



Second Session
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Thursday, September 25, 2003

Issue No. 21

Third meeting concerning:

Public health emergencies arising
from infectious disease

WITNESSES:
(See back cover)

Deuxième session de la
trente-septième législature, 2002-2003

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le jeudi 25 septembre 2003

Fascicule n° 21

Troisième réunion concernant:

Les problèmes de santé publique liés aux
maladies infectieuses

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cook	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Fairbairn substituted for that of the Honourable Senator Cordy (*September 18, 2003*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton
et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Morin
Cook	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn est substitué à celui de l'honorable sénateur Cordy (*le 18 septembre 2003*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, September 25, 2003
(31)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 11:06 a.m. this day, in room 257, East Block, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Kirby, LeBreton, Morin and Roche (6).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, June 19, 2003, the committee continued its study on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

WITNESSES:

As an individual:

Dr. David Butler-Jones, Former Chief Medical Officer for Saskatchewan.

From the Ministry of Health and Long-Term Care Ontario:

Dr. Colin D'Cunha, Commissioner of Health, Chief Medical Officer and Assistant Deputy Minister.

From the Institut national de santé publique du Québec (by videoconference):

Dr. Richard Massé, Chief Executive Officer.

From the British Columbia Centre for Disease Control:

Mr. Ron Zapp, Provincial Executive Director.

Colin D'Cunha, Richard Massé, Ron Zapp and David Butler-Jones each made a presentation and answered questions.

At 1:20 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier du comité,
Daniel Charbonneau
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 25 septembre 2003
(31)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 06, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Kirby, LeBreton, Morin et Roche (6).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 19 juin 2003, le comité poursuit son étude sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

TÉMOINS:

À titre personnel:

Le Dr David Butler-Jones, ancien médecin hygiéniste en chef de la Saskatchewan.

Du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario:

Le Dr Colin D'Cunha, commissaire de la santé, médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjoint.

De l'Institut national de santé publique du Québec (par vidéoconférence):

Le Dr Richard Massé, président-directeur général

Du British Columbia Centre for Disease Control:

M. Ron Zapp, directeur exécutif provincial.

MM. Colin D'Cunha, Richard Massé, Ron Zapp et David Butler-Jones font une déclaration et répondent aux questions.

À 13 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, September 25, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:06 a.m. to study the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: The focus of this committee is on specific health issues and not the broad issues; they will be studied at a later time. We want to know what role the federal government and additional institutions or monies need to be put in place in order for the federal government to be able to handle infectious epidemics.

Thank you, witnesses, for agreeing to come this morning. We need your help. We are very much interested in having the advice of front-line workers.

Dr. Massé, as I travelled around the country this summer talking to people about this issue, and the consensus seemed to be that, in many ways, the best public health system in terms of its ability to deal effectively at the grass roots level is the one in Quebec. People praised both you and the system. I compliment you on that because you helped to organize that system and you run it today.

I would like to understand what it is about your organization that has led people to praise both you and the system itself. Obviously leadership is one part of it, but is there a unique element to the organization that really makes a difference?

Dr. Colin D'Cunha, Commissioner of Health, Chief Medical Officer and Assistant Deputy Minister, Ministry of Health and Long-Term Care Ontario: Honourable senators, I have put a slide deck together for you.

The Health Protection and Promotion Act governs Ontario's public health system. There are 37 health units that form the delivery arm for public health services. At a very minimum, there are 17 mandatory programs.

We have determined that there are five key functions of public health in Canada: population health assessment, surveillance, health promotion, injury and disease prevention, and health protection.

We understand that your initial scope will focus on: population health assessment, surveillance, and disease prevention. You have touched upon health protection concerning infectious disease epidemiology.

As specified by the Health Protection and Promotion Act each of our public health units is responsible for the public health of a specific geographic area. Under the act the Medical Officer of Health is mandated to see to health-promotion and health-protection. Each health unit operates from both a population-health perspective and an individual-health perspective.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 25 septembre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 06, pour étudier l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Notre comité s'intéresse à des questions de santé précises et non aux questions d'ordre général, qui seront étudiées plus tard. Nous voulons savoir quel rôle le gouvernement fédéral devrait jouer et quels nouveaux organismes devraient être créés ou fonds engagés pour que le gouvernement fédéral puisse lutter contre les épidémies infectieuses.

Merci, messieurs, d'avoir accepté de venir nous rencontrer ce matin. Nous avons besoin de votre aide. Les conseils des intervenants de première ligne vont nous être très utiles.

Docteur Massé, les Canadiens que j'ai rencontrés dans les différentes régions du pays que j'ai visitées cet été semblent s'entendre pour dire qu'à bien des égards c'est le Québec qui a le meilleur système de santé publique, pour ce qui est des interventions auprès de la population. Les gens faisaient votre éloge et celle du système. Je vous félicite parce que vous avez contribué à mettre en place le système que vous dirigez aujourd'hui.

J'aimerais comprendre ce qui, au sein de votre organisation, amène les gens à dire du bien de vous et du système. Évidemment, la direction joue un rôle, mais il y a un aspect particulier à votre organisation qui fait toute la différence.

Le Dr Colin D'Cunha, commissaire de la santé, médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjoint, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario: Honorables sénateurs, j'ai des diapositives à vous présenter.

C'est la Loi sur la protection et la promotion de la santé qui régit le système de santé publique en Ontario. Il y a 37 bureaux de santé qui assurent les services de santé publique. Il y a à tout le moins 17 programmes obligatoires à offrir.

Nous avons déterminé que la santé publique au Canada comportait cinq grandes fonctions: l'évaluation de la santé de la population, la surveillance, la promotion de la santé, la prévention des blessures et des maladies et la protection de la santé.

Nous croyons comprendre que vous voulez vous concentrer pour commencer sur l'évaluation de la santé de la population, la surveillance et la prévention des maladies. Vous avez aussi évoqué la protection de la santé dans le cas des épidémies infectieuses.

Comme le précise la Loi sur la protection et la promotion de la santé, chacun de nos bureaux de santé publique est responsable d'un secteur géographique donné. En vertu de la loi, le médecin hygiéniste s'occupe de la promotion et de la protection de la santé. Tous les bureaux de santé tiennent compte à la fois de la santé de l'ensemble de la population et de celle des particuliers.

The structure of a typical public health begins with a board of health that governs each unit. Municipal councils govern ten of our units that range from populations of 150,000 to 2.5 million for the City of Toronto.

Multi-county/multi-municipal boards govern the remainder of the health units. This structure has both municipal and provincial representation with appointments lasting up to two terms of three years. When the terms come up, advice is sought from the board of health in terms of appointing new members.

Each board of health must have a medical officer of health, and yet, because of our national shortage of community medicine specialists eight of our units are without an officer. When the office of Medical Officer of Health is vacant or the officer is on vacation, or for whatever reason is absent, there must be an acting Medical Officer of Health appointed. These eight units meet that standard.

Larger health units have Associate Medical Officers of Health. They are supported by a management structure of nursing management, environmental health management, dental management, and health discipline management. Let us not forget that key to ongoing success is a strong business administration support.

Public health officials respond to communicable disease outbreaks, environmental health concerns and chronic health disease prevention and health promotion challenges.

As far as managing health programs and services guidelines are concerned, we have three general standards, and health hazard investigation will be of particular interest to your study.

We have 14 specific program standards. The last set, under the heading of Infectious Diseases, will be of interest to you at this time. The control of infectious diseases, the food safety program, infection control in institutions, rabies control, safe water, sexually transmitted diseases including HIV and AIDs, tuberculosis control, and vaccine-preventable diseases, fall under this heading.

I have decided to focus on the public health compliance staffing expenditure for the time that I have held this position. Public health historically has never been, in public health's view, adequately funded.

Ontario's mandatory program first came out in 1989 and the public health sector has been slowly trying to achieve their goals. In 1997, in response to the new science the goals were redefined. As of 2002 we have achieved 86.3 per cent compliance.

While our budgets appear to have gone up by 43.2 per cent public health needs more investment from all levels of government. This is a question of a partnership. The number of FTEs devoted to public health in Ontario is in the order of between 5,500 and 6,000 at the local level.

Chaque bureau de santé est dirigé par un conseil de santé. Les conseils municipaux régissent dix de nos bureaux qui servent des populations allant de 150 000 personnes à 2,5 millions, pour la ville de Toronto.

Des conseils regroupant plusieurs comtés ou plusieurs municipalités dirigent les autres bureaux de santé. Ces conseils se composent de représentants municipaux et provinciaux qui sont nommés pour des mandats pouvant aller jusqu'à deux ans. On demande l'avis du bureau de santé avant de nommer de nouveaux membres.

Chaque bureau de santé doit avoir un médecin hygiéniste, mais huit de nos bureaux n'en ont pas en raison de la pénurie de spécialistes en médecine communautaire que connaît le pays. Quand le poste de médecin hygiéniste est vacant ou que le médecin est en congé ou absent pour une autre raison, le poste doit être occupé par un médecin hygiéniste nommé à titre intérimaire, ce qui est le cas dans les huit bureaux en question.

Les plus grands bureaux de santé ont aussi des médecins hygiénistes associés. Ils sont épaulés par des services d'infirmières, de spécialistes de l'hygiène de l'environnement, de dentistes et d'autres professionnels de la santé. Il ne faut pas oublier qu'il est essentiel au bon fonctionnement d'avoir un soutien administratif solide.

Les responsables de la santé publique luttent contre les épidémies infectieuses, règlent les problèmes de santé publique et s'occupent de la prévention des maladies chroniques et de la promotion de la santé.

Pour ce qui est des programmes de santé et des lignes directrices sur les services, nous avons trois normes générales, et celle concernant l'enquête sur les risques pour la santé sera particulièrement utile pour votre étude.

Nous avons 14 normes précises qui s'appliquent aux programmes. C'est la dernière série, à la rubrique des maladies infectieuses, qui va vous intéresser pour l'instant. La lutte contre les maladies infectieuses, le programme de salubrité des aliments, la lutte contre les infections dans les établissements, la lutte contre la rage, la salubrité de l'eau, les maladies transmissibles sexuellement, notamment le VIH et le sida, la lutte contre la tuberculose et les maladies pouvant être prévenues par la vaccination entrent dans cette catégorie.

J'ai décidé de traiter de la conformité, du personnel et des dépenses de la santé publique depuis que j'occupe mon poste. Pour les gens du milieu, la santé publique n'a jamais été suffisamment financée.

Le programme obligatoire existe en Ontario depuis 1989 et le secteur de la santé publique a progressivement essayé d'atteindre les objectifs à ce sujet. En 1997, à la suite de nouvelles données scientifiques, les objectifs ont été redéfinis. En 2002, nous les avons atteints à 86,3 p. 100.

Même si nos budgets ont augmenté de 43,2 p. 100, tous les ordres de gouvernement doivent investir davantage dans la santé publique. C'est une question de partenariat. Au niveau local, il y a entre 5 500 et 6 000 ETP consacrés à la santé publique en Ontario.

In the last month I have been fortunate that the government has listened to some of my comments and have released 180 additional FTEs into public health. They have given me 80 for my own staff compliment. That does not count our laboratory capacity.

When I started in this position in 1998, the central staff complement was 65. When I managed to successfully hire these additional 80, we will be at 240. I need to stress that these bodies are not available. I do not wish to poach from my neighbours because then my problem becomes theirs.

I will turn it over to Dr. Massé.

Dr. Richard Massé, Chief Executive Officer, Institut national de santé publique du Québec: While my presentation will focus on public health in Canada I will also describe the public health system in Quebec. I will also describe what needs to be done in terms of investment and the areas that need it most. In my conclusion I will point out the challenges we face in the future.

[Translation]

Several highly inspirational reports have been written about the state of public health care in Canada. The Krever Report identified all of the problems associated with the public health care system with a view to finding timely solutions. The Auditor General also tabled a report on this subject.

Also released recently was the report of the Advisory Committee on Population Health calling on the deputy ministers of health to evaluate the capacity of the public health care system. This committee's recommendation remains very timely. The Canadian Institutes of Health Research also released a report this summer and we should look to their recommendations for inspiration as well.

Canada is not the only country to be weighing in on the debate. The United States and many European nations are asking themselves similar questions because they face the same situations in terms of epidemiologic transition and the same challenges in terms of dealing with emerging pathogens that spread rapidly from country to country.

Canada's health care system is in fact made up of a series of connected, albeit disparate systems. Fundamentally, Quebec's system is based on a regional health care delivery model. Each time this regional model is altered, our ability to act is affected.

Over the past decade, a number of changes have taken place, including the development of new technologies for in-lab monitoring of health and vaccines. All of these technologies have contributed to the introduction of new treatment methods that while necessary, have also proven costly to implement.

Currently, the Quebec government is facing serious financial constraints in the area of health care services accessibility. The various levels of government, the federal government in general

Heureusement, au cours du dernier mois, le gouvernement m'a entendu et a accordé 180 ETP de plus à la santé publique. On en a octroyé 80 pour mon propre personnel. Cela ne comprend pas le travail de laboratoire.

Quand je suis entré en fonction en 1998, l'effectif du bureau central était de 65 employés. Quand j'aurai réussi à embaucher ces 80 employés de plus, nous serons 240. Je tiens à souligner qu'il n'y a pas de candidats à ces postes, et je ne veux pas aller recruter chez mes voisins parce que je vais leur refiler mon problème.

Je vais laisser la parole au Dr Massé.

Le Dr Richard Massé, président-directeur général, Institut national de santé publique du Québec: Mon exposé va traiter de la santé publique au Canada, mais je vais également décrire le système de santé publique du Québec. Je vais aussi expliquer les investissements qui sont nécessaires et les secteurs qui en ont le plus besoin. Enfin, en conclusion, je vais préciser les enjeux que l'avenir nous réserve.

[Français]

La situation de la santé publique au Canada a fait l'objet de plusieurs rapports très inspirants. Le rapport Krever a soulevé tous les problèmes que nous avons au niveau de l'organisation de la santé publique afin de pouvoir faire face à la situation du temps. Nous avons eu aussi le rapport du vérificateur général.

Parmi les derniers rapports qui ont été rédigés, nous retrouvons celui du comité pour le service des populations qui a fait une demande aux sous-ministres de la santé de produire une évaluation de la capacité en santé publique. La recommandation de ce comité est encore très actuelle. Les Instituts de recherche en santé du Canada ont aussi fait rapport, cet été, et remis leurs recommandations pour lesquelles nous devons aussi grandement nous inspirer.

Nous ne sommes pas le seul pays à considérer cette même question. Les États-Unis et plusieurs pays d'Europe se posent les mêmes questions parce qu'ils font face à la même transition épidémiologique et au même défi des pathogènes qui sont en émergence et qui se transmettent très rapidement d'un pays à l'autre.

Quand on regarde le système de santé canadien, il est, en fait, une série de systèmes reliés, mais qui sont différents les uns des autres. Le système du Québec est fondamentalement lié à l'organisation régionale des soins. À chaque fois que nous touchons l'organisation régionale des soins, cela affecte notre capacité de pouvoir agir.

Au cours des dix dernières années, il y a eu plusieurs changements, tel celui du développement de nouvelles technologies pour la surveillance de l'état de santé au niveau des laboratoires et des vaccins. Toutes ces technologies ont amené un potentiel important d'interventions qui sont nécessaires mais qui engendrent des coûts importants pour les implanter.

Actuellement, et c'est le cas au Québec: il y a des contraintes financières importantes pour rendre accessible les services de santé. Un des impacts est que les gouvernements, en général au

and the Quebec government in particular, have focused their efforts on the delivery of essential services aimed at providing care, at the expense of investments in the public health care system in general. For instance, some interprogram funding is being redirected to home care.

This situation raises some major problems with respect to chronic diseases which already place a heavy burden on the system. While this area is not the focus of the committee's study, it is nonetheless a fundamentally important consideration. With respect to emerging pathogens, we must have the ability to respond on site before a crisis occurs.

In the early 1990s, Quebec developed a long-term vision for the health care sector. It formulated a health and welfare policy, a major component of the new structure. Subsequently, we set some national public health priorities and eventually we undertook a review of the Public Health Act. An integrated, comprehensive program was implemented on a province-wide basis for all regions. The program resulted in a number of local activities the relevance and effectiveness of which has been scientifically demonstrated.

Like the other provinces, Quebec must contend with recruitment and manpower training problems. This is but one of the reasons for the creation of the Institut national de santé publique.

I will refrain from reviewing in detail the federal government's mandate, since you have already heard from the relevant authorities. However, I do want to stress the importance of clearly defining the roles, mandates and responsibilities of each level of government. Any confusion over the roles and responsibilities of the federal government and of the provinces, even within a legal framework, would result in confusion. In our view, this matter warrants priority consideration.

Lastly, both the Canadian and Quebec health care systems constitute major strengths in terms of our overall primary health care system. That is what sets us apart from the US system which has two components: the public health care network and a care and services network. The integration of the two components here in Canada constitutes a major strength, one on which we must draw.

For example, SARS brought home the point that without close ties between the public health care system and the health care network, it would be impossible to deal with emergencies that arise.

Therefore, we need to maintain a system in which integration is reinforced and ongoing.

The next slide is a familiar, classic depiction of how the health care system, a determinant of health, is organized. However, it is a well known fact that the health care system is not primarily responsible for ensuring population health. This bears mentioning, as the burden of illness does not rest on this component of the system.

Canada et spécifiquement au Québec, se sont concentrés à donner les services essentiels de récupération de la santé. Cela a été fait en laissant un peu de côté tous les investissements en amont, donc au niveau de la santé publique. On a même vu un glissement de financement interprogrammes, par exemple, vers les soins à domicile.

Cela pose d'importants problèmes sur le plan des maladies chroniques où le fardeau de la maladie est très important. Ce n'est pas le sujet de l'étude du comité aujourd'hui, mais pour nous c'est fondamental. En ce qui a trait aux pathogènes en émergence, nous devons avoir la capacité d'agir sur place avant qu'ils n'apparaissent.

Au début des années 1990, le Québec s'est donné une vision à long terme dans le secteur de la santé par le biais d'une politique de santé et de bien-être, ce qui fut un pas très important au niveau de la structure. Ceci nous a amené, par la suite, à élaborer des priorités nationales en matière de santé publique et, éventuellement, revoir la Loi sur la santé publique. Un programme intégré et complet fut mis sur pied pour l'ensemble de la province et des régions. Ce programme est à la base d'activités locales dont les preuves scientifiques appuient solidement leur pertinence et efficacité.

Le Québec, comme les autres provinces, doit faire face à des problèmes de recrutement et de formation de la main-d'œuvre. Voilà une des raisons pour laquelle l'Institut national de santé publique a été développé.

Je ne m'éterniserai pas sur le mandat du gouvernement fédéral, puisque vous avez déjà entendu les autorités pertinentes sur cette question. Je soulèverai toutefois l'importance de la définition claire des rôles, mandats et responsabilités de chaque gouvernement. Car s'il y a confusion entre les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral et ceux des provinces, même à l'intérieur d'un cadre légal, il existera des problèmes. À notre avis, cette question doit être adressée de façon prioritaire.

Enfin, le système de santé, tant canadien que québécois, possède des forces importantes qui constituent tout notre réseau de santé primaire. Ceci nous distingue fondamentalement du système américain dans lequel on retrouve deux réseaux: un réseau de santé publique et un réseau de soins et de services. Cette intégration est chez nous une très grande force de laquelle nous devons tirer profits.

Dans le cas du SRAS, par exemple, sans un lien étroit entre le réseau de santé publique et l'organisation du système de soins, il n'est pas possible de répondre aux exigences du problème auquel on doit faire face.

Nous devons donc continuer d'avoir un système à l'intérieur duquel l'intégration est renforcée et présente.

Nous avons illustré, à la droite de la diapositive, un schéma classique avec lequel tout le monde est familier, soit l'organisation du système de soins, un des déterminants du secteur de la santé. Nous savons, toutefois, que ce n'est pas là où se joue le rôle principal en matière de santé de la population. Il est important de souligner ce niveau tout en sachant que le fardeau de la maladie ne repose pas sur cet aspect du système.

Other health determinants interact. If we want to be in a position to combat illnesses and infectious diseases like HIV, we need to consider investing in the other determinants of health.

A review of Quebec's legislation brought to light the fact that public health protection legislation along the lines of what existed previously and what most provinces now have is no longer adequate. We need legislation that clearly spells out public health functions such as surveillance, population health assessment, promotion and prevention. The review was an important initiative and resulted in the recognition of these public health functions by health care organizations, CLSCs and hospitals.

It was critically important to assign a legal nature to these functions and to clarify roles and responsibilities, even at the provincial level.

No doubt you have heard people comment about epidemiological considerations in light of HIV, Hepatitis C and the West Nile virus. I will not belabour this point. Today, we are called upon to deal with problems that arise very quickly, hence the importance of good communication between all public health networks, not just in Canada but abroad as well. We must also turn our attention to vulnerable groups that often experience serious hardship. They must not be forgotten, as is generally the case with the public health care system.

A number of accomplishments are worthy of note. We have developed surveillance systems. However, these must be linked together to ensure the effective transmission of information, and this is not always the case.

In response to one of the problems identified, we developed reference laboratories. Quebec in particular established a level 3 reference laboratory in the field of biosecurity. In our view, access to this type of laboratory is critically important.

However, a problem has been identified with vaccines. Important opportunities exist and a national strategy was formulated and formed the basis of a consensus. Subsequently, it was approved by the various health ministers. However, funding problems have prevented us from using and benefitting fully from these new vaccines.

At this time, I would like to describe to you very briefly how Quebec's public health care system is set up. The lower part of the slide shows the different stages, the first having culminated in the drafting of a health and welfare policy in the early 1990s.

Various problems emerged in 1998. Outbreaks of meningococcal meningitis raised public awareness of our health care system's vulnerability. Tension was greatly eased as a result of consultations with Canadian and US experts.

Les autres déterminants de la santé agissent de façon interactive. Si on veut être en mesure de faire face à l'ensemble des maladies et aux maladies infectieuses comme le VIH, il faut considérer la possibilité d'investir dans les autres déterminants de la santé.

Lorsqu'on a réexaminé la législation québécoise, on a estimé qu'une loi sur la protection de la santé publique, telle qu'on avait antérieurement et que la plupart des provinces ont actuellement, ne suffit pas. Nous devons avoir une loi selon laquelle les fonctions en matière de santé publique, telles la surveillance, l'évaluation de l'état de santé, la promotion et la prévention sont présentes et intégrées afin de nous permettre d'agir au niveau de l'ensemble des fonctions de la santé. Cette initiative fut un point important. Nous pouvons à présent constater le résultat. Les organisations de la santé, les CLSC et les hôpitaux reconnaissent maintenant ces fonctions en matière de santé publique.

Le fait d'attribuer à ces fonctions un caractère légal est essentiel et a permis de clarifier les rôles et responsabilités, problème qui existe même à l'intérieur de la province.

Vous avez certes entendu des propos sur les dispositions épidémiologiques face à l'introduction du VIH, de l'hépatite C et du virus du Nil. Je ne m'éterniserai pas sur ce point. Nous devons aujourd'hui faire face à des problèmes qui arrivent de façon extrêmement rapide. Voilà pourquoi il doit exister une bonne communication entre l'ensemble des réseaux de santé publique, non seulement au Canada mais avec l'étranger. Nous devons également considérer le problème des populations vulnérables, elles sont souvent les cibles de ravages importants. In ne faut donc pas les oublier, comme on le fait généralement en matière de santé publique.

Il est important de souligner quelques accomplissements. Nous avons développé des systèmes de surveillance. Ces systèmes doivent toutefois être reliés en temps réel les uns avec les autres — ce qui n'est pas toujours le cas — pour permettre la transmission de l'information de façon efficace.

On a développé des laboratoires de référence — c'était un problème. Le Québec s'est doté d'un laboratoire de référence de niveau 3 en biosécurité. L'accès à ce type de laboratoire est, à notre avis, fondamental.

Par contre, au niveau des vaccins, il se pose un problème. Il existe des opportunités importantes. Une stratégie nationale fut développée. Cette stratégie fait le consensus. Elle fut développée et approuvée par les ministres de la santé. Le problème existe toutefois au niveau des ressources, ce qui nous empêche d'utiliser et de bénéficier pleinement de ces nouveaux vaccins.

J'aimerais profiter de cette occasion pour vous expliquer brièvement l'organisation de la santé publique au Québec. Le bas de la diapositive illustre les différentes étapes, la première étant celle qui a mené à l'élaboration de la politique en santé et bien-être au début des années 1990.

En 1998, différents problèmes se sont produits. Des épidémies de méningite à méningocoque ont permis de sensibiliser les gens à la vulnérabilité de notre système. La consultation auprès d'experts canadiens et américains a beaucoup aidé.

In 2001, the Public Health Care Act was reviewed. This move came on the heels of the creation in 1998 of the Institut national de santé publique du Québec. In addition, the position of National Director of Public Health was created in Quebec to introduce some accountability at the provincial level and to ensure liaison with the other provinces and with the federal government.

The minister and the Institut national de santé publique represent the very heart of the system's structure. Public health branches operate at the regional level in 18 regions. Some regions such as Montreal are larger than others. At this time, I want to emphasize the links with the local community services centres, or CLSCs. Nearly 75 per cent of all health promotion, not health protection, activities are carried out by CLSCs.

Therefore, in Quebec, we have central, regional and local networks. We also have close ties to hospitals and ensure an active presence in these facilities.

Investing in the treatment of communicable diseases is unquestionably a critically important area. However, equally important is investing in the treatment of non-communicable or chronic diseases.

The other health determinants are fundamentally interrelated. Should systemic problems arise, whether it be an outbreak of a disease or bioterrorism, it is important that we be prepared. Emergency preparedness also requires some investment, not only at the federal level, but at the provincial, regional and local levels as well. In our opinion, a single national agency staffed with experts would not meet current system requirements.

If we use the example of the SARS outbreak last spring, it would certainly have proven useful to have a national agency. However, that would not have resolved the problem of needing to network with institutions in one of more regions in an effort to prevent outbreaks of this nature.

Therefore, the focus should be on investments that target the entire health care system.

We need to work with the most convincing scientific data. Quebec's public health program has identified 25 areas for targeted action based on scientific evidence. This type of activity is useful, and necessary. Failure to invest today often ends up costing us dearly down the road.

One area that has been targeted for investment and improvement is the creation of Canadian centres and networks of excellence. Other initiatives are still in the planning stages.

Problems remain with recruitment and manpower training, as well as with research and innovation.

En 2001, la Loi sur la santé publique a fait l'objet d'une révision. Toutefois, en 1998, on avait déjà créé l'Institut national de santé publique du Québec. On a créé également un poste de directeur national de santé publique, poste qui n'existait pas au Québec, afin qu'il y ait une imputabilité, qu'il existe une personne responsable à l'échelle de la province, et qu'il puisse y avoir un lien avec les autres provinces et le gouvernement fédéral.

L'organisation est centrée sur le ministre et l'Institut national de santé publique. Les directions de santé publique sont au niveau régional. Ils comprennent 18 régions. Certaines régions, comme celle de Montréal, sont plus importantes que d'autres. Je souligne le lien avec les centres locaux de services communautaires, ou CLSC. Près des trois quarts de la capacité d'intervention en promotion de la santé, et non en protection, se retrouve au niveau des CLSC.

Nous avons donc, encore une fois, les niveaux central, régional et local. On pourra également faire le lien avec les hôpitaux, car nous y sommes très présents.

Il va sans dire que l'investissement dans le traitement des maladies transmissibles est essentiel. Toutefois, il est également important de considérer l'investissement dans le traitement des maladies non transmissibles ou chroniques.

Les autres déterminants de la santé sont liés les uns aux autres. Ce lien est un élément fondamental. Nous devons être prêts, en cas de problèmes systémiques, qu'il s'agisse d'éclosion ou de bioterrorisme. Ces provisions nécessitent également des investissements. Les investissements doivent se faire non seulement au niveau central, mais au niveau des provinces, des régions et au niveau local. La création d'un seul centre national possédant capacité et expertise, à notre avis, ne suffirait pas à répondre au besoin actuel du réseau.

Si on reprend l'exemple du SRAS, au printemps dernier, un centre d'expertise national aurait certes été utile. Toutefois, il n'aurait pas résolu le problème de la capacité à travailler avec les établissements dans une ou plusieurs régions afin de prévenir ce type de situation.

Il est donc important de considérer un investissement qui s'applique à l'ensemble du système.

Nous devons être capable de travailler avec les données scientifiques les plus probantes. D'ailleurs, le Québec s'est doté d'un programme de santé publique qui a identifié 25 cibles d'action basées sur des preuves scientifiques. Voilà le genre d'activité utile et nécessaire. En matière de santé publique, l'investissement qui ne s'effectue pas au présent occasionne souvent des coûts importants au futur.

Les secteurs dans lesquels il est nécessaire d'investir, et où il y a eu de l'amélioration, comprennent la création de centres et de réseaux d'expertise canadiens. D'autres initiatives sont en cours d'élaboration, mais ces centres représentent une nette amélioration.

Le problème de formation de la main-d'œuvre et du recrutement existe toujours. Également, il ne faut pas oublier les problèmes de la recherche et de l'innovation.

On the subject of outbreaks, to date, we know very little about how to deal with the psychosocial problems associated with outbreaks, the repercussions of which can often be catastrophic.

Therefore, investing in the treatment of psychosocial disorders is critically important. I am not talking here about basic research, but rather about applied research.

Summing up, we face a number of challenges. We need to legally agree on core public health functions. While an agreement is in place between public health stakeholders, the terms of the agreement must be legally recognized.

Another challenge is increasing coherence between programs to enhance cooperation, for example, with respect to emergency preparedness. The system must not be inflexible. Flexibility between established structures must be maintained, as must links that ensure effective health care delivery. The roles and responsibilities of each stakeholder must be clearly identified.

Finally, there is no question that new funding is required. As some have pointed out, it is not a matter of investing in existing areas in order to make the same mistakes again. It is a matter of saying what needs to be done, not only in terms of infrastructure, but in terms of programs and activities as well. Quebec has made great strides by putting in place major infrastructure. However, program funding remains a problem area, one that greatly impedes our ability to act. It is important to focus on programs as well as on infrastructure, on developing expertise, on training, on research and on surveillance systems — as others have noted — all of which are core areas.

On the accountability issue, people have often wondered if perhaps a responsible, accountable persons should be appointed to hold office in this field in Canada. Obviously, workers across the full health network are accountable, but ultimately, individuals should be accountable, on behalf of the ministers, to the public for certain questions. Currently, that is not the case.

On the communications question, I will not get into that too much. A considerable effort was made during the SARS outbreak, but considerably more work remains to be done, not only within the health care network, but also within the community at large.

In conclusion, Canada's public health care network remains fragmented and vulnerable to current constraints. The system's considerable strengths have made it possible to weather a major crisis like the one recently experienced. However, the crisis also revealed the system's limitations. In the short term, settling for the status quo could prove potentially dangerous, particularly if two crises were to erupt simultaneously in the same region. Experience has clearly shown that we would not be able to weather this kind of storm. An outbreak of SARS, coupled with a West Nile Virus

J'aimerais à nouveau soulever la question d'écllosion. À ce jour, nous connaissons très peu de moyens d'intervention en ce qui a trait aux problèmes psychosociaux en termes d'écllosion. Le problème de la recherche peut augmenter l'impact de ces situations souvent catastrophiques.

L'investissement dans le traitement des problèmes psychosociaux est donc important. Il ne s'agit pas ici de recherche fondamentale mais de recherche appliquée.

En résumé, voici les défis auxquels nous devons faire face. Nous devons nous entendre de façon légale sur les fonctions essentielles en matière de santé publique. Il existe une entente entre les intervenants en santé publique. Cette entente doit toutefois être consignée et reconnue légalement.

Il doit exister une cohésion entre les programmes afin de favoriser la collaboration, par exemple, pour la préparation en situation d'urgence. Le système ne doit pas nécessairement être intransigeant. Il doit être flexible, mettant en valeur les structures établies, et à l'intérieur duquel on élabore des liens afin de permettre un travail efficace, en précisant les rôles et les responsabilités de chacun des intervenants.

Enfin, il est certain qu'on doit avoir un investissement. Comme certains le rappellent, il ne s'agit pas d'investir dans les mêmes domaines qui existent maintenant pour répéter les mêmes problèmes, mais bien de dire comment on doit faire, non seulement au niveau de l'infrastructure, mais aussi des programmes et des activités. Au Québec, on s'est doté d'une infrastructure majeure, qui a été une grosse amélioration, mais il y a encore des problèmes de financement pour des programmes, ce qui limite encore beaucoup la capacité d'agir. Il faut penser non seulement infrastructure, mais aussi programme. Il faut penser développement de l'expertise, de la formation, de la recherche et des systèmes de surveillance — vous avez déjà eu des présentations sur ce sujet — qui nous apparaissent fondamentaux.

Pour ce qui est de la question d'imputabilité, les gens ont beaucoup posé la question de savoir s'il devrait y avoir au Canada une personne responsable, imputable. Il est évident que c'est tout un réseau qui est imputable, mais je crois que, en bout de ligne, des personnes doivent être responsables pour répondre au public sur les sujets en question, au nom des et avec les ministres, qui sont toujours responsables pour l'ensemble des activités. Cela n'existe pas actuellement.

Enfin, il y a la question des communications, je n'insisterai jamais trop là-dessus. Des efforts très importants ont été faits sur le SRAS, mais on a encore beaucoup de travail à faire, non seulement au sein du réseau de santé, mais également auprès de la population.

En conclusion, le réseau de santé publique au Canada est un système encore fragmenté, vulnérable face aux contraintes actuelles. Dans ce système, on a des forces significatives qui ont permis de faire face à une crise majeure comme celle qu'on a connue, mais les crises ont montré les limites du système. À court terme, le statu quo du système est potentiellement dangereux, particulièrement si on rencontre deux situations critiques en même temps dans une même région. Il a été bien démontré qu'on n'était pas capable de faire face à de telle situation. Si on cumule

alert, could be enough to paralyze our health care system. In the medium term, the status quo is costly in terms of care and services.

In my view, we must strike a better balance between prevention in the broad sense of the word, including health protection and health care. At present, an imbalance exists.

In recent years, Quebec has established a legal framework and infrastructure at the local, regional and provincial levels with the capability of meeting new public health care challenges. Although of significant importance to us, funding remains a critical issue and a fundamental concern, since our ability to act is directly tied to funding levels.

Lastly, the tools to improve systems are within our grasp. We must follow the lead of a number of other countries that have faced similar situations. Specific, concerted efforts are needed, at the federal, provincial and territorial levels, to meet current health care needs.

[English]

The Chairman: Thank you, Dr. Massé. We now know what the problem is, but how do we solve it? I agree with everything you said. You spoke about the need for legally recognized jurisdictions to respect each other's roles and responsibilities.

You have been around the system long enough to understand the inevitable quagmire that results the minute you try to get federal and provincial, and to a lesser extent provincial and municipal governments, to deal with the issues, roles and responsibilities that can turn out to be a never-ending discussion in which nothing happens.

How do we short-circuit that process and put in place something that actually works, even if it does not necessarily respect the exact letter of the law?

I am not looking for a new federal role. That is not my issue here. My issue is how we actually solve the problem. Can you give us any insight as to what the federal government could do to begin to address the issues that you have discussed?

Dr. Massé: I believe that we should have a legal basis for the definition of role and responsibilities. If we try to change the legislation without knowing exactly where we stand and what the will is behind it, and without a clear picture from everyone, it will be difficult to accept. We have been working in consultation with the federal government to change the legislation and it has been a difficult process.

Elsewhere in the world the federal government usually invests most of the funds that go into public health; that is not the case in Canada. In Canada the provinces invest most of the funds. I am not saying that the federal government does not invest, but not to the extent that other federal government invest.

le SRAS avec le virus du Nil occidental, la capacité d'agir se trouve complètement paralysée. À moyen terme, le statu quo est coûteux en termes de soins et de services.

Un meilleur équilibre, selon moi, est essentiel entre la prévention, prise au sens large — incluant la protection de la santé — et le recouvrement de la santé. Ce n'est pas le cas actuellement, il y a un déséquilibre.

Le Québec s'est doté, au cours des dernières années, d'une base légale et d'une infrastructure, tant locale, régionale que provinciale, qui est potentiellement capable de répondre aux nouveaux défis de santé publique. Je pense que cela est très important pour nous, mais les enjeux de financement sont toujours présents et au cœur de nos préoccupations, puisque la capacité d'agir y est aussi directement reliée.

Enfin, les outils pour améliorer les systèmes sont à notre portée, à l'instar de ce qu'ont fait plusieurs autres pays à cet effet, confrontés à des situations similaires. On doit faire des efforts concrets, concertés, non seulement au niveau fédéral, mais aussi provincial et territorial pour répondre aux besoins actuels.

[Traduction]

Le président: Merci, docteur Massé. Nous connaissons maintenant le problème, mais il faut se demander comment le résoudre. Je suis d'accord avec tout ce que vous avez dit. Vous avez dit qu'il fallait définir légalement nos pouvoirs pour respecter les rôles et responsabilités de chacun.

Vous travaillez dans le réseau depuis assez longtemps pour savoir qu'on s'enlise inévitablement dans un bourbier dès qu'on demande aux administrations fédérale et provinciales, et dans une moindre mesure aux administrations provinciales et municipales, de définir les problèmes, les rôles et les responsabilités parce que la discussion n'en finit plus et n'aboutit à rien.

Comment couper court à ce processus et mettre en place une structure qui fonctionne, même si elle ne respecte pas nécessairement la loi à la lettre?

Je ne cherche pas nécessairement à confier un nouveau rôle au gouvernement fédéral. Ce n'est pas mon objectif. Ce que je veux, c'est trouver comment régler le problème. Pouvez-vous nous indiquer ce que le gouvernement fédéral pourrait faire pour commencer à régler les problèmes dont vous nous avez parlé?

Le Dr Massé: Je crois qu'il faudrait avoir un fondement légal permettant de définir les rôles et les responsabilités. Si on essaie de changer la loi sans savoir exactement ce qu'on veut et sans connaître précisément la situation de chacun, ce sera difficile à accepter. Nous essayons de changer la loi en consultation avec le gouvernement fédéral, et la démarche s'avère difficile.

Ailleurs dans le monde, c'est le gouvernement fédéral qui investit normalement le plus dans la santé publique; ce n'est pas le cas au Canada. Au Canada, ce sont les provinces qui financent le plus ce secteur. Je ne dis pas que le gouvernement fédéral n'investit pas, mais il ne le fait pas autant que d'autres administrations fédérales dans le monde.

If there was shared responsibility, as there was for medicare or hospital insurance in the past, we would see a real will from the federal government to reach agreement on what changes should be made.

The provinces should pay part of the cost, but not most of it. The provinces are already investing between \$800 million to \$1 billion for public health activities. The federal government is investing, but not nearly as much as the provinces.

If there is seen to be a willingness, the provinces will agree that, with the new financing, new roles and responsibilities should be determined. There must be more than money put on the table. There must be an agreement for reassigning roles and responsibilities, and then we can discuss legislation.

The Chairman: I agree with you that if the federal government is going to transfer money, it has the right to know where the money is being spent.

Suppose that, instead, the federal government hires a significant number of epidemiologists as public servants and places them across the country. Instead of giving cash, the federal government would give payment in kind, which happens to be a certain number of people to do various things. That has two advantages, in addition to the disadvantage that it may not be perfect in the organizational sense. The big advantages are that it gets around all the jurisdictional issues and it puts in a place a surge capacity to have the federal government bring together, anywhere in the country, a significant number of people at a time of crisis. It avoids the classic jurisdictional argument, which is, "Send money no strings attached," which I think is absolutely a non-starter.

I am looking for creative ways around what has historically been the roadblock. Can it work if, instead of just sending cash, the federal government does payments in kind, such as sending people?

Dr. Massé: If certain provinces agree to receive those experts and include them in their own activities, there would be a shared responsibility and they would be completely integrated in the provinces.

The Chairman: That kind of integration is exactly what I was talking about. Can that work?

Dr. Massé: I am not sure the provinces would agree to that. Provinces that do not have the capacity right now will accept, but other provinces will feel that it is going much beyond the actual responsibility of federal government, which can be discussed and increased.

I think it would not be acceptable for most provinces. If you have two public health teams the one that is within the province is linked with services. I have pointed out that it is essential to have a strong link between public health and health recovery. If we have one team financed by the province, and another team paid by the federal government and there is not a close link that is accepted between them, then that model will not work. There is also a strong danger of isolation or separation between the two sectors. I expect that many provinces will be reluctant to accept that model.

Si la responsabilité était partagée, comme elle l'était avant pour les assurances maladie et hospitalisation, le gouvernement fédéral manifesterait une volonté réelle de s'entendre sur les changements à apporter.

Les provinces devraient payer une partie des coûts, mais pas la plus grande partie. Elles versent déjà entre 800 millions et un milliard de dollars dans la santé publique. Le gouvernement fédéral investit, mais beaucoup moins que les provinces.

Si on sentait cette volonté réelle, les provinces accepteraient qu'avec un nouveau financement les rôles et les responsabilités soient redéfinis. Il faut proposer autre chose que de l'argent. On doit s'entendre pour réviser les rôles et les responsabilités de chacun, et on pourra ensuite discuter d'une mesure législative.

Le président: Comme vous dites, si le gouvernement fédéral verse de l'argent, il a le droit de savoir comment il est dépensé.

Disons que le gouvernement fédéral décide plutôt que la fonction publique va recruter un bon nombre d'épidémiologistes dans toutes les régions du pays. Au lieu de verser de l'argent, le gouvernement fédéral investit en faisant travailler des spécialistes. Si cette décision n'est peut-être pas idéale sur le plan organisationnel, elle comporte des avantages. Surtout, elle permet de contourner tous les problèmes d'attribution de pouvoirs et d'accroître la capacité d'intervention en période de crise, partout au Canada. Cette décision permet d'éviter l'argument classique selon lequel on veut recevoir de l'argent sans condition, ce qui est tout à fait inadmissible, à mon avis.

Je cherche de nouveaux moyens de surmonter cet obstacle historique. Est-ce que ce serait acceptable si, au lieu d'envoyer de l'argent, le gouvernement fédéral fournissait du personnel?

Le Dr Massé: Si des provinces acceptent d'accueillir ces spécialistes et de les intégrer à leurs activités, la responsabilité serait partagée et ils participeraient de façon pleine et entière au travail des provinces.

Le président: C'est exactement le genre d'intégration dont je parle. Est-ce que cela peut fonctionner?

Le Dr Massé: Je ne suis pas sûr que les provinces vont l'accepter. Les provinces qui n'ont pas les ressources voulues vont être d'accord, mais d'autres vont avoir le sentiment que le gouvernement fédéral outrepassé ses responsabilités, qui peuvent être examinées et accrues.

Je pense que la plupart des provinces ne l'accepteront pas. Si vous avez deux équipes de santé publique, celle de la province a des services à assurer. J'ai souligné qu'il est essentiel d'établir un lien solide entre les soins et les services de santé publique. Si une équipe est financée par la province et une autre par le gouvernement fédéral, sans qu'il n'y ait de lien étroit entre les deux, les choses ne vont pas fonctionner. Les deux risquent fort de travailler isolément, chacune de leur côté. Je pense que bien des provinces vont hésiter à accepter cette solution.

It would be much better to negotiate with the provinces beforehand and see how the model might work. Your solution is a rapid one that can be implemented quickly. However, there is danger of distrust and little coordination in that model and I would be reluctant to recommend it.

Obviously if there is an agreement between the provinces and the federal government that those people are included or imbedded within the public health structure in the provinces, and are spending money with specific purposes that can be done and can become useful.

The conditions that are necessary for that model to work are negotiation a priori and not a decision from the federal government to pronounce a new structure and I think it has done its share.

The Chairman: I agree that unless it is completely integrated it is a crazy thing to do, and you have suggested that some provinces would have a difficult time trying to achieve that degree of integration. I like your word even better. It would be difficult to imbed them into the existing system.

Mr. Ron Zapp, Provincial Executive Director, British Columbia Centre for Disease Control: In B.C. we have a long relationship with an EPI field service, where we have two or three officers a year on rotation who come and serve very well.

As you pointed out, these people are our surge capacity as assist as events occur in a community. It is typically the field EPI from Health Canada who assists the community physicians and augments our staff to be more effective in the regions where help is needed.

The Chairman: To that extent it does work in some places?

Mr. Zapp: Yes, it does work very well.

[Translation]

Senator Morin: I have tracked your career from a distance. For several years, you were responsible for public health and now, you are the Director of the Institut.

In your closing remarks, you stated that Canada's public health care system was fragmented, vulnerable and under-funded. You talked about targeted transfers of funds and noted that the federal government should strengthen and increase funding to its own programs.

No doubt you have heard rumours about the possible establishment of a federal agency with the specific mandate of overseeing public health issues and dealing with emergencies that might arise.

I am very interested in the model as reflected in the Institut national de santé publique that you head up. This institute is unique in Canada in that it has no direct responsibility to intervene in a particular situation. That responsibility falls to the director general of public health and to regional directors. The

Il vaudrait mieux d'abord négocier avec les provinces pour déterminer si la formule peut fonctionner. La solution que vous proposer peut être mise en oeuvre rapidement. Il y a un risque de méfiance et de manque de coordination à l'égard de ce modèle que j'hésiterais à recommander.

Évidemment, si les provinces et le gouvernement fédéral s'entendent pour intégrer ces employés à la structure de santé publique des provinces et que des fonds sont consacrés à des objectifs précis, c'est une formule possible qui peut être utile.

Pour que ce modèle fonctionne, il est nécessaire que le gouvernement fédéral négocie au préalable avec les provinces avant de décider d'adopter une nouvelle structure, et je pense qu'il a fait sa part.

Le président: Il est vrai que s'il n'y a pas intégration complète, c'est ridicule, et vous avez indiqué que certaines provinces auraient du mal à intégrer ces employés à ce point. Comme vous dites, il serait difficile qu'ils deviennent partie intégrante du système existant.

M. Ron Zapp, directeur exécutif provincial, British Columbia Centre for Disease Control: En Colombie-Britannique, nous collaborons depuis longtemps avec un service régional du PEV doté de deux ou trois spécialistes qui viennent y travailler par roulement chaque année.

Comme vous l'avez souligné, ils viennent nous prêter main-forte quand des incidents surviennent dans une localité. C'est normalement le service régional du PEV de Santé Canada qui vient aider les médecins sur place pour nous permettre de faire davantage dans les régions qui ont un besoin accru.

Le président: Dans cette mesure, la formule fonctionne à certains endroits?

M. Zapp: Oui, elle fonctionne très bien.

[Français]

Le sénateur Morin: J'ai suivi votre carrière de loin: vous avez été responsable de la santé publique pendant plusieurs années, et vous êtes maintenant directeur de l'institut.

Dans votre conclusion, vous dites que le système de santé publique au Canada était fragmenté, vulnérable et sous-financé. Vous avez parlé des transferts de ressources, des transferts ciblés, et que le fédéral devait fortifier ses propres programmes et ajouter des ressources.

Vous avez sûrement entendu parler de la création possible d'une agence fédérale spécifiquement orientée vers la question de santé publique et qui pourrait répondre aux problèmes urgents qui peuvent survenir.

Je suis très intéressé par le modèle que représente l'Institut national de santé publique que vous dirigez. C'est un modèle unique au pays, qui n'a pas de responsabilité directe d'intervention face à une situation particulière. C'est la responsabilité du directeur général de la santé publique et des

institute does not intervene directly. I see here a certain parallel with the federal government which of course has no direct responsibility to intervene in this area.

Could we transpose the institute model to a federal agency, with the obvious variations, which would be given responsibility for education and research, and in particular, for resource mobilization?

If I understand correctly, your institute is facing a crisis. You know of resources outside certain regions that could be mobilized. You have expertise on which to draw, namely consultant and laboratory services. I am thinking here about laboratories in Winnipeg, Guelph and other locations that could be assigned certain functions.

Do you see where I am going with my question? You have a model that is different from the one in British Columbia where the focus is on infectious diseases, poisoning and radiation. Your institute deals with public health issues, risk factors, chronic diseases and so forth. Other models are more focused on acute crises such as outbreaks of infectious diseases, poisonings or radiation problems.

In light of your expertise and past incidents in Toronto and British Columbia and given the extremely effective Quebec model, in your opinion, could this model serve as a template for a future federal agency?

Dr. Massé: We could certainly capitalize on this model. As you pointed out, the British Columbia agency predates the creation of the Institut national de santé publique. However, that agency's mandate is somewhat more limited. Nevertheless, there are a number of similarities between the BCCBC and the Institut national de santé publique. Again, though, our mandate is somewhat broader.

I am favourable to the idea of creating a national agency to provide expertise in emergencies and training support, to define research requirements and to work with the Canadian Institutes of Health Research to address needs. I had an opportunity to discuss this idea with Dr. David Miller and we were in agreement. However, establishing a stand-alone central agency would be problematic.

Dr. Miller felt that a Canadian health care network could be developed without having to establish public health care institutes in every single province. A central agency could network with a lab in Winnipeg. In fact, a pan-Canadian network would guarantee third line services and even more specialized services, where necessary, for example in Winnipeg.

This is one type of model that we could embrace. Is it feasible to have a national agency with a very broad mandate? Eventually it might be feasible, but initially, the agency should focus on immediate needs and then gradually expand its focus. Several scenarios are possible. We would be very interested in taking a

directeurs régionaux. L'institut est hors du champ d'intervention directe. J'établis un certain parallèle avec la situation du fédéral, qui n'a pas, évidemment, de responsabilité directe.

Le modèle représenté par l'institut pourrait-il, jusqu'à un certain point, être transposé, en modifiant évidemment les choses qui doivent l'être, à une agence fédérale avec la responsabilité d'enseignement et de recherche, mais surtout de mobilisation des ressources?

Si je comprends bien, votre institut est en situation de crise. Vous avez la connaissance des ressources, qui sont en dehors d'une certaine région, qui peuvent être mobilisées. Vous avez aussi une expertise dont le service de consultation et les laboratoires. Je pense aux laboratoires de Winnipeg, de Guelph et aux autres qui pourraient avoir les fonctions.

Voyez-vous le sens de ma question? Vous avez un modèle qui est différent de celui de la Colombie-Britannique qui, lui, est orienté directement sur les maladies infectieuses, les intoxications et les radiations. Votre institut couvre l'ensemble de la santé publique, les facteurs de risque, les maladies chroniques et cetera. D'autres modèles sont plus orientés vers les crises aiguës, infectieuses, d'intoxications, de problèmes de radiation.

Avec l'expérience que vous avez et suite à la situation vécue à Toronto et en Colombie-Britannique, et compte tenu du modèle québécois qui fonctionne très bien, pensez-vous que celui-ci pourrait servir de modèle de base sur lequel nous pourrions construire une agence fédérale?

Dr Massé: C'est un modèle sur lequel on pourrait capitaliser. En Colombie-Britannique, comme l'avez bien souligné, il existait un tel modèle avant l'Institut national de santé publique, toutefois les mandats sont un peu plus restreints. Il y a quand même assez de similarités entre le BCCBC et l'Institut national de santé publique, mais, comme vous l'avez mentionné, nos mandats sont plus larges.

Il serait positif d'avoir une agence canadienne qui aurait un rôle d'expertise de support en cas de besoin, support au niveau de la formation et pour définir les besoins de recherche et travailler avec les Instituts de recherches en santé du Canada pour voir si cela convient aux besoins. J'ai eu la chance de pouvoir discuter avec le docteur David Miller et nous étions d'accord sur ce point. Mais si ce n'était que d'avoir une agence centrale, ce serait un problème.

Le docteur Miller était d'accord pour la création d'un réseau canadien qui pourrait très bien se développer sans que cela nécessite qu'il y ait des Instituts de santé publique dans chacune des provinces. Il pourrait y avoir une agence centrale avec un réseautage comme au laboratoire de Winnipeg, où il y a un réseautage pan-canadien qui rend le réseau efficace et qui permet d'avoir des services de troisième ligne et même plus spécialisés, dans certains cas, à Winnipeg quand c'est nécessaire.

Je vois que c'est un modèle qui pourrait être suivi. Au niveau canadien, peut-on partir avec une agence qui aurait un mandat très large? Peut-être éventuellement, mais au début, elle pourrait se concentrer sur les besoins immédiats et élargir progressivement ses mandats. Il y a plusieurs scénarios. Nous serions très intéressés

collaborative approach, as we increasingly do with the Canadian Institutes of Health Research. We are also keen on collaborating more extensively with other pan-Canadian organizations. I believe we can draw some inspiration from this type of model.

I want to emphasize that a networking approach must be adopted. Funding cannot be restricted to a central agency, solely as a means for one stakeholder of easing his conscience. Investing in a central agency would not resolve the problem of ensuring that the regions have the capability of dealing with issues. When a problem arises in Montreal, it is critical that an operational network of experts be in place to respond. The institute is there to lend its support and a national agency would be a added tool in our arsenal.

Components of the national agency's mandate could be assigned to and executed by the regions or by the provinces. Close cooperation could become the order of business.

Senator Morin: Thank you very much. Again, congratulations on the excellent work that you are doing.

[English]

The Chairman: Thank you very much. I want to return to the notion of the kind of coordination that could occur between the network institutes. One of our difficulties is that the provinces are of different sizes. Mr. Zapp has a large group in British Columbia whereas in Saskatchewan and Nova Scotia the groups are much smaller.

In the event of a crisis, would the federal government and some of the larger provinces become part of the surge capacity that would move in to provide assistance to the smaller provinces? Is that an unreasonable proposition?

Dr. Massé: I think it is a reasonable proposition and part of the model that I would seek. Certain provinces are ready to deal with the larger capacities because they have the necessary infrastructures; other provinces may benefit from the structure that is already in place, or the new capacity that would be developed.

Certain provinces might accept resources from the federal government that would become embodied in their function. Others could do it through the structure that they have. If they need to develop a new function they would have to make the necessary investment. The change would not be cost-free. However, they could invest and then benefit from networking and from various mandates that would be transferred to them. That is why I insist that the investment should be discussed prior, to discuss the different needs of each province.

The Chairman: Your last sentence is critical to the subject at hand; too often, one of the problems with national programs is that they have little flexibility from one province to another.

What you are saying is that the federal government has a role, but the specific way it is actually applied would vary from province to province. It would be based less on the historical issue

à collaborer, comme on le fait de plus en plus avec les Instituts de recherches en santé du Canada. Nous voulons aussi le faire de plus en plus avec les autres organisations pan-canadiennes. Je pense que cela pourrait être un modèle inspirant.

J'insiste pour dire que cela doit être un réseautage. Il ne peut y avoir qu'un investissement central. Ce serait, à mes yeux, se donner bonne conscience. Un investissement central ne réglerait pas le problème où l'on doit aussi avoir le même genre de capacité pour les régions. Quand il arrive un problème à Montréal, il faut que Montréal soit capable d'avoir immédiatement un réseau fonctionnel avec des experts pour y répondre. L'institut peut les supporter et s'il y avait une agence canadienne l'on pourrait avoir un outil complémentaire qui nous aiderait.

Certains mandats de cette agence nationale pourraient être faits par les régions ou les provinces, et ce pour l'ensemble du Canada. Une collaboration assez étroite pourrait s'installer.

Le sénateur Morin: Je vous remercie beaucoup et je vous félicite, encore une fois, pour votre travail.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup. J'aimerais revenir à la coordination qui pourrait être établie entre les instituts du réseau. Le fait que les provinces soient de taille différente pose un problème. Le groupe de M. Zapp est important en Colombie-Britannique, tandis qu'en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse, les groupes sont beaucoup plus restreints.

En période de crise, est-ce que ce serait le gouvernement fédéral et certaines provinces plus importantes qui offriraient une plus grande capacité d'intervention et iraient fournir de l'aide aux petites provinces? Cette proposition est-elle irréaliste?

Le Dr Massé: Je pense que c'est réaliste et cela fait partie de la formule que je recherche. Certaines provinces sont déjà prêtes à offrir une capacité plus grande parce qu'elles ont l'infrastructure nécessaire; d'autres provinces peuvent profiter de la structure déjà en place ou de la nouvelle capacité qui serait offerte.

Certaines provinces pourraient accepter que des ressources du gouvernement fédéral soient intégrées à leurs activités. D'autres pourraient intervenir avec la structure qu'elles ont. Si elles doivent implanter une nouvelle activité, il leur faudrait investir en conséquence. Les changements vont entraîner des coûts. Elles pourraient cependant investir et profiter du réseautage et des divers mandats qui leur seraient transférés. C'est la raison pour laquelle j'insiste pour dire qu'il faut discuter de l'investissement au préalable, pour connaître les besoins de chaque province.

Le président: Ce que vous venez de dire est crucial dans cette étude; en effet, trop souvent, les programmes nationaux ont l'inconvénient de ne pas pouvoir beaucoup s'adapter aux besoins de chaque province.

Vous dites que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer mais que, concrètement, il varierait d'une province à l'autre. Ce rôle dépendrait moins des questions d'ordre constitutionnel et

of constitutional questions and more on the existing capacity that each province has. Do you see a degree of flexibility in that and not necessarily the classic uniform national model?

Dr. Massé: Yes.

The Chairman: I do not see any other questioners for Dr. Massé. Senator Morin might want to come chat with you in the next couple of weeks.

Mr. Zapp, I was quite surprised to discover that your organization is a provincial organization. We have heard terrific reports on what work your organization performs and we are looking forward to hearing from you.

Mr. Zapp: Senators, thank you for this opportunity. Public health does not get out much. Acute care and the needs of our emergency rooms across the country seem to get all the attention, and that has been part of our public health problem.

I have a 20-year kind of passion for what we have been building in B.C. I started it as a collection of odds and sods that were related to public health and specialized disease interest in Vancouver. In 1985-86, we coined the title "British Columbia Centre for Disease Control" and have been building on it every since.

The British Columbia Centre for Disease Control serves roughly 4 million people. The entire process begins with individuals who seek out treatment. If the treatment concerns a communicable disease the physician is required to report that information to the province. The reports are then monitored by surveillance systems and research teams support that work.

Key to that model is what I see as a safety net. Doctors work with patients and give them information concerning our provincial centre as well as regional centres. The medical health officers, supported by the expert reference folks at the Centre for Disease Control determine whether there is indeed an outbreak, event, or an idea that might assist with community control of the disease.

We have a \$60-million dollar provincial purpose-built building with a state-of-the-art laboratory and clinic rooms for our services of which we are very proud. There are approximately 330 permanent FTEs in that building. We have some satellite services, but I will centre my discussions on how we network with the regional authorities and staff the field in different ways. We do have a satellite tuberculosis clinic in the Fraser Valley.

B.C. as a whole has a big concern around hepatitis. Largely, half of the reports that you see are for hepatitis A, B and C.

When we began the centre the original idea was to obtain clarity and develop better actions concerning communicable diseases. You will see that we have since broadened our scope to include environmental issues. The ministry continues to devolve direct service operations to our infrastructure. Interest in food, water, poison and radiation are activities on which we currently

d'avantage de la capacité dont chaque province dispose. Pensez-vous à une formule plus souple que celle qu'on applique habituellement de façon uniforme dans l'ensemble du pays?

Le Dr Massé: Oui.

Le président: On ne semble plus avoir de questions à poser au Dr Massé. Le sénateur Morin voudra peut-être poursuivre la discussion avec vous dans quelques semaines.

Monsieur Zapp, je suis surpris de constater que votre établissement est provincial. Nous avons entendu parler des activités de votre centre avec éloge, et nous sommes impatients de vous entendre.

M. Zapp: Je remercie les sénateurs de nous avoir invités. Les responsables de la santé publique ne sortent pas beaucoup. Ce sont les soins de courte durée et les besoins des salles d'urgence dans l'ensemble du pays qui semblent retenir l'attention, et c'est ce qui explique en partie notre problème de santé publique.

Il y a 20 ans que je me passionne pour ce que nous avons bâti en Colombie-Britannique. J'ai d'abord commencé à recueillir des informations sur la santé publique et à m'intéresser plus spécialement à la maladie à Vancouver. En 1985-1986, nous avons créé le «British Columbia Centre for Disease Control» qui continue d'évoluer depuis.

Notre centre sert environ quatre millions de personnes. D'abord, des gens viennent se faire traiter chez nous. S'il s'agit d'une maladie transmissible, le médecin doit la signaler à la province. Les rapports sont contrôlés par des systèmes de surveillance et des équipes de recherche collaborent à ce travail.

Notre modèle repose sur ce que j'appelle un filet de sécurité. Les médecins soignent les patients et leur donnent des informations sur notre centre provincial et les centres régionaux. Les médecins hygiénistes, avec l'aide des chercheurs du centre de lutte contre les maladies, déterminent s'il s'agit effectivement d'une épidémie ou d'un incident, ou s'il y a des renseignements qui pourraient aider à lutter contre la maladie dans le milieu.

Nous travaillons dans un immeuble provincial de 60 millions de dollars conçu expressément pour nous et doté d'un laboratoire à la fine pointe de la technologie et de salles de traitement dont nous sommes très fiers. Il y a environ 330 ETP permanents dans cet immeuble. Nous avons des bureaux satellites, mais je vais surtout parler de nos relations avec les autorités régionales et du personnel affecté dans les régions. Nous avons une clinique de la tuberculose dans la vallée du Fraser.

L'hépatite préoccupe beaucoup l'ensemble de la Colombie-Britannique. Généralement, la moitié des rapports produits traitent des hépatites A, B et C.

Au départ, le centre s'intéressait aux maladies transmissibles, pour obtenir des précisions à leur sujet et prévoir de meilleures interventions. Vous avez constaté que nous avons depuis élargi notre champ d'activité aux questions d'ordre environnemental. Le ministère continue de nous confier de nouvelles responsabilités. Les aliments, l'eau, les substances toxiques et les radiations sont

spend time. Dr. John Miller, who was our provincial health officer, early on in the creation of this organization was interested in more centres being established in B.C. Thus, we are broadening that base.

Our administration is different than other administrations. I came to this organization after serving different roles in the ministry of health. In the mid-1980s, we devolved to a separate-standing society. I was the Chief Executive Officer of that society and continue to be but under a different title. We now report to the Provincial Health Services Authority. At one point in our evolution, we were stand-alone as an incorporated society.

The major relationship that I have directly is with Dr. Robert Brunham, a partner of mine. He is the clinician who gives me a full vision of what is important and what is not and how we arbitrate in terms of activities in the centre. He is actually an employee of the University of British Columbia. That is a concept that we developed in our organization that I think you might like to consider. We have a very rich relationship with the university.

There is a UBC Centre for Disease Control and our vision is that our staff will be made up of UBC staff and have full academic expectations from the university as much as line authority and effect for how we go about our business.

They do the writing, research and teaching, but the ideal model is a 60-40 relationship: 60 service back to the people of B.C. and 40 to academic advancement. It is that kind of leading-edge expectations that the academic world has that is so important in ensuring that we have the best people available. As I think you have seen in the media, we have very well founded experts tending to our public health events.

We have an integrated organization particularly with epidemiologists and the laboratories in one building. The specialists share the hallways and that makes for the great atmosphere that we enjoy onsite. You get a feel for how they come together to support one another as a team. However, it has been a struggle, but in the last 10 years has proven that we can build some effective bridges and work quite well and in attending to common problems across different specialties.

Our key functions include surveillance and response indications to disease, the prevention and control of disease, routine surveillance and monitoring, and programs to address or to offer prevention. There is also the infrastructure and, as has been noted, the requirement for training and academic pursuit.

The centre is enriched by its location. We are on the Vancouver General Hospital Precinct that covers three or more city blocks of health care services. The UBC Faculty of Medicine is very much a part of Vancouver General Hospital and our cancer agency, a member of our Provincial Health Service Authority, is a world leader in cancer pursuits. Across the street from them, they are building a new cancer research centre.

maintenant des centres d'intérêt pour nous. Le Dr John Miller, qui était le médecin hygiéniste de la province, voulait, dès nos débuts, établir d'autres centres en Colombie-Britannique. Nous prenons donc de l'expansion.

Notre administration est différente de d'autres. Avant de travailler au centre, j'ai occupé différentes fonctions au ministère de la Santé. Au milieu des années 80, nous sommes devenus une société autonome. J'étais le président directeur général de la société, et j'occupe toujours les mêmes fonctions, mais le titre de mon poste a changé. Nous relevons maintenant de l'administration provinciale des services de santé. À un moment donné de notre histoire, nous avons été une société autonome constituée en corporation.

Je suis principalement en relation directe avec le Dr Robert Brunham, qui est un de mes associés. C'est un clinicien qui m'explique en détail ce qui est ou non important et contrôle les activités du centre. En fait, il travaille pour l'Université de la Colombie-Britannique. Nous entretenons des relations très étroites avec l'université, et c'est une formule que vous voudrez peut-être examiner.

Il y a un centre de lutte contre les maladies à l'Université de la Colombie-Britannique et, pour nous, nos employés vont aussi faire partie du personnel de cette université et y remplir toutes les exigences nécessaires, tout en contribuant à nos activités.

Ils rédigent des textes, font des recherches et enseignent et, idéalement, 60 p. 100 de leur temps serait consacré à servir la population de la Colombie-Britannique et 40 p. 100 au travail universitaire. Le milieu universitaire qui est à l'avant-garde nous offre un bassin d'employés parmi les plus compétents. Comme vous avez dû le voir dans les médias, nos experts qui s'occupent de santé publique sont très solides.

Le travail et les laboratoires des épidémiologistes est intégré à notre organisation. Les spécialistes se rencontrent dans les couloirs et l'atmosphère est très chaleureuse. Un esprit d'équipe s'est développé. Cependant, il a fallu du temps pour y arriver, mais nous avons réussi à créer des ponts et à amener les spécialistes des différentes disciplines à chercher ensemble comment régler des problèmes communs.

Nous nous occupons surtout de surveillance et d'intervention en cas de maladie, de prévention et de lutte contre les maladies ainsi que de surveillance de routine, et nous offrons des programmes de prévention. Il y a aussi une infrastructure et, comme on l'a dit, nous faisons de la formation et de l'enseignement.

Le centre est très bien situé, sur les terrains de l'Hôpital général de Vancouver qui s'étend sur au moins trois coins de rue. La faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique fait partie intégrante de l'Hôpital général de Vancouver et le centre de cancérologie, qui fait partie de l'administration provinciale des services de santé, est un chef de file mondial dans le domaine. On est d'ailleurs en train de construire en face un nouveau centre de recherche sur le cancer.

Like-minded people have come to the centre and have in turn enriched the environment with their approaches and technologies. It is a team operation. Our network is made up of public nurses, medical health officers and public health inspectors. They continue to be the key people that work in the communities. They know best how to rise to a need in the community and deal with it effectively, as well as where the reference point is that they go to in order to ensure that they are doing the absolute best they can to serve their community.

In the last year we have pulled together the non-communicable disease specialists and plan to get moving on the new breakout. This October they will meet with medical health and environmental officers to decide in which direction they should focus their attention.

The most important aspect of infrastructure is information. A past lab director of mine, Dr. Smith, once told me, "Mr. Zapp, we are in the information business." He was the director of the laboratory with 150 staff and all kinds of slides and beakers. If you think about it, that is true.

Since the late 1980s, we have been developing a public health information system, the i-PHIS. The "I" at the beginning of the acronym stands for Internet. Health Canada recognizes this as a tool that could be useful and have been helping us with the Canadian Integrated Public Health Surveillance system so that we can develop this tool for the rest of the country. We have an active collaborative interest in information leaders across the country, as well as medical health officers. Dr. D'Cunha is a collaborative member and is moving these interests forward.

Clearly, we need better tools. This is a very expensive enterprise and is time consuming. The public thinks we have real-time information and take real-time response to disease. The technology is there to do that and that is what we want to do, but it will take a lot of time, effort and funding.

Our infrastructure enjoys support and technology in the Vancouver area. I have learned that in the last five years an additional \$3 billion has flowed into technology development. That is important as we view developing information and information systems for the country.

How do we make this thing work? We have these neat pieces and seem to be doing the right things. The British Columbia Centre for Disease Control is an accredited agency of the Provincial Health Services Authority. There is a cycle that ensures that we look hard at how we go about putting the parts together and ensuring that they are doing the best they can with the resources they have in order to achieve the best effect.

I know you are well aware of the Canadian Council on Health Services Accreditation. It is an important piece, as it goes to ensuring that accountability and performance expectations for our centre.

I believe in our performance framework. When I look back at the 1980s, I remember telling my doctor directors that we had to set objectives and how difficult that was for them to want to do.

Le centre s'est enrichi grâce aux méthodes et aux techniques apportées par des gens aux vues similaires. C'est un travail d'équipe. Notre réseau est composé d'infirmières, de médecins hygiénistes et d'inspecteurs de la santé publique. Ce sont eux avant tout qui travaillent auprès des gens. Ils savent très bien comment répondre aux besoins de la population et qui consulter afin de tout mettre en oeuvre pour bien la servir.

Depuis un an, nous avons réuni des spécialistes des maladies non transmissibles et planifier le nouveau projet. En octobre, ils vont rencontrer les médecins hygiénistes et les experts de l'environnement pour déterminer l'orientation à prendre.

L'information est l'aspect le plus important de l'infrastructure. D'ailleurs, un ancien directeur de laboratoire avec qui j'ai travaillé, le Dr Smith, m'a déjà dit que nous oeuvrons dans le domaine de l'information. Il dirigeait un laboratoire où 150 personnes manipulaient toutes sortes de platines et d'éprouvettes. Quand on y pense, c'est vrai.

Depuis la fin des années 80, nous élaborons un système d'information sur la santé publique, le i-PHIS. Le «I» devant le sigle signifie que c'est sur Internet. Santé Canada reconnaît que cet outil a été utile pour le Système canadien intégré de santé publique et qu'on pourrait l'étendre au reste du pays. Nous voulons collaborer activement avec des chefs de file dans le domaine de l'information au Canada, ainsi que les médecins hygiénistes. Le Dr D'Cunha travaille justement avec nous à ce sujet.

Il est clair que nous avons besoin de meilleurs outils. C'est une entreprise de longue haleine qui coûte très cher. La population pense que les informations et les interventions au sujet de la maladie sont en temps réel. La technologie permet qu'il en soit ainsi et c'est l'objectif que nous visons, mais il faudra y consacrer à la fois temps, énergie et argent.

Notre infrastructure bénéficie d'un soutien et de la technologie dans la région de Vancouver. J'ai appris que, depuis cinq ans, on avait injecté trois milliards de dollars de plus dans le développement de la technologie. C'est important si nous voulons implanter des systèmes d'information dans notre pays.

Comment le système fonctionne? Nous avons de bons éléments et nous faisons ce qu'il faut. Notre centre de lutte contre les maladies est un établissement accrédité de l'administration provinciale des services de santé. Il y a un mécanisme établi pour assurer que nous examinons de près comment les rouages doivent s'imbriquer afin de maximiser l'utilisation des ressources en vue d'obtenir les meilleurs résultats possibles.

Je sais que vous connaissez bien l'existence du Conseil canadien d'agrément des services de santé. C'est un organisme important qui veille à ce que notre centre travaille de façon responsable et fournisse le rendement attendu.

Je crois en notre cadre de rendement. Dans les années 80, c'était difficile pour les directeurs médicaux du centre de fixer les objectifs que je leur demandais. Pourtant, maintenant, nous

Yet now, we actually look at our performance interests based on our six goals and ask ourselves: What we can do better this year to show that we have a better service?

We performed a hindsight look at how that supports SARS. If you are to be effective at responding to new disease, what are you doing about it? How effective are our surveillance systems? How do you monitor your systems? How do you enact them to be effective in the provinces?

We tend to those functions. There are key words such as "informatics," "innovation" and "leadership." Those key words encourage us to do our jobs well.

If you want to have a real-time look at the evolving document, the performance plan is on our Website. It is all based on the following: We have to do better. We must plan, do, study, and act. My medical director now thinks research when we have our conversations. We are able to talk to one another more effectively. His academic interest provides a workable synergy between the two of us.

B.C. has double the interest in hepatitis than any other province. We have created an integrated task force and initiatives for community development for hepatitis programs in the province.

Within the aspect of biohazard response management we connect effectively with medical health officers. Following 9/11 they set out the plan of how to get better organized concerning bio-terrorism and the best model to follow. Certainly other provinces recognize that the key is the effective support of medical health officers in the appropriate communities. We are not a new agency or suggesting that we are able to do things the best way. Our objective is to ensure that we provide the best assistance possible in any event that occurs.

The SARS outbreak was very complex. At the time of the crisis, our Provincial Health Officer, Dr. Perry Kendall was instrumental in ensuring that the province did all the right things concerning the outbreak. We were very much his reference point and also the reference point for activities in the Vancouver and the Fraser Valley regions. This gives you an idea of how complex the problem is and how badly we need to think of how a national network can better improve our ability to deal with those kinds of issues.

Where are we going? There is the national CDC. As well, our premier came up with \$2.6 million to kick off vaccine development with scientists at the university.

We have a great relationship with UBC, and also the Genome Science Centre, which really did lever us into all the right actions at the right time to get government support to do the right thing concerning vaccine development.

Similarly, we need to become more specific and faster at diagnostics, given the recent Kinsmen Place Lodge controversy. Western Economic Diversification Canada may invest some

évaluons nos intérêts de rendement en fonction des six objectifs que nous nous sommes fixés, et nous nous demandons si nous pouvons faire mieux cette année pour montrer que nous offrons un meilleur service.

Nous avons fait une analyse a posteriori du SRAS. Si on veut réagir efficacement à une nouvelle maladie, que faut-il faire? Nos systèmes de surveillance sont-ils efficaces? Comment vérifier les systèmes? Comment les implanter pour qu'ils soient efficaces dans les provinces?

Ce sont nos objectifs. Des mots clés comme «informatique», «innovation», et «leadership» nous encouragent à bien travailler.

Vous pouvez consulter notre plan de rendement sur notre site Web pour avoir une idée de ce qu'il propose actuellement. Il repose sur un énoncé: nous devons faire mieux. Nous devons planifier, étudier et agir. Le directeur médical du centre me parle de recherches; nos conversations sont plus fructueuses et ses intérêts scientifiques créent une synergie solide entre nous.

La Colombie-Britannique s'intéresse deux fois plus à l'hépatite que toute autre province. Nous avons formé un groupe de travail intégré et pris des initiatives pour mettre sur pied des programmes liés à l'hépatite dans les localités de la province.

Pour ce qui est de la gestion des interventions en cas de risques biologiques, nous entretenons de bonnes relations avec les médecins hygiénistes qui, à la suite des événements du 11 septembre, ont prévu une meilleure organisation et un meilleur protocole à suivre en cas de bioterrorisme. D'autres provinces reconnaissent sûrement qu'il est essentiel d'avoir le soutien des médecins hygiénistes dans le milieu. Nous ne prétendons pas pouvoir mieux faire que les autres. Nous voulons seulement nous assurer d'apporter le meilleur secours possible quoi qu'il arrive.

La situation a été très complexe dans le cas du SRAS. Au moment où la maladie faisait rage, le médecin hygiéniste de la province, le Dr Perry Kendall, a beaucoup aidé la province à faire ce qu'il fallait. Nous lui avons servi de point de référence pour ses activités dans les régions de Vancouver et de la vallée du Fraser. Cette crise vous donne une idée de la complexité du problème et montre jusqu'à quel point il est impérieux de nous demander si un réseau national peut nous aider à mieux régler ce problème de santé.

Qu'allons-nous faire? Il est question du Centre national de lutte contre les maladies. De plus, le premier ministre de notre province a offert 2,6 millions de dollars pour qu'on entame des recherches en vue du développement d'un vaccin avec des scientifiques de l'université.

Nous sommes en excellente relation avec l'Université de la Colombie-Britannique ainsi que le Génome Sequence Centre, qui nous a vraiment aidés à faire ce qu'il fallait pour obtenir le soutien nécessaire du gouvernement en vue du développement d'un vaccin.

De plus, nous devons arriver à poser un diagnostic de façon plus précise et plus rapide, compte tenu de la controverse survenue récemment à propos du Kinsmen Place Lodge.

capital to help us create some speedier diagnostic tools in order to become more effective. We are working at laboratory design and redesign, both within our key agencies as well as laboratories in general, so the province can be more sophisticated and responsive to the needs of its citizens.

The challenge of hosting the Olympics is before us and we want to be as efficient as we can be to ensure that we are providing the proper services for all concerned.

It seems to me that the public thinks that whatever the medical problem there will be a hospital nearby to take care of the problem. We need your attention to a richer support of our public health intervention interests.

The Chairman: Thank you. We will have the final presentation from Dr. David Butler-Jones.

Dr. David Butler-Jones, Former Chief Medical Officer for Saskatchewan, as an individual: We have heard from representatives from two large provinces and from Mr. Zapp from the British Columbia Centre for Disease Control. We have focused on laboratory work and other supports to broader public health practice. My task is to try to pull some of this information together.

In the past we have been successful in the control of communicable diseases, the protection of water, and the containment of sewage, food, et cetera. However, this success has bred some complacency that has now left us in a position where we seem to be struggling. We are also facing new and emerging and re-emerging diseases in a complex world and we are dealing with reduced capacity.

The outbreak of SARS has shown this can have far-reaching effects in terms of the economy. While the disease was largely in Vancouver and mainly Toronto, the tourist industry in Banff was heavily affected. Where there was another outbreak in Southeast Asia Thailand suffered a drop of 70 per cent in its tourist trade. It has huge implications for a disease that in the big scheme of things did not kill very many people.

The lack of a solid public health foundation creates problems for the rest of the health system's ability to deal with and treat what they face. A statement from the centre for disease control a decade or so ago identified that two-thirds of premature mortality could be prevented with the technologies and the understandings we had at the time. This is the context in which some of the communicable disease issues are occurring.

Urbanization and climate change have had an impact on the spread of communicable diseases. The committee is also aware of the impact that globalization has had on these diseases. Other speakers have reported that any disease in the world can be anywhere else in the world within 24 hours. The increasing economic and technology gaps in many places augment the socio-economic issues concerning infectious diseases.

Diversification de l'économie de l'Ouest Canada investira peut-être pour nous aider à mettre au point des outils de diagnostic plus rapides. Nous travaillons avec nos partenaires et d'autres laboratoires à la conception de produits, pour que la province puisse mieux répondre aux besoins de ses citoyens.

Les Jeux olympiques vont avoir lieu chez nous et nous voulons être en mesure d'offrir les bons services à tous les intéressés.

Il me semble que la population a l'impression que l'hôpital le plus près va être en mesure de répondre à n'importe quel problème médical. Nous avons besoin de vous pour obtenir un meilleur soutien dans l'intérêt de nos interventions en santé publique.

Le président: Merci. Nous allons maintenant entendre un dernier exposé, celui du Dr David Butler-Jones.

Le Dr David Butler-Jones, ancien médecin hygiéniste en chef de la Saskatchewan, témoignage à titre personnel: Nous avons entendu les déclarations de représentants de deux grandes provinces ainsi que M. Zapp, du British Columbia Centre for Disease Control. Nous avons parlé du travail de laboratoire et des autres moyens de favoriser la santé publique. Mon objectif est d'essayer de faire la synthèse de ces informations.

Jusqu'ici, nous avons réussi à lutter contre les maladies transmissibles, à assurer la salubrité de l'eau et des aliments, à contenir les eaux usées, etc. Cependant, notre succès a donné lieu à une certaine complaisance qui nous crée certaines difficultés. De plus, de nouvelles maladies surgissent et d'autres resurgissent dans un monde complexe alors que nous avons des moyens réduits.

On sait que les répercussions de l'épidémie de SRAS ont été lourdes de conséquences sur le plan économique. Même si la maladie s'est manifestée davantage à Vancouver et surtout à Toronto, l'industrie touristique de Banff a été fortement touchée. L'autre foyer de la maladie en Asie du Sud-Est a fait réduire de 70 p. 100 le tourisme en Thaïlande. Les répercussions sont énormes pour une maladie qui, en fin de compte, n'a pas fait trop de victimes.

L'absence d'un fondement solide en matière de santé publique nuit au reste du système de santé et à sa capacité de régler les problèmes. Selon ce que faisait état un communiqué du centre de lutte contre les maladies il y a une dizaine d'années, les technologies et les connaissances que nous avions à l'époque pouvaient prévenir deux tiers des cas de mortalité prématurée. C'est dans ce contexte que certains problèmes liés aux maladies transmissibles se présentent.

L'urbanisation et le changement climatique ont eu un impact sur la propagation des maladies transmissibles. Le comité est aussi au courant de l'effet de la mondialisation sur ces maladies. D'autres intervenants ont signalé qu'une maladie peut faire le tour du monde en l'espace de 24 heures. Les disparités économiques et technologiques qui sont de plus en plus prononcées à certains endroits compliquent les problèmes socio-économiques liés aux maladies infectieuses.

The recent SARS outbreak taught us that basics still matter. The international control of SARS was basic: People who were ill were identified and their activities were limited to avoid the spreading of SARS. Further, those who were caring for them used basic precautions and protections.

A few years ago, while I was in Kosovo I met a child with meningococemia, which is normally the most common cause of meningitis. The point I want to make is that when our basic support around public health is challenged, the result is a situation like in Kosovo where they have as many cases of meningitis in one week as we have in five years.

This graph illustrates 100,000 smokers who are now age 15 and what will they die of before the age of 70, in other words, prematurely. About 18,000 will die as a result of smoking, 1,200 in car accidents, a little less than a thousand from alcohol, fewer from suicide, about 140 from murder and then you can see the numbers for the Hanta virus, mad cow, SARS and West Nile. They are not big killers. They represent huge issues and challenges, but they are not big killers. If we only focus on the infectious diseases, we may miss some things. I understand the challenges before the committee and focus of this work, but there is a context for it.

There have been a number of studies, an FPT process as well as smaller studies and many discussions concerning our public health capacity. Clearly, we recognize that Canada does have world-class skills and some of the best people in terms of theory and competencies in public health, but that capacity varies a great deal across the country. We have a centre, as in British Columbia, which has sophisticated personnel who do sophisticated work. We drew on the people in B.C. and on the people from the Guelph Centre for assistance with our outbreak in North Battleford. The Guelph Centre is a federal. Not every province will have such an institution, and we need to find ways to better collaborate to address some of those capacity issues.

There has been a loss of capacity at every level within the system, both human and financial resources. There has been a lack of ability for Health Canada or the provincial ministries to really coordinate strategies, to build expertise and to develop and offer the information that allows those of us — I am now working as a regional medical officer again — to have the information we need to help deal with the problems. There is a lack of leadership for public health and an understanding of public health. If there is an outbreak, you know something about it. If you have an inspector in your restaurant, you know something about it. Those comprehensive five functions that Dr. Massé outlined is what public health is about and there is an infrastructure in the country to try to address those.

La récente épidémie de SRAS nous a montré que les principes de base ont encore de l'importance. Ce sont ces principes qu'on a appliqués dans la lutte contre le SRAS à l'échelle internationale puisqu'on a limité les activités des personnes chez qui on avait diagnostiqué la maladie pour éviter la propagation du syndrome. De plus, ceux qui ont soigné les malades ont aussi pris des mesures de précaution et de protection de base.

Il y a quelques années, j'ai examiné un enfant au Kosovo qui avait un méningocoque, qui est normalement la cause la plus courante de la méningite. Je tiens simplement à dire que, quand le système de santé publique est ébranlé à la base, il se passe ce qui arrive au Kosovo, où on détecte autant de cas de méningite en une semaine que nous en diagnostiquons en cinq ans.

Le graphique montre que 100 000 fumeurs âgés aujourd'hui de 15 ans vont mourir avant l'âge de 70 ans, autrement dit prématurément. Il y en a environ 18 000 qui vont mourir des conséquences du tabagisme, 1 200 dans un accident de voiture et un peu moins d'un millier, de maladies liées à l'alcool; un plus petit nombre vont se suicider, environ 140 vont être victimes de meurtre et vous pouvez ensuite voir les chiffres concernant l'hantavirus, la maladie de la vache folle, le SRAS et le virus du Nil. Ce ne sont pas des causes importantes de décès. Ce sont des problèmes de santé qui posent des défis importants, mais ils ne font pas beaucoup de victimes. Si on s'intéresse seulement aux maladies infectieuses, d'autres problèmes peuvent nous échapper. Je comprends les questions dont le comité est saisi et l'objet de son étude, mais il faut replacer les choses dans leur contexte.

Il y a eu beaucoup d'études et de discussions sur notre capacité en santé publique. Il est clair qu'il existe au Canada des compétences de calibre international et que certains de nos spécialistes comptent parmi les plus éminents dans le domaine de la santé publique, mais la capacité varie d'une région à l'autre du pays. Le personnel expérimenté du centre de la Colombie-Britannique accomplit un travail de pointe. Nous avons demandé l'aide des experts du centre de la Colombie-Britannique et de celui de Guelph quand nous avons eu des problèmes à North Battleford. Le centre de Guelph est fédéral. Il n'y a pas d'établissement de ce genre dans toutes les provinces, et il faut trouver des moyens de mieux collaborer pour régler les problèmes de capacité.

Le système dispose de moins de ressources, tant humaines que financières, à tous les niveaux. Santé Canada ou les ministres provinciaux ne sont pas en mesure de coordonner les stratégies, développer le savoir-faire et obtenir l'information qui va aider les médecins qui travaillent en région — ce que je fais maintenant — à régler les problèmes. Il y a un manque de leadership dans le domaine de la santé publique et une mauvaise compréhension du secteur. S'il y a une épidémie, on sait quoi faire. S'il y a un inspecteur dans votre restaurant, vous le savez aussi. Ces cinq grandes fonctions dont le Dr Massé a parlé font partie de la santé publique et il y a une infrastructure au Canada à ce sujet.

Second, a personal health culture has really come to dominate the thinking. That is to the detriment of other perspectives on health, in spite of the evidence and the known solutions.

Managing insurance systems distracts. Much of the energy in governments is tying to manage the costs and issues around financing for health care in Canada. That means that much of that policy work has been focused on hospitals, clinical services and waiting lists and less on why people are healthy and what can we do as communities to move forward on that issue.

We thought we had won the battle against communicable disease. While in many ways we have, there are still huge and increasing issues in the world as we see more and more infections and the connections with infections that previously were thought to be rare.

It is interesting to see the impact of infectious diseases. The four diseases that we were talking about originated in animal species. They were animal disease that can potentially and do infect humans. That was the origin of most of the great epidemics through history.

When you think of what happened in the Americas, where 90 to 95 per cent of the population was wiped out by infectious diseases within 200 years of Columbus' arrival, that was a function of, in Europe and Asia, large domestic animals in close proximity to humans. Diseases like measles, tuberculosis, smallpox, influenza, all of which were of animal origin, those populations adapted to some degree to that, but when it came to a virgin population in the Americas, 90 to 95 per cent of the population died as a result. The same thing is true with the new diseases, the next pandemic of influenza. SARS will look tiny in that setting. I believe the general feeling is that the lack of attention to public health has set us up for problems and increasing threats to health of Canadians.

Third, North Battleford and Walkerton are examples of where we have demonstrated an ability to deal with outbreaks well one at a time, but do not give public health more than one and do not let it drag out or be large scale like SARS was in Toronto. There is not the capacity to do that. When we do that, everything else drops.

I was the chief medical officer at the time of the North Battleford outbreak. That was the life of my deputy chief medical officer for a year. He was just one of many people who did virtually nothing else. Plus, it was about 20 to 30 per cent of my time, followed by inquires and so forth. That distracts from a whole range of other things we should be doing. There is not the capacity in the system to cope with both.

Ensuite, c'est la santé personnelle qui a pris le dessus, au détriment d'autres questions de santé, malgré les faits et les solutions connues.

La gestion des programmes d'assurance détourne notre attention. Les gouvernements consacrent beaucoup d'énergie à gérer les coûts et les problèmes de financement des soins de santé au Canada. C'est donc dire qu'on élabore beaucoup de politiques pour les hôpitaux, les services cliniques et les listes d'attente et moins pour expliquer pourquoi les gens sont en santé et déterminer ce que nous pouvons faire pour améliorer les choses.

Nous pensions avoir remporté la lutte contre les maladies transmissibles. Or, même si, à bien des égards, nous avons réussi à le faire, nous demeurons confrontés à des problèmes énormes et sans cesse croissants, puisqu'il y a de plus en plus de maladies infectieuses qui se manifestent. Nous voyons aussi apparaître des liens avec des maladies qui étaient jugées plutôt rares.

Il est intéressant de voir l'impact qu'ont les maladies infectieuses. Les quatre maladies que nous avons mentionnées sont d'origine animale. Ce sont des maladies qui peuvent se transmettre, et qui se transmettent effectivement, à l'homme. La plupart des grandes épidémies qui ont frappé le monde étaient d'ailleurs d'origine animale.

Songeons à ce qui s'est passé dans les Amériques, où 90 à 95 p. 100 de la population a été décimée par des maladies infectieuses moins de 200 ans après l'arrivée de Colomb. Les grands animaux domestiques vivant à proximité des humains, en Europe et en Asie, y étaient pour quelque chose. La rougeole, la tuberculose, la variole et la grippe sont toutes des maladies d'origine animale auxquelles les populations se sont adaptées dans une certaine mesure. Toutefois, lorsque les habitants des Amériques y ont été exposés, 90 à 95 p. 100 de ceux-ci en sont morts. Il en ira de même pour les nouvelles maladies, ou la prochaine pandémie. Le SRAS sera considéré comme une maladie bénigne dans ce contexte. De manière générale, c'est parce que nous avons négligé le système de santé publique que nous sommes confrontés à des problèmes et que la santé des Canadiens est de plus en plus compromise.

Troisièmement, les incidents de North Battleford et de Walkerton montrent que nous sommes capables de venir à bout d'une épidémie, mais de façon ponctuelle. Le système de santé publique ne peut composer avec plusieurs épidémies à la fois. De plus, il faut intervenir rapidement et non laisser traîner les choses, et éviter aussi que l'épidémie prenne de l'ampleur, comme ce fût le cas avec le SRAS à Toronto. Le système est incapable de lutter sur plusieurs fronts en même temps. Quand il est appelé à le faire, tout le reste s'écroule.

C'est moi qui étais le médecin hygiéniste en chef quand l'incident de North Battleford s'est produit. Le médecin hygiéniste en chef adjoint s'est occupé du dossier pendant un an. En fait, de nombreuses personnes n'ont fait que cela. J'y ai consacré entre 20 et 30 p. 100 de mon temps, en plus de participer à des enquêtes, ainsi de suite. Cela nous empêche de nous concentrer sur une foule d'autres questions. Nous n'avons pas la capacité voulue pour faire les deux.

The next slide relates to principles. Fundamentally, infectious diseases have little respect for borders or sensibilities. Most people acknowledge that public health is a public good and there are roles for governments at all levels. To be truly successful, it needs to be coordinated. We need to get over whatever differences we have if we are to address these things.

Often at the front lines the same people are doing both follow up on infectious diseases, contact tracing, and so forth, and the next day they are doing well-baby visits or community development or tobacco cessation or whatever.

When we talk about capacity in the system, that is, the capacity that delivers the programs. The search capacity occurs when those people have the training and expertise to do case finding, and to do that work in an epidemic, and then in the interregnum are able to do prevention of heart disease and cancer that we recognize as important.

This perspective reflects some of the consensus that is building around what a national role might be and building on the strength. The list that I have here is a mix of where we need to increase capacity and function and some that we are not doing much of now.

One relates to the facilitation and leadership for Canadian coordinated approaches and strategies to address public health issues. Thus, both on the communicable and non-communicable disease side there are strategies in place, but far too few and far too little follow up and energy that is able to actually sustain those strategies.

For example, there is now work on an immunization strategy. Different provinces have clearly different capacity in terms of an ability to afford vaccines for children. Some of the newer vaccines, for example, just one of the new vaccines costs more than all of the other vaccines that we traditionally use. If you combine hepatitis B, mumps, measles, rubella, diphtheria, tetanus, polio, hemophilus and meningitis, all of those together total about \$180 per person for a lifetime of protection. Many of the new vaccines, just one dose costs that much. We have a few challenges in terms of the economics of that.

A Canadian public health agency of whatever stripe, however we call it, many people have spoken to that. There should be some mechanism by which, collectively, we could coordinate activity, centres of excellence, provide resources, whatever it is, to help us to move towards a sense of a system in Canada for addressing public health issues more consistently than we are able to do now.

Resources, obviously, in terms of assisting to rebuild that needs to occur at all levels. There are not enough trained medical officers in the country to fill the positions we have now, let alone

Passons maintenant à la prochaine diapositive, où il est question des principes. Essentiellement, les maladies infectieuses ne tiennent compte ni des frontières, ni des susceptibilités. La plupart des personnes considèrent la santé publique comme un bien public. Elles estiment que les gouvernements à tous les paliers ont un rôle à jouer dans ce domaine. Les mesures d'action, pour être efficaces, doivent être coordonnées. Or, nous devons laisser de côté nos divergences d'opinion si nous voulons être en mesure d'intervenir efficacement.

Souvent, les travailleurs de première ligne doivent s'occuper des évaluations de suivi, du dépistage des contacts, ainsi de suite. Le lendemain, ils doivent, par exemple, soigner des bébés, prendre part à des programmes de développement communautaire ou encore de lutte contre le tabagisme.

Quand nous parlons de la capacité du système, nous faisons allusion à la capacité d'offrir des programmes. Quand nous parlons de la capacité de recherche, nous faisons allusion aux personnes qui ont la formation et les compétences voulues pour effectuer des recherches de cas, composer avec une épidémie et, entre-temps, s'occuper des programmes de prévention des maladies du coeur, du cancer, activités que nous jugeons importantes.

Il se dégage de tout cela un consensus autour de l'idée de créer une agence nationale et de consolider nos acquis. La liste que vous voyez ici illustre les secteurs où nous devons renforcer nos capacités, de même que les secteurs où les efforts laissent à désirer.

Nous devons mettre l'accent sur la facilitation et le leadership en vue d'élaborer des approches et des stratégies coordonnées qui nous permettront de régler les problèmes de santé publique. Il existe des stratégies pour les maladies transmissibles et non transmissibles, sauf que celles-ci ne font pas l'objet d'un suivi rigoureux et soutenu.

Par exemple, on s'affaire à mettre au point une stratégie d'immunisation. Manifestement, les provinces ne sont pas toutes en mesure de fournir des vaccins aux enfants. Certains vaccins, ou même un des vaccins qui vient d'être mis au point coûte plus cher que tous les autres vaccins que nous avons l'habitude d'utiliser. Les vaccins utilisés contre l'hépatite B, les oreillons, la rougeole, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, la polio, l'hémophilus et la méningite coûtent, ensemble, environ 180 dollars par personne, si celle-ci veut être protégée sa vie durant. Dans le cas des nouveaux vaccins, une dose coûte autant, ce qui nous pose certains problèmes sur le plan économique.

De nombreuses personnes ont évoqué l'idée de créer une agence nationale de santé publique, peu importe le nom que vous voulez lui donner. Il faut mettre au point un mécanisme qui nous permettrait, ensemble, de coordonner nos activités, de créer des centres d'excellence, de fournir des ressources, autrement dit un système qui nous permettrait de nous attaquer aux problèmes de santé publique de façon plus cohérente que nous ne l'avons fait jusqu'à maintenant.

Pour y arriver, il nous faut évidemment des ressources, et ce, à tous les niveaux. Il n'y a pas suffisamment de médecins agréés au Canada pour remplir tous les postes vacants, sans compter qu'il y

the ratio of those professions to what you would see in Britain, Australia or other countries. That specialized expertise is in short supply. There are not enough training programs and physicians to fill that gap. That is a piece of that puzzle; the same is true for public health inspectors and others in the system as well.

Turning to the subject of interdepartmental and inter-sectorial leadership, SARS pointed out some of the inefficiencies between different government departments to come quickly to decisions. We need to find ways to get over that quickly. All emergencies are messy. Honourable senators have probably heard that from other people. The point is to make the messiness a couple of days, not a couple of weeks. Policy and technical expertise must be provided that none of us would otherwise have access to. In other words, there is no way that we will have a clinical toxicologist for direct access to Saskatchewan. We do not have the population or resources to do that. However, we need one somewhere to provide that advice to us as they do in Ontario, B.C. or Quebec.

There is a need for a collaborative system for public health at the federal, provincial, territorial and regional levels.

There is also a need for rapid research on critical disease management issues. We cannot wait for a request for proposals in the middle of a SARS outbreak or for CHR to come up with a pot of money to send out and take a year and a half even six months to figure out how we will do that. We need the ability to quickly identify what infection control methods are working and what is working in other countries and what we might apply here; if there are any medications that work; what are the public health measures proving to be the most effective. We need that at the time when the decisions are being made, not after the fact. We need a mechanism to mobilize that quickly. That is one of the aspects of why some people look to a national public health agency to bring that to bear quickly. We also need to encourage the international links that Health Canada and the government of Canada provide.

My last slide is about 150 years old and just a quote from Disraeli that I like very much.

The Chairman: What is interesting is that the quote from Disraeli was the quote that we used at the beginning of our final volume of our set of recommendations.

Senator LeBreton: Dr. D'Cunha, during the months of March, April and May of the SARS outbreak, you became the public face that tried to deal with this complex epidemic and the public hysteria attached to it. You tried not to alarm the public, yet also tried to be honest. I feel that you did an excellent job, but there was a lot of confusion between actual and probable cases. One day we would hear that the problem had been solved, and the next day, we would hear that there were more actual cases and more probable cases.

en a beaucoup plus en Grande-Bretagne, en Australie et ailleurs. Il n'y a pas suffisamment de spécialistes, de programmes de formation ou encore de médecins pour combler ces lacunes. C'est là une partie du problème. Il en va de même pour les inspecteurs en santé publique et autres professionnels de la santé.

Passons maintenant à la question du leadership aux niveaux interministériel et intersectoriel. Le SRAS a mis en évidence le fait que les ministères sont incapables de prendre rapidement des décisions. Nous devons sans tarder trouver un moyen de régler ce problème. Les salles d'urgence sont dans un état lamentable. Les honorables sénateurs en ont sûrement déjà entendu parler. Nous devons être en mesure de réagir en quelques jours, et non en quelques semaines. Nous avons besoin de plans d'action et d'expertise technique, ressources auxquelles nous n'aurions pas accès en temps normal. Autrement dit, il nous est impossible de mettre la main sur un toxicologue clinique qui serait capable de nous mettre en contact direct avec la Saskatchewan. Nous n'avons pas les ressources nécessaires pour le faire. Toutefois, il nous faut quelqu'un qui sera en mesure de nous fournir des conseils, comme cela se fait en Ontario, en Colombie-Britannique ou au Québec.

Nous devons mettre sur pied un système coordonné de santé publique aux paliers fédéral, provincial, territorial et régional.

Par ailleurs, nous devons être en mesure d'effectuer rapidement des recherches sur les questions urgentes qui touchent la gestion des soins thérapeutiques. Nous ne pouvons attendre de recevoir une demande de propositions au milieu d'une crise de SRAS, ou encore attendre que le CHR nous fournisse des fonds et discute pendant un an et demi ou même six mois de la façon dont ceux-ci seront répartis. Nous devons pouvoir cerner rapidement les mesures de prévention des infections qui sont efficaces, les systèmes qui fonctionnent ailleurs et qui pourraient être utilisés ici, les médicaments et les programmes de santé publique qui donnent de bons résultats. Nous devons pouvoir le faire au moment où des décisions doivent être prises, pas après le fait. Il nous faut un mécanisme qui nous permet de mobiliser rapidement ces ressources. Voilà pourquoi, entre autres, certaines personnes réclament la mise sur pied d'une agence nationale de santé publique. Nous devons également maintenir les contacts internationaux que peuvent établir Santé Canada et le gouvernement du Canada.

La dernière diapositive reprend une citation de Disraeli, que j'aime beaucoup. Elle date d'environ 150 ans.

Le président: Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que nous avons utilisé cette même citation au début du dernier volume de notre rapport.

Le sénateur LeBreton: Docteur D'Cunha, pendant les mois de mars, d'avril et de mai, vous avez essayé de composer avec cette épidémie complexe qu'est le SRAS et avec l'hystérie publique qui l'entourait. Vous avez essayé de calmer le public, tout en restant honnête. J'estime que vous avez fait de l'excellent travail, sauf qu'il y avait beaucoup de confusion entre les cas réels et probables. Un jour, on nous disait que le problème était réglé, et le lendemain, on apprenait que le nombre de cas réels et probables avait augmenté.

With the benefit of hindsight and having controlled the problem, was there a way to disseminate information that could have been more definitive on the actuals and the probable cases? I think that was part of the problem with the World Health Organization statements as well.

Dr. D'Cunha: Up to May 29, we were using the Canadian definition, and we so declared. The problem is that different jurisdictions across the world were using different definitions. The key learning experience was that we must be consistent with an international definition. We have to rearticulate and re-emphasize what we are counting. We did that often enough. In advocating within the country, on May 29, we went to the WHO definition, and automatically, that part of the problem disappeared.

I do not see that as a problem. The problem is when you are trying to communicate something that is complex, if people miss the nuance of the type of counting, they fail to see the nuance of the definition.

There were good reasons for the Canadian definition to be slightly different from that of the WHO. However, when you have the uninitiated, and this is not a criticism of the media, taking the probable and the suspect and transcribing it without recognizing that jump, the potential for misinterpretation increases greatly. The challenge for us was that if we used the WHO definition we would have been out of sync with the Canadian definition.

Senator LeBreton: It happens that I was in the United States for March break with my grandchildren when the news started to break. Every time I watched CNN, I understood why people were not coming to Toronto, because they were adding the numbers.

We should make very clear at the beginning what we are really talking.

Dr. D'Cunha: When Wolf Blitzer of CNN interviewed me made that mistake I challenged him and received positive feedback from some your colleagues. However, that is not why I make the point.

The point is the media had the theory that we in the public sector were burying, whereas we were counting and showing everything. The U.S. made a definition change in April and there was no hoopla about it. That still has me puzzled today, and I am no media expert.

Senator LeBreton: It is not sensationalist enough. You did excellent job.

People go chasing off after one public health issue while other important areas fall by the wayside. I see the water issues in North Battleford and Walkerton as crossover health and environmental issues. I wonder if something that has not been done at the environmental level to cause the problem to become a public health issue. I wonder about the coordination between the environmental specialists and the specialists from public health.

Is there is not something that could be done at the environmental level, before you people are confronted with major public health issues?

À la lumière de ce que nous savons aujourd'hui et maintenant que la crise est passée, pouvez-vous nous dire s'il existe une façon plus précise de signaler les cas réels et les cas probables? Ce problème a également été relevé dans les communiqués de l'Organisation mondiale de la santé.

Le Dr D'Cunha: Comme nous l'avons indiqué, nous avons, jusqu'au 29 mai, utilisé la définition canadienne. Le problème vient du fait que les pays utilisent des définitions différentes. La principale leçon que nous avons tirée de cette expérience, c'est que nous devons nous en tenir à une définition internationale. Nous devons bien préciser les cas que nous comptabilisons. Nous l'avons fait souvent. Le 29 mai, nous avons adopté la définition de l'OMS, et les choses sont tout de suite rentrées dans l'ordre.

En fait, pour moi, il n'y a pas de problème. Toutefois, quand vous essayez d'expliquer quelque chose de complexe et que les gens ne comprennent pas la méthode de calcul que vous utilisez, ils n'arriveront pas à saisir les nuances que comporte la définition.

La définition canadienne était, à juste titre, légèrement différente de celle utilisée par l'OMS. Toutefois, quand des non-initiés, et je ne critique pas les médias, parlent indifféremment de cas probables et de cas soupçonnés, les données risquent d'être mal interprétées. Le problème venait du fait que la définition de l'OMS ne cadrait pas avec la définition canadienne.

Le sénateur LeBreton: J'étais aux États-Unis, en mars, avec mes petits-enfants, quand la nouvelle a commencé à circuler. Chaque fois que je regardais CNN, je comprenais pourquoi les gens cherchaient à éviter Toronto. Ils additionnaient tous les chiffres.

Nous devons être très clairs, et ce, dès le début.

Le Dr D'Cunha: Quand Wolf Blitzer de CNN m'a interviewé et qu'il a commis la même erreur, j'ai contesté ses chiffres, et j'ai reçu des félicitations de la part de certains de vos collègues. Toutefois, ce n'est pas pour cette raison que je soulève ce point.

Le fait est que les médias étaient d'avis que le secteur public cachait des choses, alors qu'il était très ouvert. Les États-Unis ont changé la définition en avril, sans que cela ne cause de remous. Je continue encore de me poser des questions là-dessus, et je ne suis pas un spécialiste des médias.

Le sénateur LeBreton: Le sujet n'était pas assez sensationnaliste. Vous avez fait de l'excellent travail.

Les gens se concentrent sur une question de santé publique, et laissent de côté d'autres enjeux importants. Le problème de la qualité de l'eau à North Battleford et à Walkerton est à la fois une question de santé et une question environnementale. Je me demande si c'est parce qu'on a négligé de prendre des mesures sur le plan environnemental que ce problème en est devenu un de santé publique. Je me demande si les spécialistes de l'environnement et ceux de la santé publique collaborent ensemble.

N'y a-t-il rien qui puisse être fait sur le plan environnemental pour éviter que vous ne vous retrouviez avec un problème majeur de santé publique sur les bras?

Mr. Butler-Jones: Part of that is how you link those perspectives. At one point, water was under health, but when the ministries of environment formed, it moved to those ministries, and quite appropriately for the other implications.

The areas of expertise and interest may be different. For example, when I was a medical officer in Sault Ste. Marie the CBC reported that the dead fish on the river were killed from a spill at one of the paper mills. I inquired if anybody had checked to see if people were taking their water from that river. I was told that the environmentalist department did not concern itself with human health. I responded that I did indeed deal with human health and that if they had called me I would have done something about the water. After that the communication between the two departments did improve. We must have a constant dialogue.

Before the Walkerton incident when there was a bad lab result, the lab director would give me a call, and environment, myself, the director of inspection, and the municipality would have a conversation to discuss the history of the problem, whether it was a bad sample and so on, and we would determine whether to issue a boil order or take more serious measures.

When the public health connection was removed and the reports were sent to environment and the municipality only, the human health perspective was unable to say that something needed to be done immediately.

Walkerton prompted a return to closer connections between health and environment. Most provinces now have protocols: If the lab gets a positive water result, I will get a call and we will decide what needs to be done to solve the problem.

There was a period of time when it was taken for granted that the labs could look after the problems while in reality that did not happen at Walkerton.

Dr. D'Cunha: Building on what Mr. Butler-Jones said, the bulk of public health activity does not make the front page. It is the quiet thing that is not your focus at this time. We seem to forget that. When the issue of the day pops up, it distracts us in as much as managing health insurance system distracts governments from the real business of keeping the public healthy.

We should never forget the inter-sectorial key role that public health plays. One of the reasons why the Government of Ontario made the Chief Medical Officer the Commissioner of Public Health was to reintroduce the inter-sectoriality at the highest level of government decision-making. At this point four ministers and their deputies meet with me on a regular basis.

Along came SARS five weeks into the appointment, which consumed a great deal of time.

Senator LeBreton: Was that as a direct result of Walkerton?

Le Dr Butler-Jones: Cela dépend, en partie, du lien que vous établissez entre les deux. À un moment donné, le dossier de l'eau relevait du ministère de la Santé. Il a ensuite été confié au ministère de l'Environnement, comme il se doit.

Les domaines d'expertise et d'intérêt peuvent être différents. Par exemple, quand j'étais médecin et que je pratiquais à Sault Ste. Marie, la SRC a déclaré, dans un reportage, que les poissons trouvés morts dans la rivière avaient été tués par un déversement provenant d'une des usines de papier. J'ai cherché à savoir si quelqu'un avait pris la peine de vérifier si les gens s'approvisionnaient à même cette rivière. On m'a dit que le ministère de l'Environnement ne s'occupait pas des questions de santé. J'ai répondu que moi, je m'en occupais, et que si quelqu'un avait communiqué avec moi, j'aurais fait quelque chose à ce sujet. La communication entre les deux ministères s'est améliorée à partir de ce moment-là. Il doit y avoir un dialogue constant.

Avant l'incident de Walkerton, quand les analyses de laboratoire étaient négatives, le directeur du laboratoire communiquait avec moi. Je rencontrais les représentants du ministère de l'Environnement, le directeur des services d'inspection et les autorités municipales pour discuter du problème. On essayait de voir s'il s'agissait d'un mauvais échantillon, s'il y avait lieu de demander à la population de faire bouillir l'eau ou s'il fallait prendre des mesures plus concrètes.

Lorsqu'on a commencé à envoyer les rapports au ministère de l'Environnement et à la municipalité, et non plus aux services de santé publique, les responsables de la santé se sont retrouvés incapables de dire si quelque chose devait être fait immédiatement.

L'incident de Walkerton a contribué à renforcer la collaboration entre les responsables de la santé et ceux de l'environnement. La plupart des provinces ont maintenant des protocoles: si les analyses de la qualité de l'eau sont positives, on communique avec moi et nous décidons ensemble des mesures à prendre pour régler le problème.

À un moment donné, on tenait pour acquis que les laboratoires s'occuperaient du problème. Cela n'a pas été le cas à Walkerton.

Le Dr D'Cunha: Pour ajouter aux propos de M. Butler-Jones, le gros du travail dans le secteur de la santé publique se fait discrètement, chose que nous avons tendance à l'oublier. Lorsqu'un incident se produit, nous devenons déconcentrés, tout comme la gestion du système d'assurance-santé empêche les gouvernements de se concentrer sur la santé publique.

Il ne faut pas oublier le rôle clé que joue la santé publique sur le plan intersectoriel. Si le gouvernement de l'Ontario a décidé de confier au médecin hygiéniste en chef le poste de commissaire à la santé publique, c'est parce qu'il voulait, entre autres, favoriser de nouveau la collaboration intersectorielle aux plus hauts niveaux décisionnels du gouvernement. À l'heure actuelle, je rencontre régulièrement quatre ministres et leurs sous-ministres.

L'épidémie du SRAS a éclaté cinq semaines après la nomination du commissaire, et cet incident a monopolisé une bonne partie de son temps.

Le sénateur LeBreton: Était-ce à cause de Walkerton?

Dr. D'Cunha: No, actually, it was as a result of a study done to reaffirm a commitment to public health. The government was reaffirmed to public safety and, while they may not have been committed to public health on the surface, from my perspective, I initiated series of documents so that they would realize the significance of public health events. As Mr. Butler-Jones said, at the local level, the connections were there.

The challenge that society must not forget is that players change with retirement and moves to other jobs, et cetera. We need to institutionalize the connections so that the memory is institutional, at the local, provincial, regional and national levels.

As a public servant, if I initiate change to a system, I have to ensure that the old connections are fixed before I make that change. If a connection is broken without my realizing it a problem is in the making.

Mr. Zapp: In British Columbia, we have had the good fortune of water being a public health issue. More recently, a safe drinking water regulation came into force to increase our surveillance of drinking water in B.C. It is a health program.

Senator LeBreton: You are saying that although there may have been a disconnect, there is now a concerted effort to connect all of it back together.

Senator Morin: Mr. Zapp, I will not quote Disraeli but Premier Campbell of B.C.:

Our successful response to the recent SARS epidemic made it clear that B.C.'s disease control strategies are working.

Would you please expand on that statement? What strategies were used that led to a well-contained outbreak?

B.C. assumed some of the federal responsibilities during the SARS outbreak. I refer, of course, to airport surveillance. Could you tell us why you had to do that?

Mr. Zapp: The comment about our disease control systems working goes directly to the fact that we are vigilant. We have some of the best epidemiologists in the country in Vancouver and they monitor situations worldwide. Much of that information is available and our people were attentive to that information.

In our side-talks at meetings in January, I overheard a Chinese delegation saying that something was going on in China. At that time, no one knew just what the problem was but problems were beginning to emerge. Our epidemiologists were active in trying to interpret the conversation and to make sense of it as things went forward. We were quick to have a communiqué with medical health officers and others around the province.

Le Dr D'Cunha: Non, en fait, c'était à cause d'une étude qui avait été réalisée dans le but d'amener le gouvernement à reconfirmer son engagement à l'égard de la santé publique. Même si cet engagement, à première vue, n'était pas tellement évident, j'ai préparé une série de rapports pour qu'il puisse se rendre compte de l'importance que revêt la question de la santé publique. Comme l'a mentionné M. Butler-Jones, des contacts avaient déjà été établis au niveau local.

La société ne doit pas oublier que les joueurs changent à cause des départs à la retraite, les changements d'emplois, ainsi de suite. Nous devons concrétiser les liens qui existent afin de préserver la mémoire institutionnelle aux niveaux local, provincial, régional et national.

En tant que fonctionnaire, avant d'apporter un changement au système, je dois m'assurer que les contacts établis existent toujours. À défaut de quoi je risque d'être confronté à un problème.

M. Zapp: En Colombie-Britannique, la qualité de l'eau est une question qui relève de la santé publique. La province a adopté, récemment, un règlement pour mieux surveiller la qualité de l'eau potable. Il s'agit d'un programme de santé.

Le sénateur LeBreton: Vous dites que, bien que les contacts aient été rompus, on s'efforce maintenant de les rétablir.

Le sénateur Morin: Monsieur Zapp, je ne citerai pas Disraeli, mais le premier ministre Campbell de la Colombie-Britannique qui a dit, grosso modo:

La façon dont nous avons réagi à la récente épidémie de SRAS montre que les stratégies de lutte contre les maladies que nous avons adoptées en Colombie-Britannique fonctionnent.

Pouvez-vous nous donner des précisions? Quelles sont les stratégies qui ont permis de bien circonscrire l'épidémie?

La Colombie-Britannique a assumé certaines des responsabilités fédérales au cours de l'épidémie du SRAS. Je fais allusion, bien entendu, à la surveillance dans les aéroports. Pourquoi avez-vous jugé nécessaire de le faire?

M. Zapp: Si nos systèmes de lutte contre les maladies sont efficaces, c'est parce que nous sommes vigilants. On retrouve à Vancouver certains des meilleurs épidémiologistes canadiens. Ils surveillent l'évolution de la situation à l'échelle mondiale. Comme la plupart de ces renseignements sont disponibles, nous les avons analysés.

Lors des réunions parallèles que nous avons tenues, en janvier, j'ai entendu des délégués chinois dire que quelque chose se passait en Chine. À l'époque, personne ne savait quel était le problème, mais la situation commençait à s'aggraver. Nos épidémiologistes ont essayé d'interpréter la conversation, de tirer les choses au clair. Nous avons communiqué rapidement avec les médecins hygiénistes et autres spécialistes de la province.

Our system was in place for the surveillance, the indication and for the response. To cap it off, we have the good fortune of having the credibility to bring the medical health office and the provincial health people into communication through a longstanding, effective network of communications. When we speak, they listen.

Senator Morin: BCDC stands for the British Columbia Centre for Disease Control. Is that correct?

Mr. Zapp: Yes, that is correct.

Senator LeBreton: Our witness yesterday said that they had heard of the problems in China as early as November 2002. You just said that you heard about them in January 2003. How does that information get into the system? Are you in the position to respond to something that you hear about while still not being quite sure what the problem is? How do you get to the centre of what was happening? Do you have to wait until the problem on our shores? Is there a way to address the problem before it gets here?

Mr. Zapp: The information emerges. It becomes more prominent and more of the right people are turning their minds to it in an effective way.

Senator Morin: I would not want to debate the issue. Let us move to the federal role in the airport.

Senator Morin: I understand that you initiated surveillance of incoming passengers at the Vancouver airport.

Mr. Zapp: Correct.

Senator Morin: Was this done with provincial resources?

Mr. Zapp: No, it was done as a team.

Senator Morin: This was not done in other airports. Why did you feel obligated to take over this federal responsibility of screening arrivals in the Vancouver airport?

Mr. Zapp: I am not close to that but my view from Vancouver was that it was very much a federal team. A physician led that activity at the airport for a couple of months. Yes, there were some people from the B.C. region and probably some individuals from our centre that assisted in the screening.

We have noted that we would probably want to get that activity more organized for future events. From the beginning it was a federal undertaking that needed some local help.

Senator Morin: Dr. D'Cunha, I do not want to get into a debate but, I would like your comments on the federal role in the Toronto outbreak of SARS, especially in respect of the recent comments of the Minister of Health in Ontario when he said that he would like to take over the federal responsibility for screening arrivals at Toronto airport.

Notre système de surveillance et d'intervention était déjà en place. De plus, nous avons, depuis longtemps, un système de communication efficace qui permet au bureau de la santé publique d'entrer en contact avec les services de santé provinciaux. Quand nous parlons, ils écoutent.

Le sénateur Morin: Le sigle BCDC veut dire British Columbia Centre for Disease Control. Est-ce exact?

M. Zapp: Oui.

Le sénateur LeBreton: Les témoins nous ont dit, hier, qu'ils avaient entendu parler dès novembre 2002 des problèmes que connaissait la Chine. Vous venez de dire que vous en avez entendu parler en janvier 2003. Comment ces renseignements sont-ils captés par le système? Êtes-vous en mesure d'intervenir quand vous entendez parler d'un problème, même si vous n'avez pas tous les détails? À quel moment informez-vous le centre? Attendez-vous que le problème soit présent sur nos côtes? Existe-t-il une façon de s'attaquer au problème avant qu'il ne nous touche?

M. Zapp: Dès que l'information commence à circuler et devient plus précise, les responsables en font une analyse.

Le sénateur Morin: Je ne veux pas me lancer dans une discussion là-dessus. Passons au rôle du fédéral dans les aéroports.

Le sénateur Morin: Je crois comprendre que vous avez mis sur pied un système pour procéder au contrôle des passagers qui arrivaient à l'aéroport de Vancouver.

M. Zapp: C'est exact.

Le sénateur Morin: L'avez-vous fait en utilisant les ressources de la province?

M. Zapp: Non, nous avons travaillé en équipe.

Le sénateur Morin: Les autres aéroports n'ont pas fait la même chose. Pourquoi avez-vous jugé nécessaire d'assumer cette responsabilité fédérale, c'est-à-dire de contrôler les passagers qui arrivaient à l'aéroport de Vancouver?

M. Zapp: Je ne suis pas contre l'idée, mais je pense que, dans le cas de Vancouver, il s'agissait bel et bien d'une initiative fédérale. Un médecin a été chargé de diriger les activités à l'aéroport pendant quelques mois. Il y avait des personnes de la Colombie-Britannique et sans doute des responsables du centre qui s'occupaient aussi du contrôle des passagers.

Nous avons noté que nous aurions intérêt à mieux nous organiser au cas où d'autres incidents se produiraient. Le gouvernement fédéral a pris les choses en main dès le départ, mais il a eu besoin de l'aide des responsables locaux.

Le sénateur Morin: Docteur D'Cunha, je ne veux pas m'éterniser là-dessus, mais j'aimerais savoir ce que vous pensez du rôle qu'a joué le gouvernement fédéral lors de la crise du SRAS à Toronto, à la lumière surtout des récentes déclarations du ministère de la Santé de l'Ontario, qui a laissé entendre qu'il aimerait s'occuper du contrôle des passagers qui arrivent à l'aéroport de Toronto, une responsabilité qui relève du gouvernement fédéral.

The comments over the weekend in *The Toronto Star* indicated the lack of federal visibility and the lack of federal leadership during the Toronto outbreak. Would you comment specifically on the federal role?

I realize that you worked at the provincial level but what did the federal government do or not do? What do you think they should have done to help you in the SARS outbreak?

Dr. D'Cunha: That is a very broad question and I do not wish to engage in a debate. I will note for the record that I am presenting at the Campbell Commission on Monday. There are a variety of reviews and processes underway and will allow them to finish before I write my little book for publication — or perhaps not.

Simply put in context, the federal government has generally been supportive and I will use some specific examples. I will put some caveats in and what they were in my view. They were supportive when the requests went out for federal field epidemiologists they were dispatched without undue delay. Similarly, when we needed access to the facilities of the field hospital that particular weekend, the third week of March, dispatch was done promptly. This is not a criticism of the federal government so please do not leave with that impression. We recognized throughout the outbreak that we lacked surge capacity, locally, provincially and nationally. Simply put, when we put the call out for help across the country, we found that many people were willing but they could not spare the staff because they are the same people who do other such programs. It is fair to say that we generally try to help one another out.

When the Kinsman outbreak hit in August, Sean Peck said that he was willing to help to the extent that we needed help. It turned out to be a false alarm and no assistance was required. We try to help one another. We are also much constrained by our capacity. One thing struck me over the Easter weekend: We did not have surge capacity. I went about to get some provincially and I referred to that investment at the start of my remarks. I do not think that we received enough and I will chip away for more.

I am also guided practically on the ground. If the bodies are not there I will need a short-term, long-term and medium-term plan to create the trained resources to form that surge capacity.

Senator Morin: Why does the minister want to take the airport operations from the federal government?

Dr. D'Cunha: As a politician, your question is best directed to him.

Ces déclarations, qui ont été publiés dans le *Toronto Star* de la fin de semaine, mettent l'accent sur l'absence de visibilité et de leadership du gouvernement fédéral lors de l'épidémie qui a frappé Toronto. Pouvez-vous nous dire de façon précise quel rôle le gouvernement fédéral devrait jouer?

Je sais que vous travaillez au niveau provincial, mais qu'a fait le gouvernement fédéral et qu'aurait-il dû faire? À votre avis, qu'aurait dû faire le gouvernement fédéral pour vous aider à venir à bout de l'épidémie du SRAS?

Le Dr D'Cunha: C'est une question de portée très vaste, et je ne veux pas me lancer dans un débat là-dessus. Je tiens toutefois à dire, aux fins du compte rendu, que je dois comparaître devant la commission Campbell, lundi. Plusieurs études sont en cours, et j'attendrai qu'elles soient terminées avant de rédiger mon propre rapport — ou peut-être pas.

Dans l'ensemble, le gouvernement fédéral s'est montré coopératif, et je vais vous donner quelques exemples bien précis, en plus de faire quelques mises en garde. Il s'est montré coopératif quand nous avons fait appel aux épidémiologistes fédéraux qui étaient sur place. Il les a envoyés sans délai. Par ailleurs, quand nous avons demandé à avoir accès à ses installations au cours de ce week-end précis, soit la troisième semaine de mars, le gouvernement a accédé à notre demande immédiatement. Je ne cherche pas du tout à critiquer le gouvernement fédéral, et je ne veux pas vous donner l'impression que c'est ce que je fais. Nous avons noté, pendant l'épidémie, que nous manquions de ressources importantes au niveau local, provincial et national. En deux mots, quand nous avons lancé un appel à l'aide à l'échelle nationale, nous avons constaté que de nombreuses personnes étaient prêtes à nous aider, sauf qu'elles ne pouvaient libérer le personnel qui s'occupe de la mise en oeuvre de ces autres programmes. Nous essayons, en général, de nous entraider.

Quand l'incident de Kinsman s'est produit, en août, Sean Peck a dit qu'il était prêt à nous venir en aide, au besoin. Comme il s'agissait d'une fausse alarme, aucune aide n'a été requise. Nous essayons de nous entraider. Nos capacités sont toutefois limitées. Il y a une chose qui m'a frappé au cours du week-end de Pâques: nous n'avions pas de capacité d'appoint. Je me suis adressé aux autorités provinciales, et j'ai insisté sur la nécessité d'investir dans ce domaine dès le début. Nous n'avons pas, à mon avis, reçu suffisamment de fonds, mais je compte poursuivre mes efforts pour en obtenir plus.

Je me fie également à ce qui se passe sur le terrain. Si nous n'avons pas suffisamment de personnel, nous devons établir un plan à court, à moyen et à long terme, pour réunir les ressources spécialisées qui composeront cette capacité d'appoint.

Le sénateur Morin: Pourquoi le ministre veut-il s'occuper des opérations dans les aéroports, une responsabilité qui relève du gouvernement fédéral?

Le Dr D'Cunha: Je pense qu'en tant que politicien, vous auriez intérêt à lui poser la question.

Mr. Butler-Jones: There was an element of luck in the difference between Vancouver and Toronto. The person in Vancouver who presented came off a plane, from Southeast Asia, already ill.

In Toronto, she went home, got sick and died at home. It was her kids who went back and had no travel history.

Some months before there was a person who arrived from Central Africa with a fever. There was a very quick containment at the airport in Toronto concerning ebola.

Some of it is luck. On the other hand, at the same time, for example, in Singapore, follow-ups on possible contacts were within two days, at a maximum. In Toronto, there was not the capacity to do it in less than a week.

Thus, there is a mix of luck and other issues.

Senator Morin: We will tell Premier Campbell that he should add luck to his statement.

I was discussing with Dr. Massé the matter of a possible federal agency to respond to outbreaks such as SARS. As you know, there are two models. The Quebec model has a very broad mandate. If I understand it correctly, B.C. started out with infectious disease, poisoning and radiation. If I find it correctly, you are moving toward other diseases.

In terms of provincial integration in such an agency, what would be the role of the province? If we leave them out completely, the issues and the resources are at the provincial level. There is also the matter of jurisdiction. I do not think the federal government would go along with having the provinces decide with their own people and their own resources. This is probably the key issue with which we are dealing. If there were a new agency, what would it look like?

Mr. Zapp: The phrase that is used a lot is "a network of agencies."

Very rare experts are required for this work and we cannot afford to have a model in each province. It would be too expensive. However, as we have said, we would like to share our knowledge across the country, and modern technology allows us to do that very effectively.

The other point I would like to make probably does not appear to be too obvious. The biggest change that was made was when we were an agency separated from government, accountable to government, required to perform to expectations of a board set by government, but we were not government. That was the turning point on our ability to recognize our responsibility and our autonomy to deliver the services to the best of our ability.

Le Dr Butler-Jones: Le hasard a voulu que les choses se passent différemment à Vancouver et à Toronto. La personne qui est descendue de l'avion, à Vancouver, était déjà malade. Elle venait de l'Asie du Sud-Est.

À Toronto, la personne est rentrée chez elle. Elle est tombée malade et ensuite, elle est morte. Ce sont ces enfants qui ont fait le voyage de retour. Il n'y avait rien à signaler de leur côté.

Quelques mois plus tôt, une personne en provenance de l'Afrique centrale est arrivée au Canada. Comme elle avait la fièvre, des mesures de confinement ont immédiatement été prises à l'aéroport de Toronto, par crainte du virus d'Ebola.

Donc, le hasard y est pour quelque chose. Il y a aussi le fait qu'à Singapour, par exemple, les suivis visant à identifier les contacts possibles ont été faits en deux jours. À Toronto, il nous a fallu au moins une semaine pour le faire.

Donc, comme je l'ai mentionné, le hasard, entre autres, y est pour quelque chose.

Le sénateur Morin: Je vais dire au premier ministre Campbell d'en faire mention dans sa déclaration.

J'ai discuté avec le Dr Massé de la possibilité de mettre sur pied une agence fédérale pour réagir aux épidémies comme le SRAS. Comme vous le savez, il existe deux modèles. Le modèle québécois a un mandat très vaste. Si j'ai bien compris, le système mis sur pied en Colombie-Britannique s'attaquait d'abord aux maladies infectieuses, aux empoisonnements et aux produits radioactifs. D'autres maladies sont venues s'ajouter à la liste.

Quel rôle jouerait la province si son système était intégré à celui de l'agence? Les enjeux et les ressources se situent au niveau provincial. Il y a également la question de la compétence. Je ne pense pas que le gouvernement fédéral accepterait que les provinces prennent des décisions et utilisent leurs propres ressources. C'est là peut-être le problème principal qui se pose. À quoi ressemblerait la nouvelle agence, si elle était créée?

M. Zapp: On parle souvent d'un «réseau d'agences».

Il nous faut des spécialistes, qui sont difficiles à trouver, pour ce travail. De plus, nous ne pouvons nous permettre de mettre sur pied un système dans chaque province. Cela coûterait trop cher. Toutefois, comme nous l'avons mentionné, nous aimerions partager nos connaissances avec nos collègues à l'échelle nationale, et la technologie moderne nous permet de le faire sans problème.

Il y a un autre point que j'aimerais signaler et qui n'est pas très évident. Le plus grand changement qui s'est produit, c'est lorsque notre agence est devenue autonome, sauf qu'elle était tenue de rendre des comptes au gouvernement, de remplir les attentes d'un conseil mis sur pied par le gouvernement, même si elle n'était pas considérée comme une agence gouvernementale. C'est à ce moment-là que nous avons pris conscience de notre responsabilité et de notre capacité à livrer, de façon autonome, des services de manière tout à fait efficace.

Senator Morin: Are you still functioning under that system?

Mr. Zapp: Yes.

Senator Morin: Do you think it is very good?

Mr. Zapp: It made a huge difference in my transition from a decade with the ministry of health to a decade of independent authority.

The Chairman: In what way was it a huge difference?

Mr. Zapp: I like to think of it as the ability to act, fleet of foot. In a ministry you are a lot more cautious about the actions that you take. A good example is our very effective HIV work in Vancouver that received world recognition, and allowed us an opportunity to work in Vietnam. Vietnam is a high need country. I was able to say to the director who had this passion to want to provide those kinds of services and to learn from that risk society, "Go do it." If I had been in the provincial ministry I would not have been able to do that because of all the intergovernmental relations and so on that are necessary to pursue in that sector.

Dr. D'Cunha: I see a national public health agency as something similar to what Quebec brought in at that level. It is similar to what Mr. Zapp just indicated. You want to give that agency the ability to act swiftly.

When it comes to interacting with the provinces and territories, as Dr. Massé said, there has to be some prediscussions so that the roles are clearly defined. Much as we may pooh-pooh the legal aspects, unfortunately, and I will use SARS as the example, we made SARS a reportable communicable disease in March. Thus, we had public health legislation right down to the local MOH level. Even if SARS was not made reportable, communicable and virulent, the Ontario Minister of Health, in statute, and the Chief Medical Officer of Health were authorized to make it such. Since the day I took the position, I have always been authorized to do so. There is a clause in the act that allows me to deal with any disease that is infectious. Just because it is not named, or a new one pops up, I still have the legislative ability to make it so.

To make it easy, instead of having two of us in Toronto, or wherever we may be, with exclusive power, once the disease entity was established, we did the appropriate paperwork and brought it into the legislative framework. Thus, we have not kept ourselves vulnerable.

Until Health Canada changed the quarantine regulations Ontario was the only jurisdiction that had smallpox covered in its legislation. The Ontario act does not bind the federal Crown, which is a bit of a challenge, because in the complex world that we call Canada and federalism, some entities are under federal jurisdiction, for example, the railways, insurance and the banks. I do not believe in letting the law come in the way of doing what an essentially good job. We have to be cognizant of that, plan for it

Le sénateur Morin: Fonctionnez-vous toujours selon ce même système?

M. Zapp: Oui.

Le sénateur Morin: Est-il très efficace?

M. Zapp: J'ai travaillé pendant 10 ans pour le ministère de la Santé, et 10 ans pour une agence indépendante, et la différence est énorme.

Le président: Dans quel sens?

M. Zapp: Nous avons la possibilité d'intervenir rapidement. Le ministère, lui, doit agir avec une plus grande prudence quand il prend des mesures. Par exemple, le travail que nous avons effectué à Vancouver dans le domaine de la prévention du VIH a été reconnu de par le monde. Cela nous a permis de travailler au Vietnam. Le Vietnam est un pays aux besoins énormes. J'ai été en mesure de dire au directeur qui voulait fournir ce genre de services et apprendre à mieux connaître ce groupe à risque: «Allez-y». Je n'aurais pas été en mesure de dire une telle chose quand je travaillais pour le ministère provincial, en raison de toutes les démarches intergouvernementales, ainsi de suite, qui doivent être entreprises avant d'intervenir dans un domaine.

Le Dr D'Cunha: Je conçois le centre national de santé publique un peu comme l'organisme qu'a créé le Québec à ce niveau-là. Son concept est analogue à ce que vient de décrire M. Zapp. Il faut que l'organisme soit capable de réagir rapidement.

Pour ce qui est de l'interaction avec les provinces et les territoires, comme l'a dit le Dr Massé, des pourparlers préalables ont déjà eu lieu pour bien définir les rôles. Même si l'on prend souvent l'aspect juridique à la légère, dans le cas du SRAS par exemple, nous en avons tout de même fait une maladie transmissible à déclaration obligatoire en mars. Par conséquent, la loi en matière de santé publique s'appliquait jusqu'au niveau du médecin conseil en santé publique local. Même si nous n'avions pas défini le SRAS comme une maladie transmissible et virulente à déclaration obligatoire, le ministre ontarien de la Santé, de par la loi, et le médecin hygiéniste en chef étaient autorisés à le faire. J'en avais le pouvoir dès mon entrée en fonction. La loi comporte une disposition qui me permet de traiter de toute maladie infectieuse. Ce n'est pas parce que la maladie n'est pas nommée dans la loi ou qu'elle est nouvelle que je n'ai pas le pouvoir législatif de le faire.

Pour faciliter les choses, plutôt que de concentrer le pouvoir exclusivement à Toronto ou ailleurs, une fois que l'entité morbide a été connue, nous avons rempli la paperasse nécessaire pour l'intégrer au cadre législatif. De cette façon, nous ne sommes pas vulnérables.

Jusqu'à ce que Santé Canada modifie le règlement sur la quarantaine, l'Ontario était la seule province où la loi s'appliquait à la variole. La loi ontarienne ne lie pas l'État fédéral, ce qui pose un défi en quelque sorte, car dans le monde complexe que représente le fédéralisme canadien, certaines entités relèvent de la compétence fédérale, par exemple les chemins de fer, les compagnies d'assurance et les banques. Je ne suis pas de ceux qui croient qu'il faut laisser la loi entraver ce qui est

and put it in place. I see the relationship as being collaborative and building in extra capacity. If there is one thing we have learned by now, it is that we need the capacity in public health.

Mr. Butler-Jones: Concerning SARS, we did know about it in November. WHO knew about it, but not in an official way and therefore could not act. That is why they have revised their regulations in terms of the ability to investigate outbreaks, rather than it going on for months and months.

There are many other little outbreaks like that in the world going on all the time. Most do not amount to anything. For example, there was an avian influenza in Holland at the same time as SARS was going on.

In terms of a national agency, it has to be a collaborative model. There has to be some kind of broad advisory board. It is linked to the federal government. It has to have broad advice to it. Its role is in strategic leadership, support and facilitation. It brings resources to the table, whether it is people placed into agencies at the provincial or regional level, or a combination of that, with other grants and other kinds of work, et cetera, to basically try to develop a system in collaboration. Some will agree, while others will not. However, when it comes to the middle of a crisis, for example, with the CDC in the U.S., the individual states do not say that they want to handle the problem on their own. Part of that is dependent on credibility, expertise, resources and the ability to bring experience to the problem that is not available at the state level.

Timeliness is an issue. For example, if CBC *Newsworld* called Dr. Paul Gully and asked him to discuss an urgent issue that they have heard about I do not think he could talk to them. Whereas Dr. Julie Gerberding, head of the CDC, is heard from if there is an issue. She provides the media with constant messaging. She can take to state governors, if that is necessary.

Again, we must be cognizant and respectful of the political process.

Senator Callbeck: You heard the discussion this morning with Dr. Massé about the federal government putting more resources into public health. It was mentioned that one way would be for the federal government to pay a certain percentage. Another way would be for the federal government to pay for qualified people to be integrated into the existing systems. How should the federal government make that contribution?

Dr. D'Cunha: First, I welcome contribution from all levels of government because we all have a stake.

essentiellement du bon travail. Il faut en être conscient, planifier en conséquence et mettre ce qu'il faut en place. Je conçois les rapports comme étant des rapports de collaboration et d'accroissement de la capacité. S'il y a une chose que nous savons maintenant, c'est qu'il faut avoir la capacité voulue en santé publique.

Le Dr Butler-Jones: En ce qui a trait au SRAS, nous étions au courant en novembre. L'Organisation mondiale de la santé avait été mise au courant de son existence, mais de façon officieuse, de sorte qu'elle ne pouvait pas agir. C'est pourquoi elle a modifié son règlement, de manière à pouvoir enquêter sur les éclosions plutôt que de laisser la situation durer pendant des mois.

De nombreuses autres petites éclosions comme celles-là surviennent constamment dans le monde. La plupart sont sans conséquence. Par exemple, pendant la crise du SRAS, la Hollande était touchée par la peste aviaire.

Pour ce qui est du centre national, il faut qu'il mise sur la collaboration. Il faut qu'il y ait en place un organisme consultatif général lié au gouvernement fédéral. Il doit lui prodiguer des conseils généraux. Son rôle consiste à assurer un leadership stratégique, à offrir du soutien et à faire de la facilitation. Il fournit les ressources, qu'il s'agisse de fonctionnaires d'organismes provinciaux ou régionaux ou d'une combinaison des deux, les subventions et autres moyens pour tenter essentiellement de mettre sur pied un système de collaboration. Certains seront d'accord, d'autres pas. Cependant, au beau milieu d'une crise par exemple, aux États-Unis où il existe un centre de contrôle des maladies, les États individuels ne prétendent pas vouloir régler les problèmes eux-mêmes. Cela est attribuable en partie à la crédibilité, à l'expertise, aux ressources et à l'expérience du centre qui peuvent être appliqués au problème et qui ne sont pas disponibles au niveau de l'État.

L'opportunité est un enjeu. Par exemple, si *Newsworld* de CBC appelait le Dr Paul Gully et lui demandait de discuter d'une question pressante dont on a eu vent, je ne crois pas qu'il pourrait accorder une entrevue. Or, quand un problème se pose, la Dre Julie Gerberding, directrice du centre de contrôle des maladies, passe sur toutes les chaînes. Elle offre constamment de l'information aux médias. Au besoin, elle peut s'entretenir avec les gouverneurs des États.

Je répète qu'il faut tenir compte du processus politique et le respecter.

Le sénateur Callbeck: Vous avez entendu les échanges de ce matin avec le Dr Massé au sujet de l'injection par le gouvernement fédéral de plus de ressources en santé publique. Un moyen mentionné était que le gouvernement fédéral paie un certain pourcentage. Un autre serait que le gouvernement fédéral défraie l'intégration de personnes compétentes dans les systèmes existants. Quelle forme devrait prendre cette contribution fédérale?

Le Dr D'Cunha: Tout d'abord, les contributions de tous les niveaux de gouvernement sont les bienvenues parce que tous y ont un enjeu.

I do not necessarily reflect the views of the Government of Ontario. I will reflect my views as Chief Medical Officer and as a professional public health physician. From my perspective, I think both models can work. As Dr. Massé said, it is a matter of discussion.

As long as that enhancement comes and it works, and I understand that people do not give you money without understanding what they are buying. Reflect for a minute. When you want to buy something in a store, you want to know what you are buying. The discussion has to occur.

Let us say, hypothetically that I am in Saskatchewan and the federal government decides to place federal employees in the province. I will ask only one question, and that is a very practical question: Who has command and control over them? Frankly, I do not care who pays the cheque. If the jurisdiction does not have command and control, then I will want a negotiated protocol. One example is the CFIA. That is not a good model to use because sometimes there is a conflict of interest, being the food puller and the proponent of agriculture at the same time. However, the CFIA has negotiated an understanding, a priori, with jurisdictions. Right now in Ontario, we have food recall protocols that the CFIA and I are party to. There is a standard clause. You ask each other for mutual assistance and aid, and the command structure is clearly articulated; that is, are you using CFIA regulations to pull something or are you using public health regs in which case the accountability is defined.

Mr. Butler-Jones: It is a bit of combination. Right now, we have federal field epidemiologists who work in provincial governments and even in some regional positions. They are part of that organization, but they reserve the right to pull them out in an emergency and they have certain national responsibilities as well. That is an added resource and usually you provide office space, et cetera.

We already have some elements of that model that area similar to the U.S, but they are small and there are not very many of them. Most of us do not have them. The last time Saskatchewan had one was five years ago. There are positions, potentially, that could provide and could be pulled out to allow some flexibility and application.

The issue of cost-sharing is also complementary, because the general infrastructure gaps are an issue. I think Mr. Massé spoke of the need to tailor the system on the needs of the region, the other capacities, et cetera. Thinking in terms of the system, on the prairies, there are certain positions and we will never have a regional centre on the prairies. However, we want to be able to

Mes vues ne sont pas forcément celles du gouvernement de l'Ontario. Je vais tout de même vous donner mon opinion en tant que médecin hygiéniste en chef et professionnel de la santé publique. À mon avis, les deux modèles sont valables. Comme l'a affirmé le Dr Massé, il s'agit d'en discuter.

Aussi longtemps que ces renforts viennent et qu'ils sont efficaces. On ne verse pas d'argent si l'on ignore ce que l'on obtient en retour. Réfléchissez-y pendant quelques instants. Quand vous vous présentez au magasin pour faire un achat, vous souhaitez savoir ce que vous achetez au juste. Il faut donc que vous en discutiez avec le représentant du magasin.

Supposons que je suis en Saskatchewan et que le gouvernement fédéral décide d'y placer des fonctionnaires fédéraux. Je n'aurai qu'une question à poser, une question très concrète: qui en assume la direction et le contrôle? À vrai dire, peu m'importe qui paie leur salaire. Si la province n'assume pas la direction et le contrôle, je demanderai alors à ce qu'on négocie un protocole. Comme exemple, je vous renvoie à l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Ce n'est pas forcément un bon modèle parce qu'il y a parfois des conflits d'intérêts, étant donné qu'elle fait retirer des aliments du marché tout en faisant la promotion de l'agriculture. Toutefois, l'Agence d'inspection des aliments a négocié une entente, à priori, avec les diverses juridictions. Actuellement en Ontario, il existe des protocoles de rappel des aliments auxquels sont parties l'Agence canadienne d'inspection des aliments et nous-mêmes. Il existe une disposition standard qui prévoit une aide et une assistance réciproques et qui décrit clairement la structure de commandement. Ainsi, fait-on appel aux règlements de l'Agence canadienne d'inspection des aliments pour faire retirer un produit ou invoque-t-on plutôt le règlement sur la santé publique, auquel cas les responsabilités sont bien définies?

Le Dr Butler-Jones: Il faut faire un peu des deux. Actuellement, nous avons des épidémiologistes fédéraux sur le terrain qui travaillent de concert avec les gouvernements provinciaux, voire au sein d'organismes régionaux. Ils font partie de l'organisme, mais le gouvernement fédéral se réserve le droit de les retirer si une situation d'urgence survenait et ils continuent également de s'acquitter de certaines responsabilités nationales. C'est là une ressource ajoutée pour laquelle on fournit, habituellement, le local et ainsi de suite.

Nous avons déjà en place dans cette région quelques éléments de ce modèle qui se rapproche de celui des États-Unis, mais ils ne sont pas très nombreux et n'ont pas beaucoup d'envergure. La plupart d'entre nous n'en ont pas. La dernière fois que la Saskatchewan en a eus, c'était il y a cinq ans. Il existe des postes qui pourraient servir à cette fin, de manière à donner une certaine latitude.

La question du coût partagé vient aussi s'y greffer, parce que la différence entre les infrastructures pose problème. Le Dr Massé a parlé du besoin d'adapter le système aux besoins de la région, aux autres capacités et ainsi de suite. Si je prends pour exemple le système actuel dans les Prairies, il existe certains postes, mais nous n'aurons jamais un centre régional des Prairies. Toutefois, nous

access the person in B.C., or Ontario or Quebec, et cetera. It requires a lot of negotiation, discussion, and some sense of where we want to get with this, what it is we are trying to accomplish, and what it will do for people.

Mr. Zapp: This is a tough one. It is not just money. Yes, the public health system has been long neglected. It sees 2 per cent or 3 per cent of the total expenditure in health care in Canada. We can do better. B.C. can do better. We can do better collectively. What is the best practice? What resources do you need for best practice? How do you build surge capacity that has the kind of performance outcomes you would enjoy in the jurisdiction when you do not have a disease? All of that has to be created. There is no ideal set-up. B.C. is not ideal; nor is Quebec. Can we learn from each other and have some accountability to a national performance expectation? Sure, we could.

Senator Callbeck: Mr. Zapp, in your presentation, under the budget, you say 40,000 prescriptions filled. How are they filled?

Mr. Zapp: That figure refers to prescriptions filled for tuberculosis. Essentially, we provide those services, for example, for sexually transmitted diseases, again, we essentially provide to treat. I think the number is a little out of date. Also, we are the kidney dialysis pharmacy for the provinces.

Senator Morin: I would like to come back to human resources at the provincial level. Dr. D'Cunha, you said that this is a serious problem. What is your view on this? How can we correct this? What can the federal government do to help correct this very serious situation of lack of human resources and the public health field at the provincial level?

Dr. D'Cunha: Speaking for all chief medical officers of health, we need to determine a long-term, medium-term and short-term strategy. We have had discussions and conversations, not with just the federal government, but with the provinces and territories, universities, polytechnics and community colleges. Our public health resources are trained in a variety of settings. We have to be careful not to cherry pick and steal from other jurisdictions to solve our individual problems while creating a problem over there. We have to look at the whole concept of public health human resources in a broader picture.

In the short term, we need to go for quick continuing education packages. Health Canada has done some pioneering work on this and is working to transfer skills to skills enhancement projects. That is the quick, short-term fix.

aimerions pouvoir avoir accès à l'expert de la Colombie-Britannique, de l'Ontario ou du Québec. Cela exige beaucoup de négociations, de pourparlers et une certaine idée de ce qu'on veut en obtenir, de ce qu'on tente d'accomplir et des avantages qu'en retirera la population.

M. Zapp: Voilà une question difficile. Ce n'est pas simplement une question d'argent. Le système de santé publique a effectivement été négligé pendant longtemps. Il n'obtient que 2 ou 3 p. 100 des dépenses totales consacrées aux soins de santé au Canada. Nous pouvons faire mieux. La Colombie-Britannique peut faire mieux. Nous pouvons faire mieux en tant que collectivité. Quelle serait la meilleure pratique? Quelles ressources faut-il prévoir à cette fin? Comment se dote-t-on d'une capacité de crise fournissant une performance égale à ce qu'on obtiendrait s'il n'y avait pas de crise? Tout est à faire. Il n'existe pas de modèle idéal. Celui de la Colombie-Britannique ne l'est pas, pas plus que celui du Québec. Pouvons-nous apprendre les uns des autres et rendre compte de l'atteinte de certains objectifs nationaux? Bien sûr que nous le pouvons.

Le sénateur Callbeck: Monsieur Zapp, dans votre mémoire, là où il est question de budget, vous avez parlé de l'exécution de 40 000 ordonnances. Comment sont-elles exécutées?

M. Zapp: Ce nombre renvoie au nombre d'ordonnances exécutées pour le traitement de la tuberculose. Nous fournissons essentiellement ces services, par exemple pour les maladies transmissibles sexuellement. Je crois que cette donnée est un peu désuète. Nous nous occupons aussi des soins de dialyse pour les provinces.

Le sénateur Morin: J'aimerais revenir sur la question des ressources humaines au niveau provincial. Docteur D'Cunha, vous avez affirmé qu'il s'agissait d'un grave problème. Quelle est votre opinion à ce sujet? Comment pouvons-nous y pallier? Que peut faire le gouvernement fédéral pour aider à redresser la grave pénurie de ressources humaines et l'état général de la santé publique au niveau provincial?

Le Dr D'Cunha: Je dirais au nom de tous les médecins hygiénistes en chef qu'il faut se doter d'une stratégie à court, à moyen et à long terme. Nous avons eu des échanges et des pourparlers, non pas uniquement avec le gouvernement fédéral, mais aussi avec les provinces et les territoires, les universités, les instituts polytechniques et les collèges communautaires. Nos ressources de santé publique sont formées dans plusieurs contextes différents. Il faut prendre garde de ne pas faire une sélection minutieuse et de voler aux autres juridictions les ressources qui nous permettront de régler nos problèmes mais qui en créeront d'autres ailleurs. C'est toute la notion des ressources humaines consacrées à la santé publique qu'il faut examiner dans un contexte plus général.

À court terme, il faut privilégier les moyens rapides de formation continue. Santé Canada a fait oeuvre de pionnier dans ce domaine et travaille au transfert des compétences dans le cadre des projets de perfectionnement. C'est là la solution rapide à court terme.

Through the university, community college, polytechnic approach, we need to design more capacity to teach, more spaces to teach and have some of us in the field go out as talking ambassadors and ambassadors so that high school students recognize that public health is a dynamic place to be and as competitive as being a bank manager and so on. In this way we can begin to attract young people to the field of public health. The gain from that aspect it is five or ten years in the future.

Then, we must find a cadre of individuals who are looking for career change and who have the basic skill set, most likely in the health sector. I will pick nursing, not because I want to pick on them but to make a point.

Senator Morin: Who are the people working in that field?

Dr. D'Cunha: The people working in public health are public health physicians. Those are few in terms of percentage of the whole work force. Approximately 50 per cent are public health nurses; 30 per cent to 40 per cent are public health inspectors. There is then the component for those provinces that have public health dentistry and public health dental hygienists.

It is not that all provinces do not want to do this. Public health is a feeder fish so that when the economy shrinks, the appetite to pay for certain things generally shrinks and governments, regardless of the stripe, start to look and perceive one thing as being less important than the other, and this goes off the table. This has happened as it pertains to public health dentistry. The new public health skills are in the area of chronic diseases and epidemiology. There, you have health promotion, health education, community health nutrition and epidemiology. Without the critical epidemiology skill set, you do not have the skills to analyse the data.

I used nursing as an example to show that the subtle difference between a regular nurse and a public health nurse is there for a reason. Some frontline nurses are looking for career enhancement and change and want to move to the prevention end from the treatment end. You have to design training modules for them. None of us alone can do this. We all collectively have to work at this together.

Senator Cook: Given that there is not a school of public health in this nation, how critical is that fact to the capacity building to which you refer?

Dr. D'Cunha: We can start to build capacity while we seek to establish a school of public health. There are a few universities in Canada where some of the elements required for a school of public health exist. There are public health skill sets at the University of British Columbia and at the University of Alberta. There are some public health skill sets, and Dr. Butler-Jones will

En faisant appel aux universités, aux collèges communautaires et aux instituts polytechniques, il faut mettre en place une plus grande capacité d'enseignement, prévoir plus d'espace pour enseigner et envoyer certains d'entre nous qui travaillons sur le terrain en tant qu'ambassadeurs dans les établissements de niveau secondaire pour que les étudiants sachent qu'une carrière en santé publique est aussi dynamique et concurrentielle que celle d'un directeur de banque. C'est ainsi que nous pourrions commencer à attirer des jeunes dans le domaine. Par contre, les avantages de cette stratégie ne se feront sentir que dans cinq ou dix ans.

Enfin, il faut se tenir à l'affût de personnes qui envisagent un changement de carrière et qui ont les compétences de base, fort probablement dans le secteur de la santé. Je vais prendre la profession d'infirmier comme exemple, non pas parce que je veux en faire un cas, mais pour faire valoir un point.

Le sénateur Morin: Qui travaille dans ce domaine?

Le Dr D'Cunha: Ceux qui travaillent en santé publique sont des médecins de santé publique. Ils sont peu en termes de pourcentage par rapport à toute la population active. La moitié environ sont des infirmières spécialisées en santé publique; entre 30 et 40 p. 100 sont des inspecteurs de santé publique. Il ne faudrait pas oublier non plus, dans les provinces qui offrent ce genre de services, les dentistes et hygiénistes spécialisés en santé publique.

Ce ne sont pas toutes les provinces qui souhaitent le faire. La santé publique est le parent pauvre du système de santé. Quand l'économie va mal, la volonté de payer certaines choses décroît en règle générale, et les gouvernements, quel que soit le parti au pouvoir, commencent à accorder moins d'importance à certaines dépenses, de sorte que ce domaine est immédiatement privé de fonds. C'est ce qui s'est produit en ce qui concerne l'art dentaire en santé publique. Les nouvelles compétences en matière de santé publique sont en rapport avec les maladies chroniques et l'épidémiologie. Voilà. Il y a la promotion de la santé, l'information en matière de santé, la saine alimentation et l'épidémiologie. Sans des compétences névralgiques en épidémiologie, vous n'avez pas les compétences voulues pour analyser les données.

Je me suis servi de la profession d'infirmier comme exemple pour souligner que la subtile différence qui distingue l'infirmière ordinaire de l'infirmière en santé publique a sa raison d'être. Du personnel infirmier de première ligne souhaite faire avancer sa carrière ou en changer et aimerait faire le saut du traitement à la prévention. Il faut concevoir des modules de formation à son intention. Nul d'entre nous ne peut le faire seul. Il faut y travailler collectivement.

Le sénateur Cook: Le fait qu'il n'y ait pas d'établissement consacré à l'enseignement en santé publique au Canada a-t-il beaucoup d'influence sur la mise en place de la capacité dont vous parlez?

Le Dr D'Cunha: Nous pouvons commencer à nous doter d'une capacité tout en cherchant à établir une école de santé publique. Certaines universités canadiennes réunissent certains éléments requis pour la mise en place d'une telle école. Ainsi, l'Université de la Colombie-Britannique et l'Université de l'Alberta ont des compétences en santé publique. Le Dr Butler-Jones me corrigera

correct me if I am wrong, at the University of Saskatchewan. In fact, more than Saskatchewan and Manitoba, Ontario Quebec the Maritimes have some as well. I do not want to fool you into thinking you have a four-wheel car, but you can start the capacity-building while you try to put all four wheels on the car.

Senator Cook: How critical is this to the critical mass that we are talking about?

Dr. D'Cunha: At some point, it is critical but it should not stop the process from beginning.

Mr. Butler-Jones: The old School of Hygiene in Toronto moved into the community medicine department and community health and epidemiology department. We have elements of schools of public health like you would find in the U.S. in faculties of nursing, faculties of medicine and joint faculties. The medical officers, for example, are trained in most medical schools. They have residency training programs, et cetera.

Harvey Skinner of the University of Toronto and others has been looking at developing the essence of a virtual school of public health in Canada. For example, the University of Alberta is now looking at distance education. I have been in negotiations with the University of Alberta and the University of Saskatchewan to provide at least Master's level training to physicians who want to work in public health but are not in a position to do the four-year specialty residency. There are a number of ways you can solve the problem, but it does require some thinking outside of traditional faculty boundaries and university boundaries to do so.

Mr. Zapp: When we were thinking of the B.C. concept, we went south of the border and talked to people at CDC Atlanta and recognized their relationship with Emory University. We also went to a more county-based facility in North Carolina and found a close relationship with North Carolina University. That emphasis as we build a network around ensuring that the appropriate network of universities and colleges is also coming to support to the development is critical.

The Chairman: I thank you all for coming. When I looked at the decision tree slide that showed the B.C. coordination and management of SARS, I absolutely marvel that anything happened.

Mr. Zapp: It was a three dimensional chart.

The Chairman: I thought there was not only no one in charge but no one who really knew anything about what was going on.

Mr. Zapp: That is the white space.

The Chairman: What you pulled off in light of that organization tells me that a lot of things happen outside the normal organizational structure.

si je fais erreur, mais je crois que l'Université de la Saskatchewan en a aussi. En fait, en plus de la Saskatchewan et du Manitoba, l'Ontario, le Québec et les Maritimes en ont. Je ne voudrais pas vous induire en erreur en vous donnant l'impression que tout est là, mais on peut tout de même commencer à se doter d'une capacité tout en essayant de mettre en place un système complet.

Le sénateur Cook: À quel point cela est-il essentiel à la masse critique dont nous parlions?

Le Dr D'Cunha: Jusqu'à un certain point, c'est essentiel, mais il ne faudrait pas que cela nous empêche de lancer le processus.

Le Dr Butler-Jones: L'ancienne école d'hygiène de Toronto est passée au service de médecine communautaire et au service de santé communautaire et d'épidémiologie. Nous comptons certains éléments des écoles de santé publique que vous trouveriez aux États-Unis dans les facultés de soins infirmiers et de médecine et dans des facultés mixtes. Les médecins de santé publique sont par exemple formés dans la plupart des écoles de médecine. Elles offrent des programmes de résidence et ainsi de suite.

Harvey Skinner, de l'Université de Toronto, et d'autres cherchent à mettre sur pied une école virtuelle de la santé publique au Canada. Ainsi, l'Université de l'Alberta joue actuellement avec l'idée du télé-enseignement. Je négocie avec l'Université de l'Alberta et l'Université de la Saskatchewan en vue de former, du moins au niveau de la maîtrise, des médecins qui souhaitent travailler en santé publique mais qui ne sont pas en mesure de faire la résidence de quatre ans dans leur spécialité. Il existe plusieurs moyens de régler le problème, mais il faut sortir des ornières de la faculté et de l'université pour le faire.

M. Zapp: Quand nous réfléchissions au concept qu'a adopté la Colombie-Britannique, nous sommes allés aux États-Unis pour nous entretenir avec des représentants du centre de contrôle des maladies d'Atlanta et pour nous renseigner sur les rapports entre le centre et Emory University. Nous sommes également rendus dans un établissement plus local de Caroline du Nord où nous avons constaté l'existence d'étroits rapports avec l'Université de la Caroline du Nord. Il est essentiel d'insister là-dessus pendant que nous mettons en place un réseau, de manière à ce que les universités et les collèges soutiennent son développement.

Le président: Je vous remercie tous d'être venus. Quand je pense à la diapositive illustrant le processus décisionnel auquel étaient soumises la coordination et la gestion du SRAS en Colombie-Britannique, je m'étonne qu'on ait réussi à faire quoi que ce soit.

M. Zapp: C'est un tableau tridimensionnel.

Le président: Non seulement il n'y avait personne en charge, mais il n'y avait personne non plus qui savait vraiment ce qui se passait.

M. Zapp: C'est l'espace qui a été laissé en blanc.

Le président: Ce que vous êtes parvenu à faire en dépit de cet organigramme m'indique que bien des choses se produisent à l'extérieur de la structure organisationnelle habituelle.

I was very intrigued by Mr. Zapp's comments that a lot of the things that he does could not be done if he were inside government. As a former federal and provincial deputy minister, I understand exactly what he meant by that. The reality is that the one thing that government is not structurally capable of doing is developing a decision-making structure that is outside the normal routine. When you are in a crisis that is exactly what you need to have.

I look at that chart, and it reinforces my view. It also tells me that, whatever the ultimate recommendations of the committee, it is clear that, in a crisis, you better not be running it by a bureaucracy. In other words, whoever is running it had better be outside the system.

I would like to you to do one thing, although not right now on the record. I would like to know who is on your board and how your board is chosen. I would like to know the exact relationship between you and the government that appointed you because it seems to me that, whatever it is, it seems to work. You are able to operate outside the basic bureaucratic system. Can you take two seconds to comment on that?

Mr. Zapp: It is in development. We had an independent board appointed by the Minister of Health with Perry Kendall, the Provincial Health Officer. We are quite connected to provincial interests and appointments to the board. We are currently in transition to the Provincial Health Authority Board, which are six authorities that are struck in B.C., and again, those appointments are made by the government of the day. It is really just a year in creation. I am an employee of this non-profit society that is responsible to that board's governance.

The Chairman: I think someone used the phrase, "national public health agency." If that board, in some form or other, included all the provincial chief medical officers, my sense is you could accomplish a lot while keeping it outside, even if you structured it so you had voting and non-voting members. One of you is a chief medical officer, and one has been. Would that sort of model deal with getting around the bureaucratic problem and also deal with the coordination problem to which you refer?

Dr. D'Cunha: I have always had full rein to do professional things. To the end of this year, I was director, and now I am an ADM commissioner. For that side of the operation, when I go to spend resources, I have to follow civil service procedures and policies. I can do some emergency spending, but I would have to justify every last penny, subject to civil service rules, and sometimes that does pose a challenge. I do not want to be naive and suggest just spending the money and you will get away with

J'ai été très intrigué par ce qu'a dit M. Zapp, soit qu'il y a bien des choses qu'il fait et qu'il ne pourrait pas faire s'il était à l'emploi du gouvernement. En tant qu'ex-sous-ministre fédéral et provincial, je sais exactement de quoi il parle. En réalité, la seule chose que le gouvernement est structurellement incapable de faire est d'élaborer une structure de prise de décision qui ne correspond pas à la routine habituelle. Or, en pleine crise, c'est exactement ce qu'il faut.

J'examine ce tableau, et il ne fait que renforcer ce que je pense. Il m'indique aussi que, quelles que soient les recommandations finales du comité, il est clair qu'en temps de crise, il vaut mieux que l'organisme ne soit pas dirigé par des bureaucrates. En d'autres mots, il vaut mieux que la personne en charge se trouve à l'extérieur du système.

J'aimerais que vous fassiez une chose pour moi, mais je n'ai pas besoin d'une réponse officielle tout de suite. J'aimerais savoir qui fait partie de votre conseil et comment les administrateurs sont nommés. J'aimerais connaître les rapports qui existent entre vous et le gouvernement qui vous a nommé parce qu'il me semble que, quelle que soit la formule, elle est efficace. Vous êtes capable de fonctionner en dehors de la structure bureaucratique de base. Pouvez-vous prendre quelques instants pour nous en parler?

M. Zapp: La formule est en pleine évolution. Nous avons un conseil indépendant dont les membres étaient nommés par le ministre de la Santé conjointement avec Perry Kendall, l'agent de santé provincial. Nous sommes bien branchés sur les intérêts provinciaux et sur les nominations au conseil. Nous sommes actuellement en période de transition et devons bientôt passer au Provincial Health Authority Board, un des six organes créés en Colombie-Britannique et pour lesquels les nominations sont faites, encore une fois, par le gouvernement de l'heure. Il n'existe en réalité que depuis un an. Je suis employé de la société sans but lucratif qui rend des comptes aux administrateurs.

Le président: Quelqu'un a parlé, je crois, d'un «centre national de santé publique». Si ce conseil, sous une forme ou une autre, incluait tous les médecins en chef des provinces, j'ai l'impression que vous pourriez accomplir beaucoup tout en demeurant à l'extérieur de la structure, même si le conseil était structuré de telle façon que certains membres auraient le droit de vote et d'autres, pas. L'un d'entre vous est médecin hygiéniste en chef et l'autre l'a déjà été. Est-ce que cela permettrait de contourner la bureaucratie tout en assurant la coordination dont il a été question?

Le Dr D'Cunha: J'ai toujours été entièrement libre de m'acquitter de mes obligations professionnelles comme je l'entends. Jusqu'à la fin de cette année-ci, j'étais directeur et je suis maintenant commissaire et sous-ministre adjoint. Pour cet aspect de mon travail, quand je veux dépenser des ressources, il faut que je me conforme aux façons de faire et aux politiques de la fonction publique. Je peux autoriser l'affectation de certains fonds d'urgence, mais il faudrait que j'en justifie chaque cent selon les règles

it. Clearly, there are advantages to the Crown agencies, arm's-length agency, call it what you want. You have boards and agencies like CFIA at the federal level where this can be achieved.

The Chairman: Can you comment on the notion of doing the integration through the board, that is to say, having extra-provincial people on the board?

Dr. D'Cunha: I would say not only provincial chief MOHs, but you need some of the other people active in public health outside government, because that is critical. I am referring to academia, some of the field at large, to name but a few.

Mr. Butler-Jones: Just to tell you quick story, we were seeing another rise in hepatitis A, going to a new outbreak every ten years. We see nearly every kid under 15 years of age in the north in aboriginal communities develop hepatitis A. A few die. We had a new vaccine. I was discussing it with First Nations health and our health regions and decided that it will cost me \$125,000 to buy the vaccine. We made the decision after two meetings. We did it, and we essentially wiped out Hepatitis A in First Nations. I got my wrist slapped for it. If that had gone through the bureaucracy, we would still be arguing over whether the federal government should be paying for part of the vaccine, because it is aboriginal peoples. et cetera. However, that is not consistent and is not available to everyone. We do not all feel that way about how we do our job.

In terms of the advisory structure, I would see not so much a council of chief medical officers as the board for this agency, but that is one of the functioning groups related to this agency, but in terms of the governance, or advisory board is perhaps the better term, that would require federal and provincial representatives, as well as some external expertise, to oversee how this thing is all coming together. Ultimately, we would report to the Minister of Health, and there are links back into the regular FPT processes, but it has a board of people who are chosen because of their perspectives in the nation, their competencies and their ability to reflect the broad issues that Canada faces in trying to pull this together.

Senator Morin: That was very well said.

The Chairman: Dr. D'Cunha, that is what you were trying to get to.

Mr. Zapp: Wynne Powell, the chair of our Provincial Health Service Authority is the head of London Drugs. He has quite a different attitude about how he thinks we operate. For example, he has at his fingertips, when he starts up every morning, exactly the movement of sales the day before and graphics, all to support his decisions around what to do next for the marketing interest of London Drugs.

s'appliquant à la fonction publique et, parfois, cela pose un problème. Je ne veux pas vous sembler naïf et vous laisser croire qu'on peut dépenser l'argent comme on veut et sans tirer. De toute évidence, les sociétés d'État, les organismes sans lien de dépendance, appelez-les comme vous le voulez, ont leurs avantages. Il existe des organismes comme l'Agence canadienne d'inspection des aliments, au niveau fédéral, qui permettent de le faire.

Le président: Que pensez-vous de l'idée de faire l'intégration en passant par le conseil, c'est-à-dire d'avoir au sein de cet organe les personnes qui ne travaillent pas pour la province?

Le Dr D'Cunha: Je dirais qu'il faudrait qu'il y ait, en plus des médecins hygiénistes en chef des provinces, d'autres personnes de l'extérieur du gouvernement qui travaillent en santé publique, car c'est essentiel. Je parle notamment de chercheurs universitaires, de certains spécialistes du domaine.

Le Dr Butler-Jones: Une petite anecdote en passant. Le nombre de cas d'hépatite A augmentait, et une nouvelle éclosion s'annonçait tous les dix ans. Presque chaque enfant de moins de 15 ans dans le Nord, dans les collectivités autochtones, contracte l'hépatite A. Quelques-uns en meurent. Nous avons un nouveau vaccin. J'en discutais avec les instances de santé des Premières nations et avec nos instances régionales et il a été décidé qu'une campagne de vaccination coûterait 125 000 \$. Nous avons pris la décision au bout de deux réunions. Nous avons acheté le vaccin et nous avons essentiellement éradiqué l'hépatite A au sein des Premières nations. Je me suis fait taper sur les doigts pour cela. S'il avait fallu passer par la bureaucratie, nous serions encore en train de décider s'il faut que le gouvernement fédéral en paie une partie, parce qu'il s'agit de peuples autochtones et ainsi de suite. Toutefois, c'est un cas isolé, et tous ne peuvent agir ainsi. Nous ne voyons pas tous notre travail ainsi.

Pour ce qui est de la structure consultative, je ne vois pas tant un conseil des médecins hygiénistes en chef pour administrer le centre, bien qu'il s'agisse d'un des groupes liés au fonctionnement de l'organisme, qu'une espèce de conseil consultatif qui inclurait des représentants fédéraux et provinciaux ainsi que certains experts de l'extérieur chargés de voir à la mise en place du centre. En fin de compte, nous ferions rapport au ministre de la Santé, et il existerait des liens avec les processus fédéraux-provinciaux-territoriaux normaux. Toutefois, le conseil serait composé de personnes choisies à cause de leurs points de vue, de leurs compétences et de leur connaissance des grands enjeux auxquels fait face le Canada dans cette tâche immense.

Le sénateur Morin: Voilà qui est fort bien dit.

Le président: Docteur D'Cunha, c'est bien ce que vous tentiez de faire comprendre?

M. Zapp: Wynne Powell, président de notre organisme provincial de santé publique, est à la tête de London Drugs. Il conçoit tout à fait différemment la façon dont nous devrions fonctionner. Par exemple, il a au bout des doigts, quand il commence sa journée le matin, le volume exact des ventes de la veille et des tableaux, toutes les données dont il se sert pour prendre des décisions dans le meilleur intérêt de London Drugs.

My point is that I think we can learn a lot from other industries. Having them around the table, listening to problems that we bring there, and for them to apply technologies and ideas that have proven successful in their market place can be useful in ours.

The Chairman: I realize we indulged on in your time a lot longer than we intended to. Thank you very much.

The committee adjourned.

Ce que j'essaie de dire, c'est que nous avons selon moi beaucoup à apprendre des autres industries. Leur présence à la table où on leur décrirait nos problèmes et où ils pourraient appliquer des technologies et des idées qui ont eu du succès dans leur propre marché pourrait être utile.

Le président: Je sais que nous avons absorbé beaucoup plus de votre temps qu'il n'avait été prévu. Je vous remercie énormément.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES

As an individual:

Dr. David Butler-Jones, Former Chief Medical Officer for Saskatchewan.

From the Ministry of Health and Long-Term Care Ontario:

Dr. Colin D’Cunha, Commissioner of Health, Chief Medical Officer and Assistant Deputy Minister.

From the Institut national de santé publique du Québec (by videoconference):

Dr. Richard Massé, Chief Executive Officer.

From the British Columbia Centre for Disease Control:

M.Ron Zapp, Provincial Executive Director.

TÉMOINS

À titre personnel:

Le Dr David Butler-Jones, ancien médecin hygiéniste en chef de la Saskatchewan.

Du ministère de la Santé et des Soins de long durée Ontario:

Le Dr Colin D’Cunha, commissaire de la santé, médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjoint.

De l’Institut national de santé publique du Québec (par vidéoconférence):

Le Dr Richard Massé, président-directeur général.

Du British Columbia Centre for Disease Control:

M.Ron Zapp, directeur exécutif provincial.