



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent des comptes publics

---

PACP • NUMÉRO 009 • 2<sup>e</sup> SESSION • 40<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 10 mars 2009**

**Président**

L'honorable Shawn Murphy

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

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

## Comité permanent des comptes publics

Le mardi 10 mars 2009

• (1530)

[Traduction]

**Le président (L'hon. Shawn Murphy (Charlottetown, Lib.)):** Je vais maintenant déclarer la séance ouverte. Au nom du comité, je tiens à vous souhaiter une cordiale bienvenue à tous. Bienvenue à tous.

Mesdames et messieurs, cette séance du Comité des comptes publics a été convoquée, conformément au Règlement, pour étudier le chapitre 5, « La surveillance des maladies infectieuses — Agence de la santé publique du Canada », du rapport de mai 2008 de la vérificatrice générale du Canada.

Le comité a le grand plaisir d'accueillir aujourd'hui les représentants du Bureau du vérificateur général qui sont le vérificateur général adjoint, M. Neil Maxwell, accompagné de Mme Luise Dubé, directrice principale.

Les représentants de l'Agence de la santé publique du Canada sont le Dr David Butler-Jones, qui est l'agent comptable et l'administrateur en chef de la santé publique. Il est accompagné de Gregory Taylor, directeur général du Bureau de la pratique en santé publique et de Danielle Grondin, sous-ministre adjointe intérimaire, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence.

Encore une fois, je tiens à vous souhaiter à tous une cordiale bienvenue et à vous remercier pour votre présence ici.

Nous allons entendre M. Maxwell.

Monsieur Maxwell, vous pouvez faire votre déclaration préliminaire.

**M. Neil Maxwell (vérificateur général adjoint, Bureau du vérificateur général du Canada):** Monsieur le président, je vous remercie de nous donner l'occasion de présenter les résultats de notre vérification portant sur la surveillance des maladies infectieuses à l'Agence de la santé publique du Canada qui ont été publiés dans notre rapport de mai 2008.

Comme vous l'avez mentionné, je suis accompagné aujourd'hui de Louise Dubé, directrice principale chargée des vérifications de l'Agence de la santé publique du Canada.

Il est important de souligner que les travaux de cette vérification ont été achevés en octobre 2007 et que nous n'avons pas vérifié les mesures prises par l'Agence depuis cette date.

Les responsables de la santé publique doivent savoir quand et où surviennent des éclosons de maladies infectieuses afin d'en atténuer les conséquences sur la santé des Canadiens. L'Agence de la santé publique du Canada, créée en 2004, est l'organisme fédéral responsable de la surveillance des maladies infectieuses. Elle travaille de pair avec d'autres ministères et organismes fédéraux et les autres ordres de gouvernement. Elle travaille également avec des professionnels de la santé, des hôpitaux et des laboratoires à l'échelle du pays.

Nous avons notamment vérifié si l'Agence et ses partenaires avaient recueilli, analysé et diffusé les données dont ont besoin les responsables de la santé publique au Canada et à l'étranger pour prévoir et prévenir les menaces que représentent les maladies infectieuses et pour y réagir.

Nous avons aussi effectué un suivi de certaines préoccupations graves que nous avons soulevées dans nos rapports de vérification de 1999 et de 2002, alors que la surveillance des maladies infectieuses était la responsabilité de Santé Canada.

[Français]

Nous avons constaté que les faiblesses fondamentales que nous avons relevées dans nos rapports de vérification de 1999 et de 2002 subsistent. Malgré le fait que des mesures importantes aient été prises, on n'a pas donné suite de façon adéquate à nos préoccupations concernant les orientations stratégiques, la qualité des données, la mesure des résultats et le partage des données.

De plus, afin d'obtenir continuellement des données de surveillance, l'agence comptait sur la bonne volonté des provinces et des territoires pour la communication de données utiles et complètes. La communication de ces données n'a pas toujours été assurée et leur transmission a parfois été interrompue. Après deux années de négociations, l'agence a signé, en septembre 2007, un accord général pour le partage de données avec une province, l'Ontario.

Nous nous inquiétons du fait que l'adoption d'une approche nationale normalisée en matière de déclaration des cas de maladies infectieuses prendra encore plusieurs années.

[Traduction]

Un bon partage des données est particulièrement essentiel advenant une situation d'urgence en matière de santé publique. Les responsables de la santé publique locaux ou provinciaux seront très probablement les premiers à déceler une telle urgence. En tant que centre de liaison national, l'Agence doit être tenue informée des événements, car selon le Règlement sanitaire international de 2005 modifié, elle ne dispose que de 48 heures pour évaluer tous les événements urgents déclarés afin de déterminer s'il s'agit d'une urgence en matière de santé publique de portée internationale. L'Agence doit aviser l'Organisation mondiale de la Santé dans les 24 heures suivant cette évaluation.

L'Agence a fait les préparatifs nécessaires pour le partage des données essentielles advenant une situation d'urgence. Toutefois, elle doit encore en préciser les principales dispositions. Par exemple, les responsables de la santé publique à tous les niveaux doivent connaître les procédures pour informer les autres parties et savoir quels sont les renseignements personnels qu'ils peuvent et devraient divulguer, afin d'intervenir adéquatement en cas d'écllosion de maladie et ultimement, pour sauver des vies.

[Français]

Par conséquent, si une menace pour la santé publique risquait de toucher d'autres pays, l'agence pourrait, en l'absence d'ententes de partage de données, être incapable d'aviser l'Organisation mondiale de la Santé dans les délais prescrits par le Règlement sanitaire international et de la tenir au courant de l'évolution de la situation.

Nous sommes heureux que l'Agence de la santé publique du Canada souscrive à nos recommandations et qu'elle ait publié un plan d'action et un calendrier de mise en oeuvre sur son site Web. De nombreuses mesures mentionnées dans ce plan sont urgentes. Ainsi, pour que l'agence respecte ses obligations au titre du Règlement sanitaire international, la capacité de surveillance aux niveaux local, provincial et national doit être évaluée d'ici le 15 juin 2009, et des mécanismes pour assurer l'échange de données complètes et actuelles sur les urgences en matière de santé publique entre l'agence, les provinces et territoires doivent être en place d'ici juin 2012.

Monsieur le président, étant donné l'importance cruciale de ces questions pour les Canadiens, le comité voudra peut-être demander aux responsables de l'agence quels sont les résultats concrets qu'ils ont obtenus depuis le dépôt de notre rapport, en mai 2008. Comme bon nombre des recommandations du rapport ont aussi été faites en 1999 et en 2002, le comité voudra peut-être aussi obtenir de l'Agence de la santé publique du Canada qu'elle s'engage à mettre en oeuvre nos recommandations et à lui soumettre des rapports périodiques.

Monsieur le président, je termine ainsi ma déclaration d'ouverture. Nous serions heureux de répondre aux questions du comité. Merci.

• (1535)

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Maxwell.

Nous allons maintenant entendre le Dr David Butler-Jones, l'administrateur en chef de la santé publique et l'agent des comptes de cette agence.

**Dr David Butler-Jones (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada):** Monsieur le président, je remercie le Comité des comptes publics de me permettre d'être ici aujourd'hui.

[Français]

J'ai écouté avec intérêt les observations de M. Neil Maxwell, du Bureau du vérificateur général du Canada.

[Traduction]

En 2003, notre pays a été le témoin direct des répercussions d'une maladie infectieuse inconnue, le syndrome respiratoire aigu sévère ou SRAS. L'écllosion a eu des conséquences sur notre santé, causant 44 décès, et sur notre économie, entraînant des pertes estimées à plusieurs milliards de dollars. À la suite de l'écllosion, le Dr David Naylor a déposé le rapport « Leçons de la crise du SRAS - Renouveau de la santé publique au Canada ». Il y recommandait notamment la création d'une agence fédérale de la santé publique afin de fournir un leadership national et de coordonner les questions de santé publique pour le pays. C'est le poste que j'ai le privilège d'occuper.

[Français]

En 2004, le gouvernement du Canada a donc créé l'Agence de la santé publique du Canada, qui a pour mission de « promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique ».

[Traduction]

Dans son rapport de 2008, la vérificatrice générale a cerné, pour l'agence, des secteurs où il faut améliorer la surveillance, notamment en ce qui concerne les maladies infectieuses. Je me réjouis de son support continu dans le but de renforcer ces mesures.

La surveillance est une simple collection, mais méthodique, de données sur la santé afin de pouvoir ensuite les utiliser pour identifier les tendances et les événements en matière de santé. Le tout permet ensuite à l'agence de promouvoir et d'établir l'orientation des activités en matière de santé publique à travers le Canada. En support à cette surveillance, nous avons développé en 2007, un plan stratégique de surveillance, un plan quinquennal qui donne les grandes lignes sur les priorités et les objectifs de ce plan.

[Français]

L'agence a créé le poste de conseiller principal en surveillance. Le titulaire de ce poste, Dr Greg Taylor, me conseille et m'informe des progrès que nous avons faits pour mener à bien les recommandations de la vérificatrice générale. Il me donne aussi des mises à jour et m'avise sur l'état des activités de surveillance menées dans toute l'agence.

[Traduction]

J'aimerais également vous parler de l'échange d'information, en particulier avec les provinces et les territoires. Notre défi repose en partie sur la nécessité d'avoir un système de surveillance solide, qui doit tenir compte de la nature même de notre système de soins de santé, c'est-à-dire, que les provinces et les territoires offrent les services de soins de santé et possèdent les données connexes. De plus, lorsque le gouvernement fédéral tente d'obtenir rapidement les données les plus fiables, il fait face à des contraintes relatives aux lois en vigueur et à la protection des renseignements personnels.

Tous nos partenaires sont conscients du besoin d'obtenir des données rapides et précises afin de maintenir un meilleur contrôle des maladies infectieuses au Canada, surtout dans l'éventualité d'une urgence en santé publique. En ce sens, un protocole d'entente sur l'échange d'information pendant une urgence en matière de santé publique a été approuvé par les ministres provinciaux, fédéraux et territoriaux de la santé en septembre 2008. Le Réseau pancanadien de santé publique a créé un groupe de travail fédéral-provincial-territorial — dont l'Agence est l'un des membres principaux — qui collabore avec les provinces et les territoires à l'élaboration d'ententes multilatérales d'échanges d'information. Nous avons bon espoir que le nouveau groupe de travail offrira une nouvelle avenue pour les relations fédérales-provinciales-territoriales dans le domaine de la surveillance de la santé publique et de l'échange d'information.

Également, lorsque nous passerons aux questions, vous verrez le contraste entre la façon dont nous avons fait face aux événements de ces quatre dernières années et ce qui s'est passé pendant la crise du SRAS. Cela prouve que notre pays est capable de réagir rapidement et efficacement.

Je suis déterminé à réaliser les recommandations de la vérificatrice générale et d'ailleurs, l'agence a déjà fait des progrès dans bien des domaines. Je suis également conscient qu'il nous reste du travail à accomplir afin d'assurer une surveillance efficace pour protéger la santé et le bien-être de tous les Canadiens.

Merci beaucoup.

• (1540)

**Le président:** Merci beaucoup, docteur Butler-Jones.

Nous allons maintenant commencer le premier tour de questions où vous disposerez de sept minutes chacun.

Madame Ratansi, vous disposez de sept minutes.

**Mme Yasmin Ratansi (Don Valley-Est, Lib.):** Merci à vous tous d'être venus ici.

Ma question porte sur une comparaison entre le plan d'action que vous avez présenté et les remarques de la vérificatrice générale. En mai 2008, la vérificatrice générale a examiné si l'Agence de la santé publique avait obtenu, analysé et diffusé l'information nécessaire pour répondre aux menaces. Le rapport de vérification mentionnait que les rôles et les responsabilités n'étaient pas clairement définis. Le Bureau de la vérificatrice générale vient de dire que ce sont là des faiblesses depuis 1999. Je peux comprendre qu'à l'époque cela visait Santé Canada et que l'Agence a été créée par la suite.

Pourquoi ce plan d'action n'est-il pas suffisamment énergique pour s'attaquer à certains des problèmes que la vérificatrice générale a soulevés? Par exemple, vous dites que vous avez nommé un conseiller principal en surveillance. En quoi cela gère-t-il le risque dont parle la vérificatrice générale? Par exemple, comment le conseiller principal en surveillance obtient-il l'information, d'où l'obtient-il, comment l'analyse-t-il, comment la diffuse-t-il, comment travaille-t-il avec ses partenaires des provinces, des territoires et des municipalités? Comment sont répartis les rôles et les responsabilités?

Je sais que je pose beaucoup de questions en même temps, mais elles s'adressent à l'Agence de la santé publique. Si le Bureau de la vérificatrice générale me dit dans sa réponse que ces dispositions sont suffisamment solides, je l'accepterai.

Merci.

**Dr David Butler-Jones:** Merci beaucoup pour ces questions.

Il y a un certain nombre d'activités interreliées. Le conseiller principal en surveillance est simplement là pour qu'il y ait un centre de responsabilité bien clair. Ce n'est pas vraiment pour exercer la surveillance, mais pour veiller à ce que nous ayons les systèmes voulus en place. Nous avons examiné tous nos systèmes de surveillance et pas seulement pour les maladies infectieuses. Également, au sein du réseau de santé publique par lequel nous assurons l'administration du système conjointement avec les provinces et les territoires, nous avons des comités d'experts et autres qui font rapport à la conférence des sous-ministres à laquelle je siège, ainsi qu'à la conférence des ministres pour faire la planification conjointe nécessaire.

De plus, en ce qui concerne les rôles, nous avons travaillé dans le cadre de protocoles d'entente et de lettres d'accord. Par exemple, pour ce qui est de l'ACIA, nous avons le protocole d'entente avec les provinces qui définit les rôles de chacun. Nous avons des plans qui définissent l'attribution des responsabilités relativement à nos relations avec les provinces, non seulement sur le plan de la surveillance, mais également pour faire face aux problèmes au fur et à mesure qu'ils surgissent.

Deuxièmement, nous surveillons la situation quotidiennement. Nous gérons le RMISP, le Réseau mondial d'information en santé publique. L'OMS nous dit qu'entre 40 p. 100 et 60 p. 100 de toutes les écloisions dans le monde leur sont d'abord signalées par nous et non pas par le pays touché. Nous gérons ce système pour l'ensemble de la planète. Chaque jour, nous examinons la situation. Chaque matin, les fonctionnaires de l'agence se réunissent avec les autres personnes compétentes pour examiner les risques qui existent autour du monde. Ils me rencontrent ensuite généralement vers 9 heures ou 9 h 30 et nous décidons de la suite à donner, de ce qu'il faut faire et de toutes les mesures à prendre. Si une situation exige la collaboration des provinces, nous organisons, le jour même, un appel-conférence avec les médecins-hygiénistes en chef de tout le pays. C'est comme cela que nous procédons.

Ce ne sont là que quelque uns des systèmes que nous avons en place. Nous surveillons la situation quotidiennement, 24 heures sur 24.

**Mme Yasmin Ratansi:** Avez-vous mis ces systèmes en place après la vérification ou étaient-ils déjà là quand la vérification a eu lieu?

**Dr David Butler-Jones:** Ils étaient déjà là quand la vérification a eu lieu, mais le Bureau de la vérificatrice générale nous a notamment demandé si nous pouvions les renforcer. Par exemple, avez-vous le procès-verbal des réunions qui ont lieu tous les matins? Maintenant, nous dressons ce procès-verbal. Cela permet d'en garder trace.

Nous prenons les décisions, nous donnons suite aux décisions et nous en prenons note, mais maintenant nous dressons un procès-verbal plus détaillé afin que quelqu'un puisse s'y reporter dans 10 ans s'il le désire. C'est la même chose pour la chronologie des événements.

• (1545)

**Mme Yasmin Ratansi:** Je demande au Bureau de la vérificatrice générale si c'est ce qu'il souhaitait. Je suis comptable et j'ai donc besoin de résultats concrets. Si quelqu'un me dit que le but a été atteint en nommant un conseiller principal en surveillance auprès de l'administrateur en chef de la santé publique, je ne considère pas que ce soit gérer les risques.

Peut-être pouvez-vous me dire si, à la suite de votre vérification, vous avez jugé que l'information et les processus en place, des processus que vous n'avez sans doute pas estimés suffisants pour que l'information soit recueillie comme elle aurait dû l'être, représentaient des risques pour le public.

**M. Neil Maxwell:** Merci, monsieur le président.

Il y a là plusieurs éléments à considérer.

J'aurais peut-être d'abord plusieurs choses à dire en réponse à votre question quant à savoir si le système est suffisamment robuste. Premièrement, nous n'avons pas vérifié le plan d'action. Nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner le genre de progrès que l'agence déclare avoir faits pour voir ce qui a été vraiment réalisé.

Deuxièmement, je dirais que c'est un travail très compliqué. Quand j'examine le plan d'action, je vois des mesures prises sur un grand nombre de fronts et dont certaines se situent à l'arrière-plan. Les conseillers en surveillance jouent sans doute un rôle important sur le plan de la gouvernance et pour veiller à ce que l'information soit fournie. Je ne nie pas l'importance de chaque élément, mais j'en reviendrais à une chose que j'ai dite dans ma déclaration préliminaire. La valeur d'un plan d'action se mesure à sa capacité et à la capacité de l'agence d'obtenir des résultats concrets.

En examinant le plan d'action, je constate qu'un certain nombre d'améliorations ont été apportées au système. Je pense donc qu'en fin de compte, il est peut-être nécessaire de voir quels sont les résultats concrets obtenus sur un certain nombre d'années. On ne s'attend pas à voir beaucoup de résultats à très court terme, mais je pense qu'en réalité c'est là l'essentiel.

**Mme Yasmin Ratansi:** D'accord.

Je m'adresse donc de nouveau à M. Butler-Jones. Depuis combien de temps occupez-vous ce poste? Depuis 2006?

**Dr David Butler-Jones:** L'agence et mon poste ont commencé en même temps, en septembre 2004.

**Mme Yasmin Ratansi:** Par conséquent, pourriez-vous me dire quelles mesures concrètes ont été prises depuis 2004? Par exemple, s'il y a eu une écloison de fièvre Ebola au Congo, compte tenu des voyages internationaux, etc., quels sont les freins et contre-poids que vous avez mis en place pour empêcher l'épidémie de venir ici? Nous ne connaissions pas le SRAS. Nous n'avons pas pu le prévenir. Il est arrivé. Cela nous a coûté 20 milliards de dollars en pertes économiques. Quels sont les freins et contre-poids en place?

**Dr David Butler-Jones:** Il y a un certain nombre de choses. J'ai mentionné le GEF et le Réseau mondial d'information en santé publique que nous gérons. Je dois dire qu'avant que le système ne soit vraiment opérationnel, il a quand même permis de détecter le SRAS, en novembre, des mois avant que l'épidémie n'éclate en Chine. Maintenant, nous avertissons l'OMS et le pays touché et ils peuvent alors intervenir plus rapidement. De plus, l'ajout du règlement sanitaire internationale obligeant les pays à contenir l'écloison à l'intérieur de leurs frontières devrait permettre de limiter l'épidémie à des dizaines ou des centaines de cas plutôt qu'à des milliers ou dizaines de milliers de cas.

Deuxièmement, nous avons une capacité d'intervention, par exemple pour l'Ebola, au Congo. Nous avons un service de laboratoire mobile qu'aucun autre pays au monde ne possède et nous l'avons envoyé au Vietnam et au Congo. Il était aux Jeux olympiques de Pékin et il sera aux Jeux olympiques au Canada. Il a la capacité de diagnostiquer sur le terrain certaines des maladies les pires et les plus difficiles afin qu'on sache à quoi on a affaire. Nous avons des équipes que nous envoyons dans ces régions du monde pour appuyer l'OMS et les autres organismes qui travaillent dans ce domaine.

Il y a également le développement du réseau de santé publique. Avant, il y avait de nombreux comités consultatifs au niveau FTP, etc. Maintenant, tout est regroupé au même endroit et les plans de travail, la planification, etc., sont établis conjointement avec les provinces et les territoires. Nous examinons où se trouvent les lacunes. Nous pouvons faire le genre de planification qui s'impose. S'il y a des questions de nature politique à soumettre au ministre et au ministre, nous avons le moyen de le faire. Tout est relié, y compris les rôles et les responsabilités en cas d'écloison, le rôle du médecin-hygiéniste en chef et le rôle du ministre. Nous planifions des scénarios et nous procédons à des tests, par exemple, pour les cas de pandémie.

Le Canada a été le premier pays à se doter d'un plan national en cas de pandémie pour le secteur de la santé. D'autres pays l'ont copié et s'en ont inspirés. Nous avons d'autres moyens tels que des contrats de vaccins, les antiviraux, etc., pour atténuer les effets. C'est une approche multirisque, car notre travail ne se limite pas à nous préparer pour une maladie, par exemple une pandémie de grippe. Et si une nouvelle épidémie de SRAS survenait? Il y a de nombreux exemples, mais je vais vous en donner un qui date de mai dernier.

Un vendredi matin, nous avons été avertis qu'il y avait, dans le nord de l'Ontario, un train dans lequel un certain nombre de touristes asiatiques étaient malades. L'un d'eux était mort et avait été évacué par avion. Quelques minutes plus tard, notre centre d'opérations entrain en fonction. Nous avons communiqué avec la province, le bureau de santé publique local, le service d'incendie, d'autres services, VIA Rail, d'autres ministères du gouvernement fédéral et, en l'espace de quelques heures, nous avons pu établir exactement ce qui se passait. Heureusement, il s'agissait d'une série de coïncidences malheureuses: il s'agissait de touristes australiens, ils avaient des rhumes et la femme était morte d'une embolie pulmonaire. Ce n'était pas le SRAS. Mais si cela avait été le SRAS, tout se serait passé exactement comme j'espère que cela se passerait.

• (1550)

**Le président:** Merci beaucoup, madame Ratansi.

Madame Faille.

[Français]

**Mme Meili Faille (Vaudreuil-Soulanges, BQ):** Merci, monsieur le président.

Je voudrais d'abord vous remercier d'être venus témoigner sur cette question de santé publique passablement importante. Je vais poser une série de questions qui touchent davantage les mécanismes de surveillance. Vous savez certainement que la surveillance continue de la population est une fonction essentielle, en matière de santé publique.

Dans le passé, j'ai travaillé dans le domaine de l'immigration internationale. Je pense qu'au sein du gouvernement, les échanges avec divers ministères ou agences causent problème quand il s'agit d'obtenir des renseignements sur leurs activités, leurs opérations, leurs objectifs, leurs méthodes pour détecter les maladies, et ainsi de suite. Je vais vous donner un exemple. Dans le processus d'immigration, un examen médical est toujours requis et un processus d'exclusion est prévu dans le cas de personnes représentant une charge pour la société québécoise et canadienne.

Parmi les défis que vous avez à relever, le partage de renseignements avec les différents ministères en est-il un qui pose problème?

**Dr David Butler-Jones:** Non. Nous entretenons une bonne relation avec les gens d'Immigration Canada. Nous avons conclu un protocole d'entente avec eux de même qu'avec les ministères dont le mandat touche la santé ainsi que les effets des maladies infectieuses et chroniques à l'échelle internationale. Maintenant, il y a aussi un médecin qui nous représente à Pékin, dans l'Est. Ça permet d'entretenir de bonnes relations avec la Chine, notamment, d'où viendront peut-être des maladies infectieuses dangereuses pour nous.

**Mme Meili Faille:** D'accord. Si vous n'avez pas de problème à même l'appareil gouvernemental fédéral, en avez-vous avec les représentants au niveau provincial?

**Dr David Butler-Jones:** Non. En fait, il est très intéressant de voir que nos défis transcendent les champs d'application. La collaboration entre mes collègues et sous-ministres provinciaux est bonne. De temps en temps, nos opinions ou nos approches divergent, mais ça nous donne l'occasion de discuter et d'améliorer la situation. De toute façon, il n'y a pas une seule et unique réponse aux défis. D'après moi, la collaboration est très bonne.

**Mme Meili Faille:** Je vous pose ces questions parce que j'ai ici un rapport de surveillance de l'Agence de la santé publique. On y note que la fonction de surveillance pose actuellement problème. À ce sujet, on dit ce qui suit:

L'absence de perspective d'accroissement des ressources : les ressources limitées et inégales affectées à la surveillance selon les régions et les multiples fonctions souvent exercées par ces mêmes ressources [...] posent un défi de taille aux mandataires légaux pour remplir pleinement leurs obligations.

C'est un document qui date quand même de 2008. D'après ce que vous me dites, vous avez suffisamment de ressources, et les échanges d'information avec les divers ordres de gouvernement ne posent pas problème. Toutefois, ce rapport provincial dit le contraire. C'est peut-être dû à une mauvaise compréhension de la situation.

●(1555)

**Dr David Butler-Jones:** La relation et la collaboration sont bonnes. Les ressources s'améliorent de temps en temps. Ce mois-ci est meilleur que le mois ou l'an dernier.

[Traduction]

Nous ne sommes pas encore au bout de nos peines. Il reste encore beaucoup de travail à faire et nous le faisons en collaboration et conjointement. Je parlais de la bonne volonté. Les efforts voulus sont faits. Nous réalisons des progrès. Nous n'avons pas encore touché le but. Nous ne pouvons pas surveiller tout ce que nous voudrions surveiller. Nous n'avons pas toute la capacité que nous voudrions avoir, mais nous continuons à la renforcer.

Merci.

[Français]

**Mme Meili Faille:** Vous me dites que ça se passe bien, mais j'aimerais que vous nous disiez où sont les problèmes et quelles recommandations nous pouvons faire pour vous aider à relever vos défis.

[Traduction]

**Dr David Butler-Jones:** Très bien.

[Français]

Je regrette. Je n'avais pas compris la question. Je pensais qu'il s'agissait de collaboration, et ainsi de suite. Pour ce qui est des défis, on parle d'équipement électronique, de la capacité de comprendre toutes les maladies. Une chose très importante pour nous est la

[Traduction]

surveillance syndromique. *C'est comme les maladies respiratoires, mais pas spécifiques pour une maladie particulière.* Cela en fait donc partie.

[Français]

Il s'agit ici de gens qui ont les compétences, les connaissances,

[Traduction]

la formation. Il y a une pénurie de personnel dans le domaine de la santé publique au Canada. Il est difficile de se doter de cette capacité à tous les niveaux.

[Français]

**Mme Meili Faille:** Est-ce que j'ai encore du temps? Une minute?

En fait, vous avez touché un peu au problème. On me dit qu'il manque actuellement de ressources pour former les gens dans le domaine de la surveillance. Les divers ministères ont besoin d'aide pour réaliser des plans de surveillance en matière de santé publique. Ils ont de la difficulté à obtenir des ressources pour préciser ce qui doit être réalisé. De plus, les gens ont besoin de formation sur l'utilisation des banques de données et des nouvelles sources d'information. Cette nécessité d'être formé adéquatement pourrait-elle constituer un défi pour l'agence?

**Dr David Butler-Jones:** Oui, c'est un défi pour le système, mais nous avons prévu certaines démarches pour améliorer la situation. Je vais continuer en anglais.

[Traduction]

Nous avons des programmes d'épidémiologie sur le terrain. Nous formons des gens à qui les provinces font appel. Ils vont travailler sur place pour les enquêtes et ils font également de la formation. Nous avons aussi une formation en ligne sur la surveillance de base et la collecte des données et d'autres choses auxquelles les travailleurs de la santé publique et les autres intéressés peuvent avoir accès. Nous avons également un programme de mentorat.

Nous sommes en train d'établir un service de santé publique. Nous recrutons des gens qui travaillent pour l'agence. Nous les plaçons surtout dans les régions qui disposent de moins de moyens, comme celles du nord et de l'est, mais ils travaillent avec leurs collègues de l'ensemble des provinces et des territoires. Cela augmentera leur capacité et nous pourrons faire appel à eux en cas d'urgence nationale.

**Le président:** Merci, madame Faille.

Merci beaucoup, monsieur Butler-Jones.

Monsieur Christopherson, vous disposez de sept minutes.

**M. David Christopherson (Hamilton-Centre, NPD):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vous remercie pour votre exposé et votre présence ici aujourd'hui.

J'ai déjà travaillé avec le médecin-hygiéniste en chef lorsque j'étais conseiller régional, en tant que président du Comité de la santé et des services sociaux. Bien entendu, ce médecin me faisait son rapport et j'ai donc travaillé dans ce domaine.

Je vous ai également vu parler en public de certaines questions et j'ai été très impressionné. Connaissant votre rôle, j'ai beaucoup apprécié le message que vous portiez et ce que vous disiez aux citoyens canadiens. J'ai été très impressionné. Je voulais commencer par ce compliment, car c'est le dernier que vous allez entendre.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. David Christopherson:** Oui. Savourez-le.

C'est à propos de la surveillance des maladies infectieuses. Étant donné que notre pays a connu la crise du SRAS, c'est une question importante pour nous. Je dois vous dire qu'étant donné la nature de ce rapport, c'est assez effrayant. Il n'y a pas là de quoi être bien fier de la surveillance et de ce qui a été fait.

C'est un des cas dont j'ai déjà parlé, pour la gouverne des nouveaux membres du comité. Une des choses qui me rend furieux, de même qu'un grand nombre des autres membres du comité, est qu'un rapport de vérification signale un problème, qu'il est suivi d'un autre rapport de vérification indiquant que le problème n'a pas été réglé, puis d'un troisième rapport disant que le premier rapport n'a pas eu de suite, pas plus que le deuxième. Telle est la situation devant laquelle nous nous trouvons.

Le problème n'a pas été réglé. Certaines de ces questions se posent toujours. Il ne semble pas qu'on cherche à les régler.

Dans le rapport de la vérificatrice, je peux lire par exemple: « Des normes de surveillance générales doivent être mises au point ». Ou encore: « Elles sont essentielles pour obtenir rapidement des données exactes sur l'apparition d'une éclosion... ». Par conséquent, il ne s'agit pas d'une fonction accessoire. C'est essentiel pour permettre à ce ministère de protéger la santé des Canadiens.

Que dit la suite? On peut lire: « Sans normes approuvées, les cas de maladies infectieuses peuvent être déclarés au moyen de différents tests diagnostiques ou symptomatologies. » On peut lire également: « Depuis 2002, l'Agence travaille, de concert avec les provinces et les territoires, dans le but de mettre à jour la liste... ». Cette liste est parue en 2006, dit-on, mais le travail n'est pas terminé.

En 2002, la vérificatrice a recommandé « que Santé Canada s'emploie, en collaboration avec les provinces et les territoires, à établir des normes communes, ce que le ministère avait convenu de faire ». « Le travail d'établissement de normes est en cours, mais selon nous, les progrès accomplis à cet égard sont insatisfaisants », ajoute-t-on.

« En 2002, Santé Canada a amorcé la mise en oeuvre d'un cadre d'assurance de la qualité des données sur la santé publique pour donner suite à l'une de nos recommandations » dit le rapport. Plus loin, il est dit: « Nous concluons ainsi que les progrès réalisés à l'égard de notre recommandation de 2002 sont insatisfaisants ».

On peut lire dans le rapport « En 1999, nous avons signalé que Santé Canada avait effectué peu d'évaluations et n'avait aucun plan officiel pour évaluer ses systèmes de surveillance. »

Également, on peut lire que: « En 2002, nous avons constaté que le ministère en était toujours à élaborer ses mesures du rendement et que ses rapports au Parlement laissaient toujours à désirer. » Et on ajoute « selon nous, les progrès réalisés à l'égard de ces recommandations sont insatisfaisants ».

Ensuite, à la page suivante, à propos des quatre maladies infectieuses, la conclusion est la suivante: « Selon nous, les progrès réalisés à cet égard sont insatisfaisants. »

Et pourtant, voici ce que nous obtenons du ministère — et je l'ai déjà mentionné à mes collègues — et du rapport ministériel sur le rendement. Voilà le genre de problèmes auxquels nous sommes confrontés. Voici ce que dit la vérificatrice générale dans trois rapports de vérification différents, mais les problèmes qu'elle soulève ne sont abordés qu'à la page 24 d'un rapport de 31 pages, dans un petit paragraphe. Aujourd'hui, docteur, vous nous dites: « Je suis également conscient qu'il nous reste du travail à accomplir afin d'assurer une surveillance efficace pour protéger la santé et le bien-être de tous les Canadiens. »

Étant donné que vous ne semblez pas trouver la situation urgente, d'après votre déclaration, je voudrais savoir pourquoi vos promesses d'aujourd'hui seraient plus crédibles et plus fiables que celles que nous avons déjà entendues, docteur. Il nous faut des réponses. Il nous faut de l'action. Commencez à me dire des choses qui dissiperont mes inquiétudes au sujet de ce rapport, car d'après ce que j'ai entendu, cela fait maintenant 10 ans que ces problèmes ont été mis en lumière.

Vous ne prenez pas la situation suffisamment au sérieux, docteur, et j'ai besoin d'en entendre davantage. Je veux plus.

• (1600)

**Dr David Butler-Jones:** Je vous remercie pour cette question et pour vos paroles aimables du début.

Je ne peux pas parler de ce qui s'est passé avant mon entrée en fonction et des deux rapports de vérification précédents si ce n'est

pour dire que depuis la création de l'agence, nous avons pris les choses très au sérieux, et nous avons effectué une restructuration de nos fonctions et du système en collaboration avec nos partenaires des provinces et des territoires, en réglant les questions au fur et à mesure.

Nous prenons cela très au sérieux. Le fait que nous avons élaboré un plan stratégique pour décrire comment nous allons atteindre nos objectifs pour les années à venir en témoigne, je crois.

En ce qui concerne les définitions, les définitions des cas, etc., comme nous travaillons en collaboration avec nos partenaires, nous devons le faire conjointement. L'agence fédérale ne peut pas dire: « Voici votre définition ». C'est une chose que nous devons négocier avec les provinces et les territoires. Le travail se fait et d'ici...

**M. David Christopherson:** C'est une réponse acceptable pour la première vérification, mais pas pour la troisième.

**Dr David Butler-Jones:** Nous sommes en train de voir ce que nous devons faire pour y arriver. Nous nous attendons à pouvoir procéder aux définitions de cas cette année.

Également, d'ici 2011, nous aurons financé, par l'entremise de l'Inforoute Santé du Canada, l'élaboration de Panorama, qui permettra à l'ensemble des provinces et territoires participants d'apporter des données par voie électronique afin que nous puissions disposer de données immédiates sur les cas qui se présentent n'importe où dans le pays.

J'ai déjà souligné un certain nombre des choses que nous avons accomplies, et nous allons continuer à travailler à la longue liste de choses qu'il nous reste à faire, comme nous le faisons depuis quatre ans. Comme je l'ai dit au départ, notre situation s'améliore d'un mois à l'autre. Nous n'avons pas encore atteint le but, mais nous nous attendons à ce que d'ici deux ans... Si, d'ici deux ans, vous ne constatez pas des progrès importants, je serais tout à fait prêt à accepter vos critiques.

La surveillance joue un rôle fondamental pour la santé publique. Il est essentiel que nous disposions de bonnes données. Nous avons commencé avec ce que nous avons. La crise du SRAS nous a permis de reconnaître qu'au Canada, la santé publique avait été négligée pendant 20 ans pendant que notre attention était centrée sur un élément très important, c'est-à-dire le financement du système de soins de santé. Toutefois, la santé publique n'était pas une priorité pour les gouvernements et le SRAS nous a vite ramenés à la réalité, tout comme Walkerton et North Battleford. Des agences sont maintenant mises en place: nous avons l'agence fédérale, des agences provinciales et des ministres à la « vie saine ». Il y a cinq ans, quand le ministre fédéral rencontrait ses homologues des provinces, la santé publique n'était presque jamais à l'ordre du jour. Quand les sous-ministres se réunissaient, elle n'était presque jamais à l'ordre du jour. Elle est maintenant inscrite dans tous les ordres du jour et souvent, elle en occupe la moitié. C'est un énorme changement, mais comme Neil l'a dit tout à l'heure, cela ne se produit pas du jour au lendemain, mais nous réalisons des progrès, d'année en année et de mois en mois.

• (1605)

**Le président:** Merci, monsieur Christopherson.

**M. David Christopherson:** Vous pouvez bien tenir ce discours de bureaucrate, mais cela n'aidera pas les familles si nous avons une nouvelle épidémie de SRAS et le ministère n'a pas fait les progrès qu'il aurait dû faire depuis des années.

**Dr David Butler-Jones:** Je vous ai donné l'exemple du train.



**M. David Christopherson:** Je n'apprécie pas de vous voir aussi défensif à l'égard de toute critique. À vous entendre, on jurerait que vous prétendez que ce n'est pas vrai.

**Le président:** À l'ordre. Nous allons continuer.

**M. David Christopherson:** Nous aurons une autre occasion d'en discuter.

**Le président:** Monsieur Saxton, la parole est à vous.

**M. Andrew Saxton (North Vancouver, PCC):** Je voudrais remercier M. Maxwell pour son exposé de tout à l'heure.

Et je voudrais vous remercier, docteur Butler-Jones, d'avoir fourni au comité autant de renseignements sur votre plan d'action et les progrès que vous avez réalisés jusqu'ici. Cela ne fait pas très longtemps que je siège à ce comité, mais c'est la première fois, je l'avoue, que je vois des renseignements aussi détaillés et je vous félicite d'avoir agi rapidement pour suivre les recommandations de ce rapport. Je tiens surtout à vous remercier pour le résumé de votre plan d'action que vous nous avez envoyé.

Si j'ai bien compris, cette nouvelle agence a été créée en 2004. En faisant des recherches pour la séance d'aujourd'hui, j'ai constaté avec plaisir que votre agence a publié un plan d'action immédiatement après la publication de ce rapport. Je pense que c'est un bon exemple à suivre pour les autres agences.

Ma première question s'adresse à M. Maxwell. En tant que parlementaire, je trouve ce plan d'action et les renseignements fournis très utiles. Le Bureau du vérificateur général est-il satisfait, dans l'ensemble, de l'information fournie jusqu'ici?

**M. Neil Maxwell:** Merci.

L'information que l'agence a fournie, la mise à jour concernant ce qu'elle a accompli, est certainement très détaillée.

Je pourrais peut-être en profiter pour revenir un peu sur certaines des observations précédentes. Ce sont là des questions vraiment importantes pour les Canadiens, sans aucun doute. Nous le comprenons tous. Je crois aussi que c'est un domaine complexe. Lorsque nous avons parlé, dans notre rapport, des progrès réalisés, nous avons conclu qu'ils n'étaient pas satisfaisants. Nous ne portons jamais ce jugement à la légère et cela reflète la gravité de ce genre de questions.

Je ne dirais pas que le plan d'action ne témoigne pas d'un sérieux désir d'agir. Ce que nous voyons dans ce plan d'action représente, je crois, un très sérieux effort visant à améliorer la surveillance. Votre question et les questions précédentes cherchaient surtout à établir si le rythme des progrès est suffisant, compte tenu de la gravité de la situation.

Merci.

**M. Andrew Saxton:** Merci, monsieur Maxwell.

J'ai une ou deux questions pour le Dr Butler-Jones. Dans l'ensemble, je peux voir que vous avez consacré beaucoup de travail à ce plan d'action et je vous en félicite, vous et votre agence.

Je vois que ce plan stratégique de surveillance a été élaboré l'année dernière. Pouvez-vous me donner une idée générale de ses objectifs?

**Dr David Butler-Jones:** Je vais demander à Greg de vous donner une réponse un peu plus précise, mais cela dépend de ce que nous devons faire. Nous avons hérité d'un certain nombre de systèmes de surveillance, qui n'ont pas toujours été reliés, dans différents secteurs, ainsi que d'approches différentes. Nous les avons harmonisés et nous cherchons à établir quelles sont les lacunes à

combler, quels sont les secteurs à renforcer et comment avancer afin que nous ayons une approche plus globale de la surveillance, une approche plus efficace et mieux reliée.

Greg.

**Dr Gregory Taylor (directeur général, Bureau de la pratique en santé publique, Agence de la santé publique du Canada):** Merci.

Comme le Dr Butler-Jones l'a dit, l'agence a hérité d'un certain nombre de systèmes de surveillance individuels, des systèmes qui étaient gérés au niveau des programmes.

La stratégie de surveillance relie tous ces systèmes afin qu'ils soient tous gérés par l'agence. À l'heure actuelle, nous surveillons plus d'une cinquantaine de maladies qui, pour la plupart, faisaient l'objet d'un système de surveillance individuel. En les réunissant et en leur donnant une orientation stratégique dans le but de nous doter de la meilleure source de données et du meilleur système de surveillance au monde, nous pouvons voir les choses d'un point de vue organisationnel.

Le rôle du conseiller principal en surveillance est très particulier au sein de l'agence en ce sens que tout le système de surveillance a directement accès à l'administrateur en chef de la santé publique, et cela quotidiennement, pour que nous soyons certains que tout va dans la bonne direction. Cela nous permet d'évaluer simultanément tous les systèmes. Cela nous permet d'examiner les normes simultanément pour tous nos systèmes au lieu de le faire séparément. Cela nous permet d'interagir avec tous nos partenaires des provinces et des territoires au lieu de le faire individuellement. Cela nous permet d'appliquer nos ententes de partage de l'information pour tous les systèmes de surveillance en même temps. Cela nous donne une vision globale pour l'ensemble de l'organisation au lieu des programmes individuels du passé qui fonctionnaient de façon relativement indépendante et dont l'agence a hérité.

• (1610)

**M. Andrew Saxton:** Merci.

Pouvez-vous me dire en quoi la nomination du conseiller principal en surveillance a modifié l'optique de l'agence et quel a été son impact sur la mise en oeuvre de ce plan d'action?

**Dr Gregory Taylor:** Certainement. Je vais parler pour moi. J'ai pour rôle de superviser tout cela et de veiller à ce que le plan d'action que nous avons établi soit mis en oeuvre.

Nous avons un petit groupe de gens, une unité de coordination de la surveillance, qui ont pour rôle de veiller à ce que les choses avancent et de surveiller les progrès de tous les programmes. En même temps que cette unité, je fais un rapport régulier au Dr Butler-Jones, pour lui faire savoir si les choses avancent ou non. Si l'agence tarde à bouger dans un domaine, c'est ainsi qu'il en est informé au lieu que l'information provienne des programmes et des voies bureaucratiques habituelles.

C'est un mécanisme de surveillance qui permet de s'assurer que l'agence réalise des progrès.

**M. Andrew Saxton:** Merci.

Je n'ai pas d'autres questions.

**Le président:** Merci beaucoup.

Cela met fin au premier tour.

J'ai une ou deux questions que je voudrais vous poser, docteur Butler-Jones.

La première concerne les rapports sur le rendement de votre ministère. Vous dirigez une agence qui n'a pas la tâche facile et qui est nouvelle, comme vous l'avez mentionné. Si nous remontons six ans en arrière, ce n'était pas une priorité pour le gouvernement fédéral ou les 10 gouvernements provinciaux. C'en est une maintenant et vous avez un vaste mandat.

Comme l'a dit M. Christopherson, la vérification est assez critique; ce n'est pas une vérification positive. Les Canadiens ont tout lieu de s'inquiéter. Les députés devraient s'en inquiéter.

J'ai lu votre rapport ministériel sur le rendement. Il a été publié longtemps après la vérification. Il porte la signature du nouveau ministre. J'avoue que cela m'a inquiété davantage que la vérification. J'ai lu ce rapport de rendement et nulle part il n'y est fait mention des défis et des risques. Tout est très positif. Chaque objectif prioritaire est atteint, que ce soit sur le plan des communications, du renforcement de la santé publique au Canada et sur la scène internationale, du renforcement de la capacité de la santé publique au Canada grâce à l'augmentation des effectifs de la santé publique, de même qu'au niveau des systèmes d'information sur la santé publique. C'est tellement positif que vous-même et tout votre personnel pourriez prendre neuf mois de congé. Vous n'avez aucun défi, aucun risque et aucun problème.

Votre agence n'est pas la seule à faire ce genre de choses. Je trouve vraiment irritant de voir les ministères et les agences d'Ottawa écrire de tels rapports à l'intention des députés, car c'est de la pure fiction. Vous avez de nombreux défis à relever. Vous dirigez un ministère difficile. Je sympathise avec vous. Vous n'avez pas une tâche facile.

Néanmoins, je me demande pourquoi, quand vous préparez ces rapports et que vous les déposez au Parlement par l'entremise de votre ministre, le ministre de la Santé, vous n'indiquez pas les défis, les risques et les problèmes auxquels vous êtes confrontés et ce que vous faites pour y remédier. J'aimerais avoir un dialogue honnête à ce sujet avec les 88 agences et 22 ministères. Ce n'est pas ce qui se passe. Si je compare votre rapport de rendement avec le document que le Bureau du vérificateur général a préparé, je ne demande s'il y a deux agences de la santé publique au Canada. Mais je sais qu'il n'y en a qu'une.

Je vous demande quel dialogue a eu lieu avant la préparation de ce rapport? S'il vous plaît, ne dites pas qu'il est exact. Quelle conversation avez-vous eue avant de préparer ce rapport? A-t-il été préparé sous votre supervision et y a-t-il une raison pour laquelle vous n'avez pas essayé de mettre en lumière les risques, les problèmes et les défis auxquels vous êtes confronté et qui sont des risques bien réels?

Ce ne sont pas des critiques excessives. Quand vous lancez une agence aussi grosse que la vôtre, avec de tels défis, vous avez des problèmes réels. Ce n'est pas une critique. Mais pourquoi n'en faites-vous pas mention ici, au lieu de prétendre que tout va pour le mieux?

•(1615)

**Dr David Butler-Jones:** C'est relativement parlant, par rapport à la situation qui était la nôtre au départ, compte tenu des efforts et du travail qui ont été investis et des processus qui ont été mis en place pour résoudre les problèmes.

Pour ce qui est de la santé publique — comme Neil l'a dit, c'est un domaine très complexe et multisectoriel — nous estimons, y compris moi-même qui possède une longue expérience de la chose, qu'il faut juger sur pièces. Nous travaillons pour obtenir des ententes

officielles et mettre en place certains de ces éléments, nous continuons à le faire, mais ce n'est pas facile. Le secret et l'important, c'est de voir si nous pouvons réagir efficacement.

Pour revenir à votre question, monsieur Christopherson, je compare la situation actuelle de l'agence, et les événements auxquels nous avons été confrontés et là où nous en sommes aujourd'hui par rapport à ce qu'était la situation pendant le SRAS ou avant cette crise. Il y a eu l'identification de cas de poliomyélite, l'identification de la grippe aviaire dans des fermes et l'engagement de la FCI et d'autres organismes. Nous avons découvert le H2N2 qui aurait pu causer la prochaine pandémie et nous avons pu travailler sur ce dossier avec les Américains, entre autres, parce qu'ils sont allés dépister la maladie un peu partout dans le monde. Et il y a eu l'éclosion de listeria. Cela représente de nombreux défis, mais du point de vue de la surveillance, il y a eu, pendant l'éclosion, cinq cas supplémentaires par semaine au Canada alors que plus de 20 000 Canadiens présentaient chaque jour ces symptômes. Nous avons pu établir non seulement qu'il y avait une éclosion, mais d'où elle venait. C'est très différent. Cela n'aurait jamais été possible il y a cinq ans.

Et pour revenir au RMR...

**Le président:** Docteur, je vais devoir vous interrompre. C'est du RMR dont je parle.

**Dr David Butler-Jones:** C'était le contexte.

**Le président:** Veuillez parler du RMR.

**Dr David Butler-Jones:** Oui.

Pour ce qui est de l'élaboration des rapports ministériels sur le rendement, cela fait peut-être l'objet d'une discussion plus large dans l'ensemble du gouvernement, le problème vient peut-être de la façon dont ces rapports sont formatés, de ce qui y est inclus, de la façon dont ils sont présentés et de tout ce qui s'en suit. Nous avons suivi le schéma de nos activités tel que nous le comprenons. Mais vous avez raison, et je vais en tenir compte.

Merci.

**Le président:** Merci.

Sans vouloir trop insister, il n'est fait aucune mention de votre absence de cadre législatif, aucune mention de l'absence de protocoles d'entente avec les provinces, aucune mention de la protection des renseignements personnels, aucune mention du fait que vous n'avez pas suivi les recommandations de 2009 et 2002. Il y a toute la question de l'Organisation mondiale de la santé qui doit être évaluée cette année et qui exige que vous vous conformiez d'ici 2012, ce qui pose un sérieux problème. Ce ne sont pas des défis faciles à relever et je me serais attendu à ce que vous en fassiez mention. Mais combien de pages avez-vous remplies?

**Dr David Butler-Jones:** Si vous le permettez, monsieur le président...

**Le président:** Vous avez rempli une quarantaine de pages et selon ce document, tout va pour le mieux.

**Dr David Butler-Jones:** Encore une fois, si vous le permettez, je parle du point de vue de la santé publique, pour avoir géré des éclosons pendant plus de 25 ans, pour avoir travaillé à différents niveaux pendant toutes ces années. Ce sont là des enjeux importants, mais ce sont des questions de processus. Même si j'ai un loi obligeant les provinces à me fournir des renseignements, si elles ne les donnent pas, je ne serai pas plus avancé.

Étant donné que le libellé juridique est vraiment important aux yeux des provinces, nous avons cherché à faire en sorte que les accords leur paraissent acceptables. Cela prend du temps. En attendant, nous avons consolidé nos relations afin que les médecins-hygiénistes en chef me téléphonent pour me dire qu'ils s'inquiètent de tel ou tel problème. Nous avons des systèmes en place. Nous surveillons constamment ce qui se passe. Par conséquent, du point de vue de la santé publique, ce sont des choses importantes, mais pas les plus essentielles. Elles ne sont pas d'une importance décisive...

**Le président:** Très bien.

Avant que nous ne passions à Mme Crombie, j'exhorte tous ceux qui ne l'ont pas lu, de lire le rapport ministériel sur le rendement, et ce que vous lirez vous étonnera.

Madame Crombie, vous disposez de cinq minutes.

**Mme Bonnie Crombie (Mississauga—Streetsville, Lib.):** Je vous souhaite la bienvenue au Comité des comptes publics.

Monsieur Butler-Jones, je tiens à vous dire qu'il ne s'agit pas de questions de processus. Ce sont des questions de responsabilité, de responsabilité envers les citoyens. Vous venez de dire que c'était une question de processus et j'estime que c'est une question de responsabilité.

**Dr David Butler-Jones:** Vous avez raison. Voilà pourquoi nous le faisons, parce que c'est important. Nous le faisons, mais cela prend du temps.

Du point de vue de la santé publique, qu'on soit ou non d'accord avec moi, l'important est de découvrir les maladies, de découvrir ce qui se passe et d'y mettre un terme, quelle que soit la paperasserie qui doit suivre.

• (1620)

**Mme Bonnie Crombie:** Très bien, continuons.

M. Saxton a tenu des propos très flatteurs. Je voudrais vous poser une question au sujet de ce plan d'action que j'ai reçu environ 30 minutes avant la séance. C'est un document utile, mais seulement s'il est mis en oeuvre, et il nous aide pas beaucoup si nous ne le recevons pas suffisamment à l'avance.

Y a-t-il une raison pour laquelle nous n'avons pas reçu ce document en temps voulu?

**Dr David Butler-Jones:** Désolé, je ne sais pas exactement pourquoi, mais nous allons mettre en oeuvre ce plan d'action.

**Mme Bonnie Crombie:** Très bien.

Parlons de nos engagements envers l'OMS. En 2006, alors que vous étiez en poste, je pense, nous nous sommes engagés à mettre en oeuvre certaines parties du règlement sanitaire. La vérification a permis de constater que nous n'avions pas pris les mesures voulues pour respecter nos engagements et que nous ne pourrions peut-être pas obtenir les renseignements nécessaires pour faire les évaluations dans un délai de 48 heures, pour avertir l'OMS dans les 24 heures ou tenir l'OMS au courant. Les résultats sont inadéquats en ce qui concerne les ententes de partage de l'information avec les provinces et les territoires.

Combien de provinces ont conclu des protocoles d'entente jusqu'ici et quand pensez-vous obtenir des accords avec les autres provinces? Quelles sont les raisons de ces retards?

**Dr David Butler-Jones:** Pour ce qui est du partage de l'information à cette fin, c'est avec toutes les provinces.

**M. John Weston (West Vancouver—Sunshine Coast—Sea to Sky Country, PCC):** J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Madame Crombie, pouvez-vous dire quel est le texte que vous lisez, car je m'intéresse également à ce domaine.

**Mme Bonnie Crombie:** Ce sont mes notes, monsieur Weston. Oui, tout est là.

**M. John Weston:** Quelle partie du rapport? Non?

**Le président:** Quel est le problème?

**Mme Bonnie Crombie:** Je dois m'y reporter. Le témoin n'a pas ce document.

**Le président:** Très bien, une personne à la fois. Quel est le problème?

**Mme Bonnie Crombie:** Nous n'en sommes pas certains.

Docteur Butler-Jones?

**Dr David Butler-Jones:** Il y a deux choses. Il y a d'abord la réglementation sanitaire internationale et la capacité du Canada d'y répondre. La totalité des provinces et des territoires se sont engagés à le faire au Canada et nous travaillons à la mise en oeuvre. Nous avons conclu un protocole d'entente avec l'ensemble des provinces et des territoires sur le partage de l'information et les urgences en santé publique. C'est en place. Nous complétons cela avec un échange d'information régulier avec les provinces comme nous le faisons maintenant avec l'Ontario et ce sera mis en oeuvre dès que nous pourrions conclure ces accords. Mais pour ce qui est des urgences, les dispositions essentielles sont en place.

**Mme Bonnie Crombie:** Très bien. Sur un sujet légèrement différent, si j'en ai le temps, quel rôle l'Agence de la santé publique joue-t-elle pour intervenir et alerter le public des risques d'épidémies et des urgences en matière de santé publique? Par exemple, quel rôle jouez-vous dans la prévention des éclosons de SRAS, de grippe aviaire ou de fièvre aphteuse, par exemple? Vous revient-il d'informer la communauté scientifique ainsi que l'industrie pharmaceutique des éclosons potentielles pour leur permettre de se préparer? J'ai dans ma circonscription la compagnie pharmaceutique Hoffman-La Roche qui fabrique le Cipro, comme vous le savez. Jouez-vous un rôle en cas d'urgence en faisant savoir aux fabricants quels sont les niveaux cibles minimums d'antibiotiques qu'ils doivent garder sous la main et qui est chargé de les établir?

**Dr David Butler-Jones:** C'est une responsabilité partagée, car les soins de santé relèvent surtout des provinces et des territoires tandis que la santé publique relève des autorités locales. Une écloson peut se produire dans un millier de localités en même temps, mais cela reste un événement local. C'est pourquoi vous avez des structures locales avec des médecins, des inspecteurs et des infirmières de santé publique qui sont reliés au secteur hospitalier, etc.

La législation est presque entièrement provinciale. Elle soutient les médecins-hygiénistes locaux et nous, nous soutenons les provinces et les médecins-hygiénistes locaux, parfois suite à une demande, mais il est évident que les responsabilités sont partagées. Nous jouons le rôle de gardien, si vous voulez, avec un plan national en cas de pandémie et d'autres plans, des pratiques exemplaires, des lignes directrices, etc. Nous conservons également des stocks. Nous avons la réserve nationale de secours. Nous avons aussi un stock conjoint d'antiviraux que nous gardons avec les provinces pour faire face à une pandémie de grippe et dans notre réserve nationale de secours, nous avons tout un éventail de matériel, de médicaments, etc. La planification des besoins a lieu à deux niveaux. Au niveau local pour ce qui est des besoins, et au niveau provincial où les décisions sont prises et nous participons à la coordination générale de ces activités.

En ce qui concerne le partage de l'information, là encore, cela dépend du niveau. S'il s'agit d'une éclosion locale dans un foyer de soins, en général, c'est le médecin-hygiéniste local qui s'en occupe. Si cela touche plusieurs niveaux ou qu'on a besoin d'aide, nous envoyons des épidémiologistes sur le terrain et d'autres spécialistes pour participer à l'enquête. Nous avons également le laboratoire de référence et nous faisons les tests les plus complexes pour les maladies peu communes.

**Le président:** Monsieur Kramp.

**M. Daryl Kramp (Prince Edward—Hastings, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je voudrais parler brièvement des maladies zymotiques. J'ai dans ma circonscription une compagnie du nom de Bioniche. C'est elle qui a créé et qui fabrique le vaccin contre l'E. coli. Sachant que l'immunisation contre le coli est faite au niveau de l'animal et qu'elle arrête le cycle de reproduction, bien entendu, elle n'a aucun effet sur les humains pour le moment et il n'est donc pas nécessaire d'inoculer les humains. Serait-il souhaitable d'avoir quelque chose comme cela à l'échelle nationale? Est-ce que ce serait utile ou efficace?

•(1625)

**Dr David Butler-Jones:** Il y a un certain nombre de stratégies différentes. Celle-là est plutôt innovante et très intéressante. Il y en a d'autres qui utilisent... la façon dont vous nourrissez les animaux, autrement dit. Si vous modifiez la composition du fourrage, vous changez le risque de contamination par l'E. coli et d'autres infections pour ces animaux. Il y a donc actuellement beaucoup de recherches très intéressantes qui se font. Je ne suis pas assez expert pour dire quelle est la meilleure méthode, mais nos chercheurs travaillent avec les chercheurs de l'ACIA et d'autres pour trouver la solution la plus logique. Au fur et à mesure que le consensus s'établira, ces principes directeurs seront partagés, bien entendu.

**M. Daryl Kramp:** En ce qui concerne l'E. coli, dans quelle mesure participez-vous à l'évaluation de l'E. coli? Il pourrait se trouver sur les épinards. Cette infection peut avoir divers degrés de gravité. Comme le savent la plupart des gens, les cas d'infection sont beaucoup plus nombreux que ceux qui sont mortels, comme à Walkerton. Je me demande à quel point vous suivez ces dossiers et avec quelle efficacité vous participez à l'évaluation de l'E. coli.

**Dr David Butler-Jones:** L'E. coli est une bactérie qui se trouve normalement dans l'intestin. Nous avons tous cette bactérie dans nos intestins. C'est la souche O517:H7 ou certaines autres souches qui sont plus toxigéniques et qui causent des problèmes. Nous nous y intéressons de très près du point de vue de la santé humaine.

En ce qui concerne les vaccins, ce n'est pas nous qui les réglementons. Nous jouons un rôle avec nos partenaires du

portefeuille de la santé, de l'ACIA et autres intervenants en ce qui concerne la dimension santé publique, mais c'est à eux que reviennent les décisions sur le plan de la réglementation, etc..

**M. Daryl Kramp:** J'aimerais aborder une autre question intéressante. Apparemment le vaccin contre la grippe que nous recevons tous, du moins un grand nombre d'entre nous ou que nous devrions recevoir... On nous a dit que ce n'était pas un bon choix cette année, que le vaccin n'était pas aussi efficace parce qu'il ne visait pas le virus qu'il aurait dû viser. Est-ce exact? Si c'est exact, quelles précautions pourraient être prises pour remédier à cette situation?

**Dr David Butler-Jones:** Le virus de la grippe est un microbe étonnant. Il varie constamment. Il est plein de surprises. Voilà pourquoi nous avons des pandémies deux ou trois fois par siècle. Il modifie constamment sa composition génétique et il est très adaptable. Chaque année, il faut avoir deviné l'année d'avant quelles seront les souches les plus probables. Généralement, le vaccin comprend deux souches A et une souche B. Cette année, une de ces trois souches n'était pas aussi bonne qu'elle l'est parfois. Vous êtes quand même protégé contre les autres. Vous bénéficiez quand même d'une protection partielle contre le virus de la souche en question. Mais ce n'est pas à 100 p. 100.

Même quand la correspondance est parfaite, on peut quand même avoir des surprises. Le virus peut se transformer au milieu de la saison, comme c'est arrivée il y a quelques années, par exemple. Vous êtes atteint par un virus différent et certains d'entre nous tombent malade. Toutefois, lorsque vous êtes vacciné, même si vous êtes malade, c'est généralement moins grave, vous risquez moins de vous retrouver à l'hôpital et vous risquez moins de mourir, car vous bénéficiez d'une certaine protection.

**M. Daryl Kramp:** Très bien. Merci.

Pour ce qui est du rapport ministériel et des progrès réalisés jusqu'ici, vous en avez fait dans un certain nombre de domaines importants, mais je m'inquiète des domaines dans lesquels les progrès ont été nuls ou limités. J'aimerais savoir quels sont les problèmes que vous ne voulez pas ou ne pouvez pas résoudre.

**Dr David Butler-Jones:** Désolé, dans quel...

**M. Daryl Kramp:** Pour ce qui est des préoccupations de la vérificatrice générale.

**Dr David Butler-Jones:** Nous comptons les régler en totalité. Je ne pense pas qu'il y en ait un seul que nous...

**M. Daryl Kramp:** Je veux seulement m'assurer qu'il n'y a aucun problème sur lequel vous n'êtes pas d'accord ou que vous ne pensez pas pouvoir résoudre dans un délai raisonnable.

**Dr David Butler-Jones:** Non, je pense que nous centrons vraiment notre énergie sur ce problème. Comme je l'ai dit, c'est très important pour nous. Il y a d'autres choses qui ne figurent pas dans le rapport de la vérificatrice générale, comme l'établissement des relations, le renforcement du réseau, etc., que nous continuerons à faire parce que c'est d'une importance fondamentale pour la santé publique.

**M. Daryl Kramp:** Je le comprends. Pour ce qui est de la situation dont Mme Crombie a parlé... Oui, nous venons de recevoir ce document aujourd'hui, mais je pense qu'il se trouve dans Internet depuis 2008. Mais j'avoue que je ne l'ai pas consulté.

**Mme Bonnie Crombie:** C'est l'ancienne version. Celle-ci est la nouvelle.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Kramp.

Monsieur Desnoyers.

[Français]

**M. Luc Desnoyers (Rivière-des-Mille-Îles, BQ):** Merci monsieur le président.

J'ai les mêmes préoccupations que plusieurs de mes collègues, autant le président que mon collègue du NPD, quant au rapport de la vérificatrice générale dans lequel elle soulève plusieurs problèmes importants. Ces derniers n'ont pas été traités rapidement, ou comme ils auraient dû l'être. D'ailleurs, M. Neil dit dans son rapport:

« Nous nous inquiétons du fait que l'adoption d'une approche nationale normalisée en matière de déclaration des cas de maladies infectieuses prendra encore plusieurs années. »

On parle donc ici des ententes. C'est inquiétant. Il y a peut-être un autre moyen pour arriver à activer cette démarche. Il est important de savoir ce qui se passe d'un bout à l'autre du pays lorsqu'il est question de maladies infectieuses.

Vous avez dit qu'il n'y a pas de problèmes du côté de la communication et de la collaboration. Je suis entièrement d'accord avec mes confrères qui ne croient pas que ce soit le cas, surtout quand on examine les protocoles d'entente, la question de l'OMS soulevée par Mme Crombie, et tout le cadre législatif qui ne vous apporte aucun soutien. Ma première question concerne les moyens d'activer le processus de signature des protocoles d'entente pour que plus rapidement, vous ayez accès à ces informations.

Vous avez également soumis un plan d'action qui se veut important et qui, selon moi, nécessite une très rapide mise en oeuvre. Cela risque peut-être d'occasionner des dépenses supplémentaires. Je ne sais pas si vous avez prévu cette éventualité ou si vous avez fait des demandes en ce sens. Sinon, il faudrait peut-être y songer ou le faire rapidement afin de protéger les Canadiens et les Canadiennes de façon adéquate. Cela touche la formation, les équipements et les laboratoires.

Êtes-vous en mesure de me dire où, au Canada, sont situés les laboratoires où l'on peut analyser une situation de façon rapide dans le but de répondre sans délai aux différents besoins en matière de maladies infectieuses? Vous en avez mentionné quelques-unes plus tôt: le virus du Nil, la grippe aviaire et le SRAS, qui a été dévastateur. J'aimerais avoir des réponses à ces questions que j'ai posées.

● (1630)

**Dr David Butler-Jones:** Merci pour les questions.

Nous n'avons pas besoin de protocoles d'entente pour trouver l'information. Toutes les provinces nous fournissent l'information dont nous avons besoin. Il n'y a pas de problème, mais c'est peut-être un risque. La formalisation de la relation est une bonne chose. Depuis plus de quatre ans maintenant, nous n'avons pas de problème avec les provinces et les territoires pour obtenir l'information dont nous avons besoin. Il en est de même pour l'OMS et la situation internationale. Notre collaboration, l'information que nous donnons à l'OMS et l'information que nous recevons de l'OMS ne posent pas problème. Il n'y a pas de déficience.

**M. Luc Desnoyers:** Je ne sais pas si nous nous sommes mal compris, mais M. Neil, au paragraphe 5 de son rapport, dit clairement qu'il y a des problèmes importants. Lorsqu'on parle du partage des données avec les différentes provinces, il se dit inquiet, et je le cite:

« [...] du fait que l'adoption d'une approche nationale normalisée en matière de déclaration des cas de maladies infectieuses prendra encore plusieurs années. »

Je ne sais pas si vous avez accès à des informations récentes, mais la vérificatrice générale dit qu'il y a un problème et vous dites le contraire. J'essaie seulement de comprendre.

**Dr David Butler-Jones:** Je répondrai en anglais, s'il vous plaît.

**M. Luc Desnoyers:** Dites-le en anglais.

[Traduction]

**Dr David Butler-Jones:** D'une certaine façon, c'est une question de degré. Nous n'avons pas de problème. Nous recevons l'entière collaboration des provinces. Nous obtenons tous les renseignements que nous demandons. Ce n'est pas un problème. C'est la même chose pour ce qui est de nos rapports avec l'OMS.

Ce que la vérificatrice générale demande, je pense, c'est comment nous pouvons en être sûrs tant que des protocoles d'entente ne sont pas signés. Le problème est que les protocoles d'entente prennent du temps à cause des questions juridiques et autres. S'il y a quelque chose de nouveau, si nous recevons un appel ce jour-là, les médecins-hygiénistes en chef vont commencer à faire des rapports. Cela n'a pas posé de problème depuis quatre ans et demi que l'agence existe.

Le mot clé est qu'il « pourrait » y avoir un problème. On signale un risque potentiel ce qui est, je pense, parfaitement légitime. C'est en partie la raison pour laquelle nous cherchons à conclure tous ces accords le plus rapidement possible. Encore une fois, ils doivent rendre les choses plus claires et plus formelles et nous permettre d'être sur la même longueur d'onde dans toute la mesure du possible. Entre-temps, nous n'avons pas eu de difficulté. Nous avons dû résoudre de nombreux problèmes, et nous l'avons fait avec succès avec nos partenaires.

● (1635)

[Français]

**M. Luc Desnoyers:** Entre autres, la mise en oeuvre de votre plan d'action peut nécessiter des sommes d'argent beaucoup plus importantes. Le cas échéant, avez-vous fait une demande en ce sens au Conseil du Trésor?

[Traduction]

**Dr David Butler-Jones:** Dans les budgets précédents, l'agence a reçu des fonds pour la préparation et la planification d'une pandémie, etc. Cela nous a beaucoup aidés pour progresser sur le plan de la surveillance et prendre toutes sortes de mesures pour nous préparer à faire face à une pandémie.

Le laboratoire national, qui se trouve à Winnipeg, est le laboratoire de référence. Là encore, il y a eu une bonne collaboration avec les laboratoires de tout le pays, tant les laboratoires provinciaux que les autres. Nous faisons les tests de référence afin qu'ils puissent mener leurs tests jusqu'à un certain point, après quoi nous les poursuivons.

Il reste encore beaucoup de travail à faire. Je ne veux pas faire preuve de naïveté, car nous trouvons toujours quelque chose de nouveau. Chaque année, il y a des nouvelles maladies qui sont découvertes et des nouveaux moyens que nous pouvons utiliser, mais nous continuons à réaliser des progrès.

[Français]

**M. Luc Desnoyers:** Monsieur le président, il n'a pas répondu à ma question.

[Traduction]

**Dr David Butler-Jones:** Désolé. J'ai raté ce que vous avez dit.

[Français]

**M. Luc Desnoyers:** Ce que j'ai demandé concerne le plan d'action, qui est important. Pour la mise en oeuvre de ce plan, l'agence a-t-elle besoin d'argent additionnel? Si c'est le cas, a-t-elle fait une demande au Conseil du Trésor?

[Traduction]

**Le président:** Veuillez répondre brièvement, docteur Butler-Jones, après quoi nous passerons à M. Weston.

**Dr David Butler-Jones:** Très rapidement, comme je le disais, nous avons des nouvelles ressources et nous les utilisons. Si nous réalisons que nous avons besoin de moyens supplémentaires en cours de route, bien entendu, nous les demanderons. Pour le moment, nous pouvons continuer à progresser avec la capacité dont nous disposons.

**Le président:** Merci, monsieur Desnoyers.

Monsieur Weston, vous disposez de cinq minutes.

**M. John Weston:** Merci, monsieur le président.

Ces dernières semaines, nous avons examiné les transferts interprovinciaux ainsi que les transferts entre le gouvernement fédéral et les provinces et les champs de compétence fédéral et provinciaux.

Je tiens à vous remercier, docteur Butler-Jones et monsieur Maxwell, de parler avec nous des maladies infectieuses.

Je voudrais faire suite aux questions de Mme Crombie concernant la situation internationale. Le livre le plus terrifiant que je me souviens d'avoir lu est *La variété andromède*. Les microbes ne connaissent pas de frontières. J'ai l'impression que le SRAS est venu de Chine; le virus du Nil occidental, d'Afrique, le SIDA d'Afrique et la fièvre Ebola du Congo, je crois. Le problème est double en ce sens que vous n'avez aucun contrôle sur la façon dont les autres pays réagissent et que si quelqu'un décidait de se servir d'une arme bactériologique, vous ne pourriez rien faire pour l'éviter.

Dans ce contexte pessimiste, j'ai trois questions à vous poser.

Une bonne partie de ce que j'ai lu dans le chapitre 5 du Rapport de la vérificatrice générale concernait l'Organisation mondiale de la santé. Comme première question, ne serait-il pas souhaitable d'allonger la liste des pays qui font partie de l'OMS? Pour des raisons que je ne comprends pas, Taiwan a été exclu. Ne serait-il pas souhaitable que Taiwan en fasse partie, ainsi que d'autres pays?

Ma deuxième question porte sur la façon dont vous faites face à la situation. Vous avez dit, je pense, que d'autres pays s'adressent à vous pour obtenir des rapports, ce qui semble être un excellent compliment à l'égard de ce que nous faisons dans ce domaine, mais comment faites-vous avec ces différents niveaux de compétence?

Troisièmement, je voudrais savoir si vous avez tiré certaines leçons de votre participation au niveau international.

**Dr David Butler-Jones:** Je vous remercie pour ces questions.

Une des conséquences du SRAS a été la mise en place de règlements internationaux sur la santé qui confèrent certaines responsabilités aux gouvernements.

Nous gérons le système de surveillance international et, je le répète, l'OMS dit que nous lui signalons de 40 p. 100 à 60 p. 100 des notifications qu'elle reçoit. Avant, c'était 80 p. 100. Par conséquent, la situation évolue. Les pays exercent une surveillance plus serrée, en partie parce qu'ils préfèrent que les problèmes soient découverts par eux plutôt que par nous.

Pour ce qui est de l'Organisation mondiale de la santé, l'adhésion à cet organisme est une question politique. Je préfère l'éviter, mais nous travaillons avec Taiwan, d'autres pays en font autant ainsi que l'OMS. Taiwan siège aux comités, etc. et fait partie de la communauté mondiale. Comme vous l'avez dit, du point de vue de la santé publique, nous faisons un partage d'information, un échange de technologie, ce genre de choses, avec divers pays, dont certains sont plus stratégiques que d'autres. Comme je l'ai déjà dit, nous avons un agent établi à Pékin à cause du risque de nouvelles maladies émergentes en provenance de cette région du monde.

Pour ce qui est des leçons à en tirer, la SRAS nous a tous réveillés. Nous ne pourrions jamais éliminer complètement les risques. La nature est fondamentalement inventive; il y aura toujours des surprises. Pendant et avant la crise du SRAS, le SRAS était une pneumonie atypique. À l'époque, lorsque les gens présentaient une pneumonie atypique, dans 60 p. 100 des cas, nous n'avions aucune idée de la nature du microbe, mais pour le SRAS, nous l'avons découvert grâce à un effort concerté de la part de notre laboratoire et d'autres laboratoires. Mais il y a beaucoup d'autres maladies sur la planète. Il y aura toujours des surprises, mais c'est pourquoi nous faisons cette préparation générale, cette planification, etc., afin de pouvoir contrer la maladie qui se présentera.

En plus du fait qu'il y aura toujours des surprises, il y a la question de la connectivité. Les personnes qui sont mortes du SRAS sont, dans l'ensemble, celles qui souffraient d'une maladie chronique sous-jacente. Par conséquent, si nous n'améliorons pas la santé de base de la population, nous ne lutterons jamais efficacement contre les maladies infectieuses.

Depuis le SRAS, il y a un certain niveau de... Nous n'avons pas encore atteint notre but et je ne veux pas minimiser les difficultés que présente le travail intergouvernemental, etc., mais je n'ai jamais vu, depuis 25 ans, autant de bonne volonté pour collaborer et travailler ensemble entre pays et à l'intérieur des pays et dans notre cas, au sein de notre fédération. Cela ne veut pas dire qu'il ne reste pas du travail à faire, mais cela me donne espoir quant à la bonne volonté et même la transparence relative des autres pays si nous comparons la situation actuelle avec celle d'il y a cinq ans. Le fait qu'ils soient prêts à parler de leurs échecs et pas seulement de leurs succès est également un signe encourageant.

• (1640)

**M. John Weston:** Votre rapport mentionne un plan d'action qui doit être terminé d'ici décembre 2009. Au paragraphe 5.89 du Rapport de la vérificatrice générale, on peut lire que « comme l'exige l'Organisation mondiale de la santé, l'agence collaborera avec ses partenaires à la mise au point d'un plan d'action détaillé qui sera parachevé au plus tard en décembre 2009... ». Je trouve donc assez rassurant, pour répondre aux questions de M. Christopherson, que vous ayez un plan d'action et que vous ayez spécifié une date.

Je m'étonne de ne pas voir le Centers for Disease Control and Prevention, d'Atlanta, mentionné dans le Rapport de la vérificatrice générale ou dans les autres documents que j'ai lus, mais je suppose que c'est un des principaux organismes avec qui vous travaillez sur ces questions.

**Dr David Butler-Jones:** Oui, nous travaillons avec un bon nombre de pays, avec certains plus que d'autres. Nous sommes un élément essentiel de l'initiative de sécurité sanitaire mondiale et du Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale, en tant que membre des pays du G7 plus un, pour ce qui est de la planification non seulement des éclosions et des épidémies, mais également de la menace du bioterrorisme, entre autres choses.

Nous travaillons en collaboration très étroite avec le CDC. Il y a certaines choses qu'il fait mieux que nous et sur lesquelles nous prenons exemple et l'inverse est vrai également.

Nous partageons également des ressources. Par exemple, PulseNet, qui examine les caractéristiques génétiques des maladies bactériennes qui causent des empoisonnements alimentaires, est un système partagé. Nous l'utilisons avec les Américains et aussi, maintenant, les Mexicains. Il nous est plus facile de voir qu'il y a cinq cas à Toronto, trois cas à New York et 12 à Atlanta causés par la même souche provenant du même endroit. Quels sont les facteurs communs? Nous pouvons les retracer et voir d'où cela vient. L'éclosion de listeria en est un bon exemple.

**Le président:** Merci, monsieur Weston.

Merci, docteur Butler-Jones.

Monsieur Christopherson, la parole est à vous pour cinq minutes.

**M. David Christopherson:** Merci, monsieur le président.

Je voudrais, pour mon second tour, revenir sur ce que vous avez dit tout à l'heure. Quand vous avez parlé des protocoles d'entente, des autres normes et des dispositions qui ne sont pas encore en place, vous m'avez donné l'impression que nous n'avons pas besoin d'un Dr David Butler-Jones ou d'un bureaucrate de haut niveau pour administrer ces questions. Ce dont nous avons besoin c'est d'un général Patton américain qui laissera tomber tout le fatras inutile et qui s'attaquera au cœur du problème. Personne ne manquera une échéance et le travail sera fait.

Il y a deux façons d'envisager la situation. D'une part, il est absolument vrai qu'il y a beaucoup de paperasserie inutile inventée par les bureaucrates qui veulent se créer du travail. D'autre part, il y a le fait que les mécanismes de rapport, les ententes, les normes et autres dispositions sont peut-être importants pour protéger la santé des Canadiens.

Dans son rapport, la vérificatrice générale dit, en choisissant bien ses mots:

Ces normes permettent de définir, de déclarer et de documenter de façon uniforme les cas de maladies infectieuses au pays. Elles sont essentielles pour obtenir rapidement des données exactes sur l'apparition d'une éclosion, connaître les tendances à l'échelle nationale ainsi que pour planifier et évaluer les mesures de contrôle de façon uniforme.

Elle emploie délibérément le mot « essentielles ». Vous avez employé délibérément les mots « non essentielles » — je n'ai pas le libellé exact, mais je m'en remettrai au hasard — quand vous avez dit que le but ultime est d'obtenir l'information nécessaire et qu'il s'agit de voir si toutes ces choses ont été faites.

Je suis troublé par le contraste entre la vérificatrice générale qui dit que c'est essentiel et vous qui dites que ce n'est pas essentiel — ce sont vos paroles — car je me demande si vous comprenez notre point de vue ou si vous allez simplement faire une croix sur la journée d'aujourd'hui et continuez comme vous avez l'habitude de le faire.

Pour défendre sa position, la vérificatrice générale déclare au paragraphe 5.86: « Dans sa forme actuelle, l'accord est principalement un énoncé de principe, ce qui n'est pas suffisant pour assurer le

partage rapide de données complètes entre l'agence et les provinces et les territoires relativement aux risques et aux urgences. »

Et elle ajoute, au paragraphe 5.99:

En cas d'urgence en santé publique, l'agence risque de ne pas être en mesure d'obtenir les données nécessaires pour évaluer la situation dans les 48 heures et d'aviser l'Organisation mondiale de la santé dans les 24 heures ainsi que de la tenir informée de l'évolution de la situation si aucun accord de partage des données n'est signé avec les provinces et les territoires.

La vérificatrice générale dit au Comité des comptes publics que c'est essentiel. Vous êtes venu nous dire, en tant qu'administrateur en chef de la santé publique, que ce n'est pas essentiel. Où est la vérité, docteur?

• (1645)

**Dr David Butler-Jones:** Elle se trouve entre les deux. Si ce n'était pas clair quand je l'ai dit, la chose la plus essentielle est d'obtenir l'information et non pas l'entente.

L'agence a commencé par s'assurer d'avoir de bonnes relations avec les provinces et les territoires ainsi que tous nos autres collègues afin qu'il suffise de faire un appel téléphonique pour résoudre un problème. Sinon, vous aurez beau avoir une réglementation en place, un protocole d'entente et des échéanciers, vous devrez attendre 48 heures pour qu'on vous envoie l'information au lieu de passer un simple coup de fil.

Nous avons des définitions de cas normalisées. Vous mélangez un certain nombre de choses à propos de cette déclaration. Nous avons des définitions de cas normalisées. Nous faisons tous rapport des mêmes choses. Le problème est qu'il faut du temps pour conclure des protocoles d'entente. N'importe quel accord FPT prend du temps. Nous prenons cela très au sérieux. Nous voulons que ces accords soient mis en place. Nous sommes d'accord avec la vérificatrice générale. Nous l'avons dit. Je parle seulement de la réalité.

Aux États-Unis, il y a le Surgeon General — et je suis l'équivalent du Surgeon General et chef du CDC — qui n'a aucun pouvoir sur les États pour leur ordonner de faire quoi que ce soit.

Il faut s'assurer que le système fonctionne et nous allons conclure ces accords pour le renforcer. Une spécificité plus grande est absolument essentielle. Je suis entièrement d'accord sur ce point. En réalité, je veux m'assurer d'obtenir tous les renseignements nécessaires, un point c'est tout. Nous allons travailler sur les protocoles, mais je ne vais pas y consacrer mon temps avant d'obtenir l'information requise.

**M. David Christopherson:** Vous savez ce qui m'inquiète? Je m'en souviens très bien. Si mes collègues du conseil municipal étaient là, ils s'en souviendraient parfaitement. Un promoteur participait à une réunion de comité où nous l'informions de certaines exigences auxquelles il devait satisfaire. Il s'est mis en colère et nous a dit: « Vous savez, j'en ai ras le bol de cette ville et de toutes ces règles stupides ». Les règles stupides en question étaient celles du Code des incendies de l'Ontario. Votre réponse me paraît très semblable, monsieur.

Vous ne prenez pas cela suffisamment au sérieux. Je sais que vous faites votre travail. Je m'en réjouis. J'espère que vous avez un cheval qui vous attend à l'extérieur de votre bureau afin que vous puissiez l'enfourcher et vous précipiter jusqu'à la scène de panique afin que vous puissiez tout régler tout seul. Mais j'ai une vérificatrice générale qui connaît ces questions beaucoup plus que vous ou moi et qui me dit que ces éléments sont essentiels. Il faut qu'ils soient en place et vous me dites qu'ils sont sans importance ou pas très importants. Je veux seulement vous entendre reconnaître que ce sont des choses essentielles. Vous dites que c'est entre les deux. Ce n'est pas suffisant.

**Le président:** Très bien.

**M. David Christopherson:** Je veux vous entendre dire que c'est essentiel et vous assurer que vous allez faire quelque chose.

**Le président:** David, votre temps est écoulé.

Le Dr Butler-Jones va répondre brièvement, après quoi nous passerons à M. Shipley.

**Dr David Butler-Jones:** Vous avez mal compris. Quand je disais que c'était entre les deux, c'était en réponse à une question précise. Vous appliquez cela à autre chose.

Soyons très clairs. Nous avons répondu à la vérificatrice générale. Nous avons dit que nous allions le faire.

**M. David Christopherson:** Vous avez dit la même chose en 1999 et 2002, monsieur.

**Le président:** Allez-y.

**Dr David Butler-Jones:** Très bien. Cela pose des problèmes pratiques. L'essentiel est de voir si nous obtenons l'information dont nous avons besoin, si nous obtenons la collaboration dont nous avons besoin. C'est déjà en place. Nous allons conclure ces accords et cela va renforcer le système.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Christopherson.

Merci, docteur Butler-Jones.

Monsieur Shipley, vous disposez de cinq minutes.

**M. Bev Shipley (Lambton—Kent—Middlesex, PCC):** Merci.

Je veux simplement dire que j'apprécie de pouvoir vous rencontrer ici aujourd'hui et de vous écouter. Bien entendu, cela inquiète un certain nombre de gens. Il est question de la santé publique; c'est toujours un sujet de préoccupations pour nous tous. Vous avez dit qu'il y aura toujours des surprises. À cause des voyages, à cause du commerce mondial, je suppose que les surprises seront plus fréquentes. À cause de la pauvreté et de certaines choses qui se passent dans le monde et qui ne sont pas aussi courantes au Canada, je suppose que ces surprises ne seront pas toujours faciles à détecter, et je le comprends.

La vérificatrice générale parle notamment au paragraphe 5.17, à la page 8 des maladies à déclaration obligatoire au niveau national. Les 60 principales maladies constituaient la liste mise à jour publiée en octobre 2006 et les provinces et territoires ont accepté de déclarer volontairement ces maladies à l'agence. Comment cette liste est-elle surveillée? Est-elle continuellement mise à jour? Certaines de ces maladies suscitent-elles des inquiétudes? Lorsque nous n'arrivons pas à détecter une maladie, c'est toujours préoccupant. Craignez-vous de réagir trop vite face à une situation qui n'est pas vraiment problématique, mais qui pourrait devenir un sujet d'inquiétude au niveau national?

Je vais en rester là pour le moment.

● (1650)

**Dr David Butler-Jones:** La liste est révisée régulièrement, car elle est établie conjointement avec les provinces, les territoires et les experts. Elle est donc révisée périodiquement et cela va continuer. Il y a toujours des surprises, mais c'est aussi pourquoi, par exemple, au milieu d'une éclosion d'une maladie que nous n'avons jamais vue avant, nous établissons, le jour même, une définition de cas comme définition de travail afin que toutes les provinces puissent en faire autant et que nous sachions ce que nous recherchons. Cela ne concerne pas les maladies infectieuses, mais dans le cas de la mélamine, grâce au système de surveillance que nous gérons avec la Société canadienne de pédiatrie, tous les pédiatres du pays ont pu être contactés pour qu'ils recherchent ces symptômes afin de voir si cela a eu un impact au Canada du point de vue de la surveillance syndromique, avant même que nous ne sachions qu'il y avait de la mélamine dans le lait pour bébé au Canada.

Voilà le genre de choses que nous devons faire. Il n'y a aucun désaccord entre nous et la vérificatrice générale quant à leur importance. Nous le ferons. Cela prend du temps. Je ne peux pas parler des deux vérifications précédentes. C'est la première dont je me suis occupé. Nous avons réalisé d'importants progrès depuis la création de l'agence. Nous allons continuer à en faire et je suis certain que vous serez satisfait et je suis certain que la prochaine fois, vous serez satisfait.

**M. Bev Shipley:** Je peux le comprendre.

Vous avez parlé des provinces et vous avez obtenu un accord. Je parle maintenant de la mise en oeuvre. Vous avez dit que c'est volontaire et que la coopération a été bonne, je le comprends. Peut-on en dire autant de la réponse des provinces et de leur coopération?

**Dr David Butler-Jones:** Absolument. Cela marche dans les deux sens.

**M. Bev Shipley:** Si nous connaissions une nouvelle crise du SRAS, qu'est-ce qui serait différent? J'ai lu dans le rapport qu'il y a eu des changements importants depuis 2003. Si c'est le cas, quels sont les principaux changements garantissant aux Canadiens que la sécurité s'est beaucoup améliorée depuis 2003 en cas de graves épidémies comme celle du SRAS?

**Dr David Butler-Jones:** Je vais vous donner quelques exemples. Il y a de nombreux exemples de ce genre.

Un certain nombre de dispositions ont été mises en place, par exemple le Réseau de la santé publique. Nous avons maintenant un réseau coordonné de santé publique dans l'ensemble des provinces et territoires et un mécanisme qui permet de prendre des décisions rapidement et de consulter les gens. Nos systèmes de communication sont bien meilleurs. Les systèmes de surveillance au niveau provincial et territorial ainsi qu'au niveau de l'agence s'améliorent. La coopération est différente. Nous avons réglé un grand nombre de questions juridiques touchant le partage de l'information, etc., et cela prend du temps. Nous ne devrions plus nous retrouver dans une situation où l'information n'est pas partagée comme pendant la crise du SRAS. Nous avons également davantage de moyens pour intervenir.

**M. Bev Shipley:** Désolé...?

**Dr David Butler-Jones:** Nous disposons de moyens plus importants pour intervenir. Nous avons davantage de personnel à l'agence. Nous avons plus de personnel dans le secteur de la santé publique. Nous avons de meilleurs réseaux. Il s'agit d'avoir les meilleurs experts au bon endroit et au bon moment.



•(1655)

**Le président:** Une question de plus.

**M. Bev Shipley:** J'ai une question supplémentaire, pour m'éclairer, ainsi que certains autres collègues.

En ce qui concerne les vaccins et les produits pharmaceutiques, à l'échelle mondiale, en cas d'épidémie, comment obtiendriez-vous les vaccins nécessaires s'il s'agit d'une maladie que vous ne connaissez pas bien et qui provient d'un autre pays?

**Dr David Butler-Jones:** Cela dépend de la maladie. Le plus inquiétant serait une pandémie d'influenza étant donné que ce serait à grande échelle. Toutefois, plus de gens meurent de l'influenza entre les pandémies que pendant les pandémies. Ils meurent des épidémies annuelles de grippe ordinaire. La grippe cause environ 4 000 décès par année, ce qui est nettement supérieur aux pires prédictions, même pour une épidémie aussi grave que celle de 1918-1919. La vaccination préventive annuelle est donc importante.

Comme je l'ai déjà mentionné, nous avons la réserve nationale de secours. Les provinces ont leurs propres réserves. Dans le cas de l'influenza, la maladie qui nous préoccupe le plus, nous avons une réserve conjointe, plus la réserve supplémentaire au niveau fédéral. Nous pensons avoir suffisamment de vaccins pour faire face à une pandémie, en supposant qu'ils soient efficaces.

Nous pourrions soigner les malades, pendant que nous procédions aux vaccinations. Nous avons un fabricant canadien qui peut produire suffisamment de vaccins pour tout le pays. Nous sommes le seul pays au monde à s'être doté de cette capacité.

**Le président:** Merci, monsieur Shipley.

Madame Ratansi, vous disposez de cinq minutes.

**Mme Yasmin Ratansi:** Merci.

J'ai quelques brèves questions.

Il ressort de la vérification que la surveillance nationale était toujours faible, que de nombreux systèmes ne comprenaient pas d'information à jour, précise et complète sur les maladies infectieuses et qu'en 2004, depuis la création de l'Agence de la santé publique, l'agence n'a signé qu'un accord, en 2007, avec l'Ontario, pour adopter une approche normalisée à l'échelle nationale pour la déclaration des maladies.

Vous avez donné un exemple de ce qui s'est passé dans le nord de l'Ontario où vous avez pu trouver la source du problème, la personne en question. Pourriez-vous me dire si c'était une question de bonne volonté ou de chance ou parce que les systèmes étaient en place? Le rapport de vérification mentionne que vous vous êtes fiés aux renseignements obtenus de la province, ce qui se basait sur la bonne volonté.

Quelle stratégie nationale avons-nous? Quels sont les systèmes en place? Je suppose que tout le monde en parle, mais nous ne voyons rien de tangible. Vous avez pu résoudre des problèmes, mais après le SRAS, nous n'avons toujours pas de stratégie nationale ou d'approche normalisée pour recueillir et diffuser l'information, pour essayer d'informer immédiatement tous les intervenants de ce que pourrait être la nature du problème.

**Dr David Butler-Jones:** Nous avons cela. Plusieurs protocoles sont en place. C'est ainsi que nous opérons. La question est de savoir si nous avons...

**Mme Yasmin Ratansi:** Vous avez des protocoles?

**Dr David Butler-Jones:** Nous avons conclu des protocoles avec les provinces sur tout un éventail de questions. Quel est le principal

protocole qui nous guide, de gouvernement à gouvernement, pour agir? Nous agissons. C'est notre travail qui l'exige. Nous entretenons des relations et nous avons des protocoles. Nous savons à qui s'adresser, qui prend les décisions et ce genre de choses. Tout est en place.

**Mme Yasmin Ratansi:** À quel point ces protocoles sont-ils solides, monsieur Maxwell?

**M. Neil Maxwell:** Merci. Je commençais à me sentir un peu délaissé.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Neil Maxwell:** Merci pour cette question.

Plusieurs questions ont été posées qui nous ramènent, je pense, à la question suivante: quelle est l'importance de tous ces accords? Nous disons dans le rapport qu'ils sont essentiels et ils le sont. Ce qui est vraiment important, je pense, ce sont tous les contacts directs, les relations et les réseaux qui ont été créés. D'importants réseaux sont en place et c'est là une réalisation importante de la part de l'agence, mais cela ne suffit pas. C'est important, mais ces accords sont également importants.

Ce qui nous a préoccupés au cours de notre vérification — je vous remercie d'avoir mentionné ce cas particulier — c'est qu'en ce qui concerne la collecte régulière de données de surveillance en dehors de situations d'urgence comme le SRAS, l'accord conclu avec l'Ontario est le seul qui existe. Il a été signé au bout de deux années de tractations très difficiles pendant lesquelles la Province de l'Ontario s'inquiétait de la capacité de l'agence à protéger les renseignements personnels. À cause de ces préoccupations, la Province de l'Ontario ne fournissait plus des renseignements aussi détaillés qu'avant et il y a donc eu des interruptions.

Pour ce qui est des urgences, comme l'a dit le Dr Butler-Jones, le fait d'avoir conclu un protocole d'entente avec tous les niveaux de gouvernement au sujet du règlement sanitaire international est une réalisation importante. Nous y avons vu une première étape positive, mais comme vous le savez, ce sont les détails qui comptent. Il est important de mettre en place des protocoles qui guideront l'intervention dans une situation d'urgence.

Enfin, toujours pour souligner l'importance des accords, je me souviens du rapport que David Naylor a présenté au lendemain de la crise du SRAS. Naylor a notamment conclu que ces accords étaient très importants et qu'un grand nombre des problèmes du SRAS étaient dus, en fait, à l'absence de protocoles et d'accords et au fait qu'on comptait trop sur la bonne volonté.

•(1700)

**Mme Yasmin Ratansi:** Si je comprends bien votre rapport ou votre analyse, s'il y avait une épidémie de SRAS en Chine et si un voyageur arrivait au Canada en provenance de Chine, tous les protocoles sont en place pour dépister la maladie, aviser les autorités de la santé publique et de la sécurité, isoler le malade et s'assurer que la maladie ne se répand pas.

**Dr David Butler-Jones:** Dans la mesure où on s'en rend compte, oui. Aucun système de surveillance ne peut faire face à cette situation. Par exemple, la différence qu'il y a eu entre Vancouver et Toronto dans le cas du SRAS est qu'une femme en provenance d'Asie est arrivée à Toronto où elle est morte chez elle sans que personne ne sache ce qui s'était passé. Ses enfants ont causé une contamination à l'hôpital. Ils n'avaient pas voyagé alors qu'à Vancouver, le lien a pu être établi clairement avec un voyage.

Nous reconnaissons absolument, je tiens à bien le souligner, l'importance de ces accords. Voilà pourquoi nous travaillons très fort pour les mettre en place, mais en attendant, pour ce qui est de savoir si c'est un document qui va rassurer les Canadiens ou si c'est plutôt l'expérience, la détermination et la collaboration des gens, je crois que c'est les deux. Nous avons besoin des deux et nous nous occupons des deux, mais la situation s'est beaucoup améliorée sur un grand nombre de plans. Nous aurons encore des surprises. Plus vite nous les découvrirons, mieux cela vaudra.

**M. David Christopherson:** Pourquoi ne pouvez-vous pas...

**Mme Yasmin Ratansi:** Attendez, David, c'est mon tour.

La vérificatrice générale cherchait certains indicateurs clés. Ces indicateurs clés sont-ils en place?

Je voudrais également aborder une autre question. Je suis allée à une conférence de l'APEC avec le ministre de la Santé. Que faites-vous quand des pays ne partagent pas de l'information avec vous? Par exemple, il pourrait y avoir une pandémie en Indonésie ou au Vietnam. S'ils ne partagent pas cette information, que faites-vous?

Pourriez-vous répondre à ma première question concernant les indicateurs clés afin de satisfaire le Bureau de la vérificatrice générale et ensuite à ma question concernant la dimension internationale.

**Dr David Butler-Jones:** En ce qui concerne les indicateurs de rendement, c'est une question sur laquelle je reviendrai.

Il y a d'abord l'interconnexion. C'est l'OMS. Lorsque nous obtenons des renseignements sur un pays, nous les envoyons à l'OMS, qui travaille ensuite avec ce pays.

De plus, un autre avantage dont nous disposons depuis le SRAS est la création de l'Association internationale d'agences nationales de santé publique, les CDC de la planète, les agences du monde dans les pays en développement et industrialisés. La plupart de ces pays en font maintenant partie.

La Gates Foundation apporte un financement pour permettre aux pays en développement d'y avoir accès. Il s'agit de renforcer la capacité de santé publique et l'expertise dans ce domaine, mais c'est aussi une question d'échange d'information. J'ai dans le monde des homologues que je connais et à qui je peux téléphoner directement, au lieu de passer par leur gouvernement, pour leur demander ce qui se passe vraiment. C'est utile. Je sais que cela ne garantit rien, mais c'est certainement une source d'information supplémentaire.

Pour ce qui est des indicateurs de rendement, cela va être fait cette année.

**Mme Yasmin Ratansi:** Merci.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Ratansi.

Monsieur Young, pour cinq minutes.

**M. Terence Young (Oakville, PCC):** Merci, monsieur le président.

Docteur Butler-Jones, j'ai écouté très attentivement ce que vous avez dit et j'ai lu vos rapports. Je pense que certains de mes collègues

du comité s'inquiètent du fait que ces rapports portent uniquement sur le processus, de même que vos observations et que vous vous occupez surtout des communications. Bien entendu, ce qui nous intéresse et ce qui intéresse le public ce sont les résultats de ces processus.

Je vais revenir sur certains sujets que mes collègues ont abordés en partie et si vous pouviez me donner une réponse détaillée, je l'apprécierais vivement.

Vous avez dit une chose qui m'a vraiment impressionné. Vous avez dit qu'il faut juger sur pièces. Ensuite, et j'aimerais que ce soit dans le rapport, car si c'était le cas il nous aurait donné meilleure impression, vous avez dit: « Les médecins-hygiénistes en chef me téléphoneront pour me dire qu'ils ont un problème ».

J'ai fait beaucoup de recherche sur la sécurité des médicaments prescrits sur ordonnance et je sais que lorsque quelqu'un tombe malade ou meurt après avoir pris un médicament, personne n'appelle qui que ce soit. Je sais donc que lorsque le médecin-hygiéniste en chef vous appelle, c'est vraiment important, mais je voudrais savoir ce qui se passe ensuite. Je crois que vous jouez surtout un rôle au niveau des communications, mais qu'arrive-t-il ensuite? En cas d'épidémie comme celle du SRAS, que feriez-vous et que se passerait-il, étape par étape, après avoir reçu un appel d'un médecin-hygiéniste en chef? Ensuite, je voudrais savoir quel résultat cela donnerait cette fois-ci. La dernière fois, 44 personnes sont mortes. Quarante-quatre familles ont perdu un être cher. Pouvez-vous dire qu'il y aurait beaucoup moins de décès? Quel serait maintenant le résultat dans une situation similaire? Cela nous donnerait une idée des progrès que vous avez réalisés.

•(1705)

**Dr David Butler-Jones:** Encore une fois, étant donné les caprices de la nature et la contagiosité — heureusement que le SRAS n'a pas été plus contagieux. Bien entendu, c'est une terrible tragédie qui a lancé un signal d'alarme. Je vais vous donner un peu plus de précisions pour ce qui est... Nous recevons un appel. Nous avons déjà en poste du personnel 24 heures sur 24. Il surveille le système. Il recherche des éclosions potentielles dans le monde et au Canada. Donc, nous recevons un appel.

**M. Terence Young:** Vous avez un numéro d'urgence pour répondre aux appels 24 heures sur 24?

**Dr David Butler-Jones:** Oui.

**M. Terence Young:** Je ne le savais pas. C'est excellent.

**Dr David Butler-Jones:** Et nous avons du personnel qui surveille le monde, l'Internet et ailleurs, 24 heures sur 24, à la recherche de risques potentiels.

**M. Terence Young:** Continuez. C'est très intéressant.

**Dr David Butler-Jones:** Je vais reparler de l'incident qui a eu lieu dans le train en mai dernier. On nous appelle pour nous dire qu'on s'inquiète parce qu'il y a, dans un train, des personnes malades qui apparemment sont des touristes asiatiques. Nous ne savons pas ce qui se passe. La police locale et le ministère de la Santé sont intervenus. Nous recevons un appel de l'Ontario. Nous activons notre centre d'opérations. Nous contactons le ministère des Transports, VIA Rail et d'autres ministères. Nous avons planifié une série d'appels d'engagement précisant ce que nous devons établir, ce que nous devons savoir, comment nous allons obtenir les résultats des tests pour découvrir ce qui se passe. Nous communiquons avec le médecin-hygiéniste local, avec le médecin-hygiéniste provincial ainsi qu'avec les services d'urgence locaux sur le terrain pour essayer d'établir ce qui se passe, qui est sur place, qui était la personne qui a été évacuée par avion, quelle maladie elle présentait vraiment. Nous parlons aux médecins de l'hôpital pour savoir ce qui se passe là-bas.

**M. Terence Young:** Est-ce vous qui dirigiez les opérations à ce moment-là?

**Dr David Butler-Jones:** Je n'étais pas tout le temps au centre d'opérations, mais nous avons toute une équipe qui se trouve là pour surveiller la situation, communiquer, etc.

**M. Terence Young:** Vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

**Dr David Butler-Jones:** L'équipe n'est pas là au complet 24 heures sur 24, mais si nécessaire, nous pouvons la faire venir.

**M. Terence Young:** S'il vous plaît, continuez. Cela m'aide à comprendre.

**Dr David Butler-Jones:** Je suis donc au centre d'opérations. Nous essayons de répartir les tâches. Nous planifions l'information à recueillir, ce que nous devons savoir, comment nous allons le savoir, quelles sont les autres choses à faire, les dispositions à prendre pour éviter la propagation. Il faut s'assurer d'une coordination entre la province, nous et l'autorité sanitaire locale pour faire en sorte que la maladie ne se répande nulle part entre-temps; pour voir quelles sont les dispositions prises à l'hôpital où la femme a été emmenée pour s'assurer qu'elle est isolée et que personne d'autre n'est touché à l'hôpital et nous procédons ensuite étape par étape. Le diagnostic...

**M. Terence Young:** Et les avertissements? Quand décidez-vous d'émettre un avertissement au public?

**Dr David Butler-Jones:** C'est lorsqu'un risque semble apparent. Il faut que nous sachions un peu de quoi nous parlons, mais si c'est quelque chose que nous ne connaissons pas, là encore, c'est une question de jugement. Dans ce cas, la presse savait déjà. Cela a fait les nouvelles internationales pendant quelque temps, mais en l'espace de trois ou quatre heures, nous avons pu comprendre ce qui s'était passé et reconnaître qu'il ne s'agissait pas d'une urgence de santé publique. C'était un événement tragique, mais ce n'était pas une urgence de santé publique et les gens pouvaient continuer à vivre normalement. Dans le cas contraire, nous aurions averti le public le jour même.

**M. Terence Young:** Vous dites que lorsque c'est arrivé avant, lors de la crise du SRAS, vous avez pu vous en rendre compte rapidement?

**Dr David Butler-Jones:** Ce serait maintenant beaucoup plus probable, mais on n'est jamais sûr de rien.

**M. Terence Young:** Vous êtes intervenus parce que les infirmières ont commencé à tomber malade. Le personnel hospitalier a été touché. C'est alors que la situation est devenue effrayante, n'est-ce pas?

**Dr David Butler-Jones:** Non, il y a eu un problème dans le train. Le train a averti les autorités qu'il y avait un décès et qu'une personne souffrant de symptômes respiratoires était évacuée par avion. Cela avertit automatiquement l'hôpital local, la santé publique et les autorités provinciales qui nous ont téléphoné.

**M. Terence Young:** Vous pensez donc que vous obtiendriez un résultat bien meilleur maintenant, si la même situation se produisait, que cela n'a été le cas avant pour la SRAS?

**Dr David Butler-Jones:** Tout le travail que nous faisons est fait dans ce but.

**M. Terence Young:** Pensez-vous que vous obtiendriez un résultat très supérieur?

**Dr David Butler-Jones:** Oui, je le pense. Si je prends tous les cas que nous avons eus, que ce soit la tularémie, l'éclosion de H5, de H2N2, de listeria ou ce cas-ci, le système n'avait pas la capacité de répondre efficacement et de façon coordonnée il y a cinq ans.

• (1710)

**Le président:** Très bien, merci beaucoup.

J'ai seulement une ou deux questions concernant les recommandations, docteur Butler-Jones.

La recommandation 5.50, à la page 16, est ainsi formulée:

L'Agence de la santé publique du Canada devrait vérifier périodiquement si ses systèmes de surveillance fonctionnent comme prévu et rendre publics les résultats de ces évaluations.

Selon le Rapport de la vérificatrice générale, votre agence a dit que ce serait fait d'ici le 31 mars de cette année. Pensez-vous que ce sera fait?

**Dr Gregory Taylor:** Je pourrais peut-être en parler.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, quand nous avons préparé cela, les évaluations des systèmes ont été faites globalement. Par le passé, elles étaient faites indépendamment. Nous avons donc créé un cadre pour l'évaluation de tous les systèmes, un cadre qui est maintenant en place et nous allons procéder à un certain nombre d'évaluations individuelles au cours des prochaines mois. C'est donc en train de se réaliser. Nous avons un léger retard sur notre échéancier, parce que toutes les évaluations ont été faites en même temps et non pas indépendamment.

**Le président:** Mais c'est en mai que vous avez répondu en disant que ce serait fait et que le public serait informé. Il va donc y avoir un retard, n'est-ce pas?

**Dr Gregory Taylor:** Oui, en effet.

**Le président:** À la page suivante, la recommandation du paragraphe 5.54 est la suivante:

Pour faire en sorte que ses systèmes de surveillance relatifs aux infections dues au VIH, au virus du Nil occidental et au virus de l'influenza répondent le mieux possible aux besoins des utilisateurs, l'Agence de la santé publique du Canada devrait systématiquement évaluer et documenter les besoins des utilisateurs.

Cela devait être fait pour décembre 2008. Pouvez-vous nous dire où vous en êtes?

**Dr Gregory Taylor:** Une évaluation des besoins des utilisateurs a été faite pour un de nos rapports sur le VIH. Par le passé, les évaluations des besoins des utilisateurs étaient informelles. Elles sont maintenant formelles et nous comptons continuer à faire ces évaluations régulièrement.

Il y a donc eu une évaluation formelle. Les autres étaient informelles, mais cela change.

**Le président:** Il y a un dernier domaine dont je voudrais que vous parliez. Cela ne faisait pas partie de la vérification, mais je remarque dans votre rapport ministériel sur le rendement que vous travaillez dans le domaine de la prévention, que ce soit l'obésité ou le diabète. C'est certainement un sérieux problème dans l'ensemble du pays.

En même temps, cela soulève, bien entendu, la question des champs de compétence. Dans le travail que vous faites, établissez-vous des objectifs précis avec les provinces? Ou avez-vous ces objectifs au sein de votre agence? Je vous pose la question, car je crois que c'est nécessaire. Je sais que vous faites ce genre de travail, mais votre budget ne vous permet pas vraiment de vous attaquer au problème. C'est quand même déjà quelque chose.

Où allez-vous sur ce plan-là, docteur? Voilà ma question.

**Dr David Butler-Jones:** Je vous remercie pour cette question sur un sujet autre que les maladies infectieuses, car le mandat de l'agence couvre la santé publique dans son ensemble.

Nous avons des ententes avec les provinces et les territoires. Nous accordons un financement pour la vie saine. Nous avons une entente FTP sur une stratégie de vie saine ainsi que des objectifs. Les ministres ont convenu de cibler des plans d'activité physique pour les enfants et les adultes. Nous sommes en train d'élaborer des plans avec nos homologues pour atteindre nos objectifs.

Vous m'avez peut-être déjà entendu le dire, mais compte tenu des tendances de ces 20 dernières années et du phénomène de l'obésité, surtout chez les enfants, un des énormes défis à relever est que la génération d'enfants actuels risque d'être la première à ne pas vivre aussi longtemps ou en aussi bonne santé que ses parents. Cela représente un défi énorme. En fait, c'est très simple: la différence entre une canette de boisson gazeuse de 10 onces et une autre de 20 onces, c'est 10 ou 15 livres de plus par année. Les choses sont très simples à ce niveau-là, mais les problèmes sous-jacents sont beaucoup plus complexes. En fait, c'est un problème qui touche l'ensemble de la société et pas seulement une question de santé publique.

**Le président:** Très bien. Il nous reste un peu de temps supplémentaire pour des tours de deux minutes.

Madame Faille...?

[Français]

**Mme Meili Faille:** Je croyais que nous n'avions plus de temps, mais je vous remercie. En fait, je voudrais savoir, étant donné qu'il s'agit d'une nouvelle agence, vous avez nécessairement une source d'inspiration quelque part, un modèle sur lequel vous appuyez pour développer votre organisation.

Pourriez-vous nous indiquer sur quel modèle de gouvernance vous vous appuyez? Y a-t-il des pays où il y a de bons systèmes en place, comme les États-Unis ou l'Australie, dont vous vous inspirez?

•(1715)

**Dr David Butler-Jones:** Chaque pays est différent, et mon opinion est aussi différente selon chaque pays, en fonction de mon titre, de ma position, de mon propre rôle, celui de sous-ministre. Aux

États-Unis, il y a une division entre le *Public Health Service*, avec le *Surgeon General* et le *CDC* et le *Health and Human Services*.

[Traduction]

Nous avons procédé à un alignement. Par exemple, dans le monde des maladies infectieuses, nos unités sont parallèles aux unités américaines, ce qui simplifie beaucoup l'interaction entre nous. Le chef de cette division peut parler à son homologue américain au lieu de passer par deux ou trois personnes différentes.

Nous avons examiné un peu ce qui se passe dans le monde. Nous continuons de progresser, mais chaque pays est différent.

[Français]

**Mme Meili Faille:** Ma prochaine requête vise à nous aider à comprendre le rôle des provinces et celui du gouvernement fédéral. Vous avez dit un peu plus tôt que vous avez conclu des ententes.

Pourriez-vous dresser la liste des ententes conclues avec les provinces et celles qui sont en voie de l'être, ou encore nous indiquer s'il y a d'autres domaines dans lesquels il y a des ententes spécifiques?

Un des vos défis sera justement la capacité de vous adapter, parce que le contexte des maladies est en constante évolution. Par conséquent, les données dont vous avez besoin aujourd'hui ne seront peut-être pas nécessairement les mêmes dans l'avenir.

Pourriez-vous nous faire parvenir un exemple de protocole d'entente qui précise le rôle des provinces et l'entente concernant la gestion des renseignements, pour déterminer votre flexibilité en cette matière?

[Traduction]

**Dr David Butler-Jones:** J'aurais une ou deux choses à dire.

En ce qui concerne le Réseau de santé publique qui est un réseau fédéral-provincial, il y a des documents qui précisent le rôle du réseau, le genre de comités, la façon de procéder, la façon de prendre des décisions, qui est responsable.

De plus, nous avons divers protocoles d'entente concernant la vie saine et autres sujets avec les provinces, car nous cofinçons ces programmes. Par exemple, au Québec, nous nous mettons d'accord sur les projets que nous allons financer. Nous faisons la même chose avec d'autres provinces ou territoires. C'est donc assez varié d'un domaine à l'autre.

Une des choses que nous avons faite lorsque nous avons créé l'agence est que nous avons reconnu le rôle essentiel des provinces et des territoires. Quelle est la valeur ajoutée que nous apportons au système? C'est sur le plan de l'expertise, de la coordination, des pratiques exemplaires, afin que chacun n'ait pas à tout découvrir de son côté. Nous déployons des capacités spécialisées et nous travaillons pour faire en sorte que l'ensemble du système soit le plus efficace possible et que nous soyons en mesure de déceler les lacunes, par exemple.

[Français]

**Mme Meili Faille:** C'est que...

[Traduction]

**Le président:** Madame Faille, je vais passer à quelqu'un d'autre.

[Français]

**Mme Meili Faille:** D'accord.

[Traduction]

**Le président:** Monsieur Weston, vous avez une question. Dans ce cas, nous allons...

**M. John Weston:** Merci.

Docteur Butler-Jones, vous avez été sur la sellette pendant tout l'après-midi. Je vais vous donner l'occasion de nous renvoyer la balle.

Vous avez dit que l'obésité posait un sérieux problème pour nos enfants. J'ai entendu le sénateur Nancy Greene Raine dire que c'était le problème le plus grave de la génération actuelle. Que pourrions-nous faire pour y remédier, en tant que parlementaires, en tant que modèles à suivre?

**Dr David Butler-Jones:** Je pourrais vous donner une très longue réponse, mais en deux mots, nous prenons la situation au sérieux. Nous avons perdu 20 ans. Pour remédier à ce problème, il ne faut pas nécessairement dépenser beaucoup d'argent, mais réfléchir à la façon dont nous investissons, à la façon dont nous prenons nos décisions, à ce que nous faisons, aux choses qui aident les enfants à être actifs, qui les aident à faire des choix plus sains dans les écoles, etc. C'est à tous les niveaux du système qu'il faut y réfléchir.

Si vous demandez aux enfants — un sondage a été publié récemment — ce qu'ils font après l'école et ce qu'ils veulent faire après l'école, en réalité, ils voudraient être beaucoup plus actifs, mais ils n'ont pas d'endroits accessibles et sûrs pour le faire, par exemple. Si vous vivez dans un quartier où il y a des espaces verts, vous êtes en meilleure santé que ceux qui vivent là où il n'y en a pas. Un point c'est tout.

Cela dépend donc de la façon dont nous planifions nos villes, dont nous investissons. Avons-nous des endroits accessibles et sûrs pour permettre aux gens de marcher ou de faire de la bicyclette? Quand vous allez à l'école, les frites avec de la sauce coûtent-elles moins cher qu'une pomme?

J'en resterai là, car il y a toutes sortes de petites choses à faire. Il faut être conscient de tous ces liens.

**Le président:** Nous pourrions poursuivre pendant deux heures de plus, si nous le voulions. C'est une question très importante.

Quoi qu'il en soit, chers collègues, au nom de tous les membres du comité, je tiens à vous remercier tous pour votre présence ici aujourd'hui.

Docteur Butler-Jones, vous avez certainement un travail très difficile et très important. C'est un travail qui intéresse énormément tous les Canadiens. Encore une fois, je tiens à vous remercier infiniment.

Il nous reste quelques minutes et avant de lever la séance je voudrais demander à M. Maxwell ou au Dr Butler-Jones s'ils ont quelque chose à dire en guise de conclusion.

Monsieur Maxwell, vous pouvez commencer.

● (1720)

**M. Neil Maxwell:** Merci, monsieur le président. Sachant qu'il vous reste quelques minutes, je vais en profiter.

Nous avons été très satisfaits des questions et de l'intérêt que le comité manifeste. J'aimerais souligner certaines choses.

Je crois que la discussion a surtout porté, à juste titre, sur le plan d'action et les mesures qui sont prises. Comme cette vérification est maintenant terminée depuis presque un an, c'était sans doute les bonnes questions à poser.

Un des membres du comité a mentionné, je crois, qu'il faudrait voir où en sont les choses dans deux ans. Étant donné l'importance du sujet, il serait sans doute souhaitable, je pense, d'obtenir de l'agence des mises à jour périodiques. Il est inévitable qu'au début on agisse surtout au niveau des systèmes et des processus. Certaines des améliorations qui ont été apportées devraient générer le genre de renseignements qui devrait commencer à donner des résultats quand les évaluations des programmes seront faites.

Je pense que votre comité devrait pouvoir obtenir bientôt de l'agence une idée très concrète des résultats obtenus.

**Le président:** Merci, monsieur Maxwell.

Docteur Butler-Jones, avez-vous quelque chose à dire en guise de conclusion?

**Dr David Butler-Jones:** Je remercie beaucoup le comité et je vous remercie pour vos questions précises. Je les prends au sérieux. Comme je l'ai dit au départ, ce sont des choses importantes pour nous et nous y travaillons.

J'essaie de parler du point de vue pratique, mais notre détermination et nos efforts sont tout aussi importants. Je me ferais un grand plaisir de revenir dans un an, si vous le désirez, ou de vous fournir quelque chose par écrit pour aider le comité.

Comme Neil l'a dit, j'apprécie beaucoup l'intérêt que le comité porte à cette question. C'est important pour nous.

Je travaille dans le domaine de la santé publique depuis plus de 25 ans et je dois dire que le simple fait qu'on prenne ces questions au sérieux augure bien pour la santé et le bien-être du public, même si nous ne sommes pas d'accord sur chaque aspect. Je l'apprécie vraiment.

**M. David Christopherson:** M'accordez-vous 15 secondes?

**Le président:** Quinze secondes, monsieur Christopherson. C'est à vous.

**M. David Christopherson:** Vous dites que vous appréciez notre intérêt. Je tiens à dire combien nous apprécions que des jeunes médecins décident de se lancer dans la santé publique. Ce n'est pas toujours là que se trouve l'argent et la gloire, comme vous pouvez le voir, mais c'est très important. Cela donne un bon exemple aux autres étudiants en médecine qui pourraient s'orienter dans ce domaine. C'est également important.

Je vous en remercie.

**Dr David Butler-Jones:** Merci.

**Le président:** Je vais rappeler aux membres du comité que nous nous réunissons jeudi. Nous étudierons le chapitre 7 du Rapport de la vérificatrice générale de décembre 2008 « L'économie et l'efficacité des services - Service correctionnel du Canada ».

La séance est levée.





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

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

**Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :**

**Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:**

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

---

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

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