**Mme Joyce Murray:** Enfin, avez-vous étudié le champ d'activité des naturopathes de la Colombie-Britannique qui vient d'être

officialisé dans une réglementation? Cela correspond-il à ce que vous demandez?

**Dr Paul Saunders:** Oui. Nous l'avons examiné. Comme il vient d'être mis en place, nous n'en connaissons pas tous les détails, mais il sera certainement très utile, car il permettra aux naturopathes d'avoir accès aux substances botaniques, aux substances nutritives, aux acides aminés ainsi qu'aux vitamines et minéraux que nous avons appris à utiliser. Ce sera certainement utile.

**La présidente:** Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de M. Malo.

[Français]

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

Dans les documents que nous ont fournis nos témoins, je retrouve essentiellement la même chose quant à un élément: l'utilisation des ressources humaines. Et vous me permettez de souligner cela à l'intention du comité.

Voici ce qu'écrit l'Association canadienne de physiothérapie dans un paragraphe dont le titre est « L'importance de l'efficacité dans les soins de santé et les ressources humaines en santé »: « La seule façon de maintenir les normes de soins de santé, compte tenu de cette demande accrue, est d'accroître l'efficacité. » Il s'agit donc de l'efficacité dans les soins de santé et les ressources humaines en santé, puisque cela fait partie du titre du paragraphe.

Voici ce qu'écrit l'Association des pharmaciens du Canada: « Le système de la santé n'utilise pas ses ressources humaines en pharmacie de façon optimale. »

Dans son mémoire, l'Association canadienne des docteurs en naturopathie, au premier point de la conclusion, dit qu'« il faut utiliser les services des professionnels de la santé à leur pleine capacité ».

Tous les trois semblent donc nous dire que les ressources humaines en santé sont mal utilisées ou ne sont pas utilisées à leur plein potentiel.

Je me demande simplement — et je pose la question à mes témoins —, puisque l'organisation des soins de santé relève des compétences du Québec et des provinces, si nos témoins ont également et surtout fait valoir ces constats auprès des intervenants au Québec et dans les provinces.

J'ai une question subsidiaire. Puisque pour nos témoins le constat est clair, à savoir que le nombre actuel des ressources humaines en santé est peut-être suffisant, mais que ces ressources sont peut-être mal utilisées, pourquoi y a-t-il encore des problèmes?

[Traduction]

**La présidente:** Qui désire commencer?

Monsieur Brennan.

[Français]

**M. Michael Brennan:** Merci de la question.

Effectivement, nous trouvons que le potentiel de l'efficacité peut résoudre non pas tous les problèmes, mais une grande portion de ceux-ci. Étant donné l'âge de la population, il faudrait certes plus de médecins, d'infirmières et de physiothérapeutes. Par ailleurs, nous savons, des études effectuées au Canada et de par le monde, que l'efficacité dans les domaines de la santé souffre ici, au Canada, et dans le monde. Les équipes dont on parle souvent ont été testées, et les preuves ont été faites dans le cadre de projets-pilotes — on est reconnu comme un pays de projets-pilotes.

Maintenant, il n'est plus question de poser les questions ou d'étudier les exemples. On sait que chacun des membres de ces regroupements d'équipes travaille selon son potentiel, c'est-à-dire en mettant à profit toutes ses connaissances, capacités et expériences, et que ce n'est pas une question de supervision mais de coopération. Le potentiel existe.

Premièrement, la question est de savoir maintenant si la loi permet d'utiliser les connaissances. Secondement, en fonction de sa culture, la population est-elle prête à aller voir le physiothérapeute avant d'aller voir le médecin?

Voici la réponse à la première question: ce problème n'a pas été résolu dans certaines provinces, et nous faisons justement les demandes dans chacune d'elles.

Voici la réponse à la seconde question qui porte sur la culture de la population — c'est pour cela que j'ai fait mon discours: les employeurs doivent demander des changements, et il nous revient d'informer le public qu'il peut bénéficier d'une main-d'œuvre en santé plus efficace. Néanmoins, c'est à lui de comprendre ses droits, en demandant des services particuliers dans un domaine.

• (1610)

[Traduction]

**La présidente:** Quelqu'un d'autre désire-t-il répondre?

Docteur Saunders.

**Dr Paul Saunders:** Oui. Pour répondre à votre première question, c'est le cas. Nous en avons parlé avec les provinces à de nombreuses reprises. Deuxièmement, le Fonds pour l'adaptation des services de santé du Canada a financé, entre 2004 et 2006, une étude pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé. Les participants ont établi des modèles. Ils ont constitué une trousse d'outils. Ils ont élaboré des façons de procéder et ils étaient prêts à lancer des projets de démonstration.

Malheureusement, aucun financement n'a été accordé pour donner suite à leurs recommandations qui sont donc restées en suspens depuis 2006. On n'a donc pas vraiment eu l'occasion de démontrer que ce modèle de collaboration fonctionnera et qu'une fois ces obstacles éliminés, les différents praticiens, fournisseurs de soins primaires et fournisseurs de soins secondaires pourront travailler ensemble.

**La présidente:** Il vous reste encore un peu de temps.

Allez-y.

**M. Jeff Poston:** La question de la réforme des soins de santé et surtout des soins primaires est jugée prioritaire dans de nombreuses provinces, de même que la collaboration interprofessionnelle. Nous avons présenté, en annexe de notre mémoire, les résultats d'une grande étude nationale que nous avons réalisée sur les changements à apporter à la politique concernant les ressources humaines en pharmacie et nous commençons à voir certains de ces changements.

Notre grand projet de « Plan directeur pour la pharmacie » visera à regrouper les membres de la profession et à communiquer aux

gouvernements provinciaux certains de ces changements, mais la gestion des changements est un processus compliqué dans le domaine des soins de santé. Nous avons notamment constaté qu'il faut intégrer les changements dans cinq domaines: l'éducation et la formation; la technologie de l'information; les ressources humaines en pharmacie; les dispositions juridiques et réglementaires et la responsabilité civile ainsi que la viabilité et la durabilité financières.

Je pense que ce travail est en cours. Nous avons besoin d'un financement supplémentaire pour la recherche. Le financement du projet ACIS en est un bon exemple. Toutefois, les professions sont en train de le faire comprendre et de prendre leurs propres initiatives pour commencer à faire bouger les choses.

**La présidente:** Docteur Busing, je crois que vous vouliez faire quelques observations.

[Français]

**Dr Nick Busing:** Oui, j'aimerais juste ajouter quelques mots, s'il vous plaît.

Premièrement, j'ai écouté les autres présentations et j'aimerais vous référer à la quatrième proposition de notre présentation. En effet, nous essayons de traiter de ce contexte. C'est-à-dire que le gouvernement fédéral doit jouer son rôle de leadership en créant un environnement où l'on pourrait rassembler tous les renseignements dans notre pays. Je ne veux pas d'une situation où nous prendrions des décisions ad hoc, mais un environnement où nous pourrions rassembler toutes les ressources afin de développer une stratégie pour les ressources humaines en santé. Selon moi, ce serait la meilleure façon de procéder.

Deuxièmement, en ce qui a trait aux soins interprofessionnels, M. Brennan a dit que nous étions dans un environnement de projets-pilotes, et je suis bien d'accord sur cela. Aussi, il y a quelques exemples: ici, en Ontario, il y a les Équipes Santé familiale et, au Québec, il y a les GMF. On a commencé à intégrer des modèles interprofessionnels.

Troisièmement, nous avons complété une étude au sujet de l'éducation des médecins. Nous allons présenter les recommandations dont l'une est clairement

• (1615)

[Traduction]

de développer davantage l'éducation et l'exercice interprofessionnels.

[Français]

Tout le monde a sa perspective, mais on doit avoir un environnement où l'on peut tout mettre ensemble.

[Traduction]

**La présidente:** Merci, docteur Busing.

C'est maintenant au tour de Mme Wasylycia-Leis.

**Mme Judy Wasylycia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD):** Merci beaucoup à vous tous.

Cela fait des années et des années que nous parlons de modifier les champs d'activité, de nous orienter vers des équipes multidisciplinaires, d'ouvrir les barrières afin que certaines autres professions comme les naturopathes puissent être incluses. On a suggéré qu'il y ait moins de chasses gardées. On a parlé d'une approche holistique des soins de santé.

C'est ce que vous dites tous aujourd'hui. Comment faire avancer les choses? Que faisons-nous?

**La présidente:** Monsieur Brennan.

**M. Michael Brennan:** En toute franchise — j'ai eu l'occasion d'en parler déjà avec certains d'entre vous — je pense que le gouvernement fédéral a là une bonne occasion de faire preuve de leadership en disant qu'il paiera seulement pour les systèmes de santé qui intégreront vraiment la collaboration interprofessionnelle.

J'en reviens constamment au Régime de soins de santé de la fonction publique, mais c'est un exemple très flagrant et très coûteux. Il suffirait que le Secrétariat du Conseil du Trésor dise qu'il permettra à ces équipes de travailler en collaboration afin que l'accès à ces services ne passe pas par un goulet d'étranglement. Ce n'est qu'un exemple de ce que vous pourriez faire cette semaine, mais c'est peut-être le meilleur.

À part cela, nous disons, dans notre proposition, qu'il est temps de songer à financer la mise en oeuvre pour ce qui est des discussions sur le transfert des soins de santé en 2014, etc. Il n'est pas trop tôt pour commencer à en parler. Des réussites spectaculaires ont été obtenues grâce au modèle de financement de 2004 qui récompensait l'innovation. Je pense que nous pouvons faire la même chose, mais nous serions certainement en faveur d'un premier pas courageux visant à donner le bon exemple.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** À ce propos, Steve, si c'était fait en collaboration avec les provinces, vous attendez-vous à des objections de la part des gouvernements provinciaux qui essaient de faire la même chose depuis aussi longtemps?

**M. Steve Slade:** Il peut être frustrant, je pense, de voir qu'on tient des conférences sur les RHS aux quatre coins du pays sans faire le lien entre elles. Nous avons des organismes comme l'ICIS, Statistique Canada et la Division des stratégies pancanadiennes en matière de RHS, de Santé Canada qui font tous un excellent travail, mais si vous demandez qui est l'organisme responsable, à qui adresser vos questions et qui s'occupe de regrouper cette myriade d'intervenants du gouvernement, de fournisseurs de soins de santé, de gestionnaires, de chercheurs ainsi que les infirmières praticiennes, les infirmières, les médecins, les pharmaciens et les physiothérapeutes, il n'y en a pas pour le moment.

Je crois qu'il y a, au sein de ces organismes, une volonté qui n'était pas là par le passé. Les guerres intestines qui font partie de notre histoire n'ont plus cours. L'observatoire des RHS, notre proposition numéro 4, en témoigne. Nous avons un corps constitué de nombreux organes et nous avons maintenant besoin d'un cerveau qui n'existe pas encore. Cette analogie humaine correspond à ce que nous proposons.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** C'est une bonne analogie.

Paul — et je m'adresserai ensuite à Jeff — oubliez 2006: nous faisons cela depuis 1990, n'est-ce pas?

**Dr Paul Saunders:** Je le sais. Je donnais seulement un exemple.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Il y a 10 ans, notre comité a produit un rapport sur les produits de santé naturels et les médecines douces.

**Dr Paul Saunders:** C'était il y a 10 ans, en 1999.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** S'est-il passé quelque chose depuis ce rapport?

**Dr Paul Saunders:** Non, pas vraiment. En fait, les produits de santé naturels ne sont toujours pas réglementés. C'est le problème et pourtant, certaines choses disparaissent. Toutefois, comme mes collègues l'ont dit ici, je pense que le gouvernement fédéral devrait

dire aux provinces que nous voulons tous une collaboration et qu'il s'agit donc de passer à l'acte. Réunissons-nous, réunissons ensemble les meilleurs cerveaux de chacun de ces groupes et trouvons un moyen de réaliser cela en collaboration. Nous serions très heureux d'y participer.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Jeff.

**M. Jeff Poston:** Je pense qu'en fait, les provinces commencent à agir. Nous avons constaté des changements spectaculaires en ce qui concerne le champ d'activité des pharmaciens sous la forme de dispositions législatives leur permettant de prescrire des médicaments dans un certain nombre de provinces. Il y a eu des changements très importants, mais le problème est que nous avons vraiment besoin d'une approche intégrée.

Un bon exemple est que certaines provinces ont légiféré pour donner aux pharmaciens le droit de prescrire des médicaments, mais que les systèmes voulus pour soutenir l'éducation et la formation ne sont pas toujours présents. On n'a pas mis de processus en place pour soutenir la collaboration en communiquant avec les médecins généralistes.

Notre propre expérience et l'expérience internationale dans le domaine de la pharmacie montrent qu'il ne suffit pas de changer un seul élément. Pour modifier la loi, les modèles de paiement ainsi que l'éducation et la formation, il faut une approche intégrée. C'est à ce niveau-là qu'il serait très utile d'avoir un observatoire ou un institut des RHS pour relier les différents éléments et commencer à élaborer une approche intégrée.

• (1620)

**M. Michael Brennan:** Si vous me permettez d'ajouter une chose, il est essentiel... J'espère ne pas donner l'impression que j'attribue au gouvernement fédéral la responsabilité de tout cela, car il joue un rôle, mais les professions doivent elles-mêmes informer les consommateurs des soins de santé de ce qui fonctionne et elles doivent le faire en collaboration. Nous avons d'excellentes relations avec les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé et si nous ne changeons pas les mentalités afin que les patients s'attendent à cette collaboration, ce sera de notre faute.

Nous allons lancer une campagne nationale de publicité, en février, à nos propres frais et avec nos propres moyens de communications, en tant que profession du système de soins de santé primaires, pour informer les patients de ce que les soins en collaboration et l'accès à la physiothérapie représentent pour eux. Nous ne demandons pas d'aide financière au gouvernement. Nous lui demandons simplement de saisir cette occasion.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Seriez-vous tous d'accord sur la façon de décrire ce transfert d'argent conditionnel? S'agirait-il d'exercer en collaboration ou en groupe multidisciplinaire? L'ensemble de vos mémoires contient-il suffisamment de matière pour que nous puissions en faire une recommandation dans le rapport que nous sommes censés produire très prochainement?

**M. Jeff Poston:** Je pense que c'est probablement le cas. Je dirais... Je pense qu'il est de plus en plus question d'un exercice interdisciplinaire; c'est en collaboration ou interdisciplinaire. Je pense que c'est dans cette voie que s'orientent les études ou la réflexion.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** La commission royale de Roy Romanow n'a-t-elle pas insisté sur la médecine de groupe?

**M. Jeff Poston:** L'important, je crois, c'est la dimension interdisciplinaire et c'est ce que nous voulons obtenir.

**Dr Paul Saunders:** Cela pourrait être en groupe, mais un groupe de professionnels qui travaillent en collaboration.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** C'est très intéressant. Merci.

**La présidente:** Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de M. Carrie.

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je m'intéresse vraiment à ce que vous dites en raison de mes antécédents. Je suis chiropraticien. J'ai travaillé dans des cliniques multidisciplinaires avec des médecins, des physiothérapeutes, des psychologues, des diététiciens et des naturopathes. J'ai donc vu comme cela fonctionne, mais je me demandais si vous pourriez nous aider.

Ma collègue a demandé ce que le gouvernement fédéral peut faire. Nous avons entendu dire que le gouvernement fédéral n'a pas de cerveau, mais compte tenu de la répartition des champs de compétence, je crois que...

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Colin Carrie:** Je pense que la santé relève des provinces, de toute façon.

Néanmoins, que peuvent faire vos professions pour réduire les délais d'attente? Nous avons entendu parler de ce modèle de collaboration et je sais que dans ma clinique, environ 30 p. 100 à 50 p. 100 des patients que voyait le médecin avec qui nous travaillions consultaient pour des troubles musculosquelettiques. Les médecins n'aimaient pas s'en occuper. Ils renvoyaient ces patients au physiothérapeute ou au chiropraticien, ce qui libérait leur temps pour faire beaucoup d'autres choses.

Nous parlons d'une meilleure utilisation des professions médicales. Nous avons entendu dire que les naturopathes se plaignaient de certains préjugés intégrés dans le système. Qu'entendez-vous par là? Est-ce à cause du gouvernement? Est-ce à cause des compagnies d'assurance?

J'ai entendu des histoires au sujet du certificat médical. Les gens vont chez le physiothérapeute, le chiropraticien ou quelqu'un d'autre, mais ils doivent s'adresser au médecin pour obtenir un certificat médical.

Vous avez mentionné les exigences thérapeutiques. Pouvez-vous nous faire des recommandations concrètes? Devrions-nous travailler avec les compagnies d'assurance et leur dire qu'elles devront commencer à accepter également les certificats médicaux des naturopathes, des chiropraticiens et des pharmaciens? Cela évitera cet engorgement. Pourriez-vous nous en parler?

Je vais peut-être partager mon temps avec Mme McLeod, si nous pouvons obtenir cette réponse.

**La présidente:** Peut-être que vous l'aurez.

Qui veut répondre en premier?

Nous allons commencer par le Dr Busing, après quoi ce sera au tour de M. Brennan.

**M. Nick Busing:** Je parle du point de vue du médecin, mais nous voyons au Canada un certain nombre d'exemples que nous devrions généraliser. Je pense qu'ils présentent certains éléments en commun et je vais seulement en mentionner deux très brièvement.

Vous connaissez tous l'étude sur le remplacement de la hanche et du genou en Alberta. Comment est-on passé d'un délai de plusieurs mois à un délai de quelques semaines?

Je pense que vous connaissez tous l'étude sur le cancer du sein à l'Hôpital Mount Sinai, à Toronto. Là encore, c'est la même chose.

Nous devrions examiner certaines de ces études pour voir quels ont été les facteurs de changement. Nous constatons un certain nombre de thèmes. Je ne les ai pas sous les yeux, mais l'un d'eux est que ces deux modèles ont eu recours à ce que j'appellerais un « facilitateur » pour faire fonctionner tout le système. Il y a des publications au sujet de l'utilisation de facilitateurs, d'agents de triage ou de gestionnaires, selon le nom que vous voulez donner à ces personnes qui guident le patient dans le système.

Je vous donne seulement un exemple, car nous avons très peu de temps. C'est, je crois, le genre de stratégie qu'il faudrait envisager, car elle s'est révélée très efficace.

Du côté des soins primaires, le domaine dans lequel j'exerce quand j'en ai le temps, nous élaborons des systèmes d'accès avancés. Nous essayons d'inviter les médecins généralistes à changer tout leur système de rendez-vous afin qu'il ne se base pas sur une nouvelle visite dans quatre mois pour vérifier la pression artérielle. Le modèle doit se baser sur des visites au médecin le jour même, dans 24 heures et dans 48 heures.

Un certain nombre d'initiatives sont en cours et nous devons les regrouper. Nous avons réalisé un grand nombre de projets pilotes et nous faisons beaucoup de choses, mais sans les coordonner. Je dois dire que nous répétons sans doute inutilement nos efforts dans les différentes régions du pays et ce ne serait pas nécessaire si nous pouvions coordonner le tout.

• (1625)

**La présidente:** Monsieur Brennan.

**M. Michael Brennan:** Merci.

Le Dr Busing a volé mon exemple de Calgary qui est sans doute le plus célèbre en ce qui concerne la physiothérapie. La réduction des délais d'attente pour la chirurgie musculosquelettique, particulièrement celle de la hanche et du genou, est très spectaculaire et cet exemple semble si évident à un profane comme moi qu'on doit se demander pourquoi nous ne pouvons pas en faire autant à l'échelle du pays.

La réponse est que nous le pouvons et que nous le faisons. Il s'agit de se demander si nous le faisons suffisamment rapidement pour faire face au coût de la santé qui ne cesse d'augmenter? En Ontario, le projet de loi 179 montre bien qu'un gouvernement provincial peut aller au-delà d'un projet pilote en éliminant ou supprimant les obstacles à la mise en oeuvre de ce genre de projets et de systèmes. Je pense que cela offre un grand potentiel.

J'en reviens, encore une fois, à ce que le gouvernement fédéral peut faire. Il s'agit simplement, si vous financez des dépenses de santé, de veiller à ce que ceux à qui vous donnez l'argent utilisent ce genre de modèles de collaboration interdisciplinaire. Les dépenses de santé dans les premières nations, dans les forces armées et dans le Régime de soins de santé de la fonction publique s'élèvent à des milliards de dollars. Bien entendu, nous parlons de centaines de milliards pour ce qui est des systèmes de soins de santé des provinces, mais c'est quand même une somme d'argent importante et vous pouvez agir sur ce front dès aujourd'hui.

**La présidente:** Monsieur Poston.

**M. Jeff Poston:** Oui, si vous me permettez d'ajouter quelque chose, je pense que nous avons vu récemment des bons exemples, notamment au Royaume-Uni où le gouvernement finance, particulièrement en Écosse, des programmes de consultation pour des troubles mineurs dans les pharmacies communautaires. Les patients s'inscrivent auprès d'une pharmacie qui est remboursée selon un système de paiements par capitation.

Le principe est que la pharmacie prend soin d'une bonne partie des troubles mineurs et des symptômes courants, ce qui aide à réduire la pression sur les médecins généralistes et les équipes d'urgence. J'espère que ce genre de choses pourraient ressortir du projet de loi 179, en Ontario.

**La présidente:** A-t-on d'autres observations à faire?

Monsieur Lescheid.

**M. David Lescheid:** Je voudrais seulement signaler une chose sur laquelle nous pourrions vous aider. Un des messages qu'il faudrait renforcer c'est l'importance de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Nous pourrions éviter que les gens aillent dans les hôpitaux et qu'il y ait de longs délais d'attente en insistant davantage sur la promotion de la santé. Hier, j'ai eu la chance de prendre la parole à une conférence internationale sur la grippe porcine et un des messages qui en est clairement ressorti était que notre système de soins de santé est réactif plutôt que proactif.

Nous avons largement la preuve, je crois, qu'en ce qui concerne les maladies chroniques, les maladies chroniques complexes, nous pouvons les prévenir en grande partie en agissant sur le plan du régime alimentaire, du mode de vie, de la nutrition et des produits de santé naturels. Je voudrais qu'on insiste davantage sur ce point et que ceux qui sont vraiment des experts dans ce domaine aient davantage voix au chapitre. Je pense que ce serait vraiment utile.

**La présidente:** Très rapidement, madame McLeod. Il nous reste seulement une minute. Allez-y.

**Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC):** Ça va. Ce n'est pas suffisant.

**La présidente:** Je suis désolée. Nous surveillons l'heure très soigneusement et c'est pourquoi nous sommes aussi stricts. Toutes mes excuses.

Nous avons certainement apprécié votre contribution et l'expertise dont vous nous avez fait bénéficier aujourd'hui. Comme nous sommes sur le point d'aborder un autre sujet, nous allons suspendre la séance pendant une minute, mais je vous remercie de vous être joints à nous aujourd'hui.

• \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

•

• (1630)

**La présidente:** Je demande à nos invités de bien vouloir prendre place.

Bienvenue une nouvelle fois parmi nous. Nous sommes très contents de vous revoir. Conformément à l'article 108(2) du Règlement et à une motion que le comité a adoptée le mercredi 12 août 2009, nous étudions la préparation et la réponse au virus H1N1.

En toute sincérité, docteur Butler-Jones, monsieur Gully et Sue Ronald, nous sommes très contents que vous ayez pris le temps de venir ici pour nous présenter une mise à jour et permettre au comité de poser des questions sur ce sujet très important.

Pouvons-nous commencer, s'il vous plaît? Vous connaissez notre façon habituelle de procéder.

Nous commencerons par l'Agence de la santé publique du Canada et le Dr Butler-Jones.

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

Je voudrais d'abord présenter Sue Ronald, directrice du marketing, des services créatifs et des communications électroniques à l'Agence. Elle se fera un plaisir de répondre à vos questions sur les activités de communications et de vous expliquer Twitter, si vous le désirez.

Comme d'habitude, je suis ici pour présenter une mise à jour au sujet du virus H1. Surveillance de l'influenza, le système national de surveillance, nous dit que l'activité virale est encore nettement au-dessus du niveau attendu et que nous ne devons donc vraiment pas relâcher notre vigilance. Le nombre d'hospitalisations, de cas graves et de décès continue de croître, même si le taux d'augmentation des hospitalisations est plus faible que ces dernières semaines.

Toutefois, il y a des nouvelles encourageantes. Nous avons maintenant la preuve que l'incidence de la grippe a commencé à se stabiliser dans un grand nombre de collectivités du pays. Le nombre de tests positifs de l'influenza a diminué et il y a eu moins d'épidémies de grippe dans les écoles.

• (1635)

[Français]

Même si nous n'avons pas encore eu de pics à l'échelle nationale, le niveau d'activité grippale dans la collectivité révèle que nous pourrions être à la veille d'assister au début de la période de pointe.

[Traduction]

La grippe reste toutefois imprévisible et même si nous sommes au sommet de la deuxième vague, cela ne veut pas dire que la pandémie est terminée. Il reste des millions d'infections à prévenir. Les niveaux actuels d'activité virale demeurent nettement au-dessus des niveaux attendus en cette période de l'année. Le nombre d'hospitalisations, de cas graves et de décès est encore en augmentation.

Oh! Je l'ai répété deux fois.

**Une voix:** Ce doit être important.

**Dr David Butler-Jones:** Probablement. Les taux ont été quatre à sept fois...

Merci, Sue. Lundi marquait le début de la cinquième semaine... Je ne sais pas exactement comment... Quoi qu'il en soit, ne faites pas attention. Je ne sais pas exactement sur quelle planète je me trouve en ce moment.

**La présidente:** Docteur Butler-Jones, ce sont des paroles inquiétantes.

**Des voix:** Oh, oh!

**Dr David Butler-Jones:** C'est très confus.

Lundi marquait le début de la cinquième semaine de la campagne de vaccination la plus vaste que nous ayons eue au Canada. Cette semaine, près de 4,8 millions de doses seront distribuées. Cela porte le total à plus de 15 millions de doses, suffisamment pour vacciner près de la moitié de la population. Nous pensons recevoir plus de 5 millions de doses supplémentaires la semaine prochaine.

Dans un bon nombre de provinces et territoires, les cliniques de vaccination ont été ouvertes à la population générale. Notre message aux Canadiens est qu'il est aussi important que jamais de se faire vacciner le plus tôt possible. En incitant tous les Canadiens à se faire vacciner, nous visons à minimiser l'impact de la vague actuelle et de toute nouvelle vague d'activité. Même après une deuxième vague importante, un grand nombre de personnes à risque n'auront pas encore été infectées. Elles demeureront vulnérables, ce qui rendra possibles des nouvelles vagues d'infection et la meilleure protection est alors la vaccination. Il y aura suffisamment de vaccins pour tous les Canadiens qui désirent le recevoir.

Comme je l'ai indiqué la semaine dernière, depuis l'ouverture des cliniques, l'Agence de la santé publique, Santé Canada, les provinces et territoires, en collaboration avec les provinces et les territoires, l'Association canadienne de pédiatrie et un réseau de chercheurs ont surveillé activement les effets indésirables. Nous recevons chaque semaine des provinces et des territoires tous les rapports associés au vaccin et nous les examinons. Les effets indésirables signalés le plus souvent sont mineurs et comprennent de la nausée, des étourdissements, des maux de tête, de la fièvre, des vomissements et des réactions au site d'injection. Quiconque présente ces symptômes, certainement un grand nombre d'entre nous, se retrouve avec un bras douloureux pendant quelques jours.

Nous constatons une augmentation de l'intérêt pour la déclaration des effets indésirables et c'est un très bon signe montrant que notre système de surveillance fonctionne. L'effet indésirable dont on reconnaît la gravité est l'anaphylaxie, une réaction allergique sévère. Le taux d'anaphylaxie signalé est de 0,32 pour 100-000 doses.

La vaccination reste donc notre principal moyen de défense. Nous avons un vaccin sûr et efficace. Les programmes de vaccination sont déployés dans l'ensemble du pays et pourront avoir une profonde influence sur le comportement du virus.

Dans les collectivités où l'activité virale est encore élevée, une vaccination massive peut permettre de stabiliser plus rapidement cette activité et de réduire son intensité. Dans les communautés où l'activité virale se stabilise ou diminue, la vaccination demeure efficace pour réduire le risque de maladie grave et de décès.

*Merci.*

**La présidente:** Allez-y, docteur Gully.

**Dr Paul Gully (conseiller médical spécial, ministère de la Santé):** Merci, madame la présidente. Bien entendu, je suis toujours sur la même planète que le Dr Butler-Jones.

Au cours des deux dernières semaines, nous avons vu le taux d'augmentation des maladies grippales se stabiliser dans les communautés des premières nations comme dans l'ensemble du Canada. Selon Surveillance de l'influenza, depuis le début de la deuxième vague de la pandémie, après le 30 août, la population autochtone représente 4,5 p. 100 des hospitalisations, 6 p. 100 des admissions dans les USI et 7,8 p. 100 de tous les décès. C'est une nette réduction du niveau de gravité par rapport à la première vague au cours de laquelle les Autochtones représentaient 18 p. 100 des cas d'hospitalisation contre 4,5 p. 100 maintenant; 15 p. 100 des admissions en USI, contre 6 p. 100 maintenant et 12 p. 100 de tous les décès, contre 7,8 p. 100 maintenant.

Étant donné que les peuples autochtones du Canada comptent pour environ 3,6 p. 100 de la population canadienne, ces données témoignent d'une surreprésentation de cette population dans les cas graves de la deuxième vague, mais il fallait s'y attendre étant donné la forte proportion d'Autochtones présentant des facteurs de risque

tels que les maladies chroniques sous-jacentes, la jeunesse, la grossesse et les conditions socioéconomiques défavorables.

Les premières nations représentent la majeure partie des hospitalisations d'Autochtones, soit 129 sur 152, les chiffres étant plus petits pour les Métis et les Inuits. La même tendance a été observée pour les admissions en USI. La majorité des patients, 29 sur 33, étaient membres des premières nations. La plupart des décès, soit 7 sur 10, touchaient également les premières nations. Il est important de souligner que ce chiffre comprend les membres des premières nations vivant non seulement dans les réserves, mais aussi hors réserve.

Santé Canada continuera de suivre l'activité du H1N1 dans les réserves en restant en contact étroit avec les postes de soins infirmiers pour surveiller les visites des patients, le nombre d'ordonnances d'antiviraux, les effets indésirables du vaccin et toute évacuation médicale requise. Cela nous permettra de travailler avec les dirigeants des premières nations et les gouvernements provinciaux pour intervenir, selon les besoins, en cas d'épidémie dans une communauté.

En ce qui concerne la vaccination, elle continue de bien se dérouler dans les communautés des premières nations, et les cliniques de ces communautés ont bien fonctionné dans l'ensemble. Le programme de vaccination a commencé depuis presque un mois. Jusqu'ici, environ 99 p. 100 des communautés des premières nations ont ouvert des cliniques de vaccination et nous croyons que celles qui ne l'ont pas fait se sont fait vacciner dans d'autres communautés. Plus de 193 000 doses de vaccin contre le H1N1 ont été administrées dans les réserves.

Suite à ces efforts entrepris en collaboration, nous avons confirmé qu'au moins 47 p. 100 de la population des premières nations vivant dans les réserves a été vaccinée jusqu'ici. Le nombre réel sera plus élevé une fois que nous aurons reçu des renseignements à jour et complets.

Comme je l'ai mentionné la semaine dernière, le sommet virtuel sur le H1N1 dans les communautés des premières nations a eu lieu le 10 novembre et vous avez encore accès à cet enregistrement, si vous désirez le voir, à l'adresse [www.fnh1n1summit.ca](http://www.fnh1n1summit.ca), jusqu'à la fin décembre. Nous continuons à promouvoir ce site Web.

De plus, nous avons pris d'autres mesures pour mettre en oeuvre le protocole de communications conjointes sur le H1N1 signé avec l'Assemblée des Premières Nations et Affaires indiennes et du Nord Canada. Par exemple, l'APN participe maintenant aux réunions mensuelles des sous-ministres adjoints avec AINC et Santé Canada pour assurer la mise à jour de nos plans et activités conjoints.

Nous avons également partagé nos expériences et nos approches de façon plus générale. Hier soir, j'ai participé à une conférence téléphonique avec des représentants du gouvernement du Canada, de l'Australie et des États-Unis pour discuter de la gestion du H1N1 dans les populations autochtones, au niveau international. Il y aura d'autres appels qui seront très utiles pour examiner l'influence des facteurs de risque sur les populations autochtones, ainsi que les programmes de vaccination. Ces activités de communications reposent sur nos relations de travail déjà très fortes pour nous assurer que les communautés des premières nations reçoivent les services de santé dont elles ont besoin.

Depuis mon arrivée à Santé Canada à la fin d'août, j'ai été très impressionné par le niveau de collaboration entre les premières nations, les ministères fédéraux et les gouvernements provinciaux. Je crois que cela a une influence importante sur les résultats, tant en ce qui concerne l'achèvement et la mise à l'essai des plans de préparation à une pandémie que les progrès réalisés jusqu'ici en ce qui concerne la vaccination contre le H1N1.

• (1640)

Nous collaborons activement avec nos collègues des provinces et nos partenaires autochtones aux niveaux national et régional et nous travaillons dans le cadre du comité de coordination de la pandémie et en utilisant nos tables de planification tripartites en Colombie-Britannique et au Manitoba.

Il ne faut pas oublier que l'annexe B du Plan canadien de préparation en vue d'une pandémie d'influenza remonte à 2004, mais qu'il a été mis à jour en 2008 avec la participation de l'Agence de la santé publique, de Santé Canada, des provinces et de l'Assemblée des Premières nations. Je m'attends à ce que ce niveau de collaboration se maintienne et à ce que nous commencions à examiner de plus près les leçons à tirer de la pandémie actuelle.

Merci.

**La présidente:** Merci, docteur Gully.

Nous allons maintenant commencer nos tours de sept minutes pour les questions et les réponses.

Dr Martin et Mme Murray, vous partagez votre temps. Pourriez-vous faire très attention à ne pas le dépasser, s'il vous plaît? Parfois, malheureusement, l'autre partenaire n'a plus le temps de poser une question.

Je vous en remercie.

Docteur Martin.

**L'hon. Keith Martin:** Merci, madame la présidente. Je vais partager mon temps avec Mme Murray.

Merci à tous d'être ici. C'est sans doute devenu une habitude pour vous.

J'ai trois brèves questions à poser au Dr Butler-Jones.

Premièrement, étant donné la façon dont tout ce processus s'est déroulé, quels changements recommanderiez-vous, sur le plan de la répartition des responsabilités, afin d'améliorer la mise en oeuvre d'un programme de vaccination à l'échelle nationale pour faire face à une pandémie?

Deuxièmement, le squalène contenu dans l'adjuvant du vaccin a-t-il des effets néfastes sur la santé?

Enfin, avons-nous un stock suffisant de matériel médical pour intuber les patients dans les USI au cas où une vague plus importante surviendrait?

Merci.

• (1645)

**Dr David Butler-Jones:** Je vais répondre à chaque question l'une après l'autre.

Pour ce qui est du partage des responsabilités, dans un État fédéral, je pense que chaque niveau de gouvernement a un rôle à jouer et que le rôle du gouvernement fédéral sur le plan de la coordination, de l'accès au vaccin, les antiviraux, etc., est certainement très important. La prestation de services de santé publique est, en fin de compte, une activité locale. Elle doit être coordonnée à chaque niveau et les autorités locales sont le mieux en mesure de le faire.

Nous pouvons faciliter et nous avons certainement facilité le partage de l'information et des connaissances acquises et c'est pourquoi nous avons constaté, avec le temps, une importante amélioration au niveau des cliniques. Je ne suis pas certain que cela soulève la question du partage des responsabilités étant donné que nous travaillons bien ensemble.

En ce qui concerne le vaccin et le squalène, le squalène est une huile de poisson associée à de l'eau et à de la vitamine E. À part l'augmentation du risque d'effets secondaires locaux, nous ne voyons pas vraiment d'effets indésirables importants reliés à cet adjuvant qui améliore l'immunité, assure une meilleure protection et permet d'utiliser une dose plus faible d'antigène.

Pour ce qui est des antiviraux et des médicaments disponibles dans les unités de soins intensifs et dans les hôpitaux, les hôpitaux des régions sanitaires de tout le pays ont augmenté leurs stocks des médicaments qui ont été jugés nécessaires pour ces patients, le printemps dernier, étant donné la complexité de leur maladie, qui n'est généralement pas la même que dans le cas de l'influenza. Leurs réserves de ces médicaments, qu'ils n'utilisent pas beaucoup normalement, ont été épuisées très rapidement, surtout au Manitoba, qui a été très durement touché. Chaque province a dû augmenter ses stocks.

Nous avons également ajouté certains médicaments à la réserve nationale de secours en augmentant la réserve des provinces et des territoires. Nous devrions être dans une situation confortable. Comme 25 p. 100 à 30 p. 100 de l'ensemble de la population a été vaccinée et que le taux est encore beaucoup plus élevé dans les communautés isolées et du Nord où il atteint 50 p. 100 à 60 p. 100 ou plus, nous devrions avoir une bonne longueur d'avance au cours du prochain mois.

**L'hon. Keith Martin:** Merci.

**Mme Joyce Murray:** Merci, madame la présidente.

C'est un plaisir de vous revoir.

J'ai soulevé, par le passé, la question du plan que Vancouver Coastal Health a prévu pour les Jeux olympiques de Vancouver de 2010 en ce qui concerne le H1N1. Environ un demi-million de personnes viendront à Vancouver. Elles arriveront dans notre ville principalement par les aéroports et il y aura des foules et beaucoup de rassemblements.

La dernière fois que j'ai parlé aux autorités sanitaires, le gouvernement fédéral n'avait pas mis de ressources supplémentaires à leur disposition pour les aider à mettre en oeuvre leur plan. On m'a dit que c'était un bon plan, un plan détaillé et complet, mais qu'aucune aide n'avait été fournie. C'est sans précédent pour un programme de vaccination de masse coordonné par le gouvernement fédéral.

Étant donné qu'il nous reste 79 jours avant le début des Jeux d'hiver de 2010, la situation a-t-elle changé? Fournit-on maintenant des ressources pour faciliter la mise en oeuvre de ce plan? Également, qu'a fait le gouvernement fédéral pour relever les défis que posent les Jeux d'hiver de 2010 sur le plan de la santé publique?

En fait, je veux savoir: quelle assurance l'administrateur en chef de la santé publique peut-il donner aux Canadiens que Vancouver est en bonne voie d'accueillir le reste du monde dans un environnement sûr qui ne risquera pas d'être à la source d'une résurgence de la pandémie de H1N1?

Merci.

**Dr David Butler-Jones:** Du point de vue de la santé publique, je pense que les choses se présentent bien. Nous venons de procéder à l'exercice OR et il y a une série d'autres exercices auxquelles participent des intervenants du niveau fédéral, provincial et régional. Nous allons mettre en place un certain nombre de ressources pour assurer un soutien local en ce qui concerne l'amélioration des diagnostics, etc.

Nous sommes intéressés de très près, bien entendu, avec le Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique et le gouvernement de la province à la façon dont les choses seront gérées. Lorsqu'un demi-million de personnes se retrouvent à Vancouver pour cet événement ou pour d'autres grands événements qui ont lieu dans différentes régions du pays, les autorités locales s'occupent de ces questions avec le soutien du gouvernement provincial et généralement, nous appuyons les efforts de la province. En plus de notre soutien, nous apportons notre expertise.

Comme vous le savez, le Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique est un organisme extrêmement compétent disposant de bons moyens, et les autorités sanitaires locales peuvent donc s'en charger. En ce qui concerne le personnel spécialisé, etc., selon la nature du problème, chaque province planifie les dispositions à prendre et répond aux besoins en conséquence. Les autorités locales s'adressent d'abord à la province et ensuite, si cette dernière a besoin de notre appui, nous pouvons le lui fournir. C'est ainsi que cela fonctionne normalement, qu'il s'agisse d'un événement comme celui-ci, des Jeux panaméricains à Winnipeg ou d'un autre événement important, ou même d'une augmentation du tourisme pendant l'été.

Tout cela fait partie de la planification et la façon dont nous faisons face à l'épidémie est examinée avec le COVAN et les autres niveaux de gouvernement, y compris les autres ministères qui s'intéressent à tout, aussi bien l'épidémie de maladies infectieuses que d'autres événements potentiels. C'est un plan assez complet.

• (1650)

**Mme Joyce Murray:** Ce que j'essaie d'établir, c'est s'il y a un financement prévu pour que ce plan puisse se dérouler comme il faut. Il s'agit des Jeux du Canada. Vancouver va recevoir un afflux de gens du monde entier et du reste du pays et il me paraît donc tout à fait logique que le gouvernement fédéral aide à financer le plan H1N1.

L'assurance que...

**La présidente:** Désolée, madame Murray, mais votre temps est écoulé.

Docteur Butler-Jones, pouvez-vous faire une simple observation à ce sujet?

**Dr David Butler-Jones:** Oui, je vais en parler.

Il y a toute une série de niveaux. Si vous parlez des services de soins infirmiers en hygiène publique ou de la capacité de faire face à une hausse de la demande, nous jouons un rôle. Pour ce qui est du financement, je n'ai pas vu de demandes de ce genre et ce n'est pas à moi que les autorités sanitaires locales doivent s'adresser. Elles sont là pour s'en occuper en collaboration avec la province. Nous soutenons la province. Quant à la façon dont c'est réparti, en fonction...

C'est la même chose pour tout autre événement, les autres jeux, que ce soit au Québec, en Nouvelle-Écosse ou ailleurs. S'il s'agit d'une activité locale, les autorités établissent ce dont elles ont besoin. Idéalement, nous nous attendons à ce que la majorité des Canadiens soient vaccinés. C'est notre meilleure protection, quel que soit

l'endroit du pays où nous vivons, que nous allions assister aux jeux ou que nous restions chez nous pour les regarder à la télévision.

**La présidente:** Merci.

Monsieur Dufour.

[Français]

**M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je tiens à remercier les vaillants témoins qui viennent nous rencontrer semaine après semaine.

Monsieur Butler-Jones, tout à l'heure, en conférence de presse, vous mentionniez que les provinces étaient présentement en train de compiler les coûts de la pandémie de grippe A(H1N1). Le gouvernement possède un plan pour les pandémies et des réserves d'environ 400 millions de dollars pour des circonstances telles que celle-ci.

Le fédéral a-t-il l'intention d'offrir aux gouvernements provinciaux les sommes réservées pour les situations de pandémie puisque ce sont les provinces qui assument les coûts liés à l'hospitalisation pour cette maladie?

**Dr David Butler-Jones:** La responsabilité en matière de santé est provinciale. En ce qui concerne le gouvernement fédéral, nous avons investi dans l'achat de vaccins antiviraux, dans la préparation des plans aux paliers national et provinciaux aussi. On a fait un *cost share*. C'était très important pour le gouvernement fédéral de participer de cette façon parce que c'est un défi qui touche toute la nation.

Je ne sais pas combien cette épidémie coûtera aux provinces finalement, et si son coût est différent de celui d'une autre épidémie de grippe saisonnière. Peut-être qu'après la vaccination, découvrira-t-on que le coût de la pandémie a été moindre que celui d'une grippe saisonnière. Nous nous sommes engagés à tenir des discussions sur différents sujets après la pandémie, y compris les coûts.

• (1655)

**M. Nicolas Dufour:** Si le coût est moindre, ce seront les provinces qui paieront la facture, et elles n'auront pas d'aide du fédéral. Si cette épidémie coûte moins cher qu'une grippe ordinaire, il n'y aura pas d'aide. C'est ce que je comprends bien.

**Dr David Butler-Jones:** Nous avons investi jusqu'à maintenant un bon montant d'argent, plus d'un milliard de dollars pour le vaccin, la préparation, etc. Dans tous les territoires et provinces, on a décidé de réagir à la pandémie et de faire ensuite le bilan au sujet des faits, des coûts et autres. C'est une décision qui sera prise après la pandémie.

**M. Nicolas Dufour:** La semaine dernière, on annonçait qu'après des études sur des patients décédés de la grippe A(H1N1) en Norvège, on avait constaté une mutation du virus. J'aimerais vous poser trois questions rapidement.

Cette mutation a-t-elle été observée au Canada? Pouvez-vous nous confirmer si le virus a muté spontanément ou si c'est une nouvelle variante du virus qui circule dans la population? Le Canada est-il prêt à faire face à une mutation du virus qui ne répondrait pas aux antiviraux ni aux vaccins de GSK?

**Dr David Butler-Jones:** Ce sont de bonnes questions. Le changement observé chez le virus en Norvège est similaire à ce qui est arrivé dans six autres pays. Ce n'est pas une forme de virus que l'on retrouve habituellement dans la population. Le virus change constamment, il y a toujours un risque de mutation. C'est une situation que nous observons, mais qui ne cause pas une très grande inquiétude dans le moment, contrairement dans les semaines passées.

Au Canada, il y a une protection parce que la plupart des vaccins contiennent un adjuvant, et un vaccin avec adjuvant protège contre la transmission du virus. C'est une bonne chose pour nous. Nous effectuons une surveillance, et nous avons observé un virus similaire au Canada, mais cela n'a pas infecté les autres. Parmi un même groupe de gens, il y a peut-être un risque de transmission du virus au sein de la famille, par exemple, mais pas de risques plus sérieux d'infecter d'autres personnes.

**M. Nicolas Dufour:** On n'a pas fait d'analyse sur des gens qui avaient été atteints du virus au Canada pour déterminer s'il y avait eu mutation?

**Dr David Butler-Jones:** Il y a une mutation de ce virus, mais il ne s'agit pas d'une forme de virus qui peut se propager dans la population. Nous avons parfois observé la transmission du virus. Il est important de surveiller ce genre de phénomène, mais ça devient important seulement quand le virus change et se propage dans la population.

**M. Nicolas Dufour:** D'accord.

Me reste-t-il encore un peu de temps, madame la présidente?

[Traduction]

**La présidente:** Il vous reste une minute.

[Français]

**M. Nicolas Dufour:** Monsieur Butler-Jones, lors de la séance du 18 novembre dernier, vous avez souligné que certaines traductions, à l'échelle nationale, n'étaient toujours pas utiles. Dans certains cas, ça touchait même les traductions en français. Certaines plaintes ont été déposées, et l'ASPC a dû s'adapter aux dialectes et aux langues des communautés.

J'aimerais savoir si cette situation s'est résorbée et si vous connaissez le contenu des plaintes qui ont été formulées à ce sujet.

**Dr David Butler-Jones:** C'est à la région de faire la traduction, si nécessaire. De la même façon, quand j'étais médecin en chef pour une région, nous devons adapter les brochures et autres documents. Il est impossible de tout traduire.

[Traduction]

*En anglais,* je ne voudrais pas que nous le fassions si j'étais un médecin hygiéniste local, car les chances que nous sachions le faire dans le dialecte local ne sont pas très bonnes. Nous devons préparer un texte générique pour l'ensemble du pays, ce qui permet ensuite une *adaptation locale*.

• (1700)

[Français]

**M. Nicolas Dufour:** Merci beaucoup, monsieur Butler-Jones.

[Traduction]

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Wasylcia-Leis.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Merci.

Je vous remercie tous, encore une fois, pour votre présence ici.

Je voudrais revenir sur un sujet dont nous avons discuté au cours d'une séance antérieure. Il s'agit des préoccupations sanitaires du personnel infirmier et des autres travailleurs de la santé qui se trouvent en première ligne et qui estiment que, selon le principe de précaution, il aurait fallu songer à normaliser l'utilisation des masques N95 dans l'ensemble du pays.

Docteur Butler-Jones, chaque fois que nous avons soulevé cette question par le passé, vous avez dit que ce n'est pas nécessaire, parce que c'est une maladie qui se transmet par gouttelettes. Certains d'entre nous ont assisté récemment à une réunion organisée ici par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers. Il y avait là un conférencier assez éminent du nom de Mario Possamai qui a été un conseiller supérieur auprès de la commission sur le SRAS. Il nous a fait un exposé approfondi sur l'importance des leçons à tirer du SRAS, la nécessité de se fier au principe de précaution et de la nécessité de ne pas couper les cheveux en quatre.

Il pensait qu'au lieu de nous lancer dans une polémique au sujet des gouttelettes, nous devrions veiller à appliquer le mécanisme de précaution le plus rigoureux qui soit. Avez-vous changé d'avis à ce sujet?

**Dr David Butler-Jones:** Ce serait vrai uniquement si c'était efficace. Nous avons des études démontrant que les masques N95 ne réduisent pas le risque d'infection pour le personnel de la santé qui travaille dans le contexte de l'épidémie de grippe. Qu'il utilise un masque chirurgical ou un masque N95, le risque est exactement le même. Le principe de précaution s'appliquerait uniquement si cela changeait quoi que ce soit, mais dans ce cas, il n'en est rien.

Il est toujours possible de trouver des experts qui ne sont pas d'accord. Toutefois, la majorité des spécialistes, ceux qui s'occupent régulièrement des maladies infectieuses, vous diront que c'est parfaitement inutile, que c'est difficile et que cela peut, en fait, augmenter le risque en conférant un sentiment de sécurité injustifié.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Je me demande si votre étude a tenu compte de l'exemple du SRAS qui nous a été donné. On a fait la comparaison entre l'hôpital général de Vancouver, qui a appliqué le principe de précaution et l'hôpital d'une autre ville dans une autre région. À Vancouver, la propagation de la maladie a été minime tandis qu'en Ontario, elle a été plus importante parce que le principe de précaution n'a pas été adopté.

**Dr David Butler-Jones:** Il y a de nombreuses autres variations quand vous examinez ce genre de situation. Je vais laisser le Dr Gully, qui était là à l'époque et qui a travaillé sur ce dossier, vous en parler.

Il est certain que lorsque vous examinez la protection des travailleurs de la santé, vous commencez par toute une gamme d'éléments: cela va de la désinfection à la possibilité de se laver les mains et de disposer de lotions pour compléter le lavage des mains. L'équipement de protection personnel n'est qu'un des éléments de tout cela. Une bonne partie de la propagation du SRAS n'avait rien à voir avec l'utilisation de masques. C'est la façon dont nous avons reconnu le problème ou appliqué les procédures de base pour le contrôle de l'infection qui a été déterminante. Ces procédures devraient être en place dans tous les hôpitaux ou en tous temps, surtout pour les gens qui risquent d'avoir une maladie infectieuse, mais même pour ceux dont ce n'est pas le cas, car vous ne pouvez pas prédire ou dire qui est porteur de la maladie infectieuse.

Nous avons maintenant largement la preuve que si vous centrez vos efforts seulement sur ceux que vous pensez malades au lieu d'appliquer une bonne procédure de contrôle de l'infection en tout temps, vous pouvez augmenter le risque pour les travailleurs de la santé. Cela ne veut pas nécessairement dire qu'il faut porter des masques N95. Il y a certaines conditions pour lesquelles ces masques sont recommandés. En même temps, on a la responsabilité, au niveau local, d'évaluer la situation et de prendre les précautions nécessaires. Toutefois, nous avons la preuve que, dans la majorité de ces cas, les masques N95 n'offrent pas plus de protection que les masques chirurgicaux.

Allez-y, Paul.

**Dr Paul Gully:** Si vous le permettez, j'ajouterais qu'à notre connaissance, la différence entre Vancouver et Toronto est due à ce qui s'est passé au début. La différence est sans doute due en majeure partie au fait qu'on a mis un masque à un patient chez qui l'on suspectait un cas de SRAS plutôt qu'en faisant utiliser des masques par les travailleurs de la santé. C'est du moins l'évaluation que nous avons faite à l'époque. Si je...

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** L'exposé détaillé de Mario Possamai, qui a participé de très près, je crois, à toute l'évaluation du SRAS, par la suite, faisait clairement valoir que dans le cas de l'hôpital général de Vancouver, un patient qui s'est présenté à l'hôpital a été isolé en l'espace de cinq minutes. Quinze minutes plus tard, le personnel était équipé de masques N95, du respirateur, etc. Il a fait la comparaison entre cette situation et celle de l'Ontario.

Je n'ai pas l'intention de couper les cheveux en quatre. Je ne veux pas me lancer dans un débat. Une association nationale qui représente le personnel infirmier de tout le pays nous fait savoir qu'elle s'inquiète vivement de la façon dont ses membres sont traités. Ils ont le sentiment que le principe de précaution n'est pas respecté et que leur santé et leur sécurité sont menacées. J'estime que quelqu'un doit en tenir compte et régler cette question.

Je ne pense pas que ce soit à nous d'entendre ce genre de témoignages et de rejeter ces préoccupations. Le gouvernement devrait pouvoir examiner les faits et dire qu'il va étudier la question, qu'il reparlera aux infirmières et qu'il va établir ce qui se passe. Je pense que ce serait la bonne façon de réagir face à cette situation. Ce n'est pas un problème insignifiant.

•(1705)

**Dr David Butler-Jones:** C'est le point de vue d'un chercheur. Nous avons consulté les meilleurs chercheurs du pays, les spécialistes de maladies infectieuses et de la prévention des infections.

Ces lignes directrices n'émanent pas du gouvernement. Elles émanent des comités d'experts de tout le pays qui ont étudié toutes les données scientifiques provenant du monde entier. Voilà sur quoi se basent ces recommandations.

Comparons la situation à l'hôpital général de Vancouver par opposition à celle de Toronto. Son personnel savait à quoi s'attendre. Il savait qu'il y avait un problème. Il a isolé le malade lorsqu'il est arrivé. Cela n'a rien à voir avec le masque N95. On a su reconnaître l'existence d'un problème et le prendre au sérieux au lieu de continuer à procéder comme si tout allait bien. C'est alors que l'on expose les gens à des risques.

Cela ne dépend pas de l'utilisation de masques N95 par opposition aux masques chirurgicaux. Cela dépend de l'approche globale adoptée pour prévenir les infections, une approche que nous devons suivre en tout temps, que ce soit contre le C. difficile, le SARM, le

H1N1 ou quoi que ce soit d'autre. Il s'agit de prendre les maladies infectieuses au sérieux dans les hôpitaux et de suivre des bonnes procédures de prévention des infections. Cela ne dépend pas des masques N95 par opposition aux masques chirurgicaux. Cela dépend à 99 p. 100 de tous les autres facteurs.

**La présidente:** Merci, docteur Butler-Jones.

Nous passons maintenant à Mme Davidson.

**Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC):** Non, ce sera Mme McLeod.

**La présidente:** Oh, je suis désolée.

Madame McLeod.

**Mme Cathy McLeod:** Merci.

Je vais également partager mon temps avec M. Brown.

J'ai une observation à formuler. En Colombie-Britannique, les cliniques de vaccination ont été ouvertes à l'ensemble de la population samedi. J'ai décidé d'y aller le premier jour. Le stationnement était très facile, l'emplacement de la clinique était excellent, il y avait 30 infirmières au travail et il s'est écoulé 15 minutes entre le moment où j'ai franchi la porte et celui où j'ai reçu le vaccin.

Il y a peut-être eu quelques problèmes de logistique au début, mais je pense que les autorités sanitaires ont fait un excellent travail. Nous devrions reconnaître leur mérite, ainsi que celui de nos travailleurs sur le terrain. C'était un samedi et pourtant ils étaient là. J'ignore combien de centaines d'injections elles ont fait chacune au cours d'une journée, mais ces infirmières sont certainement à la hauteur de la tâche.

Je trouve intéressant pour le moment de constater que le niveau d'anxiété semble diminuer rapidement au sein du grand public. J'ai toutefois certaines inquiétudes pour ce qui est d'atteindre le niveau visé pour la vaccination de la population.

J'ai deux questions. Premièrement, avons-nous une stratégie de communications qui va vraiment commencer à produire ces effets sur ce plan-là? Deuxièmement, on nous dit que d'énormes quantités de vaccins seront livrées la semaine prochaine, alors cela va-t-il continuer jusqu'à ce que nous ayons toutes les doses, même si nous sommes peut-être...? Comment la vaccination va-t-elle s'échelonner si les chiffres diminuent au lieu d'augmenter?

Ce sont là mes deux questions. Merci.

**Dr David Butler-Jones:** Je pourrais peut-être commencer.

Vous pourrez prendre la suite, s'il vous plaît, Sue.

Nous avons tout un plan de communications. Vous en avez vu les premières phases.

Nous allons travailler en collaboration étroite avec le fabricant pour ce qui est de la livraison du vaccin dans les provinces et les territoires. Les autorités se disent prêtes à poursuivre la vaccination. À un moment donné, nous aurons suffisamment de vaccins pour immuniser tous ceux qui en ont besoin et qui le désirent et il s'agira ensuite de voir ce que nous ferons. Nous sommes en contact à la fois avec le fabricant et les autorités provinciales et territoriales à ce sujet. Nous n'en sommes pas encore là, mais quand nous y serons, nous devons faire le nécessaire.

Quant à l'autre question, je suppose que les gens sont plus à l'aise, mais en réalité, 20 millions de personnes sont encore à risque parce qu'elles n'ont pas été malades ou qu'elles n'ont pas encore été vaccinées. Si la maladie finit par frapper 25 p. 100 d'entre elles — pas au cours des prochains jours ou prochaines semaines — le pire sera passé et les chiffres commenceront à diminuer. Mais cela représente quand même, rien que dans ce groupe, 4 000 à 20 000 hospitalisations, 500 à 4 000 admissions en USI et 250 à 1 000 décès. Cela risque encore de se produire à un moment donné si nous ne vaccinons pas plus de gens.

Personne ne doit se montrer trop confiant. Je sais que des jeunes dans la vingtaine sont malheureusement décédés ou branchés à un ventilateur dans une unité de soins intensifs. Il est impossible de prédire qui sera touché de cette façon. Ce n'est pas comme pour la grippe saisonnière. Cela touche généralement un groupe différent, qui est atteint plus gravement, et il est peu coûteux, simple et facile de l'éviter grâce à la vaccination.

Sue.

• (1710)

**Mme Sue Ronald (directrice, Marketing, Services créatif, E-Comms, Direction des communications, Agence de la santé publique du Canada):** Merci.

Oui, comme vous le savez, une campagne de préparation des citoyens est en cours depuis avril-mai. Nous serons bientôt en décembre et nous allons adresser des messages à la population générale.

À propos de ce que vous avez souligné, nous faisons des sondages continus qui montrent que certains groupes de la population ne se font pas vacciner autant que certains autres. Par conséquent, au début de la nouvelle année, nous allons commencer à viser particulièrement ces groupes pour découvrir qui sont les personnes qui ne reçoivent pas le vaccin.

Le Dr Butler-Jones a raison de dire que d'après les recherches, les jeunes de 18 à 35 ans sont un peu je-m'en-foutistes, si je puis dire, à l'égard de la vaccination.

Jusqu'ici, la majorité de nos communications s'adressaient au grand public. À compter de la nouvelle année, nous nous tournerons vers ceux que nous devons vraiment rejoindre maintenant, ceux qui semblent avoir les renseignements voulus, mais qui ne prennent pas les mesures que nous souhaitons les voir prendre. Bien sûr, notre objectif est toujours de fournir aux gens l'information dont ils ont besoin afin de pouvoir prendre la bonne décision.

**La présidente:** Monsieur Brown, vous voudriez peut-être poser votre question.

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

J'ai reçu, moi aussi, le vaccin contre le H1N1 la semaine dernière, comme Cathy l'a mentionné et j'étais étonné qu'il n'y ait aucune file d'attente. Cela m'a pris entre cinq et dix minutes et il est donc évident que le processus se déroule très bien.

Je voudrais savoir si vous avez une idée du montant qui a été dépensé pour la publicité. Je me souviens qu'à un moment donné l'opposition craignait qu'on ne consacre pas suffisamment d'argent à la publicité par rapport au reste.

J'ai joué au hockey tous les dimanches avec la personne qui fait la publicité pour un journal local et qui m'a dit que votre publicité contribue à maintenir l'entreprise à flot. Quand je lis le journal, je remarque qu'il y a des annonces. Quand j'ouvre la télévision, il est très difficile de ne pas vous y voir.

Je pense qu'il y a eu une campagne publicitaire très efficace. Par conséquent, si nous avons une petite idée des chiffres, cela pourrait dissiper les craintes émises il y a un mois selon lesquelles nous ne cherchions pas suffisamment à répandre la bonne parole.

**Mme Sue Ronald:** Merci.

Pour le moment, nous avons consacré environ 20 millions de dollars à la publicité. Nous avons essayé de dépenser notre argent de la façon la plus efficace. Vous avez beaucoup vu le Dr Butler-Jones et c'est grâce aux médias qui le suivent là où il va.

Nous serons bientôt en décembre et nous nous apprêtons à lancer une annonce qui sera publiée dans les quotidiens le samedi 28 novembre. Ensuite, vous entendrez des annonces à la radio pendant deux semaines, dans l'ensemble du pays, à compter du 30 novembre. Immédiatement avant Noël, vous verrez deux pleines pages d'annonces dans les journaux. Vous entendrez également davantage d'annonces à la radio avant Noël, mais le message va changer légèrement. Il présentera Noël comme un moment où les gens se réunissent et ne doivent pas oublier de tousser dans leur bras, de se laver les mains et de faire ce genre de choses.

Oui, la somme d'argent qui a été dépensée est importante.

**La présidente:** Merci, madame Ronald.

Nous passons maintenant à Mme Murray.

**Mme Joyce Murray:** Je crois que de tous les côtés de cette table, tout le monde apprécie le travail que le personnel en première ligne a accompli. En fait, des gens très compétents réussissent parfois à triompher des mauvaises méthodes. C'est une vérité en ce qui concerne l'amélioration de la qualité.

Je voudrais pousser plus loin la question que mon collègue a posée au sujet des changements dans la répartition des responsabilités. J'ai parlé avec une personne qui a déjà été médecin hygiéniste en chef pour une population importante. Cette personne estimait qu'en fait, le Dr Butler-Jones devrait avoir pour rôle de faire rapport au Parlement. Nous savons que la coordination a posé un problème et suscité certaines inquiétudes. Quand nous avons eu la séance d'information concernant la fonction publique, nous avons constaté que personne n'était chargé de la préparation dans les ministères, sauf pour les ministères comme tels. Personne n'en assumait la responsabilité globale.

Au départ, les communications laissaient à désirer et nous avons vu que le budget des communications sur le H1N1 était 10 fois moins élevé que le coût de la publicité visant à persuader les Canadiens que l'économie se portait bien. La confusion régnait et il y avait des différences d'une province à l'autre quant à savoir s'il fallait recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière ou contre le H1N1. Un bon nombre de travailleurs en première ligne nous ont dit qu'ils n'avaient jamais été clairement informés à ce sujet, surtout au cours des premières semaines.

Ma question très directe est la suivante: si nous avons un système dans lequel l'Agence de la santé publique du Canada et l'administrateur en chef de la santé publique relevaient directement du Parlement, n'y aurait-il pas eu moins de confusion, de messages ambigus et d'inefficacité au départ?

• (1715)

**Dr David Butler-Jones:** Je répondrais simplement que non.

Quand l'Agence a été créée, j'ai participé au grand débat sur ce que devait être le rôle de l'administrateur en chef de la santé publique, à qui il devait faire rapport, si l'Agence devait être à l'intérieur ou à l'extérieur du gouvernement, etc., mais je ne m'attendais pas à ce que ces recommandations s'appliquent à moi. À y regarder de près, je ne pense vraiment pas que cette idée serait très avantageuse. J'ai pu parler des questions dont je devais parler.

En fin de compte, la santé publique est sous la responsabilité des autorités locales. C'est une activité locale. Il est important que ce soit confié aux médecins hygiénistes locaux. Si vous comparez ce que j'ai dit il y a six mois et ce que je dis maintenant, à part les choses qui ont changé, mon discours reste fondamentalement le même.

On a toutefois recherché des opinions, des prédictions et des recommandations différentes, ce qui a semé la confusion, car les médias présentent cela comme l'avis d'un chercheur contre celui d'un autre au lieu de dire que c'est à 99 voix contre une ou que tous les médecins hygiénistes en chef du pays ne partagent pas le même avis qu'une personne qui travaille quelque part et qui a le titre de médecin. Cela fait partie du système. Que vous ayez un système unifié ou une fédération comme la nôtre, je pense que c'est inévitable.

Il est important d'adapter les mesures à la situation locale. Cela variera un peu. Nulle part ailleurs dans le monde la question n'est examinée d'aussi près, ne suscite autant d'intérêt et n'amène autant à faire des comparaisons et à rechercher des différences, alors que ces différences existent aussi dans les États unitaires. La façon dont le programme est mis en œuvre dans un comté du Royaume-Uni n'est pas exactement la même dans un autre comté, mais ici, cela pose un problème dans les médias et cela suscite la controverse au lieu d'être considéré simplement comme la façon dont doit procéder la santé publique.

Ma réponse est la première; je ne suis pas certain que cela ferait une grande différence dans cette situation.

Ce qui a constitué la principale différence en ce qui concerne les éléments positifs et la rapidité avec laquelle nous avons pu résoudre ces questions, c'est notre réseau de santé publique. Il y a une collaboration dans l'ensemble du pays. Nous prenons les décisions et planifions conjointement avec les provinces et les territoires qui travaillent ensuite avec leurs autorités sanitaires locales et réunissent des experts pour résoudre les problèmes. Les gens tirent très rapidement la leçon de l'expérience, ils l'appliquent et la partagent à l'échelle de tout le pays. C'est un énorme défi dans une fédération.

Le mérite de trouver rapidement des solutions revient à ceux qui travaillent au niveau local ainsi que dans les provinces et les territoires. Je ne suis pas certain qu'une grande part du mérite nous revienne.

**Mme Joyce Murray:** J'ai une autre brève question. Nous avons entendu dire que le niveau d'activité virale est nettement supérieur à celui qu'on attendait en cette période de l'année et que le nombre d'hospitalisations et de décès continue d'augmenter. Voyez-vous un lien entre cette situation et le fait que nous avons commencé nos programmes de vaccination plusieurs semaines après les autres pays à cause de certaines décisions qui ont été prises au stade de la planification?

**Dr David Butler-Jones:** Prenons les États-Unis, par exemple. Leur deuxième vague a commencé plusieurs semaines avant nous. Ils avaient une petite quantité de vaccins quelques semaines plus tôt que nous, mais c'était vraiment une très faible quantité. Nous avons maintenant vacciné au moins deux fois plus de gens qu'eux par rapport à notre population et cela au cours des deux ou trois

premières semaines de la campagne. C'est la même chose dans les autres pays. En réalité, ils ont vacciné beaucoup moins de gens.

Quand nous évaluons l'évolution de la situation, dans quelle mesure est-elle attribuable au fait que la deuxième vague a été retardée à cause de toutes les autres choses que nous avons faites, du traitement à la prévention? Nous ne le saurons jamais exactement, mais le niveau d'activité du virus n'a certainement pas été aussi important que dans un certain nombre d'autres pays. Nous avons procédé à la vaccination au Canada... D'autres pays ont reçu des petites quantités de vaccins plus tôt que nous — pas beaucoup, mais quelques-uns — mais nous avons été très rapidement mieux en mesure de vacciner toute la population.

• (1720)

**La présidente:** Merci, docteur Butler-Jones.

Nous passons maintenant à Mme Davidson.

Ou est-ce M. Uppal?

**Mme Patricia Davidson:** Oui.

**La présidente:** Bien, vous nous réservez beaucoup de surprises aujourd'hui, n'est-ce pas?

Monsieur Uppal, allez-y, s'il vous plaît.

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

La semaine dernière, j'ai eu l'occasion de me rendre en Inde. Quand nous avons atterri à l'aéroport de New Delhi, on nous a remis un questionnaire. Les questions portaient sur le H1N1. Quel pays avez-vous visité? Avez-vous été infecté? Avez-vous été en contact avec une personne qui a été infectée?

À l'atterrissage, il y avait un endroit où nous devions passer devant des scanners. Quelqu'un surveillait ces scanners. Je suppose qu'on vérifiait notre température. Des personnes équipées de masques prenaient ces questionnaires et posaient d'autres questions si elles le jugeaient nécessaire. J'ai eu l'impression que c'était des infirmières, mais en tout cas, c'était du personnel médical. À notre retour, quand nous avons atterri à Toronto, il n'y avait aucun questionnaire et rien de ce genre dans nos aéroports.

Quelle est la différence? Ne pensons-nous pas que c'est nécessaire? Pourquoi les autres pays le font-ils?

**Dr David Butler-Jones:** J'ai plusieurs choses à dire à ce sujet. La première est qu'au début, au cours du printemps, nous avons remis des avis à tout le monde. À votre retour, vous avez dû remarquer les renseignements généraux au sujet de la grippe et la façon d'empêcher sa propagation, etc., au Canada, mais maintenant elle s'est répandue dans toutes les collectivités. En fait, la question frontalière ne se pose pas vraiment.

La question importante, comme c'est toujours le cas en ce qui concerne le service de quarantaine et la collaboration avec les compagnies aériennes et les autres intervenants, est que si l'on voit des gens gravement malades, l'agent de quarantaine est appelé et procède à une évaluation. Pour ce qui est de la population générale, ce n'est pas comme si vous alliez apporter la grippe au Canada étant donné que nous l'avons déjà.

Deuxièmement, les scanners de température ont été utilisés pour le SRAS. Ils se sont révélés assez inutiles. Cela donne l'impression qu'on fait quelque chose, mais sans accomplir vraiment quoi que ce soit.

C'est vrai aussi pour le dépistage direct en questionnant les gens ou en leur faisant remplir un questionnaire: premièrement, il est facile de s'y soustraire et deuxièmement, vous n'êtes peut-être pas malade à ce moment-là, mais les symptômes se déclareront dans trois heures et vous aurez déjà propagé la maladie.

En fait, les renseignements généraux que nous diffusons à l'intention du public sur ce qu'il faut faire et ce qu'il faut rechercher sont beaucoup plus importants. Ce sont les renseignements qui sont communiqués aux ménages et qui sont diffusés de façon générale et dans les sites Web. Il s'agit d'indiquer ce qu'il faut rechercher, quand s'inquiéter, quand consulter, etc. Cela s'est clairement révélé beaucoup plus efficace.

Quelques pays font un dépistage intensif. Ce n'est généralement pas très efficace. Cela peut être efficace très tôt si vous n'avez pas vraiment de cas dans le pays, mais pour une maladie comme la grippe... pas en ce qui concerne la vérification de température, mais les autres questionnaires, etc. Une maladie comme la grippe se répand très rapidement. Également, la saison de grippe n'a pas encore commencé pour ceux qui vivent dans l'hémisphère sud et qui devront donc se préparer pour leur saison hivernale le moment venu.

Paul?

**La présidente:** Docteur Gully.

**Dr Paul Gully:** J'ajouterais que nous avons également appris au cours de la crise du SRAS qu'il faut consacrer énormément de temps et d'énergie à produire des feuillets d'information et à les distribuer dans les avions, surtout dans un aéroport comme celui de Toronto où vous pouvez avoir 80 ou 90 compagnies aériennes. C'est énorme. Par conséquent, pour faire suite à ce qu'a dit le Dr Butler-Jones, nous avons estimé que si ce n'était pas efficace, il valait mieux utiliser ces ressources ailleurs.

**Dr David Butler-Jones:** Comme vous vous en souviendrez, au début de cette épidémie, nous avons distribué des feuillets d'information à tous les passagers pour qu'ils sachent quels symptômes... Encore une fois, il y avait peu de cas dans le monde et nous étions à l'origine de la plupart d'entre eux.

**M. Tim Uppal:** Merci.

**La présidente:** Monsieur Brown.

**M. Patrick Brown:** Pour poursuivre sur la question de l'information du public, en quoi se compare-t-elle à ce qui a été fait pour la crise du SRAS? Par rapport à cette épisode, dans quelle mesure les efforts de sensibilisation du public ont-ils été plus importants?

• (1725)

**Dr David Butler-Jones:** Je ne pense pas qu'il y en a eu beaucoup dans le cas du SRAS. Comme l'a mentionné le Dr Gully, on a produit des feuillets d'information pour les aéroports, etc., mais la plupart des communications publiques répondaient aux questions des médias; il n'y a pas eu vraiment d'efforts concertés.

En même temps, on ne pouvait pas vraiment déployer autant d'efforts pour le SRAS. C'était un problème beaucoup plus localisé. Il a eu des répercussions sur l'ensemble du pays, mais c'est la région de Toronto qui a été la plus lourdement touchée.

**M. Patrick Brown:** Cathy a parlé de la rapidité du service dans son unité locale de santé publique. J'ai remarqué la même chose à Barrie. Est-ce une situation que vous constatez dans l'ensemble du

pays ou y a-t-il des unités de santé publique ou certaines régions où il y a encore de longues files d'attente?

**Dr David Butler-Jones:** Bien entendu, je ne connais pas tous les sites, car il y en a sans doute des milliers répartis dans l'ensemble du pays, mais en général, les gens ont une attitude très positive. Ils peuvent avoir à attendre, mais c'est très efficace.

Ici, à Ottawa, les gens disent que les services de vaccination sont très bien organisés. Même s'il y a 1 000 personnes qui attendent, la procédure dure au plus une heure et demie. En général, l'attente n'est pas bien longue. C'est très positif. Certaines de mes anciennes unités sanitaires ont fait un excellent travail, ce que je trouve très agréable. Je ne suis plus là et je ne peux donc pas m'en attribuer le mérite.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Je sais qu'à 17 h 30 la sonnerie va retentir et je vais donc en profiter pour vous remercier une fois de plus d'être venus nous informer...

**Mme Joyce Murray:** Il nous reste quatre minutes. C'est le tour du Bloc.

**La présidente:** Bien...

**Mme Joyce Murray:** Il n'est pas 17 h 30.

**La présidente:** Nous aurons seulement une sonnerie de 15 minutes. Si vous...

Soyez très bref, car je vais vous couper la parole.

[Français]

**M. Luc Malo:** C'est parfait, madame la présidente; vous n'aurez qu'à m'interrompre.

Docteur Butler-Jones, concernant cette crise, vous affirmez qu'on a maintenant atteint un plateau. Ne croyez-vous pas que certains pourraient se dire qu'on a atteint le maximum de cas, que le pire est passé, et se demander si cette crise du virus H1N1 ne se résumait vraiment qu'à ça? Ils pourraient se demander si on les a incités à se préparer et à se faire vacciner pour si peu, en fin de compte. Comme vous le disiez à mon collègue, ça pourrait ressembler passablement à une grippe normale. Dans ces conditions, des gens pourraient se demander, si on a en somme atteint le sommet de cette crise du H1N1, pourquoi ils devraient maintenant se faire vacciner.

**Dr David Butler-Jones:** Il est très important de se faire vacciner parce qu'il faut encore franchir une autre partie de cette colline, avant le sommet. À cause des milliers d'hospitalisations, de traitements aux soins intensifs, et compte tenu aussi des décès, il est très important de diminuer l'impact de cette infection. Or nous avons dans ce cas-ci la possibilité de faire de la prévention. Pour un bon nombre d'infections, la prévention n'est pas simple. Sans vaccination, quelques millions de personnes pourraient être infectées et avoir à passer au minimum trois ou quatre jours au lit. Des milliers d'autres pourraient devoir être soignées aux soins intensifs et quelques centaines encore pourraient mourir. C'est très important. C'est l'occasion de faire de la prévention. La crise n'est pas terminée. Environ quatre ou six millions de Canadiens pourraient être infectés éventuellement.

[Traduction]

**La présidente:** Merci beaucoup, docteur Butler-Jones.

Je remercie le comité.

La séance est levée.





**POSTE  MAIL**

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

**Poste-lettre**

**Lettermail**

**1782711  
Ottawa**

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

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

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

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

---

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

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

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

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

---

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

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