



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

Wednesday, October 8, 2003
Thursday, October 9, 2003

Issue No. 23

Sixth and seventh meetings on:

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 mercredi 8 octobre 2003
Le jeudi 9 octobre 2003

Fascicule n° 23

Sixième et septième réunions concernant:

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

**Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

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

The name of the Honourable Senator Cook substituted for that of the Honourable Senator Trenholme Counsell (*October 3, 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	Léger
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Keon	Rossiter

** 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 Cook est substitué à celui de l'honorable sénateur Trenholme Counsell (*le 3 octobre 2003*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA Wednesday, October 8, 2003
(34)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 6:00 p.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cordy, Keon, Kirby, LeBreton and Morin (5).

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.

WITNESS:

From the University of Toronto:

Dr. John Frank, Professor, Department of Public Health Science, Faculty of Medicine.

At 6:00 p.m., the meeting was called to order and the committee continued an informal discussion with John Frank in public session. Following the completion of his presentation, John Frank answered questions.

At 6:34 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA Thursday October 9, 2003
(35)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 11:00 a.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Corby, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Roche (10).

Other senator present: The Honourable Senator Trenholme Counsell (1).

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.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 8 octobre 2003
(34)

[Français]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 18 heures, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cordy, Keon, Kirby, LeBreton et Morin (5).

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

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 l'étude de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que de la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies de maladies infectieuses.

TÉMOIN:

De l'Université de Toronto:

Le Dr John Frank, professeur, Département des sciences de santé publique, Faculté de médecine.

La séance est ouverte à 18 heures et le comité poursuit une discussion informelle avec John Frank, en séance publique. Après la fin de son exposé, John Frank répond aux questions.

À 18 h 34, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 9 octobre 2003
(35)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 heures, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin et Roche (10).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Trenholme Counsell (1).

Également présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

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.

WITNESS:

From the University of Toronto:

Dr. David Naylor, Dean, Faculty of Medicine.

David Naylor made a presentation and answered questions.

At 1:13 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

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

TÉMOIN:

De l'Université de Toronto:

Le Dr David Naylor, doyen, Faculté de médecine.

David Naylor présente un exposé et répond aux questions.

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

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 8, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 6:00 p.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*]

[*Editor's Note: The following evidence is a continuation of an informal meeting held prior to the commencement of the public meeting.*]

Dr. John Frank, Professor, Department of Public Health Science, Faculty of Medicine, University of Toronto: Senators, you tell me how it would be acceptable, then, for our so-called national system of public health to rely almost entirely, until now, on provincial, territorial and, in Ontario 50 per cent, local municipal tax bases. How could that be right? How could that extremely inegalitarian way of funding public health be expected to leave us with anything but a poor quality of public health services in much of Canada that is remote, northern or poor?

What kind of society would let that happen? Well, it is not deliberate; we were simply not minding the store. We did not think to put public health in the Canada Health Act and so it is not included. Essential public health services are not defined and are not included. I do not need to talk in great detail about the next set of text slides before you because, to be honest, these subjects have been well covered, as of yesterday, by the Naylor report, "Learning from SARS: Renewal of Public Health in Canada." Rather, my job is to tell you that, after reading the report carefully, I cannot disagree with one line. Dr. Naylor has explained the situation incredibly accurately. The diagnosis is right, the prescription looks pretty good to me, but the prognosis for the patient — our system — is guarded.

I welcome your questions, senators.

The Chairman: In respect of your comment on Dr. Naylor's report, where do we begin? One of the difficulties with a prescription that has as many pieces as Dr. Naylor's has, and if we are to begin renewal, is figuring out what the first steps are to be. There is a universal view that something needs to be done quickly, but it is equally true that you cannot do everything quickly. From your perspective, what should we do in 2004?

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 8 octobre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 18 heures pour 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.

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

[*Traduction*]

[*Note de la rédaction: Les présents témoignages font suite à une réunion officielle tenue avant que ne commence la réunion publique.*]

Le Dr John Frank, professeur, Département des sciences de la santé publique, Faculté de médecine, Université de Toronto: Sénateurs, dites-moi donc en quoi il serait acceptable, à ce moment-là, que notre système prétendument national de santé publique ait eu à compter presque entièrement, jusqu'à maintenant, sur l'assiette fiscale des provinces, des territoires et des localités — cela vaut pour 50 p. 100 de l'ensemble, en Ontario. Comment cela se peut-il? Comment peut-on s'attendre à ce que cette façon extraordinairement inégalitaire de financer la santé publique donne autre chose que des services de piètre qualité dans une bonne partie du Canada — dans la mesure où le lieu est éloigné des grands centres, situés dans le Nord ou encore marqués par la pauvreté?

Quelle sorte de société permettrait cela? Eh bien, il n'y a là rien de délibéré; c'est simplement que nous n'avons pas veillé au grain. Nous n'avons pas pensé d'inclure la santé publique dans la Loi canadienne sur la santé; elle n'y figure donc pas. Les services de santé publique essentiels ne sont pas définis — ils ne sont pas inclus. Nul besoin de m'étendre sur la prochaine série de transparents: pour être franc, ce sont des sujets qui ont déjà eu droit à beaucoup d'attention, comme cela a été le cas hier, dans le rapport Naylor — «Leçons de la crise du SRAS: Renouveau de la santé publique au Canada.» Mon travail consiste plutôt à vous dire que, ayant lu le rapport avec soin, je ne saurais être en désaccord avec une seule phrase. Le Dr Naylor a expliqué la situation avec un degré d'exactitude incroyable. Le diagnostic est juste, la prescription me semble bonne, mais le pronostic — c'est notre système qui est le patient — demeure réservé.

Je vous invite à poser vos questions, sénateurs.

Le président: Au sujet de l'observation que vous avez faite au sujet du rapport du Dr Naylor: par où commencer? Une des difficultés que présente une prescription qui comporte tant d'aspects, comme celle du Dr Naylor, et étant donné qu'il faut commencer à renouveler le système de santé, c'est de savoir ce qu'il faut faire en premier. Il est généralement admis qu'il faut faire quelque chose rapidement, mais, tout autant, il est dit qu'on ne peut pas tout faire rapidement. À votre avis, qu'est-ce qu'il faudrait faire en 2004?

Dr. Frank: You need to divide your actions into those things that we cannot actually go through the winter without. That means that we need to rapidly increase the capacity of the influenza surveillance system and response system, which has, as you know, been adapted to deal with SARS, about which we have learned a great deal, and we need to rapidly ensure that measures are in place for whatever comes at us in the next three or four months from Asia, because that is where these things originate. That will not be definitive. The definitive action is in the series of recommendations in the Naylor report. The key to his brilliant analysis and the committee's analysis is that you cannot get those jobs done, such as defining the core functions of public health and, therefore, what the performance measures will be and what the human resource and other implications will be, unless you have an agency of people whose job it is to do that assessment and planning work.

The agency is a *sine qua non*. I think Dr. Naylor got that right. In turn, you cannot have the agency without some enabling legislation, I would assume, although I am not a legal expert. I assume that will take us some time to put in place. I would guess that "months" would be a short estimate. How can you get the work done unless you have the enabling legislation? How can you achieve arm's-length, have scientific quality and attract good people to work in the system when they work inside a ministry that is not regarded by people who have academic credentials in research as an independent line of work for professionals?

The Chairman: To pursue that for a moment, there is a way to start the agency and to have the legislation catch up later — by Order in Council. The legislation could be enabled at a later date. I understand your comment on what needs to be done to get us through the winter. Let us suppose we do that by Order in Council before January 2004. What are the priority items that you would want the agency to do after that?

Dr. Frank: The last two slides before you show the set of tasks. If you do not decide on the core functions of public health that need to be executed in every community by public health across Canada, then how can you proceed? You cannot set standards or look for the evidence base for effective interventions and, therefore, you cannot decide on the kind of programs you will fund with federal grant money.

Assuming that we are able to skip point 2 because the legislative work is proceeding, you can determine, for each kind of program, the performance outcomes, and the evaluation measures for local public health services in terms of their through-put, their impact, their costs and their quality of service. If it is restaurant inspection, that should be pretty straightforward because it is a concrete activity. Ontario has done this, although you would probably want to review the evidence base for each of its mandatory programs because they did not have a great deal of

Le Dr Frank: Il vous faut diviser vos tâches de manière à faire ressortir celles sans quoi on ne saurait passer l'hiver. Cela veut dire que nous devons accroître rapidement la capacité du système de surveillance et de réaction se rapportant à la grippe, qui, comme vous le savez, a été adapté en fonction du SRAS, à propos duquel nous en avons beaucoup appris, et nous devons agir rapidement pour nous assurer d'avoir en place les mesures nécessaires pour contrer les souches de virus asiatique, car c'est de là que viennent ces choses, qui se manifesteront ici dans trois ou quatre mois. Ce ne sera pas là la fin de l'histoire. Pour bien faire, il faut adopter la série de recommandations formulées dans le rapport Naylor. L'élément clé de l'analyse brillante qu'il effectue et de votre analyse à vous au comité, c'est que, pour mettre à exécution les tâches en question, par exemple définir les fonctions essentielles de la santé publique et, par conséquent, les mesures de rendement qui seront utilisées et les ressources humaines et autres conséquences, il faut absolument une agence dont la responsabilité du personnel est le travail de planification et d'évaluation que cela suppose.

L'agence de santé publique est la condition *sine qua non* de tout l'édifice. Je crois que le Dr Naylor a vu juste. Par contre, pour qu'il y ait une agence, il faut qu'il y ait une loi habilitante, je présume, mais je ne suis pas juriste. Je présume qu'il nous faudra un certain temps pour mettre cela en place. J'imagine, en étant optimiste, que cela se chiffrerait en «mois». Comment procéder en l'absence d'une loi habilitante? Comment en arriver à une agence indépendante qui pratique une science de qualité et attire les bons éléments, quand cela se trouve à l'intérieur d'un ministère que les gens ayant la compétence attestée en recherche ne le voient pas comme un lieu où les professionnels peuvent exercer leur métier en toute indépendance?

Le président: Discutons de cela pour un instant encore — il existe une façon de mettre l'agence sur pied en attendant que la loi soit créée — par décret. La loi habilitante pourrait être adoptée plus tard. Je comprends ce que vous dites quand vous dites qu'il faut accomplir certaines tâches pour passer l'hiver. Présumons que nous agissons par décret avant le mois de janvier 2004. Quels sont les points que vous voudriez que l'agence considère comme prioritaires, par la suite?

Le Dr Frank: Les deux derniers transparents exposent la série de tâches en question. Si vous ne décidez pas des éléments fondamentaux qu'il faut mettre en place dans toutes les collectivités du Canada, alors comment procéder? On ne saurait établir des normes ou asseoir les interventions sur des données probantes pour qu'elles soient efficaces, de sorte qu'on ne saurait déterminer le genre de programme qu'il faut financer avec les subventions fédérales.

Présumez que nous pouvons sauter le point 2 du fait que le travail législatif est en marche. On peut déterminer, pour chaque type de programme, les résultats escomptés et les mesures d'évaluation applicables aux services locaux de santé publique — la production, l'impact, les coûts et la qualité du service. Quand il s'agit d'inspecter un restaurant, la tâche est relativement simple, car il s'agit d'une activité concrète. L'Ontario a accompli ce travail, mais vous allez probablement vouloir examiner les données recueillies en rapport avec chacun de ses programmes obligatoires,

scientific, high-level input when they created them with committees of practitioners. All of this will require a mixture of professional work groups, research input, many NGOs, including professional organizations such as those you heard from this afternoon. It is a task that could take one year to do a good job of it.

Luckily, others around the world have amassed the 10,000 to 20,000 scientific papers of reasonable quality that justify most public health core programs. The Americans are spending millions of dollars on it; there is no reason for us to reinvent the wheel.

That takes us to the last bullet on the second last slide: "Earmarked budget allocations and grants system for public health." I side with the Naylor group in concluding that local, provincial and territorial governments are best induced to provide evidence-based programs with money and that the money is to be contingent upon having the program meet evidence-based criteria for content and evaluation. That is why the working groups who set up the core programs must also include the evaluation criteria; otherwise, you cannot write the terms and conditions of the grants.

The new agency is the granting body. You set something up that is not so onerous that poor public health professionals in some rural unit cannot obtain the grant money. You do not want it set up such that the grants are as difficult to obtain as CIHR grants, for example. This is a different kind of grant. However, you do ensure that people get feedback when they do not propose to use evidence-based programming. You do not want them rounding up the fat kids when that is not the way to make an impact on that public health problem. You can also hope that they have had sound advice from local public health professionals or community groups that want to work on the problem and that they are working on it with local public health professionals.

At the top of the next slide, "Workforce planning and development," I state that it must start in parallel. I will not be as polite as the last group. We have dismally failed 90 per cent of the public health workforce — the nurses — in Canada. They did not receive a minimal master's in public health, MPH, level of training. My guesstimate, from being in the field and training people for 20 years in Canada, mostly at the University of Toronto where I ran the largest master's-level program in public health in Canada during the 1980s, is that I would be surprised if 10 per cent of the alleged 12,000 public health nurses in Canada have appropriate public health training in basics at the master's level. Some of them have a master's degree, but not appropriate to public health. They have had to obtain that degree because they

car les responsables du projet ne bénéficiaient pas d'un grand apport scientifique de haut niveau, au moment de créer les programmes de concert avec les comités de praticiens. Pour tout cela, il faut un mélange de groupes de travail professionnels, de données tirées des recherches, de nombreuses ONG, y compris des organismes professionnels comme ceux dont vous écoutez le témoignage cet après-midi. C'est une tâche qui, pour être bien menée, prendrait un an.

Heureusement, les autres instances dans le monde ont accumulé les 10 000 à 20 000 études scientifiques de qualité raisonnable qu'il faut pour justifier la plupart des programmes fondamentaux de santé publique. Les Américains y consacrent des millions de dollars; nous n'avons aucune raison de réinventer la roue.

Voilà qui nous amène au dernier point de l'avant-dernier transparent: «Crédits budgétaires réservés à la santé publique et système de subventions». Je suis d'accord avec le groupe du Dr Naylor quand il dit que c'est l'argent qui incite le mieux les administrations locales, provinciales et territoriales à fournir des programmes fondés sur des données scientifiques établies et que l'attribution de l'argent en question doit être conditionnelle au respect de critères de contenu et d'évaluation fondés sur des données scientifiques établies. C'est pourquoi les groupes de travail qui établissent les programmes de base doivent aussi inclure les critères d'évaluation, sinon, on ne saurait déterminer les conditions applicables aux subventions.

La nouvelle agence est l'organisme subventionnaire. Il faut concevoir une formule qui n'est pas à ce point astreignante que les pauvres professionnels de la santé publique dans quelques unités rurales n'arriveront pas à obtenir la subvention. Il ne faut pas, par exemple, faire en sorte que l'accès aux subventions soit aussi difficile que dans le cas des subventions des IRSC. C'est une autre sorte de subvention. Tout de même, il faut s'assurer de renvoyer des échos aux gens quand ils ne proposent pas des programmes fondés sur des données scientifiques. Il ne faudrait pas que les autorités se mettent à inscrire les enfants obèses, de force, à un programme. Ce n'est pas de cette façon qu'il faut s'attaquer à un problème de santé publique. On peut espérer aussi que les autorités ont droit à des conseils judicieux de la part des professionnels locaux de la santé publique ou des groupes communautaires qui veulent travailler à régler le problème et qu'ils y travaillent effectivement avec les professionnels locaux de la santé publique.

Pour le point qui se trouve au haut du transparent suivant — «Planification et perfectionnement de la main-d'œuvre», j'ai dit que cela doit être entamé parallèlement. Je ne serai pas aussi poli que le dernier groupe. Nous avons manqué lamentablement à notre engagement envers 90 p. 100 des professionnels de la santé publique au Canada — les infirmières. Elles n'ont pas eu droit à une formation minimale en la matière — la maîtrise en santé publique. Au pif, pour avoir évolué sur le terrain et formé des gens depuis 20 ans au Canada, principalement à l'Université de Toronto, où, durant les années 80, j'ai dirigé le plus important programme de maîtrise en santé publique au Canada, je dirais que cela m'étonnerait de savoir que 10 p. 100 des 12 000 infirmières dites «de la santé publique» au Canada ont reçu la formation de

were barred from entry because they did not have the right undergraduate degrees. We have all been complicit in this process. We have to ramp up and provide rapid training programs, for which there are good ideas in the Naylor report. You could induce the universities to do this by that wonderful same inducer that we just described for the provinces and territories — that is, money, which is the only thing that will induce universities to do anything, in my experience. That is crucial. Some challenges are outlined well in the Naylor report in respect of physicians, nutritionists and physical education specialists as well. They are all crucial.

Those are the elements that I wanted to emphasize as the first steps.

The Chairman: That is terrific. I cannot resist reminding all of us that the persuader, the inducer — money — was exactly how medicare began. The provinces were offered 50-cent dollars by the federal government, and they could not say no. As some of you will recall, Nova Scotia and Ontario did not buy in during that first year because they were annoyed and did not think they could afford it, although the political pressure from constituents to take the 50-cent bribe was very high.

Senator Morin: I compliment Dr. Frank on his paper in “The Canadian Journal of Public Health,” in which he congratulates the authors and Senator Kirby. This committee’s work has been noted in a scientific paper and we are hopeful that it will not be lost in the debate.

I am not surprised that Dr. Frank finds this report so remarkable, because he is talking about his boss, Dr. Naylor. We will be certain to tell him that when we see him tomorrow.

For the purpose of those writing the report, could you expand on the influence of the preparedness consortium? I understand this will be the first step for the coming winter. If we decide to include this in our report, we will need the appropriate terms for our wording.

Dr. Frank: I should be pretty modest and say that I no longer work in infectious disease epidemiology; I am not part of the control apparatus. I run the national funding Institute in Population and Public Health Research, so I will not be able to give you everything you require for your report.

Senator Morin: Could you provide us with the exact name?

Dr. Frank: This is not my field and our organization is not involved in that. I am the wrong person to ask, to be honest with you.

base appropriée en santé publique au niveau de la maîtrise. Quelques-unes ont bien un diplôme de maîtrise, mais pas en santé publique. Si elles ont obtenu ce diplôme, c’est que l’accès leur était interdit: elles n’avaient pas fait les bonnes études. Nous avons tous été complices de cela. Nous devons accélérer les choses et prévoir des programmes de formation rapide, au sujet desquels le rapport Naylor propose de bonnes idées. Pour inciter les universités à agir, vous pourriez employer le merveilleux instrument dont il était question plus tôt dans le cas des provinces et des territoires — c’est-à-dire, de l’argent, la seule force qui pousse les universités à faire quoi que ce soit, selon mon expérience. C’est là un élément capital. Certains défis sont bien esquissés dans le rapport Naylor en ce qui concerne les médecins, les nutritionnistes et les spécialistes de l’éducation physique aussi. Tout cela est capital.

Ce sont là les éléments que je voulais souligner comme étant les premières mesures à prendre.

Le président: C’est merveilleux. Je ne peux m’empêcher de rappeler à tous que cette grande force de persuasion — l’argent — est à l’origine, tout à fait, de l’assurance-maladie. Le gouvernement fédéral a offert aux provinces des dollars soldés de moitié, et les provinces n’ont pu refuser. Certains d’entre vous s’en souviendront, la Nouvelle-Écosse et l’Ontario n’ont pas embarqué la première année, car le procédé les irritait et qu’elles ne croyaient pas avoir les moyens de se payer cela, quoique les commettants ont exercé des pressions politiques notables pour que les élus acceptent le pot-de-vin du dollar soldé à 50 cents.

Le sénateur Morin: Je félicite le Dr Frank de l’article qu’il a publié dans «La revue canadienne de santé publique», où il félicite les auteurs et le sénateur Kirby. Les travaux de notre comité ont été remarqués dans une communication scientifique, et nous espérons que le débat ne nous le fera pas oublier.

Je ne suis pas étonné savoir que le Dr Frank juge le rapport remarquable, car il parle de son patron, le Dr Naylor. Nous allons nous assurer de lui dire quand nous le verrons demain.

Pour ceux qui ont rédigé le rapport, pourriez-vous donner des précisions sur l’influence du groupe de travail sur la préparation? Je crois savoir que ce sera là la première mesure à être adoptée en vue de l’hiver. Si nous décidons d’inclure cela dans notre rapport, il nous faudra connaître les termes appropriés pour pouvoir le formuler.

Le Dr Frank: Je devrais faire preuve de modestie et dire que je ne travaille plus dans le domaine de l’épidémiologie appliquée aux maladies infectieuses; je ne fais pas partie de l’appareil de contrôle. Je suis à la tête de l’établissement de financement qui s’appelle Institut de la santé publique et des populations, de sorte que je ne pourrai vous donner tous les éléments d’information dont vous avez besoin dans votre rapport.

Le sénateur Morin: Pourriez-vous nous donner le nom exact?

Le Dr Frank: Ce n’est pas mon domaine, et notre organisation n’a pas affaire à cela. Pour être franc, je dois vous dire que vous ne posez pas la question à la bonne personne.

Senator Morin: You recommend that we should, in the short term, ensure that this exists and is expanded for any problems that may occur this coming winter. Is that your point?

Dr. Frank: Yes. I would suggest that you search out the five or 10 scientists in Canada who are actually experts in surveillance system design and evaluation.

Senator Morin: I understand that this pandemic influenza organization already exists in Canada.

Dr. Frank: Yes. I think you need to be aware that systems of influenza and other disease surveillance have strengths and weaknesses. You need a mixture of systems because some are slow but valid, and others are less valid but fast. If you do not have a creative mix of surveillance, then you will not have early warnings, which are not very reliable, and later warnings, which are very reliable. You need both early and late warnings.

Senator Morin: My second question deals with research. I know that you are head of the IPPH at the Canadian Institutes of Health Research, CIHR. I note in the Naylor report that there is not adequate basic, fundamental research at Health Canada. How do you see this in parallel with CIHR? The same people, more or less, are involved and funded by the agency and by CIHR for the same research. How do you interpret this? You may be critical of Dr. Naylor.

Dr. Frank: I do not think the Naylor report details a way to foster increased capacity for high-quality research in public health. There are a number of hurdles. One is that you cannot do this by simply giving out grants to university and hospital-institute-based researchers, which is, after all, what CIHR does. CIHR's hands are tied. It cannot, for example, give grants directly to Health Canada scientists. It does so when they have a separate university appointment and are part of a team, but there are many constraints. You need to accept that the capacity in Canada's universities — the hospital institutes, of course, are almost irrelevant to this — to do applied public health research has deteriorated steadily. It was never strong in Canada, but it is minimal now.

We have no schools of public health, so the majority of people are doing academic work in departments within medical schools across the country, such as the Department of Public Health Sciences at the University of Toronto. They are not working collaboratively with public health units. There is no money and no staff for that in public health units. In the 1980s, I was involved in many projects with the public health unit in Toronto to investigate outbreaks and write them up. All those things have disappeared, along with the decline of the teaching health unit — but I will not delve deeper into that now.

Le sénateur Morin: Vous recommandez que, à court terme, nous nous assurions d'avoir cela en place et d'y donner de l'ampleur en rapport avec tout problème qui pourrait se présenter durant l'hiver. C'est bien cela?

Le Dr Frank: Oui. Je vous suggérerais d'aller chercher les cinq ou dix scientifiques canadiens qui, de fait, sont des experts de l'évaluation et de la conception des systèmes de surveillance.

Le sénateur Morin: Je crois savoir que cette organisation chargée des pandémies de grippe existe déjà au Canada.

Le Dr Frank: Oui. Je crois que vous devez savoir que les systèmes de surveillance de la grippe et d'autres maladies comportent des points forts et des points faibles. Il faut un mélange de systèmes, car certains sont lents, mais valables, alors que d'autres sont moins valables, mais rapides. Si vous ne dosez pas sagement les éléments de surveillance, vous n'aurez pas droit aux alertes rapides, qui ne sont pas très fiables, ni aux alertes plus tardives, qui, elles, sont très fiables. Il faut les deux.

Le sénateur Morin: Ma deuxième question porte sur la recherche. Je sais que vous êtes directeur de l'ISPP, aux Instituts canadiens de recherche sur la santé, les IRSC. Je note qu'il est dit dans le rapport Naylor qu'il n'y a pas à Santé Canada de recherches fondamentales adéquates. Comment voyez-vous cela, parallèlement aux IRSC? Ce sont, plus ou moins, les mêmes gens dont il est question et qui sont les destinataires des fonds de l'agence et des IRSC, pour la même recherche. Comment interprétez-vous cela? Vous avez le droit de critiquer le Dr Naylor.

Le Dr Frank: Je ne crois pas que le rapport Naylor expose de manière détaillée une façon de favoriser l'accroissement de la capacité de recherche de première qualité en santé publique. Plusieurs obstacles se présentent. Notamment, on n'y arrive pas simplement en remettant des subventions aux chercheurs rattachés à un institut universitaire ou hospitalier, ce que fait, après tout, l'IRSC. Ceux-ci travaillent selon certaines contraintes. Ils ne peuvent pas, par exemple, remettre des subventions directement à des scientifiques de Santé Canada. Ils le font quand la personne occupe un poste universitaire distinct et fait partie d'une équipe, mais les contraintes sont nombreuses. Il faut accepter le fait que la capacité qu'ont les universités du Canada — les instituts hospitaliers, bien entendu, n'ont presque rien à voir avec cela — de faire des recherches appliquées en santé publique se détériore constamment. Cela n'a jamais été un point fort au Canada, mais nous en sommes au point où cela est réduit aujourd'hui à peu de chose.

Nous n'avons pas d'écoles de santé publique, de sorte que la plupart des gens font du travail de recherche dans divers départements des facultés de médecine disséminés au pays, par exemple le Département des sciences de la santé publique à l'Université de Toronto. Ils ne travaillent pas encore en collaboration avec les unités de santé publique. Les unités de santé publique n'ont ni l'argent ni le personnel voulu pour cela. Durant les années 80, à l'unité de santé publique, à Toronto, j'ai participé à de nombreux projets visant à faire la lumière sur les épidémies de maladies infectieuses et à en dresser le bilan. Tout cela est disparu, suivant le déclin de l'enseignement en santé publique — mais je ne m'étendrai pas là-dessus aujourd'hui.

Those structures have to be rebuilt, but in the interim you have to build in-house intramural capacity in this new agency. You cannot ramp up people who know about public health in the universities fast enough because there just are not enough of them. You have to take people who have done fieldwork and upgrade their research skills.

Many of them are hungry for it and they would love to analyze some of the data from the SARS outbreak but they have not received the training to do it, as I said earlier. There will be an important role for the CIHR to fund research in the usual way. My institute is committed and has already built bridges between academia and the field, so that we have more partnered — collaborative — activities.

Currently, the field is so dismally weak in its research capacity throughout English Canada — it is quite a bit better in Quebec — that they cannot even collaborate on a grant. Most of them do not write grants; they do not know how to write grants; they do not have time to write grants; and they do not have time to even turn around. Their budgets are cut each year in real dollar terms. Until we fix that, you cannot have integrated applied research that links public health practice to research strengths in the universities.

Senator LeBreton: I will take the bait on a question that you threw out when you talked about one world and no borders. You then talked about your own experience in epidemiology in tropical diseases back in the 1980s. You said that you did not stay in that field and moved on to another field.

If we are into one world, no borders, what happened in our system that would discourage someone like you enough that you would leave an area of work where, obviously, an emerging illness, disease or even biological warfare was merely an airplane of passengers away? How did that happen? How should we fix it? Obviously, this area should have been growing instead of diminishing.

Dr. Frank: The answer is disarmingly simple: the same lack of infrastructure that could use the research that a person produced. If there is no infrastructure to use the research, a person such as an applied researcher loses heart. In other words, publishing papers, which I did in the 1980s in infectious disease and other forms of epidemiology to influence public health practice, fell on deaf ears. As I have already told you, less than 10 per cent of the staff in public health units across the country were able to critically read a scientific paper or were able to find the time to do so. There was no investment in the action arm of public health practice to keep it up to date, provide it with continuing education. People out there were trained 30 or 40 years earlier and did not know even how to do a chi square. How were they to understand my papers about logistic regression? I realized that the gap was hopeless and I may as well move into a field where there

Il faut rebâtir ces structures, mais, dans l'intervalle, vous allez devoir créer une capacité intramurale interne, dans cette nouvelle agence. On ne saurait rassembler assez rapidement dans les universités les gens qui en savent un peu à propos de la santé publique: ils ne sont tout simplement pas assez nombreux. Il faut prendre des gens qui ont travaillé sur le terrain et leur permettre de parfaire leurs compétences en recherche.

Bon nombre sont tout à fait disposés à le faire et seraient très heureux d'analyser certaines des données se rapportant à la crise du SRAS, mais ils n'ont pas reçu la formation voulue pour le faire, comme je l'ai déjà dit. Ce sera là un rôle important des IRSC: financer la recherche de la façon habituelle. Mon institut est dévoué à la tâche et a déjà jeté les ponts entre le monde universitaire et les praticiens, de sorte que nous réalisons davantage d'activités de collaboration.

À l'heure actuelle, la capacité de recherche dans le Canada anglais est tellement faible — c'est nettement mieux au Québec — que les gens ne peuvent même pas collaborer pour obtenir une subvention. La plupart ne rédigent pas de demandes de subventions; ils ne savent pas comment s'y prendre; ils n'ont pas le temps de le faire; et ils n'ont pas le temps même de se retourner. Leur budget, en dollars réels, est réduit tous les ans. Tant qu'on n'aura pas réglé ce problème, on ne saurait intégrer les recherches appliquées de manière à relier les praticiens de la santé publique aux bons chercheurs des universités.

Le sénateur LeBreton: À propos de la question où vous avez parlé d'un monde unique et de l'absence de frontières, je vais mordre à l'hameçon. Vous avez parlé ensuite de votre propre expérience en épidémiologie appliquée aux maladies tropicales durant les années 80. Vous dites que vous n'êtes pas resté dans ce domaine, que vous êtes passé à autre chose.

Si nous vivons dans un monde unique où les frontières ne valent pas, qu'est-ce qui a pu arriver à notre système pour décourager quelqu'un comme vous au point où vous décidez de quitter un domaine où, de toute évidence, la possibilité d'une nouvelle maladie ou même d'une guerre biologique est aussi proche que le passager qui s'amène sur le prochain vol à l'aéroport? Comment cela se fait-il? Comment devrions-nous régler le problème? Visiblement, c'est un secteur qui aurait dû croître plutôt que de rétrécir.

Le Dr Frank: La réponse est d'une simplicité désarmante: c'est le même manque d'infrastructures susceptibles d'employer la recherche que produit une personne. S'il n'y a pas d'infrastructures pour employer la recherche, la personne qui s'adonne à la recherche appliquée perd courage. Autrement dit, la publication de communications scientifiques, comme je l'ai fait dans les années 80 dans le domaine des maladies infectieuses et en rapport avec d'autres aspects de l'épidémiologie en vue d'influer sur la santé publique, a été comme un coup d'épée dans l'eau. Comme je vous l'ai déjà dit, moins de 10 p. 100 du personnel des unités de santé publique du Canada est parvenu à jeter un regard critique sur une communication scientifique ou encore à trouver le temps d'en faire la lecture. On n'a rien investi pour que le secteur d'intervention de la santé publique demeure d'actualité, il n'y a pas eu d'éducation permanente. Le personnel en place avait été

was at least a serious effort to apply research to the problems of workplace health. The money for that was coming from the insurer — worker's compensation public insurers — because they knew they needed some advice to fix the problem. You can see how the circularity creates a lack of incentive to go into a field, for applied people.

Senator LeBreton: If we had had a centre for disease control that could actually take information, they would have valued your work in such a structure. What do we do now that we are in this situation and we require this? Do we piggy-back on other world organizations under the theory of the world has no borders? Should we try to reconstruct a system? Other witnesses talked about SARS in November 2002 that did not come to the public attention until March 2003. That is a scary thought. How many other illnesses are out there like a ship lurking offshore with no captain?

In the perfect world where you would be able to correct the situation, what would you do?

Dr. Frank: You have no choice. You have to create an agency that has admirable and desirable career trajectories, just as the Naylor report recommends. I will have a hard time convincing a certain brilliant young Canadian working on his doctorate in informatics, having already attained his master's in epidemiology, to return to Canada. He is a specialist in surveillance and modern software for detecting new patterns of illness or injury in gigantic, routinely collected health insurance databases. How can I get him to return to Canada if the only job available to him is getting grants and writing papers in a university department with no receptor node in an agency that can actually make things happen in the system? How could he want to work in the public health system when many of the jobs in the health branch would be supervised by someone without his level of scientific expertise?

If you work in any of the public health unit positions, you can be fired any time the board disagrees with you. So, you move down the road to the next health unit and start from scratch with the usual gang of 30 to 50 nurses, one nutritionist, four inspectors, three administrators and one person with a master's degree. That is not a career ladder and is not a system. To bring someone with such expertise back to the system, we need to tell him that we need him and that we will provide him with a system in which his

formé 30 ou 40 ans auparavant; il ne savait même pas comment s'y prendre pour faire un chi-carré. Comment voulait-on qu'il comprenne mes communications à propos de la régression logistique? Je me suis rendu compte qu'il était inutile d'espérer que l'écart ainsi noté soit comblé; autant m'engager dans un domaine où il y avait tout au moins un effort digne de ce nom de consacré à la recherche appliquée visant à résoudre les problèmes de santé en milieu de travail. L'argent voulu provenait de l'assureur — l'État responsable des indemnités des accidents du travail — parce que les gens savaient qu'ils avaient besoin de conseils en vue de régler le problème. Vous voyez que, pour les gens qui s'intéressent à la recherche appliquée, la circularité du phénomène a un effet dissuasif.

Le sénateur LeBreton: Si nous avons eu un centre de lutte contre les maladies qui prenait vraiment l'information en question, votre travail aurait été valorisé, dans une telle structure. Que pouvons-nous faire maintenant, maintenant que nous sommes dans cette situation et que nous avons besoin de cela? Faut-il prendre simplement les travaux d'autres organisations dans le monde, en présumant que les frontières n'ont ici aucune pertinence? Faut-il essayer de reconstruire un système? D'autres témoins ont parlé du SRAS en novembre 2002, sans que cela ne soit porté à l'attention du public, avant mars 2003. C'est une idée qui fait peur. Combien d'autres maladies y a-t-il au large des côtes, tapies à l'horizon, comme un bateau sans commandant?

Dans le monde idéal où il serait possible de corriger la situation, que feriez-vous?

Le Dr Frank: Vous n'avez pas le choix. Vous devez créer une agence qui est fondée sur des desseins admirables et souhaitables, tout comme il est recommandé dans le rapport Naylor. J'aurai de la difficulté à persuader un brillant jeune Canadien qui travaille à son doctorat en informatique et qui a déjà sa maîtrise en épidémiologie de revenir au Canada. Il est spécialisé en logiciels de surveillance et logiciels modernes pour la détection de nouveaux schèmes de maladies ou de blessures dans de gigantesques bases de données établies à partir des informations recueillies de façon courante dans le domaine de l'assurance santé. Comment vais-je le persuader de revenir au Canada si le seul poste qui lui est offert, c'est celui où il essaie d'obtenir des subventions et rédige des communications dans un département universitaire, sans être branché sur une agence qui, dans les faits, peut agir concrètement dans le système? Pourquoi voudrait-il travailler dans le système de santé publique, là où le travail, dans un grand nombre des postes du secteur de la santé sont assujettis à la surveillance de quelqu'un qui n'a pas le niveau d'expertise scientifique du titulaire du poste?

Si vous occupez un poste quelconque dans une unité de santé publique, le conseil, s'il n'est pas d'accord avec vous, peut vous congédier à tout instant. Voilà donc que vous vous installez dans l'unité de santé suivante, puis vous repartez à neuf, avec le groupe habituel composé de 30 à 50 infirmières, d'une nutritionniste, de quatre inspecteurs, de trois administrateurs et d'un titulaire de maîtrise. Beau cheminement professionnel, beau système. Pour que quelqu'un qui a une telle expertise revienne au système, nous

research will be put to use to improve the health of Canadians. There must be some serious infrastructure and an agency such as that could provide that infrastructure.

Senator LeBreton: That is an extremely compelling answer. Thank you for that.

Senator Keon: If one were simply to implement the recommendations of Dr. Naylor's report, that would be close to achieving what everyone has been advocating for a long time. There is no question about that.

However, there are a couple of areas where they may have lapsed back to what went on rather than what should go on. Under 12B.11, "Clinical and Local Public Health Issues," of the report, it states, in part, the following:

The CEOs of hospitals and health regions should ensure that there is a formal Regional Infectious Disease Network.

Further on, the report continues as follows:

The CEO of each hospital or health region should ensure that each hospital's protocol for outbreak management incorporates an understanding of the hospital's interrelationships with local and provincial public health authorities.

And that is fine, because they should do that.

In reality, those of us in hospitals when the disease broke out were receiving information from half a dozen places, and no one seemed to be in charge. In respect of the implementation of the ultimate plan and who determines that, Dr. Naylor's report is close and should be supported. We do not need to reinvent the wheel; the ultimate plan has to come from the top. What do you think? I do not think we can depend on goodwill and someone not stepping on someone else's toes.

Dr. Frank: I think you are right. It is widely acknowledged in public health, but uncomfortable to say in public, that the closer you are to a catastrophic emergency the closer you need to be to military chains of command.

You also need to ensure that the people at the top are highly trained and have access to superb advice; there is no question about that. That is the proposal for the chief public health officer of Canada.

However, you have to give that person emergency powers, which were discussed by the CMA, that would allow the individual to do what has been determined in collaboration with advisors, that which is necessary in an extreme circumstance. If the hospital's board objected, then that would be too bad for the board. It is not a popular concept, but I think it is the right one.

devons lui dire que nous avons besoin de lui et que nous avons un système où ses recherches seront utilisées pour améliorer la santé des Canadiens. Il faut une infrastructure digne de ce nom et une agence comme celle dont il est question ici qui est apte à mettre en place une telle infrastructure.

Le sénateur LeBreton: Voilà une réponse tout à fait convaincante. Merci.

Le sénateur Keon: Il suffirait de mettre en place les recommandations du rapport du Dr Naylor pour que nous arrivions presque à ce que tout le monde préconise depuis longtemps. Cela ne fait aucun doute.

Tout de même, il y a bien quelques cas où ils sont revenus à l'ancienne façon, plutôt que d'adopter la mesure judicieuse. Au point 12B.11, «Questions touchant les systèmes cliniques et de santé publique», dans le rapport, on peut lire ce qui suit:

Les directeurs généraux d'hôpitaux et les régions sociosanitaires devraient veiller à ce qu'un Réseau régional des maladies infectieuses soit officiellement mis en place [...]

Plus loin, les auteurs du rapport poursuivent:

Le directeur général de chaque hôpital ou région sociosanitaire devrait s'assurer que les interrelations des hôpitaux avec les autorités du Service de santé publique aux niveaux local et provincial sont clairement établies dans le protocole de chaque hôpital pour la gestion des épidémies.

Et c'est très bien, car ce sont des mesures qu'il faudra adopter.

En réalité, ceux parmi nous qui travaillaient dans un hôpital au moment où la flambée du SRAS a eu lieu recevions des informations d'une demi-douzaine de lieux, sans que personne ne semble être officiellement responsable de la situation. Pour ce qui est de la mise en œuvre du plan ultime et de savoir qui détermine cela, le rapport du Dr Naylor est près du but et devrait bénéficier d'appuis. Nous n'avons pas besoin de réinventer la roue; le plan ultime doit venir des instances supérieures. Qu'en pensez-vous? Je ne crois pas que nous puissions dépendre de la bonne volonté des gens et croire que les uns ne brusqueront pas les autres.

Le Dr Frank: Je crois que vous avez raison. Il est largement reconnu, en santé publique, mais il est difficile de le dire en public, que plus on s'approche d'une urgence catastrophique, plus il faut une chaîne de commandement de type militaire.

Il faut s'assurer que les gens des hautes sphères sont très bien formés et qu'ils ont accès à des conseils extraordinaires; cela ne fait aucun doute. D'où le projet d'établissement du poste de médecin hygiéniste en chef du Canada.

Par contre, il faut que la personne en question détienne des pouvoirs d'agir en cas d'urgence, dont il a été question à l'AMC, et qui lui permettrait d'agir comme convenu de concert avec des conseillers, ce qui s'impose dans les circonstances extrêmes. Si le conseil d'administration de l'hôpital s'oppose à la mesure envisagée, alors tant pis pour lui. Ce n'est pas une idée populaire, mais je crois que c'est la bonne.

Senator Cordy: It has been an interesting dialogue this afternoon. One of my questions concerns vaccination for the control of infectious diseases. You have listed that as a success story of our efforts. Have we become a bit complacent about vaccination? I used to teach elementary school, and many years ago, to gain entry to schools in Nova Scotia, a student had to be vaccinated. Parents had to prove that their children had been vaccinated before they could enter the classroom. Now, however, you may choose to vaccinate or to not vaccinate you children. The schools accept students either way.

For a long time before SARS, we had not had such outbreaks. Has society become complacent in respect of inoculations?

Dr. Frank: I want to distinguish two things: We need to be able to count precisely, and know which ones they are, those children who are not fully vaccinated. We need to do that long before they go to primary school, for the reason I have given. When a measles outbreaks occurs, you need to find them and tell the parents so the they can do the right thing, concerning the cases of those diseases that are directly transmitted.

You may not be aware that no court in the Western World has upheld the state's right to require vaccinations in order to gain entry to schools. However, it is the right of the parents or guardians to have a fully informed, consent-based waiver for religious, medical or conscientious reasons. We explain to people that, because of that status, which is their right, their child will be sent home immediately if there is indication of an outbreak in the environment of the disease against which the child is not vaccinated, such as measles. This has a two-fold effect. First, it provides a mild disincentive; however, more important, it helps to stop the outbreak because the kids who can transmit the disease efficiently are being sent home. That is the way in which we now have to handle these situations.

You have caused me to remember something I did not say, but as an experienced teacher you could corroborate this. There is a problem in the population. Our culture has an increasing minority of people who, for reasons that are not too scientific but are aided and abetted by an enormous amount of non-scientific materials emanating from the United States, almost entirely, believe that vaccines are harmful. They believe that vaccines cause autoimmune disease, which is not true. These people are quite strong in their beliefs and many of them have advanced education. We are doing nothing thoughtful about this in the sense of trying to have an open dialogue with them so that they could at least understand that the tetanus toxoid is not in the same category as a live viral vaccine. It would be important to at least reduce their children's liability, somewhat.

Le sénateur Cordy: Nous avons eu cet après-midi un débat très intéressant. Une de mes questions porte sur la vaccination en vue de la lutte contre les maladies infectieuses. Vous avez dit qu'il s'agissait là d'un exemple fructueux de nos efforts. Sommes-nous devenus un peu complaisants face à la vaccination? J'ai déjà enseigné à l'école élémentaire, et, il y a de cela longtemps, pour entrer à l'école en Nouvelle-Écosse, il fallait que l'élève soit vacciné. Les parents devaient prouver que leurs enfants avaient été vaccinés avant qu'ils puissent entrer dans une salle de classe. Aujourd'hui, par contre, on peut choisir de faire vacciner ou de ne pas faire vacciner ses enfants. Les écoles acceptent les enfants de toute manière.

Pendant longtemps, avant le SRAS, nous n'avions pas de telles flambées. Notre société est-elle devenue complaisante en ce qui concerne l'inoculation?

Le Dr Frank: J'aimerais distinguer deux choses: il nous faut être en mesure de dénombrer avec exactitude les enfants qui n'ont pas reçu tous les vaccins voulus — savoir qui ils sont. Il nous faut pouvoir faire cela bien avant qu'ils fréquentent l'école primaire, pour la raison que j'ai donnée. Quand il y a une flambée de rougeole, il faut pouvoir les trouver et le dire aux parents pour qu'ils fassent ce qu'il faut, dans les cas où la maladie est transmise directement.

Vous ne savez peut-être pas qu'aucun tribunal, dans le monde occidental, n'a confirmé le droit qu'aurait l'État d'exiger que les enfants soient vaccinés avant qu'ils ne puissent entrer à l'école. Par contre, les parents ou tuteurs ont le droit, eux, de signer, en connaissance de cause, une formule de renonciation aux vaccins, pour des raisons religieuses, médicales ou de conscience. Nous expliquons aux gens que, étant donné l'état de l'enfant, même si c'est leur droit de ne pas le faire vacciner, l'enfant sera envoyé à la maison immédiatement s'il y a signe d'une flambée de la maladie contre laquelle l'enfant n'a pas été vacciné, par exemple la rougeole. Cela a un effet double. Premièrement, cela a un léger effet de dissuasion; par contre, ce qui est plus important, cela aide à stopper la flambée, puisque les enfants qui sont susceptibles de transmettre la maladie sont envoyés à la maison. C'est de cette façon maintenant qu'il faut composer avec de telles situations.

Vous m'avez rappelé quelque chose que je n'ai pas dit, mais, en tant qu'enseignant chevronné, vous allez peut-être pouvoir le confirmer. C'est un problème qui se manifeste au sein de la population. Notre culture compte une minorité croissante de gens qui, pour des raisons qui ne sont pas très scientifiques, mais qui peuvent être expliquées par l'existence d'une quantité effarante de documents non scientifiques provenant, presque toujours, des États-Unis, croient que les vaccins sont nuisibles. Ils croient que les vaccins causent des maladies auto-immunes, ce qui n'est pas vrai. Ces gens, dont certains ont fait des études avancées, y croient dur comme fer. Or, nous ne faisons rien de réfléchi à cet égard, c'est-à-dire que nous n'essayons pas d'avoir avec eux un dialogue honnête, pour qu'ils puissent tout au moins comprendre que l'anatoxine tétanique n'entre pas dans la même catégorie qu'un vaccin viral vivant. Il importe tout au moins de réduire quelque peu la vulnérabilité de leurs enfants.

That is an important new problem and it fits with your concerns. It is one area that a good public health system would remain on top of and it is a great reason to make the investment.

Senator Cordy: Dr. Frank, you talked about youth obesity. We have done a great job with some things through the combined efforts of the health care and education systems. Anti-smoking comes to mind as a big one, but obesity is a tough one. I used to notice that many of the kids who most needed the exercise brought notes from their parents every day physical education was on their schedule, to be excused from that class. It is a catch-22 situation, in that they did not want to go to gym class because they could not do it.

My next comment deals with a comment from a previous witness, Mr. Rob Calnan, who said that infection control practices are not necessarily what they have been. Senator Keon said that the rate of infection went down during the SARS crisis. What do we do?

You talked about the training of public health practitioners in general things such as hand-washing machines for cleanliness outside the rooms, or for masks, if need be, or even for the isolation of patients who may have infectious diseases. Do we need to return to the area of training to reinforce those kinds of skills within health care individuals and practitioners?

Dr. Frank: As you may be aware, a large report by the Institute of Medicine in the United States looked carefully at how we reduce injuries to patients because of bad care. We are doing a study in Canada to estimate the rates of so-called "care-caused" injury and illness. That report pointed out that you must be sophisticated about the systems required given that to err is human. You cannot expect error-free practice, and this is only one aspect of that. There is always room for improvement in the area of infection control, but doing so is much more than simply educating practitioners. You must have reminder systems in place and extremely accessible and pleasant-to-use washing facilities. You must have incentives and a cultural shift to achieve that. It is no different from preventing medication errors. It is all about the same thing. It is actually the entire field of occupational health and safety, if you want my opinion. It is no different than wanting to prevent accidents in a factory. It is a big, multi-pronged package of elements, and education is one part but not the most important part.

We either get serious about this or else. Dr. Keon's wonderful story illustrates that we could do better. Somehow, people had the fear of God in them and behaved differently, resulting in benefits.

C'est un problème nouveau, et important, qui correspond à vos préoccupations. C'est là un des champs d'action où un bon système de santé publique exercerait sa vigilance, et c'est une bonne raison de faire l'investissement prévu.

Le sénateur Cordy: Docteur Frank, vous avez parlé de l'obésité chez les jeunes. Nous avons fait un merveilleux travail en rapport avec certaines choses grâce aux efforts combinés du système de santé et du système d'éducation. La lutte au tabagisme représente un cas important, mais celui de l'obésité est plus difficile. À l'époque où j'enseignais, je remarquais que bon nombre des enfants qui avaient le plus besoin de faire de l'exercice amenaient une note de leurs parents tous les jours où il y avait de l'éducation physique, pour en être dispensés. C'est un cercle vicieux: ils ne voulaient pas faire de l'éducation physique parce qu'ils n'en étaient pas capables.

Ma prochaine observation concerne un commentaire fait par un témoin précédent, M. Rob Calnan, qui a dit que les pratiques de lutte contre les infections ne sont pas forcément ce qu'elles étaient auparavant. Le sénateur Keon a fait remarquer que le taux d'infection a baissé durant la crise du SRAS. Que devons-nous faire?

Vous avez parlé de la formation des praticiens de la santé publique à des trucs généraux comme l'utilisation de lave-mains à l'extérieur des chambres d'hôpital ou l'utilisation de masques, si cela est nécessaire, voire l'isolement des patients qui ont peut-être une maladie infectieuse. Faut-il revenir à la mise en place de formation pour renforcer ce genre de pratiques chez les praticiens et professionnels de la santé?

Le Dr Frank: Comme vous le savez peut-être, un rapport volumineux du Institute of Medicine aux États-Unis a approfondi la question de savoir comment réduire chez les malades les cas de blessures attribuables à de mauvais soins. Nous procédons au Canada à une étude visant à estimer les taux de maladies et de blessures où les soins eux-mêmes sont en cause. Le rapport en question a souligné la nécessité, l'erreur étant humaine, de bien connaître les systèmes. On ne saurait s'attendre à une pratique qui est tout à fait libre d'erreur, et ce n'est là qu'un aspect des choses. Le domaine de la lutte contre les infections demeure perfectible, mais il ne s'agit pas simplement d'éduquer les praticiens. Il faut avoir en place des systèmes de rappel et des installations de lavage extrêmement accessibles qu'il est agréable d'utiliser. Il faut des mesures incitatives et un changement des mentalités pour y arriver. C'est la même chose que ce que l'on fait pour prévenir les erreurs dans l'administration des médicaments. Tout cela revient à la même chose. C'est du domaine entier de la santé et de la sécurité au travail dont il est question, si vous voulez mon avis. C'est comme si on voulait prévenir les accidents dans une usine. C'est un gros ensemble qui comporte toute sorte d'éléments, et l'éducation en constitue une partie qui n'est toutefois pas la partie la plus importante.

Nous devons commencer à envisager cette question avec sérieux, sinon ça ira mal. La merveilleuse histoire du Dr Keon illustre le fait que nous pourrions faire mieux. D'une façon ou

We may not have the benefit of the fear of God each day, but let us determine what we could get that would be humane and effective.

The Chairman: I have one last question that senators have been debating around the table. I will arbitrarily pick the number of \$200 million, which equates the number in grants and contributions the Population and Public Health Branch now gives.

That money goes to an amazing total number of organizations. There is no recipient over \$4 million or \$5 million, but there are many under \$1 million. From the point of view of maximizing the impact on the health of Canadians, if you had \$200 million, would you focus that amount on continuing the current strategy of small bits and pieces to many people or would you focus the amount on one, two or three major issues, thereby allocating the resources in a much more macro way to a limited number of targets?

Dr. Frank: That is a great question. Let us assume for a minute that we will not have other monies in the short run. I do not think you can give out monies in a way that is fundamentally to keep political peace.

The Chairman: We can give out money in such a way, and we do just that.

Dr. Frank: I do not think we can continue to do it.

The Chairman: We should not do that.

Dr. Frank: That is correct, especially when the basic public health core services and programs are in tatters and completely inadequate in much of the country geographically. Let us get that list of core programs that we know, from the literature, are effective when properly executed. Let us use most of the money to put those in place first and then determine what is left over.

Some interventions require community organizations and NGOs so that they will work. A good example of that is the after-school activity program for teens. Now, I am not suggesting that government should do it all; we need to partner. However, if we dribble bits of money to everyone who asks, just to keep them quiet, that is not strategic, because no one would be minding the store around the core of public health services.

The Chairman: I understand the political difficulty of doing it, but the reality is such that my investigations have shown that the money is spent on keeping many people happy, comfortable or off our back; the spending is not strategic.

d'une autre, une sainte terreur s'est emparée des gens, qui ont adopté une conduite différente, d'où les avantages notés. Cette sainte terreur ne nous profite peut-être pas tous les jours, mais, quand même, déterminons les mesures efficaces et bienfaitantes que nous pourrions adopter.

Le président: Je poserai en dernier une question dont les sénateurs ont débattu. Je choisirai arbitrairement le chiffre: 200 millions de dollars, pour dire que cela équivaut au montant des subventions et contributions que verse actuellement la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

L'argent en question est réparti entre un nombre effarant d'organisations. Aucun destinataire n'a droit à plus de quatre ou cinq millions de dollars, et bon nombre reçoivent moins d'un million de dollars. Si on veut maximiser l'impact sur la santé des Canadiens, et que l'on dispose de 200 millions de dollars, faut-il continuer d'appliquer une stratégie qui se fonde sur l'idée de remettre de nombreux petits fragments à un grand nombre de personnes, ou encore faut-il choisir une, deux ou trois grandes questions, de manière à attribuer les ressources de façon plus générale, au profit d'un nombre limité de destinataires?

Le Dr Frank: C'est une question merveilleuse. Présumons pour un instant que nous n'avons plus d'argent à court terme. Je ne crois pas qu'on puisse remettre des sommes d'argent d'une façon qui, fondamentalement, vise uniquement à préserver la paix sur le plan politique.

Le président: Nous pouvons bien donner de l'argent de cette façon, et nous le faisons, justement.

Le Dr Frank: Je ne crois pas que nous puissions continuer de le faire.

Le président: Nous ne devrions pas faire cela.

Le Dr Frank: Voilà, surtout que les programmes et services essentiels de santé publique sont dans un état pitoyable, qu'ils ne suffisent pas du tout à répondre aux besoins dans une grande partie du pays, sur le plan géographique. Prenons la liste des programmes de base dont on sait, d'après la documentation, qu'ils sont efficaces dans la mesure où ils sont exécutés correctement. Prenons la majeure partie de l'argent pour la consacrer à cela en premier, et, ensuite, voyons ce qu'il reste.

Pour que certaines interventions marchent, il faut faire appel à des organismes communautaires et à des ONG. Les programmes d'activités parascolaires pour adolescents en sont un bon exemple. Bon, je ne laisse pas entendre que l'État devrait tout faire; il faut des partenaires. Par contre, si nous éparpillons ça et là de petites sommes d'argent au profit de tous ceux qui en font la demande, tout simplement pour acheter la paix, cela n'a rien de stratégique: personne ne veille au grain, et c'est l'essentiel des services de santé publique qui en souffrent.

Le président: Je conçois qu'il soit difficile d'agir ainsi pour des raisons politiques, mais, en fait, et ma propre enquête me l'a laissé voir, l'argent sert souvent à acheter le contentement ou la complaisance des gens; ce ne sont pas des dépenses stratégiques.

Dr. Frank: I have not looked at it, but it sounds like what I would expect.

The Chairman: You would be stunned if the spending were the other way around. Thank you, Dr. Frank, for appearing this evening.

Dr. Frank: Good luck with your deliberations.

The committee adjourned.

Le Dr Frank: Je n'ai pas examiné la situation, mais il me semble que je m'attendrais à cela.

Le président: Vous seriez ahuri de savoir que les dépenses ont plutôt pris le chemin inverse. Merci, docteur Frank, de venir comparaître ce soir.

Le Dr Frank: Bonne chance dans vos délibérations.

La séance est levée.

OTTAWA, Thursday, October 9, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:00 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: Honourable senators, we are here today to hear from Dr. Naylor, the Dean of Medicine at the University of Toronto. He released on Tuesday a truly outstanding report on the issue of public health in Canada. We are delighted that he agreed to spend some time with us this morning to talk about his recommendations and the steps that ought to be taken to begin to move from, essentially, the report stage to the implementation stage. There is certainly a consensus around this table that the time for talking is over and the time for action is here.

One of the witnesses yesterday put it very cleverly. One honourable senator asked when action should begin. The response was, if not now, then when? That is exactly where the committee is.

Dr. Naylor, thank you very much for coming. We are overawed, not only by the quality of the document, but also by the speed with which you were able to produce it. We have always been proud of how quickly we produce documents, but you beat us by a wide margin in terms of the speed and the volume. It is truly an outstanding document.

Dr. David Naylor, Dean, Faculty of Medicine, University of Toronto: Honourable senators, thank you for the privilege of appearing before you this morning. I also wish to congratulate this committee on its outstanding work in the health sphere. Many of us who work in health care or public health have been very impressed with the committee's output over the years and have been inspired and guided by it. Thank you for that.

OTTAWA, le jeudi 9 octobre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 heures pour poursuivre son étude en vue d'en faire rapport 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.

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

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, nous sommes réunis aujourd'hui pour entendre le témoignage du Dr Naylor, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto. Il a publié mardi un rapport exceptionnel sur la question de la santé publique au Canada. Nous sommes ravis qu'il ait accepté de venir nous entretenir ce matin de ses recommandations et des mesures qui devraient être prises afin de passer de l'étape du rapport à celle de la mise en oeuvre. Je suis persuadé que tous ceux qui sont ici présents s'accordent pour dire que le moment est venu d'agir.

L'un des témoins que nous avons entendus hier l'a d'ailleurs très bien exprimé. À l'un des sénateurs qui lui demandait quand les nouvelles mesures devraient entrer en action, il a répondu, si nous ne commençons pas dès maintenant, alors quand? C'est exactement la position du comité.

Docteur Naylor, merci beaucoup de vous être déplacé. Nous sommes plus qu'impressionnés, non seulement par la qualité du document, mais aussi par la rapidité avec laquelle vous avez réussi à le produire. Nous avons toujours tiré une certaine fierté de la diligence avec laquelle nous produisons nos propres rapports, mais vous nous avez battus par une grande longueur d'avance pour ce qui est de la vitesse et du volume. Il s'agit véritablement d'un rapport exceptionnel.

Dr David Naylor, doyen, Faculté de médecine, Université de Toronto: Honorables sénateurs, je vous remercie du privilège que vous me faites en me demandant de comparaître devant vous ce matin. Je tiens aussi à féliciter ce comité pour son travail extraordinaire dans le domaine de la santé. Nous sommes nombreux parmi ceux qui travaillons dans les soins de santé ou la santé publique à avoir été très impressionnés par les travaux réalisés par le comité au fil des années et nous en tirons une source d'inspiration. Merci de vos efforts.

Two days ago we released the report that the chairman has kindly described in positive terms. I want to return to a couple of the messages from the day of the release because they are evergreen messages.

All of us who served on the committee offer our condolences to the 44 families who lost loved ones to SARS and our sympathies to those who fell ill and the countless individuals whose lives were turned upside down or affected in many adverse ways by this outbreak.

We also want to thank and salute all the public health care personnel and workers for their efforts in containing the outbreak. They showed great courage in the face of an unknown threat. I cannot emphasize enough that seldom in the history of medicine, health care or public health have we had a situation where a new disease appeared, spread so quickly and was characterized so rapidly. We have not had a situation in recent history in this country where a disease took such a toll on health care workers and wore down public health care personnel so completely.

I also want to acknowledge the general public. With remarkably few exceptions, Canadians conducted themselves well during an extremely anxious period. We can all take some pride in that.

As I have said repeatedly on behalf of the committee, although there are many heroes of SARS and many people who rose to the occasion brilliantly, there were fundamental systems deficiencies that became apparent, many of which are longstanding.

In commenting on some of the system's deficiencies, the committee was not mandated, nor inclined, to name, blame or shame individuals. Our goal was to move and improve systems.

Our mandate, more specifically, was to provide a third party assessment of current public health efforts and lessons learned for ongoing and future infectious disease control. We were very appreciative of the Honourable Anne McLellan's support in giving us this mandate.

I would be remiss not to take a minute or two to comment briefly on some of the ways in which we were supported by Health Canada. Not only did we have excellent access to information, very fine support logistically and research evidence put at our disposal, repeatedly and well, but we also had another, more important privilege. The minister, deputy and the relevant assistant deputies all made it clear to the professionals working in Health Canada that they should be interacting with us first and foremost as professionals and second as citizens. They were to be

Il y a deux jours, nous avons publié le rapport que le président a décrit en termes si élogieux. J'aimerais revenir sur quelques-uns des messages qui ont été lancés le jour de sa publication, parce que ce sont des messages qui sont toujours d'actualité.

Je me joins à tous les autres membres de notre comité pour offrir nos condoléances aux 44 familles ayant perdu des proches en raison du SRAS et nos sympathies à tous ceux qui sont tombés malades ainsi qu'aux innombrables personnes dont l'existence a été bouleversée ou affectée à bien des égards par cette flambée d'infection.

Nous tenons également à rendre hommage à tout le personnel soignant ainsi qu'aux travailleurs de la santé pour les efforts qu'ils ont déployés en vue d'endiguer cette épidémie. Ils se sont montrés très courageux en face d'une menace inconnue. Je n'insisterai jamais assez sur le fait qu'il est rarement arrivé dans l'histoire de la médecine, des soins de la santé ou de la santé publique qu'une nouvelle maladie fasse son apparition, se propage et soit caractérisée avec autant de rapidité. Il n'existe aucun autre exemple dans l'histoire récente de ce pays d'une maladie qui aurait fait autant de victimes chez les travailleurs de la santé et entraîné un tel épuisement du personnel soignant.

Je tiens également à rendre hommage au grand public. Sauf de rares exceptions, les Canadiens se sont bien conduits durant une période marquée par une anxiété extrême. Nous pouvons tous en être fiers.

Comme je l'ai répété à maintes reprises au nom du comité, même s'il existe de nombreux héros du SRAS et même si bien des gens ont su se tirer d'une situation difficile avec brio, il reste que les systèmes ont montré des défaillances fondamentales, dont certaines existent depuis longtemps.

Dans ses commentaires au sujet des déficiences du système, le comité n'avait pas pour mission et n'avait pas l'intention de le faire non plus, de nommer, de blâmer ou d'exposer des individus à la honte. Notre objectif était de travailler à l'amélioration des systèmes.

Plus particulièrement, notre mission consistait à évaluer à titre d'organe tiers indépendant les efforts actuels et les leçons de santé publique tirées de la flambée du SRAS et à étudier les approches à long terme en vue de mieux se préparer à lutter contre les maladies infectieuses. Nous avons beaucoup apprécié le soutien que nous a accordé l'honorable Anne McLellan dans l'accomplissement de notre mandat.

Je ne voudrais pas non plus rater l'occasion de prendre une minute ou deux pour décrire brièvement comment Santé Canada nous a prêté son concours. Non seulement avons-nous pu jouir d'un excellent accès à l'information, d'un très bon soutien logistique et de solides résultats de recherche ayant été mis à notre disposition, à maintes reprises et de façon efficace, mais nous avons pu bénéficier d'un plus important privilège encore. La ministre, le sous-ministre et les sous-ministres adjoints visés ont indiqué clairement à tous les professionnels de Santé Canada

candid, critical and open and give us their best advice, independent of any bureaucratic or political preferences.

It is remarkable that this is how things worked. It really was a privilege to be interacting with so many fine individuals on that basis.

What were the lessons that we learned? We quickly learned that Canada's ability to fight outbreaks such as SARS was integrally bound up in the strength of our public health system at all three levels — local, provincial and federal.

Members of this committee will know that public health consumes two or three cents out of every health dollar spent in Canada. It is perhaps indicative of the extent to which public health operates in the background. It is not entirely clear whether it is 1.8 or 3.5 cents on the dollar. Even the exact costs are debatable.

Public health is not glamorous. It tends to make headlines only when there are crises such as BSE, West Nile, Walkerton or North Battleford. Its focus is on the protection of health and the prevention of disease or injury for entire populations.

SARS illustrated vividly the importance of simultaneously strengthening and connecting community-based health and infectious disease control in clinical settings. In this sense, there is a continuum in public health, from the community to the clinical settings, that we have not paid full attention to in the past.

I should also note that it is easy in hindsight to second-guess the decisions and strategies of those on the frontlines battling this outbreak. The commission that is currently investigating the Ontario outbreak, led by Mr. Justice Archie Campbell, will be sorting through a number of these details.

We saw more than enough in the way of details to have a bigger picture in view. We had no trouble reaching the general conclusion that all these individuals and teams eventually succeeded in containing SARS despite multiple and serious inadequacies in our systems for disease control, surveillance and outbreak management.

There were deficiencies in the way that the public health and health care systems were organized to detect and respond to an outbreak like SARS. Some of these were due to resource constraints or shortfalls in the supply of skilled personnel. Others were due to lack of preparedness and planning, failings in organizational structures, problems of political culture and

qu'ils devaient transiger avec nous d'abord et avant tout en tant que professionnels, et ensuite en tant que citoyens. Ils devaient faire montre de sincérité, d'esprit critique et d'ouverture d'esprit et nous faire part de leurs conseils les plus avisés, sans égard à leurs allégeances politiques ou bureaucratiques.

Il est remarquable que les choses se soient vraiment passées de cette façon. Ce fut véritablement un privilège de collaborer avec des personnes aussi extraordinaires sur ces bases.

Quelles furent les leçons à en tirer? Nous avons rapidement compris que la capacité du Canada à lutter contre des épidémies comme celles du SRAS dépendait entièrement de la force de notre système de santé publique aux trois paliers — local, provincial et fédéral.

Les membres de ce comité savent peut-être que la santé publique consomme de deux à trois cents de chaque dollar investi dans la santé au Canada. Ces chiffres sont peut-être révélateurs de la mesure dans laquelle la santé publique exerce son action en arrière-plan. Il est difficile d'affirmer avec précision s'il s'agit de 1,8 ou de 3,5 cents par dollar. On n'arrive pas à s'entendre même sur le montant exact des coûts.

La santé publique n'a rien d'excitant. Ce sujet ne fait les manchettes que lorsqu'il y a des crises comme celle causée par l'EBS, le virus du Nil occidental, la tragédie de Walkerton ou de North Battleford. Elle se concentre sur la protection de la santé et la prévention des maladies et des blessures pour des populations entières.

Le SRAS a montré avec beaucoup d'acuité l'importance de renforcer et de conjuguer les mesures de santé communautaire et de lutte contre les maladies infectieuses dans un contexte clinique. En ce sens, il existe en santé publique un continuum qui s'étend du cadre communautaire à celui du système clinique, un continuum qui nous avait échappé en partie jusqu'ici.

Je devrais également souligner qu'il est facile rétrospectivement d'avoir des doutes au sujet des décisions et des stratégies ayant été adoptées par ceux qui se sont retrouvés sur la ligne de front dans la lutte contre cette soudaine flambée. La commission qui se penche actuellement sur l'épidémie ontarienne, sous la direction du juge Archie Campbell, sera à même de faire la lumière sur un certain nombre de ces aspects.

Nous en avons vu plus qu'assez, en ce qui concerne les détails, pour nous faire une bonne idée de la situation générale. Nous n'avons eu aucun mal à en arriver à la conclusion générale que tous ces individus et toutes ces équipes sont finalement parvenus à contenir le SRAS malgré les nombreuses et sérieuses lacunes dans nos systèmes de lutte contre les maladies, de surveillance et de gestion des épidémies.

On a constaté des lacunes dans la manière dont le système de santé publique et de soins de santé était organisé en vue de la détection et de l'intervention dans les cas d'épidémies comme celle du SRAS. Certaines de ces lacunes étaient dues à des restrictions sur le plan des ressources ou encore à des pénuries de personnel expérimenté. D'autres étaient dues à un manque de préparation et

poor collaboration and communication across various institutions, agencies and governments.

These are longstanding issues and have been pointed out by many observers. Their relevance to the health of Canadians has been underscored by various health crises and disease outbreaks over the last decade.

SARS is the most recent example of emerging infectious diseases. West Nile has been another prominent, recent example.

Since 1973, more than 30 previously unknown diseases associated with viruses and bacteria have emerged. Threats that emerge in other countries can be in Canada within a few hours by airplane. Compounding the problem of emerging and resurgent infectious diseases is the tangible threat of bio-terrorism that has been brought home to all of us by the intentional release of anthrax spores in the U.S. two years ago.

Meanwhile, experts all over the world have been planning for and expecting pandemic influenza, a worldwide epidemic of killer flu that could affect 10 or 20 per cent of the population.

Let me summarize some of the recommendations for you: a national strategy for surveillance and control of emerging and resurgent infections; support and enhancement of the infrastructure necessary for surveillance; rapid laboratory diagnosis; timely intervention for infectious threats to health; coordination and collaboration in setting a national research agenda for emerging and resurgent infections; a properly funded national vaccine strategy; a centralized electronic laboratory reporting system to monitor human and non-human infections; and better capacity and flexibility to investigate outbreaks in Canada.

Another expert group convened under Health Canada's auspices made those recommendations 10 years ago, as honourable senators are aware. We have essentially repeated the recommendations one decade later. That is why my colleagues and I say that it is past time for all levels of government to take action on these issues.

Our 75 recommendations, as honourable senators will have read, have many action items. We paid particular attention, given our mandate, to the implications for the federal government and federal-provincial-territorial interactions. We also made a number

de planification, à des failles dans les structures organisationnelles, à des problèmes de culture politique et à une mauvaise collaboration et communication entre les diverses institutions, les organismes et les administrations.

Ce sont là de vieux problèmes que beaucoup d'autres observateurs avant nous ont déjà signalés. Leur pertinence en ce qui concerne la santé des Canadiens a été mise en lumière lors de diverses crises sanitaires et flambées de cas de maladies au cours de la dernière décennie.

Le SRAS est le plus récent exemple de ces maladies infectieuses émergentes. Le virus du Nil occidental en est un autre exemple notable parmi les plus récents.

Depuis 1973, il est apparu plus de 30 maladies inconnues auparavant associées à des virus et à des bactéries. Les menaces qui voient le jour dans d'autres pays peuvent se retrouver au Canada en l'espace de quelques heures grâce aux avions. S'ajoute au problème des maladies infectieuses nouvelles et résurgentes la menace tangible que représente le bioterrorisme pour chacun d'entre nous depuis l'épisode des spores d'anthrax répandus intentionnellement aux États-Unis, il y a deux ans.

Par ailleurs, des experts du monde entier se sont préparés en vue d'une grippe pandémique, une épidémie de grippe mortelle à l'échelle du monde entier susceptible d'affecter de 10 à 20 p. 100 de la population.

Permettez-moi de vous résumer certaines des recommandations: une stratégie nationale de surveillance et de lutte contre les infections émergentes et résurgentes; soutien et amélioration de l'infrastructure nécessaire à la surveillance; diagnostic rapide en laboratoire; intervention en temps opportun dans les situations de menaces infectieuses pour la santé; coordination et collaboration nécessaires à l'établissement d'un programme de recherche national sur les infections émergentes et résurgentes; une stratégie de vaccination nationale dotée d'un financement suffisant; un système de rapports de laboratoire électronique centralisé pour la surveillance des infections humaines et non humaines; et une amélioration de la capacité et de la souplesse dans les enquêtes sur les flambées de cas survenues au Canada.

Un autre groupe d'experts réuni sous les auspices de Santé Canada avait déjà fait ces recommandations il y a dix ans, comme les honorables sénateurs le savent sans doute. Essentiellement, nous n'avons fait que répéter ces recommandations dix années plus tard. C'est la raison pour laquelle mes collègues et moi-même affirmons qu'il est grandement temps d'agir sur ces questions pour tous les paliers de gouvernement.

Sur nos 75 recommandations, comme vous le verrez dans notre rapport, honorables sénateurs, il y a de nombreuses activités de suivi. Nous avons accordé une attention particulière, étant donné notre mandat, aux répercussions de ces recommandations sur le

of recommendations squarely directed at provincial and territorial governments, as well as institutions, local public health officials and health regions.

I will take only a few minutes to comment on some of the major recommendations because I know that honourable senators will have questions. We have recommended that the Government of Canada establish a Canadian agency for public health analogous in some respects to the U.S. Centers for Disease Control. We believe that an agency operating at arm's-length from Health Canada would enhance the federal government's ability to support local work in disease control and prevention. It would bring a professional and scientific focus and move us away from some of the issues that may be coloured by political or bureaucratic considerations. We believe that an agency has the particular merit of helping to build a more collaborative culture among public health professionals in different levels of government. In essence, we are envisaging that the traffic would occur among public health professionals who are joined together by their commitment to protecting health and preventing disease, with politics pushed aside.

Another advantage of having an agency is that it would provide a clear focal point for Canada to manage health issues at its borders and to interact with the global community. We saw during the SARS outbreak that the World Health Organization has increasingly asserted a transnational governance role in public health issues. We have felt, as a result of our deliberations, that Canada can only remain credible in the global health community if we have a focal point and if we are able to ensure that the public health systems collaborate with clarity about leadership and that they interact effectively through a single channel with our international partners.

I will say a word about leadership. We have recommended that a chief public health officer of Canada lead the agency. This individual would be a public health professional reporting directly to the federal Minister of Health.

Honourable senators will have seen that most of the short-term spending we recommended was targeted to infectious disease surveillance and control. The reasons for that are obvious. I wish to attempt to debunk some mythology about the U.S. Centers for Disease Control because it continues in all areas.

gouvernement fédéral ainsi qu'aux interactions entre les administrations fédérales-provinciales et territoriales. Nous avons aussi fait un certain nombre de recommandations qui s'adressent carrément aux gouvernements des provinces et des territoires, de même qu'aux institutions, aux fonctionnaires locaux en santé publique et aux responsables des régions sanitaires.

Je prendrai seulement quelques minutes pour faire des commentaires sur certaines des principales recommandations parce que je sais que les honorables sénateurs voudront poser des questions. Nous avons recommandé que le gouvernement du Canada crée une agence canadienne de la santé publique, sur le modèle des Centers for Disease Control des États-Unis. Nous pensons qu'un organisme qui serait indépendant de Santé Canada améliorerait la capacité du gouvernement fédéral de soutenir les efforts réalisés à l'échelle locale dans la lutte et la prévention contre les maladies. La création d'un tel organisme permettrait de concentrer l'attention sur les aspects professionnels et scientifiques et de prendre du recul par rapport à des questions susceptibles d'être entachées de considérations politiques ou bureaucratiques. Nous sommes convaincus qu'une agence possède le mérite particulier de contribuer à créer une culture davantage axée sur la collaboration chez les professionnels de la santé publique des divers paliers du gouvernement. Essentiellement, nous envisageons qu'il y aurait des échanges plus soutenus entre les professionnels de la santé qui ont en commun leur détermination à protéger la santé et à prévenir les maladies, sans égard aux considérations politiques.

Un autre avantage qu'il y aurait à se doter d'un organisme indépendant serait de créer un centre de coordination clair pour tous les intervenants au Canada concernant la gestion des questions de santé, aux frontières du pays et avec la communauté internationale. Nous avons été à même de constater durant la flambée du SRAS que l'Organisation mondiale de la Santé assumait de plus en plus un rôle de gouvernance transnational en ce qui concerne les questions de santé publique. Nous avons conclu, après en avoir discuté, que pour conserver sa crédibilité au sein de la communauté internationale en matière de santé, le Canada doit se doter d'un centre de coordination et prouver que les systèmes de santé publique collaborent manifestement sur le plan du leadership et interagissent efficacement par l'entremise d'un guichet unique avec nos partenaires internationaux.

J'aimerais dire un mot au sujet du leadership. Nous avons recommandé qu'un médecin hygiéniste en chef du Canada assume la direction de l'agence. Ce gestionnaire serait un professionnel de la santé publique et relèverait directement du ministre fédéral de la Santé.

Les honorables sénateurs seront à même de constater que la majorité des dépenses à court terme que nous avons recommandées visaient la surveillance et la maîtrise des maladies infectieuses. Les raisons en sont évidentes. J'aimerais déboulonner quelques mythes en ce qui concerne les Centers for Disease Control des États-Unis parce qu'ils ont la vie dure.

The CDC used to be called the Communicable Diseases Centre when it was established after World War II — that was its focus. Battling outbreaks continues to be a source of much of its positive press, hence the mythology of the cavalry riding in from Atlanta to rescue a municipality or a state in the throes of some infectious disease.

In the past, the CDC has addressed a full range of preventive issues and health threats. The full name of the CDC today is “Centers for Disease Control and Prevention.” We almost wish that they would change the acronym to make that point. The CDC has a full portfolio of public health activities. Many of those activities are closely related and mutually reinforcing.

For example, the surveillance system that one sets up for infectious diseases can be transmogrified into a surveillance system for chronic non-communicable diseases. The same information systems, the same business processes and the same agreements on data sharing can all be put in play to create the parallel surveillance system. This is why we have strongly recommended that the new federal agency must not only be outstanding in the field of effective disease control and prevention, but also a full-spectrum public health resource for Canada.

There is something else that we think is worth learning from the CDC: Much of its budget is directed to federal payments that flow to states and municipalities in support of their public health activities. The CDC uses spending power to leverage investments by other levels of government, to create uniformity and consistency and to promote collaboration.

A similar mechanism is used in Australia, albeit without a primary agency focus. We believe that the lessons from these two federal states are salient here in Canada, with our federal-provincial-territorial context.

Canada does not make specific federal transfers to support public health activities by the provinces and territories and the result is a flimsy patchwork for disease prevention and outbreak management.

The committee was aware of provincial centres of excellence in this field, which I will highlight: British Columbia’s Centre for Disease Control, which has a strong infectious disease focus and is now broadening its mandate; and Quebec’s National Institute of Public Health, which is a full-spectrum public health agency. Unfortunately, not all provinces have developed similar capacity.

Le CDC s’appelait dans le passé le Communicable Diseases Centre ou centre des maladies transmissibles, à l’époque où il a été mis sur pied après la Deuxième Guerre mondiale — parce que c’était sa raison d’être. La lutte contre les épidémies est toujours à l’origine de son excellente réputation, d’où l’image de la cavalerie arrivant en trombe d’Atlanta pour voler au secours d’une municipalité aux prises avec une flambée d’une quelconque maladie infectieuse.

Dans le passé, le CDC s’est intéressé à un éventail de questions tournant autour de la prévention et des menaces pour la santé. Mais aujourd’hui, le nom complet de cet organisme est «Centers for Disease Control and Prevention», autrement dit «centres de lutte et de prévention contre les maladies». Nous nous prenons à souhaiter qu’ils changent leur acronyme afin de faire valoir notre point. En effet, les CDC exercent toute une gamme d’activités liées à la santé publique. Bon nombre de ces activités sont étroitement liées et se renforcent mutuellement.

Par exemple, le système de surveillance mis sur pied pour lutter contre les maladies infectieuses peut se métamorphoser en un système de surveillance pour les maladies chroniques non transmissibles. Les mêmes systèmes d’information, les mêmes méthodes de travail et les mêmes ententes relatives à l’échange de données peuvent tous être mis à contribution pour créer un système de surveillance parallèle. C’est la raison pour laquelle nous avons fortement recommandé que la nouvelle agence fédérale soit non seulement d’une efficacité remarquable dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les maladies, mais aussi qu’elle offre un éventail complet de ressources en santé publique pour le Canada.

Nous pensons qu’il y a autre chose à apprendre des CDC: une bonne partie de leur budget est consacrée à des paiements qui sont destinés aux États et aux municipalités en vue de les aider à financer leurs activités de santé publique. Les CDC utilisent leur pouvoir d’application des ressources afin d’avoir un effet multiplicateur sur les investissements consentis par d’autres paliers de gouvernement, de créer de l’uniformité et de la cohérence ainsi que de favoriser la collaboration.

En Australie, on utilise un mécanisme semblable, quoique sans mettre l’accent sur un organisme unique. Nous sommes d’avis que les leçons que nous enseignent ces deux États fédéraux sont pertinentes ici au Canada, dans notre contexte fédéral-provincial et territorial.

Le Canada ne consent pas de transferts fédéraux précis en vue de soutenir les activités de santé publique menées par les provinces et les territoires, et il s’ensuit un ensemble de mesures disjointes pour la prévention des maladies et la gestion des épidémies.

Le comité était au courant de l’existence des centres d’excellence provinciaux dans ce domaine, notamment le British Columbia’s Centre for Disease Control, qui se concentre fortement sur les maladies infectieuses et qui est en train d’élargir son mandat; et l’Institut national de santé publique du Québec, un organisme de santé complet. Malheureusement, ce ne

The lack of such capacity in Ontario was one reason why there were difficulties in managing the outbreak.

We have specifically recommended that among the new funds that will flow through the agency, there should be dollars earmarked to build up provincial and regional centres of excellence focused on infectious diseases. We are also recommending as a companion piece the creation of a national network for communicable disease control. The goal is to create a truly seamless surveillance system and a fully coordinated response to major disease outbreaks.

There is a precedent here. The federal and provincial governments currently collaborate actively on a national network for emergency preparedness and response. This network was catalyzed by the tragic terrorist attacks on the U.S.A. in September 2001. We would like to think that the tragedy of SARS in 2003 might catalyze a sister network that could draw together provincial and federal centres of excellence, including those that would emerge as the agency provided funds to nurture and support them. This confluence of provincial and regional centres of excellence would truly be Canada's second line of defence against the next SARS.

The total of new federal spending that we have recommended would reach \$700 million per annum by 2007, at the earliest. I have pointed out that this is what governments spend on health in Canada between Monday and Wednesday in a typical week. We are well aware that this is not a small sum of money. We think that, under the circumstances, it is a minimally prudent investment to make. Further, we think that provincial and territorial spending should leverage it.

Rather than review the many other recommendations in this report, it would be wisest at this time to wrap up and take questions on areas such as research, international issues, local and regional matters that we delved into and, of course, the area of human resources, which is very important.

I believe I can safely say that the National Advisory Committee on SARS and Public Health found that there was much to learn from this outbreak because too many earlier lessons had been ignored. Canada's ability to contain an outbreak is only as strong as the weakest jurisdiction in the chain of disease control and health protection. We have, accordingly, recommended strategies to reinforce all levels of the public health system and also to integrate those components more fully and effectively with the clinical care sector.

One of the more than 30 submissions to our committee suggested that SARS was a reminder, a warning and an opportunity. The committee hopes that our report will also be

sont pas toutes les provinces qui ont développé des capacités semblables. L'absence d'un tel organisme en Ontario est sans doute l'une des raisons qui expliquent que l'on ait éprouvé tant de difficulté à gérer l'épidémie.

Nous avons expressément recommandé que les nouveaux fonds qui seront accordés par l'entremise de l'agence devraient en partie servir à constituer des centres d'excellence provinciaux et régionaux spécialisés dans les maladies infectieuses. Nous recommandons aussi à titre complémentaire la création d'un réseau national de lutte contre les maladies transmissibles. Le but est de créer un système de surveillance véritablement sans interruption et permettant une intervention entièrement coordonnée dans les cas de flambées majeures de maladies.

Il existe désormais des précédents. Les gouvernements fédéral et provinciaux collaborent activement actuellement à l'établissement d'un réseau national de protection civile et d'intervention. La mise sur pied de ce réseau a été déclenchée par les tragiques attaques terroristes contre les États-Unis en septembre 2001. Nous aimerions que la tragédie du SRAS en 2003 soit à l'origine de la création d'un réseau parallèle susceptible de réunir les centres d'excellence provinciaux et fédéraux, y compris ceux qui émergeraient lorsque l'agence pourrait fournir des fonds pour les soutenir et les encourager. Cette convergence des centres d'excellence provinciaux et régionaux deviendrait véritablement la deuxième ligne de défense contre la résurgence du SRAS.

Le montant total de nouvelles dépenses fédérales que nous avons recommandé atteindrait les 700 millions \$ par année d'ici 2007, et au plus tôt. J'ai signalé que c'est le montant que le gouvernement dépense au chapitre de la santé au Canada, du lundi au mercredi d'une semaine normale. Nous savons très bien qu'il s'agit d'une grosse somme. Mais nous sommes persuadés que, dans les circonstances, il s'agit d'un simple investissement. En outre, nous pensons que les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient apporter eux aussi leur contribution afin de créer un effet de levier.

Plutôt que de passer en revue les nombreuses autres recommandations de ce rapport, je pense qu'il serait plus sage que je résume et que j'aborde des questions comme la recherche, les problèmes internationaux, les questions d'intérêt local et régional que nous avons soulevées et, bien entendu, le domaine des ressources humaines qui est très important.

Je pense pouvoir affirmer sans crainte que le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique a trouvé qu'il y avait beaucoup de leçons à tirer de cette épidémie, parce que trop souvent nous n'avons pas tenu compte des leçons du passé. La capacité du Canada de contenir une épidémie a la force du maillon le plus faible de son réseau de protection de la santé et de lutte contre les maladies. Nous avons, par conséquent, recommandé des stratégies visant à renforcer tous les paliers du système de santé publique et aussi à intégrer ces composantes plus complètement et plus efficacement dans le secteur des soins cliniques.

L'une des quelque 30 présentations au moins qui ont été faites à notre comité suggérait que le SRAS était un rappel à l'ordre, un avertissement et une opportunité. Le comité espère que notre

seen as a reminder, a warning and, above all, an opportunity for us to renew public health across Canada and make some overdue improvements in our health care system.

We are grateful for the chance to present these views and to answer your questions. I sincerely hope that this committee and the Senate will be supportive of what we think is a very important set of initiatives that must be undertaken by all levels of government if we are to be better prepared for the next major disease outbreak.

Senator LeBreton: I must congratulate you on this report. I have not read every page. I have read the parts that I have been focusing more on in this particular study. I must say to you, as a person with a non-medical background, I particularly appreciated the language in which the report was written. It was clear and easily understood. It is a great help to not only the people in the profession, but the Canadian public as well.

I have two questions. First, following the line of questioning I have pursued before, we have heard from you and from other witnesses that there was first knowledge of the outbreak of SARS in November 2002. Yesterday, the Canadian Medical Association said it was like a ship without a captain suddenly appearing offshore. It did not become known to the public until March 2003, a period of some four months.

I know, from your report and the recommendations, there are many things in place that will prevent this situation in the future, including the World Health Organization changing some of its guidelines. In the interim, until we take the step of implementing the recommendations of your report and, perhaps, this committee, do you feel that there is currently a better system in place in the world that would zero in and highlight another emerging illness, so it will not take a little over four months for the scope of it to be truly realized?

Dr. Naylor: We have made progress in terms of the awareness of the global community of the need for surveillance systems to be enhanced. The World Health Organization, whatever the reservations many Canadians have about the travel advisory, has shown a very strong interest in moving the surveillance agenda forward, and coupling that with the necessary alert systems so that countries are notified of emerging threats.

It is easy to look back and see now that in November 2002, it looks like we had SARS emerging in Guangdong, China, and to wonder why we did not translate the full body of the relevant report.

rapport lui aussi sera vu comme un rappel, un avertissement et, par-dessus tout, une opportunité pour nous de renouveler le secteur de la santé publique dans tout le Canada et de procéder à quelques améliorations du système de soins de santé qui auraient dû être faites depuis longtemps.

Nous vous remercions de nous donner la chance de présenter ces opinions et de répondre à vos questions. J'espère sincèrement que ce comité et le Sénat seront en faveur de ce que nous considérons comme une série très importante d'initiatives qui doivent être prises à tous les paliers de gouvernement si nous voulons être mieux préparés à réagir lors de la prochaine épidémie majeure.

Le sénateur LeBreton: Je tiens à vous féliciter pour votre rapport. Je ne l'ai pas lu au complet, mais j'ai pris connaissance des sections qui m'intéressent le plus dans le cadre de cette étude particulière. Je dois vous dire, en tant que profane dans le domaine de la médecine, que j'ai particulièrement apprécié le langage que vous avez utilisé dans votre rapport. Il est clair et facile à comprendre. Il sera très utile, non seulement aux spécialistes, mais aussi au grand public en général.

J'aimerais vous poser deux questions. Premièrement, pour poursuivre sur ma lancée, d'autres témoins et vous-même nous avez confié que l'on a entendu parler de la flambée du SRAS pour la première fois en novembre 2002. Hier, des représentants de l'Association médicale canadienne nous ont déclaré que c'était comme de voir apparaître soudainement un navire sans capitaine au large des côtes. Et ce n'est qu'en mars 2003 que le SRAS est venu à la connaissance du public, soit environ quatre mois plus tard.

Je sais, pour l'avoir lu dans votre rapport et dans vos recommandations que l'on mettra beaucoup de choses en place pour éviter que cette situation ne se reproduise dans le futur, y compris demander à l'Organisation mondiale de la Santé de modifier certaines de ses lignes directrices. Dans l'intervalle, d'ici à ce que nous prenions les mesures nécessaires pour mettre en oeuvre les recommandations de votre rapport, et peut-être celles de notre comité, croyez-vous qu'il existe un meilleur système dans le monde à l'heure actuelle qui permettrait de cibler et de déceler une autre maladie émergente afin qu'il ne soit pas nécessaire d'attendre quatre mois avant de pouvoir en mesurer la portée avec réalisme?

Le Dr Naylor: Nous avons fait des progrès pour ce qui est de sensibiliser la communauté internationale à la nécessité d'améliorer les systèmes de surveillance. L'Organisation mondiale de la Santé, quelles que soient les réserves qu'entretiennent à son égard de nombreux Canadiens notamment concernant les recommandations aux voyageurs, s'est montrée très intéressée à faire progresser le programme de surveillance et à le jumeler avec les systèmes d'alerte requis afin que les pays soient mis au courant des menaces émergentes.

Il est facile avec le recul de dire aujourd'hui qu'en novembre 2002, on avait des motifs de penser que le SRAS était en train d'émerger à Guangdong, en Chine, et de se demander *a posteriori* pourquoi on ne s'était pas donné la peine de traduire au complet le rapport pertinent.

I am sure that as international lessons-learned exercises unfold — and we have multiple countries trying to track back to what they should have known or could have known when — that we will be asking ourselves, “Why not earlier? Why did we not understand this was afoot?”

The answer has two dimensions. First, we are better prepared, but there is still a huge amount of work to be done. The work is, on one level, for international self-scrutiny to occur, to figure out how we can have a better-coordinated international surveillance system. As we say in the report, there also needs to be capacity-building in developing countries. There is, I believe, an obligation — some would call it enlightened self-interest — for prosperous countries with strong knowledge-based industries and scientific capacity to work with the developing world on surveillance issues.

I also believe there is an acute need to make sure that we have better alert and intelligence systems inside Canada so that it is very clear that if information comes to Health Canada and moves down, it gets to the front lines quickly.

The doctor in the emergency room must know if she is dealing with some new and strange illness, that it emerged from somewhere else a month or two ago, and here is what is known about it. The current systems do not adequately do that.

Senator LeBreton: Your report has many recommendations on the whole issue of public health, and you made the statement in your opening remarks that public health is not glamorous. Yesterday, we had the Canadian Medical Association and the Canadian Nurses Association pointing out to us the lack of attention to the public health side of health. I know you have several recommendations. Perhaps, just for the viewing public and the committee, you could tell us what you think we could do, or the public could do, to make public health a field that is seen as more enticing and more “glamorous,” for lack of a better word?

Dr. Naylor: I answer this question with a bad conscience as a dean of medicine. I am sure that all of us who lead medical schools could and should do more.

In our medical faculty, we have tried to change the understanding and perception of community health issues. Our MD program, for example, has a cross-cutting theme called “determinants of community health.” It is designed to provide an understanding of the broader context in which physicians will work. It pays a lot of attention to public health, as well as health care issues, and tries to link them together. I believe there are

Je suis persuadé que lorsque l’on aura obtenu les résultats de l’exercice visant à tirer des leçons à l’échelle internationale — parce que de nombreux pays essaient de comprendre ce qu’ils auraient dû ou pu savoir à l’époque — nous nous poserons la question: «Pourquoi n’avons-nous pas réagi plus tôt?» Pourquoi n’avons-nous pas compris ce qui se préparait?

La réponse comporte deux volets. Premièrement, nous sommes mieux préparés, mais il reste encore énormément à accomplir. Les efforts doivent, au moins sur un plan, porter sur une sorte d’auto-examen à l’échelle internationale, afin de comprendre comment nous pourrions nous doter d’un système de surveillance mieux coordonné. Comme nous le disons dans notre rapport, il faut aussi travailler au renforcement des capacités dans les pays en développement. À notre avis, il existe une obligation — que certains qualifieraient d’intérêt personnel éclairé — pour les pays prospères, qui sont dotés de solides industries du savoir et d’une capacité scientifique, de collaborer avec les pays en développement sur les questions de surveillance.

Je pense aussi qu’il existe un besoin pressant de nous doter de systèmes d’alerte et de renseignements plus efficaces ici même au Canada afin qu’il soit très clair que si des renseignements viennent à la connaissance de Santé Canada, ces renseignements prendront rapidement le chemin du personnel de première ligne.

Le médecin en salle d’urgence aux prises avec une étrange nouvelle maladie doit savoir que cette dernière a pris naissance ailleurs, il y a un mois ou deux, et il doit être informé de tout ce que l’on sait à son sujet. Les systèmes actuels ne garantissent pas cela parfaitement.

Le sénateur LeBreton: Votre rapport comporte de nombreuses recommandations sur la question générale de la santé publique, et vous avez déclaré dans votre introduction que la santé publique n’a rien de très excitant. Hier, l’Association médicale canadienne et l’Association des infirmières et infirmiers du Canada nous ont signalé à quel point la santé publique ne reçoit pas toute l’attention qu’elle mérite. Je sais que vous avez fait plusieurs recommandations. Peut-être, au moins pour le bénéfice des téléspectateurs et des membres du comité, pourriez-vous nous dire ce que nous devrions faire ou ce que le public devrait faire pour que la santé publique devienne un secteur plus attirant et plus «excitant», faute d’un meilleur qualificatif pour décrire cette situation?

Le Dr Naylor: Je vais répondre à cette question avec une mauvaise conscience en tant que doyen d’une faculté de médecine. Je suis sûr que tous ceux d’entre nous qui dirigent des facultés de médecine pourraient et devraient faire davantage.

En effet, dans nos facultés, nous avons essayé de changer la compréhension et la perception des questions liées à la santé communautaire. Notre programme d’enseignement de la médecine, par exemple, comporte un thème passe-partout appelé «déterminants de la santé communautaire». Il a été conçu pour permettre de mieux comprendre le contexte général dans lequel évoluent les médecins. Il accorde beaucoup

similar courses in many MD programs now. I know that some nursing programs have taken similar steps.

We can and should do more to enhance students' understanding of the fact that these are very important disciplines and areas in which one can make a huge contribution. Educationally, there are things to be done.

However, on some levels, it may come down to creating a career structure and a compensation system that make these disciplines more appealing. Community medicine is not a particularly well-compensated specialty compared to other high-tech procedural specialties in medicine. The career path in public health nursing is somewhat unclear. With the introduction of baccalaureate nursing, the diploma programs of old have tended to recede in importance and move off the stage. Therefore, we have individuals who train in public health after a nursing degree, more or less on the job. One would want to see a masters in public health and a PhD program that would create public health nurse leaders.

One can go through one discipline after another and see the need for bursaries, scholarships, curricular restructuring and clarity of career path so that people have a sense that there is a future, and also that they can make a difference. What draws people into the health professions — and this is perhaps the naive view of a dean — is a desire to make a difference, to have a positive impact on the health of people. You can do that at the individual level as a caregiver, or you can do it at a community or population level in public health. These are both wonderful ways to spend a working life.

Senator Morin: First, I should like to congratulate Dr. Naylor on this remarkable report. It is one of the best reports I have read. It reads easily. It is dense. It is remarkably well written. I asked Dr. Naylor this morning who “the pen” was, because you always need somebody.

He told me that he was. You can understand the amount of work here. It makes for a much better report than using an expert to actually write.

The Chairman: I trust, given what one always hears about doctors' writing, that the pen was not a real pen but a word processor.

d'attention à la santé publique, de même qu'aux problèmes de soins de santé et s'efforce d'établir des liens entre les deux. Je pense qu'il existe des cours semblables dans bon nombre de programmes d'enseignement de la médecine aujourd'hui. Et je sais que certains programmes de soins infirmiers ont adopté des approches similaires.

Nous pouvons et nous devons faire davantage pour que les étudiants comprennent mieux qu'il s'agit de disciplines très importantes et de domaines dans lesquels il est possible d'apporter une contribution énorme. Sur le plan de l'enseignement, il y a des améliorations à apporter.

Toutefois, à certains égards, cela peut revenir à créer une structure professionnelle et un système de rémunération qui rendraient ces disciplines plus intéressantes. La médecine communautaire n'est pas particulièrement bien rémunérée par comparaison à d'autres spécialités. Le cheminement de carrière dans les services infirmiers de santé publique est quelque peu nébuleux. Avec l'introduction du baccalauréat en nursing, les anciens programmes menant à un diplôme ont tendance à connaître une baisse en importance et à être relégués au second plan. Par conséquent, il y a des étudiants qui se forment dans le domaine de la santé publique après avoir obtenu leur diplôme en soins infirmiers, et plus ou moins en cours d'emploi. Il devrait y avoir un programme de maîtrise en santé publique et un programme de doctorat qui créerait un bassin de dirigeants chez les infirmières et infirmiers de la santé publique.

On peut passer en revue toutes les disciplines et constater la nécessité de créer des bourses d'entretien et des bourses d'études, de restructurer les programmes et de clarifier les cheminements de carrière afin que les étudiants se fassent une meilleure idée de l'avenir qui les attend et qu'ils comprennent aussi qu'ils ont un rôle à jouer. Ce qui attire les gens dans les professions de la santé — et peut-être que c'est seulement le point de vue candide d'un doyen de faculté — c'est le désir de changer les choses, d'avoir une incidence positive sur la santé des gens. Cet objectif peut être atteint à l'échelle individuelle en tant que prestataire de soins, ou alors à l'échelle d'une communauté ou d'une population en optant pour la santé publique. Ce sont là deux merveilleux cheminements de carrière.

Le sénateur Morin: Premièrement, j'aimerais féliciter le Dr Naylor pour son remarquable rapport. C'est l'un des meilleurs que j'ai jamais vus. Il se lit facilement. Il est dense et remarquablement bien écrit. J'ai demandé ce matin au Dr Naylor qui était le propriétaire de la «plume», parce que l'on a toujours besoin de quelqu'un à cet égard.

Il m'a avoué que c'était lui. On comprend facilement la quantité de travail que cela implique. Le résultat est un rapport beaucoup plus lisible que si on avait fait appel à un rédacteur spécialisé.

Le président: Je présume, étant donné ce que l'on entend toujours au sujet de l'écriture des docteurs, qu'en l'occurrence la plume n'était pas une vraie plume, mais plutôt un traitement de texte.

Dr. Naylor: I emphasize that this was a team effort. A huge number of people drafted items here. My role was editorial. I did do some drafting. The final manuscript did work its way through my computer but I want to give credit to a fabulous team.

Senator Morin: I like the fact that this report covers the entire field of public health. There is nothing to add to it. Our role is to make sure that these recommendations are implemented by the government. It is such outstanding work.

I would like to address one specific issue, if I may. The Winnipeg lab is the only level-4 microbiology lab in the country, and one of the few in the world. It is a reference point and focus of expertise in the country. It does play, and should play, a leadership role. It is a remarkable physical facility that I had the opportunity to visit twice. The physical infrastructure is remarkable.

It also has outstanding, even world-renowned, scientists. Its leader, Dr. Plummer, is a world-renowned scientist who testified here.

I have met with provincial public health authorities. They have past and future concerns with the Winnipeg lab. In the past, their concerns were about scientific and administrative issues. On scientific issues, they were concerned with the statements coming from the lab, made repeatedly and publicly and in various international meetings, that the corona virus was not responsible for SARS, and other more recent statements that we had a SARS outbreak in an old people's home in Vancouver.

We all cite probabilities. Perhaps these statements should not have been made publicly. I know that provincial authorities at one specific international meeting were rather embarrassed by some of these statements. They felt more prudence should have been demonstrated.

The provincial authorities also complained about a certain lack of cooperation with the provincial labs. The specific example given to me is that reagents are not shared. Apparently it is an important issue, although I am not an expert. If they want to reproduce some of the findings or diagnoses, reagents should be shared. That is one of the roles of the reference lab.

There are unacceptable delays in getting results. There was one example of a result being received 14 months after the specimen was sent.

There is a more general issue with quality control. The provincial authorities said these things.

Le Dr Naylor: J'insiste pour dire qu'il s'agit du résultat d'un travail d'équipe. Il y a eu énormément d'auteurs de textes préliminaires. Mon rôle a été purement et simplement celui d'un rédacteur principal. Il est vrai que j'en ai rédigé une partie. Le manuscrit définitif est bien sorti de mon ordinateur, mais je tiens à rendre justice à une équipe fabuleuse.

Le sénateur Morin: J'aime l'idée que le rapport couvre la totalité du champ de la santé publique. Il n'y a rien à rajouter. Notre rôle consiste simplement à nous assurer que ces recommandations seront mises en oeuvre par le gouvernement. C'est un travail tellement exceptionnel.

J'aimerais aborder un point en particulier, si vous le permettez. Le laboratoire de Winnipeg est le seul laboratoire de microbiologie de niveau 4 du Canada, et l'un des rares qui existent dans le monde. Il est un centre de référence et d'expertise au pays. Il joue véritablement, comme il se doit, un rôle de chef de file. C'est une installation formidable que j'ai eu la chance de visiter. L'infrastructure est tout à fait remarquable.

Il peut compter également sur une équipe exceptionnelle de chercheurs de renommée mondiale. Son chef, le Dr Plummer, est un scientifique réputé qui est venu témoigner devant le comité.

J'ai rencontré des dirigeants provinciaux en santé publique. Ils ont des inquiétudes au sujet du laboratoire de Winnipeg concernant des événements passés et futurs. Pour ce qui est du passé, leurs inquiétudes tournaient autour de questions scientifiques et administratives. Sur le plan scientifique, ils se montraient préoccupés au sujet de déclarations en provenance du laboratoire qui, de façon répétée et en public, ainsi que lors de diverses réunions internationales, avaient soutenu que le coronavirus n'était pas responsable du SRAS, et d'autres déclarations plus récentes comme quoi il y avait une épidémie de SRAS dans une résidence pour personnes âgées de Vancouver.

Toutes ces déclarations s'appuient sur des suppositions. Peut-être qu'elles n'auraient pas dû être faites publiquement. Je sais que lors d'une de ces réunions internationales en particulier, les autorités provinciales avaient été assez embarrassées par certaines de ces déclarations. Elles avaient le sentiment que l'on aurait dû se montrer plus prudents.

Elles se plaignaient aussi d'un certain manque de coopération avec les laboratoires provinciaux. L'exemple qui m'a été donné est que les réactifs ne sont pas communiqués. Il semble que ce soit un problème important, même si je ne suis pas un spécialiste. S'ils veulent reproduire certains de leurs résultats ou de leurs diagnostics, ces réactifs doivent être connus. C'est l'un des rôles du laboratoire de référence.

On déplore aussi qu'il y ait des délais inacceptables avant d'obtenir les résultats. On nous a parlé d'un cas où le résultat n'était parvenu que 14 mois après que les spécimens avaient été envoyés.

Il existe un problème plus général de contrôle qualité. Ces affirmations sont le fait des autorités provinciales.

These are important issues. I am surprised to see that they are not mentioned in your report that covers the rest of the field so well. It is extremely important because the Winnipeg lab should be the mother ship of all other public health labs in this country.

It has everything going for it. It has outstanding scientists, excellent facilities and the proximity of an animal lab. It is unique in the world on that issue. It is now well supported by Health Canada. The funding has improved over the years. There are a number of recommendations that we might make that would help it play this important role in public health.

Do you have comments on that?

Dr. Naylor: Thank you very much, senator, for the positive comments on the report and for a challenging set of observations.

On one level, my instinct is to say that the broad set of criticisms of the National Microbiology Laboratory is best addressed by those in charge of it. Replies to some of the specifics are very much in the bailiwick of the current leadership of the NML. At the same time, I do think it is incumbent upon me to reply to some of the broader issues you have raised because they are salient to the future of public health in this country.

Let us think about the question of whether the leaders of the NML stated that the corona virus was not responsible for SARS. As I heard them, those statements were, first, it was too early to be sure, and second, a metapneumovirus has appeared in some of the specimens that could be the cause.

It is intriguing that statements that represent appropriate expressions of scientific uncertainty, in the heat of an outbreak, with concerns about risk communication and desire for social solidarity even among the frequently argumentative scientific community, carry a very different weight. You used the term "prudence." I would like to take that word as a jumping off point and speak to the issue of risk communication, which was one of the themes in the report.

There is clearly an art form, in which those of us in the quiet groves of the academy are not necessarily schooled, in sharing information with the public and with practitioners during an outbreak. There are risks. There are uncertainties and threats. Matters that are best hammered out in the boardroom of a scientific institution may not necessarily be best aired as public speculation.

Ce sont là des questions importantes. Je suis surpris de voir qu'elles ne sont pas mentionnées dans votre rapport qui couvre tellement bien le reste du sujet. C'est même extrêmement important, parce que le laboratoire de Winnipeg devrait être le vaisseau amiral de tous les autres laboratoires de santé publique au pays.

Il possède toutes les qualités pour réussir. Il a des chercheurs exceptionnels, d'excellentes installations et il est situé à proximité d'un laboratoire de recherche en santé animale. Il est unique en son genre sur ce point. Il jouit désormais d'un bon soutien de la part de Santé Canada. Le financement s'est amélioré avec les années. Nous pourrions faire un certain nombre de recommandations susceptibles de l'aider à jouer son rôle important en matière de santé publique.

Avez-vous des commentaires à faire à ce sujet?

Le Dr Naylor: Merci beaucoup, sénateur, pour vos remarques élogieuses au sujet de notre rapport ainsi que pour vos observations très pertinentes.

D'une part, mon instinct me dit que les responsables du Laboratoire national de microbiologie seraient mieux placés pour réagir à bon nombre des critiques qui sont faites à l'endroit du laboratoire. Les réponses à certaines critiques précises se situent dans la sphère de responsabilité des autorités actuelles du Laboratoire. Par ailleurs, je suis convaincu qu'il me revient de répondre à quelques-unes des remarques plus générales que vous avez faites, parce qu'elles ont une incidence directe sur l'avenir de la santé publique dans ce pays.

Commençons par la remarque comme quoi les dirigeants du LNM auraient déclaré que le coronavirus n'était aucunement responsable du SRAS. À ce qu'il me semble, ces déclarations étaient, premièrement, qu'il était trop tôt pour affirmer quoi que ce soit avec certitude, et deuxièmement, qu'un métapneumovirus était apparu dans certains spécimens et aurait pu être la cause.

Il est intrigant que des déclarations qui sont l'expression appropriée de l'incertitude scientifique, en plein coeur d'une épidémie, et qui traduisent des préoccupations au sujet de la communication des risques et le désir d'exprimer la solidarité sociale, même au sein de la communauté scientifique souvent marquée par la controverse, aient eu un poids très différent. Vous avez utilisé le terme «prudence». J'aimerais me servir de ce mot comme point de départ pour aborder la question de la communication des risques qui était justement l'un des thèmes de notre rapport.

Il me semble que ce soit véritablement une forme d'art pour laquelle nous, qui évoluons dans les sphères silencieuses des universités, ne sommes pas nécessairement bien éduqués, un art qui consiste à communiquer l'information au grand public et aux praticiens durant une épidémie. Il y a des risques. Il y a des incertitudes et des menaces. Il y a des questions qui sont mieux débattues dans les salles de conférences d'une institution scientifique que sur la place publique où elles donnent libre cours à toutes les interprétations.

This speaks to a broader issue. We need to have a communication strategy. We need to be able to have, in the background, absolutely brilliantly informed and intellectually honest debates about that with which we are dealing.

We should share our uncertainties to some degree with the public, because the public deserves our respect. They are able to understand risk better than we give them credit for. They can manage uncertainty, as long as they know something is being done about it and there is a set of actions they can take. However, making the call on what uncertainties should be shared is something that requires judgment and training.

On the issue of reagents not being shared, I would urge that those questions be put elsewhere. I am not aware of the specifics. I want to speak to this broader question of the reference laboratory role.

During SARS, we saw various hospital laboratories doing tests because the central public health laboratory in Ontario was overwhelmed. The result is that we had different laboratories using different reagents developed locally to test for SARS. This, in turn, can lead to quality control issues. It also undermines our ability to gather information because there is no centralized database.

This hospital has a few patients with the clinical and laboratory data and another hospital has a few patients with clinical and laboratory data, but no one is pulling the two together.

We have strongly urged that the Canadian Public Health Laboratory Network be strengthened and given a much more formal role in laboratory quality control and coordination. In so doing, we will empower provincial and private hospital laboratories to take a greater role in creating this kind of reference laboratory function for the NML and for some of the provincial labs. It will create a two-way street. That is currently the intention of the CPHLN and I think the kinds of criticisms you bring forward need to be incorporated into reforms of and enhancement to what is basically a sound structure and a very good idea.

Last, on the role of the NML in the Surrey nursing home outbreak, I am drawn back to my initial comments about the way in which one puts information out. Outbreaks are science in a fishbowl. I can only speak personally, senator. I watched the CBC coverage and I heard a colleague for whom I have the highest regard say that there are some similar sequences and this could be SARS. I did not hear a definitive statement that this was an entire genetic sequence that made us scientifically certain that this was

Cette question en cache une autre beaucoup plus vaste. Il nous faut une stratégie de communication. Nous devons être capables d'avoir, en arrière-plan, des débats brillamment informés et intellectuellement honnêtes sur les questions qui nous préoccupent.

Nous devrions communiquer nos incertitudes au public dans une certaine mesure parce qu'il mérite notre respect. Les gens sont capables de comprendre les risques mieux que nous le croyons. Ils sont capables de gérer l'incertitude, du moment qu'ils savent que l'on s'attaque au problème et qu'eux-mêmes peuvent prendre certaines mesures. Toutefois, décider dans quelle mesure les incertitudes doivent être communiquées exige un certain jugement et du doigté.

En ce qui concerne la question des réactifs qui n'auraient pas été communiqués, je vous suggère fortement de la poser à d'autres témoins. Je ne suis pas au courant des détails. Mais je veux bien parler de la question plus large du rôle d'un laboratoire de référence.

Durant l'épidémie de SRAS, nous avons vu divers laboratoires d'hôpitaux faire des tests parce le laboratoire central de santé publique de l'Ontario était débordé. Il en est résulté que divers laboratoires ont utilisé des réactifs différents mis au point localement en vue de faire les tests pour le SRAS. Cette façon de procéder risque d'entraîner des problèmes de contrôle qualité. Elle affaiblit en outre notre capacité de recueillir de l'information parce que nous ne disposons pas de base de données centralisée.

On se retrouve dans la situation où un hôpital examine quelques patients et obtient des résultats de la clinique et du laboratoire, et un autre hôpital a lui aussi quelques patients sous observation et obtient des résultats de la clinique et du laboratoire, mais ces données ne sont pas fusionnées.

Nous avons beaucoup insisté pour que le Réseau canadien des laboratoires de santé publique soit renforcé et qu'on lui accorde un rôle plus officiel en ce qui concerne le contrôle qualité et la coordination des laboratoires. Ainsi, nous autoriserions des laboratoires provinciaux et des laboratoires privés d'hôpitaux à assumer un rôle plus important en créant cette sorte de fonction de laboratoire de référence pour le LNM et pour certains laboratoires provinciaux. Ainsi, l'information pourrait circuler dans les deux sens. C'est actuellement dans les intentions du RCLSP, et je pense que les critiques du genre de celle que vous venez de formuler doivent être prises en compte dans le cadre des réformes et des améliorations à ce qui est fondamentalement une structure saine et une très bonne idée.

Enfin, en ce qui concerne le rôle du LNM, au cours de la flambée survenue dans le centre d'accueil de Surrey, je reviens à mes premiers commentaires au sujet de la manière dont l'information devrait être communiquée. Les flambées de cas de maladie mettent la science sur la sellette. Je ne peux parler qu'à titre personnel, sénateur. J'ai suivi la couverture que Radio-Canada a réalisée de l'événement et j'ai entendu un collègue pour lequel j'ai la plus haute estime dire qu'il y avait des similitudes et

the SARS corona virus. I winced because I could imagine how this would be interpreted.

I am drawn back again to the view that we have to learn how to put information in play so that scientific uncertainty is acknowledged without inadvertently creating confusion.

Senator Callbeck: I want to congratulate you on a comprehensive report that is very easy for the layperson to understand. I commend you for that as well.

You have many recommendations before us. If these recommendations were implemented and if there were a SARS outbreak in my province of Prince Edward Island, what would happen? Who would declare a state of emergency and who would mobilize the resources?

Dr. Naylor: May I ask a few questions to clarify the dimensions of the outbreak before I answer you? Is the outbreak confined to Prince Edward Island?

Senator Callbeck: Let us look at it both ways. It is confined to Prince Edward Island and it is not.

Dr. Naylor: First, in this imaginary and positive alternative universe, when the next SARS begins to emerge, alerts will be sent out widely. The first time that it turns up in Berlin or Singapore or anywhere, there will be a series of alerts worldwide saying that virus X or bacterium B is on the move.

Those alerts would rapidly filter through the Canadian public health and health care systems. Your medical officers of health and your health care leaders would both have immediate alerts from the Canadian agency for public health and the desk of the chief public health officer saying that there is a problem.

If it were a known agent, there would be a well-understood and agreed protocol as to what should be done. There would be a common set of business processes on how to respond. Therefore, instead of making it up as they went along, these individuals would have the comfort of knowing that there was a national consensus, if you will, on best practices, and they would be able to follow those.

Because there would be cross-discussions between jurisdictions and some understanding of the strategies to be used, they would also have had time to think through the unique challenges of battling an outbreak on an island and in a jurisdiction where some of the tertiary resources are not in place. They may have decided that individuals should be moved in a collaborative arrangement to, perhaps, the Queen Elizabeth II Hospital. They may have an understanding of where exactly the negative pressure rooms were in available hospitals and have a whole protocol to determine that a patient go from the emergency room contained area to a negative pressure room for observation, and if there is deterioration, the patient would be transferred to Nova Scotia, because a complete understanding would be in place beforehand

qu'il pourrait s'agir du SRAS. Je n'ai pas entendu de déclaration formelle comme quoi on une séquence génétique entière nous garantissait sur le plan scientifique qu'il s'agissait bien du coronavirus du SRAS. J'ai tiqué parce que j'imaginai facilement comment cette déclaration pouvait être interprétée.

Ce qui me ramène à cette opinion comme quoi nous devrions apprendre à gérer l'information afin que l'on puisse admettre l'incertitude scientifique sans pour autant créer de la confusion.

Le sénateur Callbeck: Je tiens à vous féliciter pour un rapport complet qui est très facile à comprendre par des profanes. Je vous rends hommage pour cela aussi.

Vous nous avez présenté un grand nombre de recommandations. Si ces recommandations étaient mises en oeuvre et s'il y avait une flambée du SRAS dans ma province, l'Île-du-Prince-Édouard, que se passerait-il? Qui déclarerait l'état d'urgence et qui mobiliserait les ressources?

Le Dr Naylor: Puis-je vous poser quelques questions afin de préciser l'ampleur de la flambée avant de vous répondre? Est-ce que l'épidémie est limitée aux frontières de l'Île-du-Prince-Édouard?

Le sénateur Callbeck: Envisageons le problème sous deux angles différents. Oui, elle est limitée à l'Île-du-Prince-Édouard, et non, elle ne l'est pas.

Le Dr Naylor: Tout d'abord, dans cet univers imaginaire et positif, lorsque l'on détectera l'éclosion du SRAS, des alertes seront transmises sur une grande échelle. Dès qu'elle surviendra à Berlin ou à Singapour ou ailleurs, une série d'alertes seront lancées dans le monde entier comme quoi le virus X ou la bactérie B sont en marche.

Ces alertes feront rapidement leur chemin à l'intérieur des systèmes de santé publique et de soins de santé du Canada. Les médecins hygiénistes et les dirigeants des établissements de soins de santé recevraient immédiatement des messages d'alerte de la part de l'Agence canadienne de santé publique et du bureau du médecin hygiéniste en chef les informant qu'il y a un problème.

S'il s'agissait d'un agent connu, alors on suivrait un protocole bien compris et connu de ce qu'il faut faire. Il y aurait un ensemble commun de processus à suivre sur la manière d'intervenir. Ainsi, plutôt que d'improviser au fur et à mesure, les responsables seraient rassurés de savoir qu'il y a un consensus national, en quelque sorte, sur les pratiques exemplaires, et ils seraient en mesure de les suivre.

Étant donné qu'il y aurait des discussions entre les autorités compétentes et une certaine compréhension des stratégies à utiliser, on aurait eu aussi le temps de réfléchir au défi particulier que présente la lutte contre une épidémie sur une île et dans une région où certaines ressources tertiaires sont absentes. On pourrait avoir décidé du déplacement de certaines personnes, dans des endroits comme, par exemple, l'Hôpital Queen Elizabeth II, dans le cadre d'ententes de collaboration. Les autorités sauraient exactement où se trouvent les zones de pression négative dans les hôpitaux disponibles, et on aurait mis en place un protocole complet visant à déterminer qu'un patient est acheminé d'une zone restreinte de la salle des urgences jusqu'à une chambre ventilée par aspiration pour être mis sous

that that would be done. We would transfer them in a secure and safe way so that ambulance paramedics transporting them are not put at risk. All the protocols would be worked out beforehand.

If it were a new agent, then you would expect that there would be rapid support from the Canadian agency for public health. The Government of Prince Edward Island would call for help. It would be understood that there are protocols for collaboration and the national agency would be in place to quickly provide support on the ground according to understood processes and protocols. Help could be called in.

If things began to spread, you would have surge capacity in the form of health emergency response teams. They would be brought in from other jurisdictions. They would be already set and mandated to help. They would be epidemic response teams that could cover public health functions or clinical care functions. They would be ready to go in advance. The licensing issues would be sorted out. The malpractice premium issues would be sorted out. They would come in within hours to help your people out.

If the outbreak spread and you needed additional support from the standpoint of public health, there would be reciprocal agreements with other provinces to send in public health nurses and quarantine officers, and you would have the on-the-ground support at the community level that would also help you to manage the outbreak.

A combination of factors: Better technical support from the federal government, agreed processes and plans and reciprocal agreements with other jurisdictions through the national network for communicable disease control. This would not be a situation in which we would simply write in a blank book. Everything would be in place. There would still be gaps to be filled in and things to be understood and investigated, but you would have the protocols and processes that you needed in Prince Edward Island to fight the outbreak.

Senator Callbeck: The agency would make the decision on whether human resources would come in.

Dr. Naylor: No. The health emergency response team concept that is being developed by the Centre for Emergency Preparedness and Response, with this national network, is clear that in an emergency, the jurisdiction would call in the emergency response team. Depending upon the nature of the threat, this would be funded by the jurisdiction that called in the response team, or it would be co-funded. If we were dealing with a national emergency, at that juncture you would be looking to the federal leadership. If multiple provinces were involved, then a clear

observation, et si sa situation se détériore, il serait transféré en Nouvelle-Écosse, parce qu'une entente complète aurait été mise en place au préalable comme quoi c'est ainsi que les choses devraient se passer. Nous pourrions transférer les patients en toute sécurité et sans mettre les ambulanciers en danger. Tous les protocoles seraient mis à l'épreuve auparavant.

S'il s'agissait d'un nouvel agent, alors on pourrait s'attendre à obtenir un soutien rapide de la part de l'Agence canadienne de santé publique. Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard demanderait de l'aide. Il serait entendu qu'il existe des protocoles de collaboration et l'agence nationale interviendrait rapidement pour offrir son aide sur le terrain, conformément aux processus et protocoles adoptés. On pourrait demander des renforts.

Si l'épidémie se propageait, nous pourrions compter sur une capacité de pointe qui se présenterait sous la forme d'équipes d'interventions sanitaires d'urgence. Ces équipes proviendraient des autres administrations. Elles seraient déjà mises sur pied et auraient une mission définie. Il s'agirait d'équipes d'interventions en cas d'épidémies spécialement formées pour s'acquitter de fonctions liées à la santé publique ou aux soins cliniques. Elles seraient déjà prêtes à intervenir. Les questions liées aux octrois de permis ainsi que celles qui touchent aux primes d'assurance en cas de faute professionnelle auraient été réglées au préalable. En l'espace de quelques heures, ces équipes viendraient vous prêter main forte et vous aider à intervenir auprès de votre population.

Si l'épidémie se répandait et si vous aviez besoin d'un soutien additionnel du point de vue de la santé publique, des ententes réciproques avec d'autres provinces prévoiraient l'envoi d'infirmières de la santé publique et d'agents de quarantaine, et vous disposeriez également d'un soutien sur le terrain à l'échelle communautaire pour vous aider à gérer l'épidémie.

Une combinaison de facteurs: un meilleur soutien technique de la part du gouvernement fédéral, des processus et des plans sur lesquels on s'est déjà entendu et des accords de réciprocité entre les autorités par l'entremise du réseau national de lutte contre les maladies transmissibles. On ne se retrouverait pas dans la situation où il faut créer de toutes pièces. Au contraire, les mécanismes seraient déjà en place. Il y aurait toujours des écarts à combler et des aspects à comprendre et à étudier, mais au moins vous pourriez compter sur les protocoles et les processus nécessaires à l'Île-du-Prince-Édouard pour combattre l'épidémie.

Le sénateur Callbeck: C'est l'agence qui prendrait la décision de faire appel à des ressources humaines.

Le Dr Naylor: Non. Le concept de l'équipe d'intervention sanitaire qui est en cours d'élaboration par le Centre des mesures d'urgence, avec son réseau national, est très clair: dans une situation d'urgence, c'est l'autorité compétente qui fait appel à l'équipe d'intervention d'urgence. Selon la nature de la menace, cette intervention serait financée par l'autorité qui y a fait appel, ou alors elle serait cofinancée. S'il s'agissait d'une urgence nationale, alors il faudrait s'attendre à ce que le gouvernement fédéral prenne la direction des activités. Si plusieurs provinces

mandate from new health emergency legislation would dictate that the chief public health officer would give the go-ahead and would provide the command structure for the whole country.

There is a need for clarity on the legislative side about when to trigger a move to a federal command and control structure. Obviously, it has to be a major threat in multiple provinces, but otherwise, the province would call in the help and it should be in place.

Senator Cordy: One of your recommendations is for one hospital in each region to deal with the outbreaks. Would that apply to the smaller provinces, such as those in the Atlantic region?

Dr. Naylor: We have recommended that one hospital in some regions is fine, but in other regions, because of the population density, you might have two or three institutions that are the leads.

The particular challenge is with both the physical infrastructure and the human resources. In some cases, we need the physical infrastructure — the negative pressure hospital rooms, the anteroom so that one can gown and deal with the precautions in a closed space before entering the room or going out into the public spaces.

You also need in the same institution staff with an understanding of the special nature of the threat, and who are continually being educated to stay abreast of infection control issues. Where you have the firepower concentrated in some measure, we need to deal with patients who may be sick with a variety of highly contagious illnesses, and better protect the health care workers and allow them to care for the patients.

Whether it is one hospital, or three or four in more densely populated areas, we are emphasizing that we need to have some sense of who is ready to step in, and they need to be prepared.

Senator Callbeck: I have one other question. It will take considerable time to implement these recommendations. What do you recommend for short-term measures?

Dr. Naylor: We have given a number of immediate-term recommendations in the report. They are quite specific. They are on page 213, section 12(a) under “Preparing for the Respiratory Virus Season.” We are already into the season of colds and influenza. We have put down a number of recommendations for relatively urgent action, and we can only hope that these will be taken seriously and acted on.

Senator Keon: Thank you, Dr. Naylor. It is wonderful that this report has come out and been accepted by virtually everyone. I thought you were being your usual clever self at the press

étaient en cause, alors il faudrait qu'un mandat clair émane de la nouvelle loi sur les urgences sanitaires et précise clairement que c'est le médecin hygiéniste en chef qui donne le feu vert et fournit la structure de commandement à l'échelle du pays.

Il faut que la loi précise clairement dans quelles circonstances il faut passer à une structure de commandement et de contrôle fédérale. De toute évidence, il faut que la menace frappe plusieurs provinces, mais autrement, la province visée s'occuperait elle-même de faire appel aux ressources, et celles-ci seraient déjà en place.

Le sénateur Cordy: L'une de vos recommandations demande qu'un hôpital soit désigné dans chaque région pour s'occuper des épidémies. Est-ce que cela s'appliquerait aussi aux petites provinces, comme celles de la région Atlantique?

Le Dr Naylor: Nous avons recommandé qu'un seul hôpital soit désigné dans certaines régions, mais dans d'autres, en raison de la densité de population, il pourrait y avoir deux ou trois institutions chargées de jouer le rôle de chef de file.

Le défi particulier porte à la fois sur l'infrastructure matérielle et sur les ressources humaines. Dans certains cas, il nous faut une infrastructure matérielle — en l'occurrence, des chambres à pression négative, des antichambres où les intervenants peuvent s'habiller et prendre les précautions d'usage dans un espace fermé avant d'entrer dans la pièce ou de se diriger vers les espaces publics.

Il faut également prévoir dans la même institution du personnel bien au fait de la nature particulière de la menace, et qui se tient continuellement à jour en ce qui concerne les questions liées à la lutte contre l'infection. Même si, dans une certaine mesure, la force de frappe est concentrée, il faut néanmoins pouvoir s'occuper de patients pouvant être atteints d'un éventail de maladies très contagieuses et en même temps, assurer une plus grande protection aux travailleurs de la santé et leur permettre de prendre soin des patients.

Peu importe que l'on ait désigné un seul hôpital ou trois ou quatre dans une région plus densément peuplée, nous insistons sur le fait qu'il faut avoir déterminé auparavant qui sera prêt à intervenir, et avoir pris les moyens pour former les intervenants.

Le sénateur Callbeck: J'ai une autre question. Il faudra beaucoup de temps pour mettre en oeuvre ces recommandations. Quelles sont vos recommandations en ce qui concerne les mesures à court terme?

Le Dr Naylor: Dans notre rapport, nous avons fait des recommandations à mettre en oeuvre immédiatement. Elles sont très précises. Elles figurent à la page 219, section 12A, sous la rubrique «Préparation à la saison des virus respiratoires». Nous sommes déjà dans la saison des rhumes et de la grippe. Nous avons donc fait un certain nombre de recommandations concernant des mesures relativement urgentes, et nous ne pouvons qu'espérer qu'elles seront prises au sérieux et qu'on les mettra en application.

Le sénateur Keon: Merci, docteur Naylor. Il est assez fantastique que dès sa sortie ce rapport ait été accepté par pratiquement tout le monde. Je pense que vous vous êtes montré à

conference in Toronto in saying much of this is 10 years old. It had a great impact, and we must now get on and implement these ideas. Many of the ideas have been around for a long time.

The section to which you just referred includes some interim measures, but not the structural framework that you are seeking in the big picture. If we here in the Senate committee were to do something useful, it would be to lay out a critical path of implementation of your report and put some numbers and dollar signs on it in order that it become a pragmatic approach to a massive problem.

Having said that, I wonder if you would do a walk-through and give the highlights of the critical path of implementation. What things have to be in place first before we do something else if this is to work and then what things could follow a little later?

Dr. Naylor: It is very hard for me to set out the steps in specific order because reasonable people will disagree about whether it is B or A that should be first. Certainly at the committee level, we had considerable discussion around the first steps. Aside from the occasional moment when we threw up our hands and said, "All of this should have been done yesterday," we did have some general agreement. I want to emphasize that this is difficult.

The first major part is the immediate recommendations. We are into the cold and flu season and we need to take some action. We need to be ready. We do not know whether SARS will come back. We do know, as we saw with the Surrey outbreak, that there will be many false alarms. There will be illnesses that look like SARS and hospitals will be inclined to put infected people into respiratory isolation and to put the staff who dealt with those patients, perhaps without protection, into isolation.

We need a series of protocols to minimize the upset and confusion in the health care system and in the public health system during this upcoming winter respiratory virus season. That is job one.

I emphasize it in part because I have heard it said that the public health and health care systems, certainly in Toronto, are still in the throes of post-traumatic stress syndrome. We have many individuals who rode a tremendously emotional roller coaster during this outbreak. There was a real threat of the unknown when this virus first appeared. There was tremendous anxiety and stress from seeing colleagues fall ill and patients die at a high case-fatality rate. There was relief when it appeared that it had been contained and a real trough of despair when the second wave of the outbreak hit us.

la hauteur de votre réputation lors de la conférence de presse de Toronto lorsque vous avez affirmé qu'une bonne partie de ces recommandations avaient déjà dix ans. Cette déclaration a eu beaucoup d'impact, et nous devons maintenant retrousser nos manches et nous mettre au travail pour que ces idées se concrétisent. Bon nombre d'entre elles circulent déjà depuis longtemps.

La section à laquelle vous venez de faire référence comprend quelques mesures provisoires, mais pas le cadre structurel que vous avez envisagé dans l'ensemble. Si nous voulions ici même au Sénat nous rendre utiles, nous pourrions élaborer un chemin critique de la mise en oeuvre de votre rapport et y inscrire des montants afin qu'il devienne une démarche pragmatique en vue de résoudre un problème de grande ampleur.

Ceci étant dit, je me demande si vous ne pourriez pas nous présenter un petit tour d'horizon et nous préciser les faits saillants de ce chemin critique de la mise en oeuvre. Quelles sont les choses à mettre en place avant quoi que ce soit d'autre si nous voulons que tout ce processus donne de bons résultats, et quelles sont celles qui pourraient être implantées un peu plus tard?

Le Dr Naylor: Il m'est très difficile de vous donner les étapes dans un ordre précis parce que des gens raisonnables pourraient ne pas être d'accord avec l'idée que ceci doive se passer en premier ou en deuxième. Il est certain qu'au sein du comité, nous avons abondamment discuté de ce que devraient être les premières étapes. Mis à part toutes les fois où nous avons levé les bras au ciel pour dire «Tout ceci aurait déjà dû être fait depuis longtemps», nous en sommes néanmoins arrivés à un certain consensus général. Je tiens à vous dire que cet exercice est difficile.

La première partie importante concerne les recommandations à mettre en oeuvre dans l'immédiat. Nous sommes dans la saison des rhumes et des gripes et il faut prendre des mesures. Nous devons nous tenir prêts. Nous ignorons si le SRAS frappera de nouveau. Par contre, nous savons très bien, parce que nous l'avons vu avec la flambée de Surrey qu'il y aura de nombreuses fausses alarmes. Des maladies ressembleront au SRAS et les hôpitaux voudront mettre les personnes infectées en isolement respiratoire et également, mettre en quarantaine le personnel ayant eu des contacts avec ces patients, peut-être sans protection.

Il nous faut une série de protocoles visant à réduire au minimum le dérangement et la confusion au sein du système de soins de santé et de santé publique durant la prochaine saison hivernale du virus respiratoire. C'est la priorité numéro un.

J'insiste sur ce point parce que j'ai entendu dire que les systèmes de santé publique et de soins de santé, en tout cas à Toronto, sont encore sous le choc du syndrome de stress post-traumatique. Beaucoup de gens sont passés par toute la gamme des émotions durant cette épidémie. Il planait vraiment une menace de l'inconnu lorsque ce virus est apparu pour la première fois. On a ressenti énormément d'anxiété et de stress en voyant des collègues tomber malades et des patients décéder et à un rythme qui a fait grimper le taux de mortalité clinique. On a ressenti un certain soulagement lorsqu'on a cru que le virus avait été contenu, suivi d'une vague de désespoir lorsque la deuxième vague est venue frapper.

SARS 3 could have a devastating impact. We also have to prevent false alarms that could be demoralizing. This is the first set of priorities.

This is the set of action items that are as much in the bailiwick of the provinces and health regions as they are that of the federal government, but the federal government can do some things, as we said here.

The second major area of activity that we would recommend would be to push forward on two fronts in parallel. One front is the machinery around the agency. Obviously, we are not experts in machinery of government and can only provide so much advice on that front. We have spoken of a legislated service agency, but we would be remiss if we pretended that we are in a position to define all the steps that might be taken to get there faster.

At the same time, I do feel that we have to get there. We need an action plan to move towards an agency, because without a focal point and without strong leadership, much of what is here will simply fester in the bureaucracy. It will not get done.

There is a parallel track, because the challenge is to avoid having all the energy drawn off into creating the agency when there are some other things that need to be done in the medium term.

First, we must have much better surveillance. We need to improve and coordinate our surveillance systems, particularly for infectious diseases. In turn, that means we need to improve the alert systems back to the public health and clinical systems.

We need to have the machinery of the network for communicable disease control up and running, and we do not need an agency to do that. We need to draw together the relevant experts from public health, interweave them with health care experts and get on with a national network to think through the business processes for data sharing and how to fight multi-jurisdictional outbreaks more effectively.

Eventually, that will flow into the third stage, which involves things such as legislative review to harmonize and improve health emergency legislation. That is longer term.

The agency can be helpful there, but I only want to go as far as that second pair of steps; let us get the agency rolling, but not spend so much time and energy doing that that we are sidetracked from the fact that there are some medium-term things that we do have to spend some energy on if we are to be better prepared.

L'épisode 3 du SRAS pourrait avoir des effets dévastateurs. Nous devons également empêcher les fausses alarmes qui pourraient être démoralisantes. C'est notre premier ensemble de priorités.

Donc, il s'agit de l'ensemble de mesures à prendre qui sont tout autant du ressort des provinces et des régions sanitaires, que du gouvernement fédéral, mais le gouvernement fédéral peut faire certaines choses, comme nous l'avons déjà mentionné.

Le deuxième grand secteur d'activité dont nous recommanderions la mise en oeuvre consisterait à exercer des pressions sur deux fronts en parallèle. L'un de ces fronts concerne les rouages autour de l'agence. De toute évidence, nous ne sommes pas des experts dans les rouages gouvernementaux et ne pouvons pas fournir des avis très éclairés sur le sujet. Nous avons parlé d'une agence de service imposée par la loi, mais nous serions mal venus de prétendre que nous sommes bien placés pour définir toutes les étapes à suivre pour atteindre plus rapidement notre objectif.

Par ailleurs, j'ai vraiment le sentiment que c'est la voie à suivre. Il nous faut un plan d'action en vue d'en arriver à la mise sur pied d'une agence, parce que sans point de référence et sans un leadership fort, une bonne partie de nos recommandations seront noyées dans la bureaucratie. Elles ne verront jamais le jour.

Il y a une voie parallèle, parce que le défi consiste à éviter que toute l'énergie soit drainée dans la création de l'agence, alors qu'il y a tellement d'autres choses à faire à moyen terme.

Premièrement, il faut améliorer la surveillance. Il faut améliorer et coordonner nos systèmes de surveillance, en particulier en ce qui concerne les maladies infectieuses. En outre, cela signifie que nous devons aussi améliorer les systèmes d'alerte et remonter jusqu'aux systèmes de santé publique et cliniques.

Il faut que les rouages du réseau de lutte contre les maladies transmissibles soient mis en place, et nous n'avons pas besoin d'une agence pour faire cela. Il nous faut tout simplement réunir les experts compétents dans le domaine de la santé publique, et les mettre en rapport avec ceux des soins de santé, et aller de l'avant avec la création d'un réseau national chargé de réfléchir en profondeur aux méthodes à retenir pour effectuer l'échange de données et lutter plus efficacement contre les flambées de maladies qui surviennent dans plusieurs administrations gouvernementales simultanément.

Au bout du compte, cela nous amènera à la troisième étape qui comporte des aspects comme l'examen de la législation en vue d'harmoniser et d'améliorer les lois sur les urgences sanitaires. Il s'agit d'interventions à long terme.

Dans ce cas précis, l'agence pourrait être utile, mais je ne veux pas aller au-delà de ces deux étapes. Commençons par mettre l'agence en route, mais ne consacrons pas tellement de temps et d'énergie à faire cela qu'on en oublie qu'il y a des étapes intermédiaires auxquelles nous devons penser si nous voulons être mieux préparés.

Senator Cook: This is a time for opportunity. It is reasonable, when we look at opportunity, to look at the current strengths and weaknesses and build on them. I see in the present system the strengths of a group of well-trained public health officials. We do have a corporate memory of an integrated public health system even though since the 1970s we thought we had it all fixed and did not need to focus on the infectious disease part.

We have a public health act in each province. However, looking at where we are now, we have decentralized our public health system and accountabilities. The new diseases are emerging at a rapid rate. There is a whole host of things that I try to wrap my mind around, but I see here a role for this committee, with advice from people like you. I did not have time to read your entire report. I went to chapter 12 and looked at your recommendations.

Senator Keon asked you to rate the recommendations in terms of what we should do first. I suppose the first thing we should do is get the flu shot and hope it is the right one. We need changes to our Canada Health Act. Public health has to be included in our provincial funding formula, along with the establishment of schools of public health. I know there are schools, but an enhanced curriculum is needed. These are some of the things that we can do now that will not cost a significant amount of money. It will come down to dollars and cents to do what we need to do for our people.

I can illustrate that by telling you a story. I met a couple of colleagues when I was home a couple of weeks ago and I said, "What will we do if SARS comes? We have one tertiary hospital." One said: "Do not worry, we have our public health system, we have our protocols and our plan, we are okay. However, Joan, we need you." I said: "What for?" She said: "We need a dedicated funding formula." With all of the information that we are receiving here, I think we can help as a Senate committee by addressing the legislative weakness and making sure that the funding comes through, because we cannot be all things to all people.

I would like you to respond to that. If we are to be partners in a process — and there are a number of us with different skills — and to embrace this opportunity, I would like to hear your comments.

Dr. Naylor: I certainly agree with what you said about federal support to galvanize and enhance public health activities at the provincial and regional level. I just want to provide a perspective on a couple of the specifics in your remarks.

Le sénateur Cook: Nous avons là une excellente opportunité. Il est raisonnable, lorsque l'on pense à cette opportunité, d'examiner les forces et les faiblesses actuelles et de partir de là. Je vois dans le système actuel les forces d'un groupe de fonctionnaires de la santé publique compétents. Nous pouvons également compter sur la mémoire générale d'un système de santé publique intégré, même si, depuis les années 70, nous donnons l'impression d'avoir cru que nous avions réglé tous les problèmes et avons négligé le domaine des maladies infectieuses.

Il y a une loi sur la santé publique dans chaque province. Toutefois, si on considère la situation actuelle, nous avons décentralisé notre système de santé publique et les responsabilités connexes. Les nouvelles maladies voient le jour à une vitesse rapide. Il y a tout un éventail de choses que je m'efforce de résumer, mais je vois en tout cas un rôle pour ce comité, avec les conseils de personnes telles que vous. Je n'ai pas eu le temps de lire votre rapport en entier. Je suis allé directement au chapitre 12, et j'ai jeté un coup d'oeil sur vos recommandations.

Le sénateur Keon vous a demandé de décrire dans quel ordre vos recommandations devraient être appliquées. Je suppose que la première priorité serait d'aller se faire vacciner contre la grippe et d'espérer que l'on a reçu le bon vaccin. Nous devons modifier la Loi canadienne sur la santé. La santé publique doit être incluse dans notre formule de calcul de l'aide aux provinces, de même que l'établissement d'écoles pour l'enseignement de la santé publique. Je sais que des écoles existent déjà, mais il nous faut un meilleur programme de cours. Il y a certaines choses que nous pouvons faire dès maintenant et qui ne coûtent pas tant d'argent que cela. Finalement, pour arriver à faire le nécessaire, la seule contrainte se résume à une question d'argent.

Je peux illustrer ce que j'avance en vous racontant une anecdote. J'ai rencontré quelques collègues pendant que j'étais à la maison, il y a quelques semaines de cela, et je leur ai dit: «Que ferons-nous si le SRAS frappe de nouveau? Nous n'avons qu'un seul hôpital de soins tertiaires.» L'une d'elles a répondu: «Ne t'en fais pas, nous avons toujours notre système de santé publique, nous avons nos protocoles et nos plans, il n'y a pas à s'inquiéter. Mais, Joan, nous avons besoin de toi.» Et j'ai demandé: «Pourquoi?» Et mon amie a répondu: «Il nous faut une formule de financement particulier.» Avec toute l'information qui nous est fournie ici, je pense que nous pouvons être utiles en tant que membres d'un comité sénatorial en nous attaquant aux faiblesses de la législation et en nous assurant que le financement arrive à destination, parce que nous ne pouvons pas répondre aux besoins de tous et chacun.

J'aimerais entendre vos commentaires à ce sujet. Si nous devons collaborer dans le cadre d'un processus — et certains d'entre nous possèdent diverses compétences — et si nous décidons de saisir cette occasion, j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Le Dr Naylor: Je suis tout à fait d'accord avec vous lorsque vous dites que le financement du gouvernement fédéral est nécessaire pour galvaniser et stimuler les activités de santé publique, tant au niveau provincial que régional. Je veux seulement vous donner mon point de vue sur quelques aspects précis de votre remarque.

First is the question of whether we need to change the Canada Health Act to include public health more squarely. We considered as a committee whether that would be a way forward but did not feel that given the health care focus of the act, we needed to embed public health there. In fact, one of the committee members cautioned that in so doing we might find that the clinical dragon would eat up public health again, as so often happens.

We certainly agree with your sentiment that legislative renewal of some type is part of this equation. There is a chapter on legal issues in which we had excellent constitutional input from a legal expert, Sujit Choudhry. I wish to emphasize that a lot of that chapter is from Sujit Choudhry's pen. I am sure my editing has done damage to his fine prose but he deserves the credit for the fine constitutional work in the document.

The second point is that we have a public health act. Some of the decentralization has led to diffused accountability. There needs to be continuing work on defining the best practices and structures for delivering public health programs. There is probably no one-size-fits-all. We know how diverse the country is. We know that the culture and context varies by provinces and territories so that there will be differences.

Observers in Ontario informed us that the municipalization of public health in that province meant that half the funding was coming from the municipalities and a very strong local approach led to lack of coordination during the outbreak response.

Of course, public health is, in the first instance, local. You need to build it up locally from the front lines. It needs to be embedded in communities. You need medical officers of health and public health nurses who understand their communities intimately, but you do need coordination and a whole set of processes to draw the system together. We would agree with you that that is extremely important.

On the question of a funding formula, we have proposed something very much along the lines of the Australian and U.S. precedents. We are imagining a very strategic approach, rather than putting a large pot of money on the table that people can fight about and having the accountability vested in broad indicators in relation to that money. The agency itself holds funds that flow out to the provinces, so that the chief public health officer of Canada would be sitting down with the chief public health officer of Newfoundland and saying, "Why do you not have your communicable disease chief talk to my communicable disease chief because we have this pot of money, this program,

D'abord, il y a la question de savoir s'il y a lieu de modifier la Loi canadienne sur la santé pour que la santé publique y prenne plus de place. En tant que membres du comité, nous avons tenté de déterminer si en agissant ainsi on ferait avancer les choses, mais nous n'avons pas trouvé qu'étant donné le centre d'intérêt de la loi, qui porte sur les soins de santé, il était nécessaire d'y intégrer la santé publique. De fait, l'un des membres du comité nous a prévenu qu'en agissant ainsi on risquait de voir le dragon des systèmes cliniques dévorer encore une fois la santé publique, comme cela se produit si souvent.

Il est certain que nous approuvons votre sentiment comme quoi un certain type de renouvellement fait partie de l'équation. Dans notre rapport, il y a un chapitre sur les aspects juridiques pour lequel nous avons pu compter sur un spécialiste, Sujit Choudhry. Je tiens à mentionner qu'une bonne partie de ce chapitre est de la plume de Sujit Choudhry. Je suis sûr que mes corrections ont causé des préjudices à sa prose, mais il mérite le crédit pour les aspects constitutionnels de notre document.

Le deuxième point est que nous disposons d'une loi sur la santé publique. En décentralisant en partie, on a eu pour effet de diluer la reddition de comptes. Il faut continuer à travailler sur la définition des pratiques exemplaires et des structures destinées à assurer la prestation des programmes de santé publique. Il n'existe probablement pas de solution à l'emporte-pièce. Nous savons que notre pays est très diversifié. Nous savons aussi que la culture et le contenu varient d'une province et d'un territoire à l'autre, et qu'il y aura toujours des différences.

Des observateurs de l'Ontario nous ont informés que la municipalisation de la santé publique dans cette province signifiait que la moitié du financement provenait des municipalités et qu'une approche très axée sur la localité avait entraîné un manque de coordination lors des interventions visant à lutter contre l'épidémie.

Bien entendu, la santé publique est, au premier chef, d'ordre local. Il faut commencer son élaboration à l'échelle locale, à partir des premières lignes. La santé publique doit être bien intégrée dans les collectivités. Il faut compter sur des agents de santé publique et sur des infirmiers et infirmières qui connaissent intimement leur collectivité, mais il est vrai qu'il faut aussi de la coordination et tout un ensemble de processus qui servent à souder le système. Nous sommes d'accord avec vous que c'est extrêmement important.

Pour ce qui est de la formule de financement, nous avons proposé quelque chose qui reprend sensiblement les lignes des précédents créés en Australie et aux États-Unis. Nous imaginons une approche très stratégique, plutôt que de mettre un énorme tas d'argent sur la table et de laisser les intervenants se battre pour s'en accaparer une partie et de voir la reddition de comptes se limiter à de vagues indicateurs liés à cet argent. L'agence elle-même détient des fonds qui sont destinés aux provinces, de sorte que le médecin hygiéniste en chef du Canada puisse s'asseoir avec le médecin hygiéniste en chef de Terre-Neuve et lui dire: «Pourquoi ne pas demander à votre chef de la lutte contre les

and it looks like you are already doing it, so maybe we should be moving those funds over to your non-communicable disease program to make sure you continue to get your fair share?”

In that sense we are imagining a social union framework model, in which first movers do continue to get their share of these funds, but we drive it out from the agency program by program, so there is accountability and a collaborative culture. We are, in essence, buying an integrated system by asking public health officials to sort out what it costs and how to do it.

The final point I would make is about how we create the health human resources. You mentioned schools for public health. Whether we need to go the American route of separate schools or faculties of public health, or whether we could do this in Canada as someone proposed, through a kind of virtual national public health institute, I leave to others to sort through. One can argue in either direction.

Many in this country would like to see a national public health human resource strategy that includes funding to support training and education, and certainly this issue is front and centre in this report. We have budgeted in the new agency many millions of dollars for just that purpose.

Those funds would not necessarily flow to provinces and territories. The new agency might talk to the relevant public health officials in a province, and then flow the funds to three universities in that province to get the job done — or, in Newfoundland, to Memorial University. The idea would be to put the money in the hands of the people doing the training; whether it is community colleges or universities, let us get these personnel in play. That is a long answer to a short question, but I hope that covers the issues.

Senator Cook: How do you see the role of the nurse practitioner studying for her MBA in the context of public health? Do you see a role for the nurse practitioner here, an opportunity? These people have their baccalaureate degree and are moving on to other things as they grow older. Is there an opportunity to capitalize on that?

Dr. Naylor: I would hope so. We have not created clear career paths for public health nurses. We do not have a path whereby people can enter a nursing program, get a baccalaureate and know that they can go on to a master's of public health, then do a PhD in epidemiology and enter one of the public health agencies such as a major municipal agency or the B.C. Centre for Disease Control — one hopes there might be a new one in Ontario — the

maladies transmissibles de venir discuter avec son homologue à l'agence, parce que nous disposons d'une certaine somme, et d'un programme, mais il semble que vous soyez déjà en train de travailler dans ce sens, alors peut-être que nous pourrions transmettre ces fonds dans votre programme de lutte contre les maladies non transmissibles afin de nous assurer que vous obteniez votre part?»

En ce sens, nous imaginons un modèle fondé sur l'entente-cadre sur l'union sociale, avec lequel les travailleurs de première ligne continueraient d'obtenir leur part de ce financement, mais ces fonds seraient versés par l'agence programme par programme, de sorte que l'on favoriserait la reddition de comptes et une culture de collaboration. Essentiellement, nous favorisons un système intégré en demandant aux fonctionnaires de la santé publique de nous dire combien ça coûte et comment procéder.

Le dernier point que j'aimerais aborder est celui des moyens utilisés pour créer les ressources humaines en matière de santé. Vous avez mentionné les écoles de formation en santé publique. La décision d'emprunter ou non le modèle américain des écoles ou des facultés distinctes pour la santé publique ou même de savoir si nous pouvons fonctionner ainsi au Canada, comme quelqu'un l'a suggéré, par l'entremise d'une sorte d'institut national de la santé publique virtuel, je laisse le soin à d'autres d'en débattre. On peut trouver des arguments favorables dans les deux sens.

Beaucoup de Canadiens aimeraient assister à l'émergence d'une stratégie nationale des ressources humaines en matière de santé publique qui serait dotée du financement nécessaire pour soutenir la formation et l'enseignement, et il est certain que cette question occupe une place centrale dans notre rapport. Nous avons accordé plusieurs millions de dollars, seulement à cette fin, dans le budget que nous avons établi pour la nouvelle agence.

Ces fonds sont destinés aux provinces et aux territoires. La nouvelle agence pourrait s'adresser aux fonctionnaires compétents de la santé publique d'une province et puis acheminer l'argent vers trois universités de cette province afin d'atteindre les objectifs visés B ou encore, à Terre-Neuve, à l'Université Memorial. L'idée serait que l'argent se retrouve entre les mains de ceux qui offrent la formation; que ce soit des collèges communautaires ou des universités, faisons en sorte que ces intervenants jouent leur rôle. C'est une longue réponse à une courte question, mais j'espère que j'ai bien répondu.

Le sénateur Cook: Comment voyez-vous le rôle des infirmières praticiennes qui étudient en vue d'obtenir un MBA dans le contexte de la santé publique? Voyez-vous un rôle pour l'infirmière praticienne dans ce contexte, y voyez-vous une opportunité? Ces personnes détiennent déjà un baccalauréat et elles décident de se perfectionner avec les années. Y a-t-il un moyen de tirer parti de cela?

Le Dr Naylor: Je l'espère. Nous n'avons pas créé de cheminements de carrière clairs pour les infirmières de la santé publique. Il n'existe pas de cheminement selon lequel une personne commencerait un programme d'études sur les soins infirmiers, obtiendrait son baccalauréat et saurait qu'elle peut poursuivre ses études en vue d'obtenir une maîtrise en santé publique, puis un doctorat en épidémiologie et ensuite entrer à

Quebec national institute or any equivalent public health branch, and then move back and forth very comfortably with the Canadian agency for public health. That would give a sense of an ability to gain a breadth of experience, to carry your seniority with you, to grow and to always have continuing education opportunities. We need those career paths for all public health personnel, but it is particularly weak for nursing, in part because we do not have enough master's degrees in public health that are practically oriented in this country. One is then left with doing a baccalaureate degree in nursing, entering the public health system and learning on the job. Add to that the general shortage of nurses, and it is not the most propitious set of circumstances in which to staff and revitalize this renewed system. We have work to do.

Senator Cook: On a personal note, it does not make one comfortable to look at the news and hear about the new surveillance equipment in airports, particularly Pearson, where there are options for screening purposes. How can we defuse that? I hear that the iris is the test, and then they cut the long line-ups at Pearson. Surely, it does not do the public any good to hear those kinds of things. My final question: Is it realistic for me to expect that there would be a provincial centre of excellence in my province, or could it be like the spokes of a wheel, with a centre of excellence in one of the other provinces that would bring my province in? We have to start somewhere, I know; but I do not think it would be a short-term realization to have one in every province. Could we build in that way — with one in the Maritimes where three or four provinces could feed into it? Would that be adequate?

Dr. Naylor: Those are two very important questions. First, I will deal with the airport-screening question. Airport screening is a very difficult area. Screening systems build public confidence. While the Health Canada study suggests a high degree of compliance with the various screening systems that were in play, if you talk to passengers — friends, family, neighbours — they all tell you stories about how they sailed through customs and no one collected their cards, or no one filled in the forms and so on. The committee members have had some difficulty aligning these two views — the formal studies and the anecdotes.

We also have had some difficulty, more fundamentally, in getting too concerned about it. We are not sure that even if the compliance were 100 per cent, these systems were ever likely to be very effective.

l'emploi d'une agence de santé publique, comme une agence municipale importante ou le B.C. Centre for Disease Control — il est à espérer qu'il s'en crée une nouvelle en Ontario — l'Institut national de la santé publique du Québec national ou une direction équivalente dans le domaine de la santé publique, puis effectuer très facilement des allers et retours avec l'agence canadienne de santé publique. Un tel cheminement donnerait l'impression que l'on peut acquérir une certaine expérience, conserver son ancienneté, se perfectionner et avoir des possibilités de formation continue. Nous avons besoin de ces cheminements de carrière, pour tout le personnel de la santé publique, mais tout particulièrement pour les soins infirmiers, en partie parce que nous n'avons pas suffisamment de programmes de maîtrise en santé publique orientés sur les aspects pratiques dans ce pays. Alors, il ne reste que l'option d'obtenir un baccalauréat en soins infirmiers, d'entrer dans le système de santé publique et d'apprendre sur le tas. Ajoutez à cela la pénurie d'infirmières, et on se retrouve dans la situation où les circonstances sont moins que favorables à la dotation et à la revitalisation d'un système renouvelé. Nous avons du pain sur la planche.

Le sénateur Cook: Sur une note plus personnelle, il n'est pas très rassurant lorsque l'on écoute les nouvelles d'entendre parler du nouvel équipement de surveillance dans les aéroports, et plus particulièrement à Pearson, où certains systèmes sont utilisés à des fins de dépistage. Comment rassurer les gens? On nous explique que l'on utilise le balayage de l'iris pour dépister les personnes atteintes, et qu'ainsi on peut éviter de créer de longues files d'attente à l'aéroport Pearson. Je suis sûre que ce n'est pas très rassurant pour le grand public d'entendre de telles choses. Ma dernière question est la suivante: Est-il réaliste de penser qu'il pourrait y avoir un centre d'excellence dans ma province, ou alors s'agirait-il plutôt d'un modèle de réseau en étoile, le centre d'excellence d'une autre province intégrant ma propre province? Il faut commencer quelque part, je le sais; mais je ne pense pas que ce serait réalisable à court terme que de créer de tels centres dans chaque province. Pourrions-nous adopter ce modèle de réseau en étoile — c'est-à-dire, un centre dans les Maritimes dont relèverait trois ou quatre provinces? Est-ce que ça pourrait fonctionner?

Le Dr Naylor: Voici deux questions très importantes. Premièrement, je vais aborder cette question du dépistage dans les aéroports. C'est un sujet très délicat. Les systèmes de dépistage servent à rassurer le public. Même si l'étude publiée par Santé Canada semble suggérer un degré élevé de conformité aux divers systèmes de dépistage qui sont en place, si vous parlez avec des passagers — amis, membres de la famille, voisins — tous ont une histoire à raconter comme quoi ils se sont faufilés aux douanes et que personne ne leur a demandé leur carte ou n'a rempli un formulaire et ainsi de suite. Les membres du comité ont éprouvé quelque difficulté à s'entendre sur ces deux points de vue — c'est-à-dire les études officielles et les anecdotes.

Nous avons eu du mal, plus fondamentalement, à ne pas trop nous préoccuper de cette situation. Nous ignorons si, même avec une conformité de 100 p. 100, ces systèmes seraient véritablement efficaces.

Thermal scanning has the obvious deficiency that it picks up fevers from all causes; and people brewing a virus like SARS have several days when they have no symptoms. What you need is a pre-symptomatic, non-invasive way of testing for the virus. Someone walks past a screen and it says, "Will develop SARS in five days." We do not have that.

Absent that, you have to focus on two things. One is information. You have to put masses of information in the hands of people. Assuming that most people are good, well intentioned and want to do the right thing, they will bring themselves to public notice quickly if they have suspicious symptoms and have been travelling. Second, you need a strong, local public health infrastructure so that when someone phones and says, "I have this information packet, I was just in wherever and I have the symptoms that match, I am worried that I may have X or Y," there is an instant response. Someone is at the house in 30 minutes. They get the information about what to do on the phone. They are transported, with appropriate precautions, to an emergency room that has an isolation area. They go into hospital, if need be, and into a negative pressure room, if that is required. There must be a local system that knows how to respond to the traveller who has concerns or suspicious symptoms.

We believe, and we have recommended, as I think honourable senators will have read, that there is a need for a multilateral, international process to reconsider travel screening; but also that we need in Canada to take a sober and critical look at the results of our screening activities. Millions of people went through thermal scanners and card systems with no cases detected. Let us have a critical look at it and decide what we need to do as a country in terms of information for travellers and screening. Quarantine officers are another issue that has been covered in the report in some detail. We need a proper set of quarantine officers at all ports. This is all there.

Let me turn to the really difficult question of how you would imagine a national network for communicable disease control functioning. In the best of all worlds, there would be a combination of some provincial and regional centres of excellence. When we look at the firepower in the British Columbia Centre for Disease Control, again, a lot of the money moves out of the provincial centre to municipalities to deal with vaccines and so on. The actual staffing is modest. You do not need a vast number of experts; they just have to be really good and well connected to the systems.

Le balayage infrarouge a une lacune évidente en ce qu'il dépiste les fièvres de toute origine; et les gens chez qui un virus comme celui du SRAS est en incubation n'ont aucun symptôme durant quelques jours. Il nous faudrait un moyen de dépistage du virus qui soit non invasif et qui puisse le détecter durant la phase pré-symptomatique. Un individu passerait devant un écran, et le message suivant s'afficherait: «Développera une infection au SRAS dans cinq jours.» Nous n'avons pas ce genre de système.

Ceci étant, il faut se concentrer sur deux choses. L'une d'elles est l'information. Il faut mettre des masses d'information entre les mains des gens. En supposant que la plupart des gens sont de bonnes personnes, bien intentionnées et désireuses de faire ce qu'il faut, ils devraient normalement se manifester publiquement s'ils éprouvent des symptômes inquiétants et s'ils ont voyagé. Deuxièmement, il faut mettre en place une infrastructure de santé publique locale rigoureuse de sorte que si une personne téléphone pour dire: «J'ai cette trousse d'information, je rentre de voyage, et j'éprouve les symptômes qui y sont décrits, je me demande si je ne pourrais pas être infecté par X ou Y», il devrait y avoir une réponse immédiate. Il faudrait que quelqu'un se présente à la maison en l'espace de 30 minutes. L'information sur ce qui doit être fait est transmise au téléphone. Les personnes sont transportées, avec les précautions appropriées, dans une salle d'urgence dotée d'une zone d'isolement. Elles sont hospitalisées, au besoin, et placées dans une chambre à pression négative, si nécessaire. Il doit y avoir à l'échelle locale, un système organisé pour répondre au voyageur qui a des inquiétudes ou qui éprouve des symptômes inquiétants.

Nous croyons, comme nous l'avons recommandé, et je pense que les honorables sénateurs l'auront lu, qu'il faut mettre en place un processus international et multilatéral en vue de reconsidérer le contrôle des voyageurs, mais aussi, il faut que le Canada considère d'un oeil serein et critique les résultats de nos activités de dépistage. Des millions de personnes sont passées par nos systèmes de balayage à infrarouge et de cartes et aucun cas n'a été détecté. Jetons un regard critique sur ce système et décidons de ce qu'il faut faire en tant que pays sur le plan de l'information aux voyageurs et du dépistage. Les agents de quarantaine sont une autre question que nous avons abordée avec passablement de détail dans le rapport. Il faut qu'il y ait une équipe compétente d'agents de quarantaine dans tous les ports d'entrée. C'est élémentaire.

Permettez-moi maintenant d'aborder la question vraiment difficile qui concerne la vision du fonctionnement d'un réseau national de lutte contre les maladies transmissibles. Dans le meilleur des mondes, il y aurait une combinaison de certains centres d'excellence provinciaux et régionaux. Lorsque l'on considère la force de frappe que représente le Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique, je le répète, une bonne partie de l'argent passe du centre provincial aux municipalités chargées d'administrer les vaccins et ainsi de suite. L'effectif est modeste. Il n'est pas nécessaire de se doter d'une armée d'experts; il suffit qu'ils soient vraiment très compétents et bien branchés avec les systèmes.

In that sense, it may be difficult for smaller provinces to build the critical mass to make this work. Thus, as a committee, we felt strongly that there would have to be discussion at the provincial and territorial level about setting up hub-and-spoke models in some areas. We would not want to prejudge, but one could imagine that there might be an Atlantic CDC run on a network basis. Certainly B.C. has an agency in operation that is exemplary in many ways. Quebec has a strong agency. Ontario, I am sure, will be discussing creating stronger capacity after SARS; and with the change of government, this may well be on their radar screen, too, as a tangible contribution early in the mandate.

The Prairies will be a difficult debate because of size and firepower. There is the National Microbiology Laboratory, which will be a magnet for Manitoba in co-locating some provincial capacity. There will be some head scratching in multiple provincial capitals and in the territories about how to make this work.

We believe firmly that we must make it work. There must be a network of agencies. It is not for us to say how it is constructed.

Senator Roche: Mr. Chairman, I would like to read into the record the last recommendation that Dr. Naylor made under the section "Preparing for the Respiratory Virus Season." I will read from page 214. I suggest that we highlight this because of the urgency that it will come to. In his recommendations, Dr. Naylor states:

Health Canada should coordinate an open scientific meeting late in the Fall, with objectives that include: updating Canadians on the science of SARS, discussing plans for SARS surveillance for the winter season, and reviewing the roles of travel advisories and passenger screening.

I quickly point out that there are several other recommendations in this section. Surely Health Canada ought to be able to move immediately on such a campaign to inform people about what is happening. I want to refer Dr. Naylor to what the head of the World Health Organization, Dr. Lee Jong-Wook, said yesterday to the European Parliament in Brussels. He said:

Our working assumption is that SARS will come back...in the coming winter, if SARS is mixed with the common cold and flu this will cause a lot of problems.

En ce sens, il pourrait être difficile pour les petites provinces de créer la masse critique nécessaire pour faire fonctionner tout ça. Par conséquent, en tant que comité, nous avons pensé qu'il devrait y avoir discussions à l'échelle des provinces et des territoires afin de déterminer dans quelle mesure on pourrait mettre en place un réseau en étoile dans certaines régions. Nous ne voulons pas préjuger du résultat, mais on peut imaginer qu'il pourrait y avoir un centre de lutte contre les maladies transmissibles de l'Atlantique administré sur la base d'un réseau. Il est certain que la Colombie-Britannique dispose déjà d'une agence qui fonctionne de façon exemplaire à bien des égards. Le Québec s'est doté d'une agence remarquable. Quant à l'Ontario, je suis persuadé que nous allons aborder la possibilité de nous doter d'une capacité plus efficace après l'épisode du SRAS; et avec le changement de gouvernement, il se pourrait bien que cette possibilité se retrouve au programme aussi, en tant que contribution tangible en début de mandat.

Le débat sera plus ardu dans les Prairies étant donné le territoire à couvrir et la force de frappe nécessaire. Il y a bien sûr le Laboratoire national de microbiologie, qui agira comme un aimant au Manitoba lorsque viendra le moment de choisir des collaborateurs à l'échelle provinciale. Il est certain que l'on se creusera les méninges dans plusieurs capitales provinciales et territoriales afin de trouver le moyen de faire fonctionner ce système.

Nous sommes fermement convaincus qu'il faut tout faire pour que cela fonctionne. Il faut mettre en place un réseau d'agences. Il ne nous appartient pas de décider comment il sera construit.

Le sénateur Roche: Monsieur le président, pour le compte rendu, j'aimerais lire la dernière recommandation du Dr Naylor dans la section «Se préparer à la saison des virus respiratoires». Je lis à la page 220. Je suggère que nous mettions ce passage en relief en raison de l'urgence qui s'en vient. Voici la recommandation du Dr Naylor:

Santé Canada devrait coordonner une réunion scientifique ouverte vers la fin de l'automne ayant comme objectifs de renseigner les Canadiens sur la recherche sur le SRAS, de discuter de projets de surveillance pendant l'hiver et d'examiner le rôle des avertissements aux voyageurs et du contrôle des voyageurs.

Je vous signale rapidement qu'il y a plusieurs autres recommandations dans cette section. Il est certain que Santé Canada devrait être capable de bouger rapidement en ce qui concerne la mise sur pied d'une campagne d'information de la population sur l'état de la situation. Je voudrais citer pour le Dr Naylor ce que le chef de l'Organisation mondiale de la Santé, le Dr Lee Jong-Wook, a déclaré hier devant le Parlement européen, à Bruxelles. Il a dit:

Notre hypothèse de travail est que le SRAS va frapper de nouveau [...] au cours de l'hiver qui vient, si le SRAS entraîne une confusion avec le rhume ordinaire et la grippe, nous allons au devant de beaucoup de problèmes.

My point is that there is a significant degree of public nervousness, and when we hear that SARS may return in forms that are unclear to us, then that ought to be addressed quickly by Health Canada. I would like to have Dr. Naylor's view on that.

Connected to that question, Dr. Naylor, did I hear in your opening comment that you feared a threat of a pandemic influenza? I believe those were the words you used. Do I infer correctly that you were speaking of something extraordinary on the way, as distinct from the normal flu season? If I am correct in that, then you, too, are warning us, along with the head of the World Health Organization, that we will have to ready ourselves for something big in the winter ahead. That highlights the need for some public education. Would you care to comment on the way in which I have characterized this sense of urgency in respect of the road ahead?

Dr. Naylor: The views are that we move on with preparations for the winter cold and flu season. I do not know whether SARS will be back; and no one knows. We can only be sure that there will be false alarms. We do not have a rapid, non-invasive test whereby people who turn up with suspicious symptoms will be immediately reassured, as will their families and the providers who give care to them, that they do not have SARS. The tests take time and there will be confusion. We do need to be prepared and there is much to be done.

I want to be very clear about pandemic influenza. I am assuredly not saying that pandemic flu will happen this winter. No one knows when there will be a major flu outbreak such as the one we had back in the early years of this century, and which caused such havoc and suffering worldwide.

I can say that experts in infectious disease and epidemiology have been in preparation for such an outbreak for multiple reasons. First, there is a working assumption that we have had a variety of virulent flu strains appear over the last few decades. Fortunately, none of them have been on the scope and scale of the killer influenza of 1918. However, there is a worry that one of them could be and we have to be prepared.

Second, the preparation for pandemic influenza is preparation for an outbreak such as SARS. It has the same set of principles. Some of the federal response to SARS was facilitated by the existence of the pandemic influenza planning process. Planning was already underway. People were trying to be prepared for pandemic flu. Those same processes were quickly shifted over to the SARS processes.

We are talking about a set of systems that will be as good for SARS as they are for pandemic flu. Personally, I hope that we never see pandemic flu. I make the point simply to highlight that we are no longer in a world where we can assume that a new virus will simply emerge and burn itself out in some remote country,

Je veux en venir au fait que le grand public montre beaucoup de nervosité et lorsque l'on entend que le SRAS pourrait revenir sous une forme qui demeure imprécise pour nous, alors il me semble que cela devrait être porté à l'attention de Santé Canada. J'aimerais connaître l'opinion du Dr Naylor à ce sujet.

Et en rapport avec la même question, docteur Naylor, ne vous ai-je pas entendu dire dans votre déclaration préliminaire que vous craignez une grippe pandémique? Je pense que ce sont les termes que vous avez utilisés. Est-ce que je me trompe en disant que vous avez mentionné la possibilité qu'il se produise quelque chose d'extraordinaire, c'est-à-dire une infection entièrement distincte de la grippe ordinaire de saison? Si j'ai bien compris, alors vous êtes vous aussi en train de nous prévenir, de concert avec le chef de l'Organisation mondiale de la Santé, que nous devons nous préparer à vivre un hiver difficile. Ces éléments d'information renchérissent sur la nécessité de procéder à une éducation du public. Voudriez-vous nous dire si j'ai bien rendu le sentiment d'urgence par rapport à ce qui nous attend?

Le Dr Naylor: Nous sommes d'avis qu'il faut aller de l'avant avec les préparatifs en vue de la saison des rhumes et des grippes. J'ignore si le SRAS frappera de nouveau; et personne ne peut le dire. Nous pouvons seulement être assurés qu'il y aura de fausses alarmes. Nous ne disposons pas d'un test rapide et non invasif qui permettrait de rassurer immédiatement les personnes éprouvant des symptômes inquiétants, ainsi que leur famille et les personnes qui les soignent, et de leur dire avec certitude qu'elles n'ont pas le SRAS. Les tests prennent du temps et il y aura de la confusion. Nous devons nous préparer, et il y a beaucoup à faire.

Je tiens à être très clair en ce qui concerne la grippe pandémique. Il est clair que je ne suis pas en train de dire qu'il y aura une grippe pandémique cet hiver. Personne ne peut dire s'il y aura ou non une flambée majeure de grippe comme celle que nous avons essuyée au début du siècle dernier, et qui avait causé tellement de souffrance et de chaos à l'échelle de la planète.

Je peux seulement vous dire que les spécialistes des maladies infectieuses et de l'épidémiologie se préparent à une telle flambée pour de nombreuses raisons. Premièrement, il y a une hypothèse de travail voulant qu'une gamme de souches de grippe virulente soient apparues au cours des dernières décennies. Heureusement, aucune d'entre elles n'avait l'ampleur et la portée de la grippe mortelle de 1918. Toutefois, on entretient l'inquiétude que l'une de ces souches pourrait bien exister et il faut se tenir prêt.

Deuxièmement, se préparer à une grippe pandémique c'est aussi se préparer à une épidémie comme celle du SRAS. Il s'agit du même ensemble de principes. Certaines des interventions du gouvernement fédéral à l'égard du SRAS ont été facilitées par l'existence du processus de planification en vue de l'éclosion d'une grippe pandémique. Cette planification était déjà en cours. Des gens essayaient de se préparer à la grippe pandémique. Ces mêmes processus ont été rapidement adaptés aux processus du SRAS.

Nous voulons parler d'un système qui sera tout aussi efficace contre le SRAS que contre la grippe pandémique. Personnellement, j'espère que nous n'aurons jamais de grippe pandémique. J'en ai parlé seulement pour mettre en lumière que nous ne vivons plus dans un monde où l'on peut supposer qu'un

while we watch the newspapers for accounts on page 8 and say, "Oh, is that not too bad?" That is not the way it will be. Rather, the new virus will be with us within hours because we are a global community and travel is a huge issue now. We have millions of arrivals in Canada each year, and viruses and bacteria will get to us quickly. This has changed the playing field. It has made the WHO much more important than it used to be. That is why we have said that whatever the frustration and reservations about the travel advisory, we must be in a position to work credibly with the WHO and to be citizens in a global public health community. That takes an agency and some leadership.

Senator Roche: The global nature of viruses brings me to my second question. In your opening, you highlighted the creation of a Canadian agency for public health, which would have, as you have expressed it, a clear focal point to interact with the global community. I certainly want to stand strongly behind that recommendation. You are reflecting the 21st century reality of globalization by applying that to the area of infectious disease control.

You said that a chief public health officer reporting to the federal Minister of Health would head the agency you envision. The thrust of the agency that you recommend would reach outward into the world. I understand and certainly want that. However, we are still trapped in 19th century constitutional constraints such that the provinces are competing with the federal government on virtually every decision in the health care field. They take the view that because they are spending the bulk of the money, they should be in the driver's seat.

Did you mean to be exhaustive when you said that the chief public health officer would report to the federal Minister of Health? Did you mean to exclude the provinces or did you just not get around to that in your comment? In that context, what is your view about the efficacy of the agency that you envision in reaching outward when it will have to take into account the competing interests of the provinces?

Dr. Naylor: On constitutional issues, the committee saw a set of dysfunctional relationships among all the levels of government. It was disappointing to live through it, as a physician and an administrator, in Toronto during the SARS outbreak. It was sobering but not surprising to have our perceptions confirmed as we talked to a variety of people who were directly involved.

nouveau virus va simplement émerger et se détruire lui-même dans quelque pays lointain, et que nous pourrions nous contenter d'en lire le récit à la page 8 et de dire: «Oh, n'est-ce pas terrible?» Ce n'est pas ainsi que les choses vont se passer. Au contraire, le nouveau virus sera chez nous en l'espace de quelques heures parce que nous sommes une communauté planétaire et que les voyages deviennent un grave problème de nos jours. Il y a des millions de visiteurs au Canada chaque année, et les virus et les bactéries nous parviendront rapidement. Cette situation a modifié les règles du jeu. Elle a fait en sorte que l'OMS a assumé un rôle beaucoup plus important que dans le passé. C'est la raison pour laquelle nous avons dit que, peu importe la frustration accumulée et les réserves que l'on peut entretenir au sujet des avertissements aux voyageurs, il faut nous placer dans la situation de pouvoir prouver notre crédibilité à l'OMS afin de collaborer avec elle et de montrer que nous agissons comme des citoyens au sein d'une communauté de santé publique planétaire. Pour y arriver, il nous faut une agence et un certain leadership.

Le sénateur Roche: La nature planétaire des virus m'amène à poser ma deuxième question. Dans votre déclaration préliminaire, vous avez insisté sur la création d'une agence canadienne de santé publique laquelle aurait, comme vous l'avez expliqué, un rôle de centre de référence clair et assurerait la liaison avec la communauté mondiale. Il est certain que j'appuie vigoureusement cette recommandation. Vous traduisez la réalité de la mondialisation du XXI^e siècle en l'appliquant au domaine de la lutte contre les maladies infectieuses.

Vous avez mentionné qu'un médecin hygiéniste en chef relevant du ministre fédéral de la Santé dirigerait cette agence que vous avez imaginée. Cette agence que vous recommandez aurait des liens avec le monde extérieur. Je comprends votre point de vue et je l'approuve très certainement. Cependant, nous sommes encore prisonniers de contraintes constitutionnelles qui datent du XIX^e siècle, et qui font en sorte que les provinces contestent pratiquement toutes les décisions prises par le gouvernement fédéral en matière de soins de santé. Elles ont adopté le principe voulant qu'étant donné qu'elles dépensent le gros de l'argent, elles devraient aussi avoir le dernier mot sur la façon de le dépenser.

Voulez-vous vous montrer exhaustif lorsque vous avez dit que le médecin hygiéniste en chef relèverait du ministre fédéral de la Santé? Voulez-vous exclure les provinces ou est-ce simplement parce que vous n'êtes pas allé aussi loin dans votre commentaire? Dans ce contexte, que pensez-vous de l'efficacité de l'agence que vous imaginez à avoir un certain rayonnement lorsqu'elle devra prendre en compte les intérêts concurrents des provinces?

Le Dr Naylor: En ce qui concerne les questions constitutionnelles, le comité a vu un ensemble de relations dysfonctionnelles entre les divers paliers de gouvernement. Ce fut une source de déception que de le vivre en tant que médecin et administrateur, à Toronto, durant l'épidémie du SRAS. Ce fut un rappel à la réalité, mais pas une grande surprise que de voir la confirmation de nos perceptions lorsque nous nous entretenions avec un éventail de personnes ayant été directement impliquées.

We have highlighted repeatedly that there needs to be a change in ethos. We refer in the conclusion to the need for public health to be a constructive engagement zone. We know there will be tensions between various governments — federal, provincial and territorial — at times. The view is that the funds should flow through an agency rather than the usual sort of federal-provincial-territorial venues. That would help to depoliticize these issues and take away some of the jurisdictional tensions.

You would have public health professionals with greater experience than ministers and deputies, who have had a lamentably short time in health over the last decade or so, debating how to get the job done. These people would not be driven by the vicissitudes of re-election and could take a longer-term view of how to get the job done.

None of this will change the fact that there is an essential tension in the Canadian Constitution. I am carrying coals to Newcastle in telling this group what it is. We saw it very clearly. Spending power and revenue generation power is concentrated in the hands of the federal government, and administrative authority for the growing portfolio of health and social programs is concentrated in the hands of the provinces and territories. This is an essential tension. It is a built-in recipe for conflict.

However, what was so encouraging is that there are similar provisions in Australia and in the U.S. The U.S. Centers for Disease Control has to be invited to the table by the states. It is invited early and often because it flows funds to the states to support their work and helps train their people, because individuals move back and forth between the state public health agency and the CDC. It is a common culture. It has firepower people respect. It is seen to be helpful rather than another lumbering bureaucracy that is working at the behest of a minister who may have recently had a spat with a provincial colleague.

It is not a perfect fix. There is still tension at times, but it does change the dynamic.

Australia, intriguingly, even without an agency, brings together the health ministers and the deputy ministers. The federal government accounts for about 50 per cent of public health spending, but it does it in an interesting way. Of that 50 per cent, half is funding that flows to the states and territories in Australia on a very strategic basis and is broken up into programs in the same way that we are recommending. About half is services provided in kind. You have federal employees, if you will, working in states and territories to provide services on a sort of secondment system that changes the dynamic again.

Nous avons insisté à plusieurs reprises sur la nécessité de procéder à un changement d'éthos. Nous faisons allusion dans la conclusion à la nécessité pour la santé publique de devenir une zone d'engagement constructif. Nous savons pertinemment qu'il y aura des tensions entre les divers gouvernements — fédéral, provincial et territorial — en diverses occasions. C'est pourquoi nous pensons que le financement devrait provenir d'une agence plutôt que des habituels bailleurs de fonds du fédéral, des provinces et des territoires. Cela contribuerait à dépoliticiser ces questions et à apaiser certaines tensions liées aux secteurs de compétence.

On ferait affaire à des professionnels de la santé possédant une plus grande expérience que les ministres et les sous-ministres qui n'ont disposé que d'un séjour lamentablement court à la santé au cours de la dernière décennie pour essayer de déterminer comment les choses devraient se passer. Ces personnes ne seraient pas motivées par les vicissitudes de la réélection et pourraient adopter une vision à plus long terme au sujet de la façon de faire les choses.

Rien de tout ceci ne changera quoi que ce soit au fait qu'il existe une tension fondamentale au sein de la constitution canadienne. Je ne fais que porter de l'eau à la rivière en vous disant ceci. Nous l'avons vu très clairement. Le pouvoir d'application des ressources et de production des recettes est concentré entre les mains du gouvernement fédéral, et l'autorité administrative en ce qui concerne le portefeuille de plus en plus important de la santé et des programmes sociaux est concentré entre les mains des provinces et des territoires. Cette situation crée une tension. Tous les ingrédients sont réunis pour produire un conflit.

Toutefois, nous avons été encouragés de constater qu'il existe des dispositions semblables en Australie et aux États-Unis. En effet, les Centers for Disease Control des États-Unis doivent être invités à la table par les États. Et ils sont invités très tôt et souvent parce qu'ils redistribuent du financement aux États afin de soutenir leurs activités et qu'ils participent à la formation du personnel, certains allant et venant entre l'agence de santé publique de l'État et les CDC. Ils ont une culture commune. Les CDC possèdent une puissance de frappe que les gens respectent. On les voit comme un organisme utile, plutôt que comme une autre bureaucratie lourde à la remorque d'un ministre qui peut très bien avoir eu récemment une prise de bec avec un collègue provincial.

Ce n'est pas une panacée. Il y a encore des tensions à l'occasion, mais ce mode de fonctionnement change la dynamique.

En Australie, il est surprenant de constater que, même en l'absence d'une agence fédérale, les ministres et les sous-ministres de la Santé travaillent ensemble. Le gouvernement fédéral est responsable d'environ 50 p. 100 des dépenses en santé publique, mais il est intéressant de voir comment il procède pour faire ces dépenses. De ce 50 p. 100, la moitié correspond à un financement qui est redistribué aux États et aux territoires de l'Australie sur une base stratégique et réparti entre divers programmes suivant le modèle que nous préconisons. Environ la moitié correspond à des services rendus sans contrepartie financière. Des employés du gouvernement fédéral travaillent, par exemple, dans les États et les territoires, dans le cadre d'une sorte de système de prêt de services qui change la dynamique.

The CDC does much of this. You will find CDC employees in the state public health agencies running the surveillance system for the U.S. Those data flow from the state to the CDC officials and on to headquarters in Atlanta. There are many ways to skin the cat, to create a different culture and a sense of collaboration.

I want to deal briefly with the question of the Canadian chief public health officer reporting to the provinces versus the federal government. We scratched our heads about the national public health board and how it should be structured. One of our key recommendations is that there should be a board of credible individuals.

On the one hand, if you have a governing body for the institute that is controlled by a majority of provincial and territorial representatives, you create some confusion in accountability. You would have a chief public health officer dealing with a board with very strong provincial and territorial direct representation yet accountable to the federal minister. We could see benefits in terms of trying to create collaboration. We also saw the possibility that that individual would be in his or her job for approximately 32 days before psychiatric help was required.

The approach instead was to have a body that really is more advisory than governing, because the individual must report to the federal Minister of Health. That national public health board would include experts nominated by the provinces and territories, but we would not want people who were in line positions in a province. You do not want to have the chief public health officer of Newfoundland on that board and then the next week negotiating with the person on whose board they sit about how much money they will get. It would just not work.

Therefore, that national public health board will not strictly govern, but will have a very good influence in providing a national perspective, especially if there are people drawn from across the country and there is a sense that the provinces and territories have had some say in who is included.

To come back to your point about how the chief public health officer would interact with the provinces, it is crucial that they sit down time after time with the public health officer for Nova Scotia, Saskatchewan or British Columbia and hammer out how they will do business. Currently, we do have a council of chief public health officers, on which Paul Gully sits representing the federal government.

This would be a different creature if we had a Canadian agency with a chief public officer flowing funds to the chief public health officers of the different provinces. The dynamic would be different. They would be strategizing about how to achieve

Les CDC font largement appel à ce système. On trouve des employés des CDC au sein des agences de santé publique de l'État chargés de diriger le système de surveillance pour les États-Unis. Les données recueillies circulent entre l'État et les fonctionnaires des CDC, puis jusqu'au bureau central à Atlanta. Il y a plusieurs façons de plumer un canard, de créer une culture différente et un sens de la collaboration.

J'aimerais aborder brièvement la question du médecin hygiéniste en chef du Canada qui relèverait des provinces plutôt que du gouvernement fédéral. Nous nous sommes creusé les méninges pour trouver comment l'agence nationale de santé publique pourrait être structurée. L'une de nos principales recommandations est que cette agence doit être formée de personnes crédibles.

D'une part, en créant un organisme dirigeant pour l'institut qui est contrôlé par une majorité de représentants des provinces et des territoires, on suscite une certaine confusion au chapitre de la reddition de comptes. On risque de se retrouver avec un médecin hygiéniste en chef devant collaborer avec une très forte représentation directe des provinces et des territoires, mais redevable devant le ministre fédéral. On peut y voir des avantages sur le plan de la création d'une collaboration. Mais nous y voyions aussi la possibilité que la personne occupe son poste durant environ 32 jours avant de demander une aide psychiatrique.

C'est la raison pour laquelle nous avons opté pour un organisme qui soit davantage consultatif que directif, parce que le titulaire doit rendre des comptes au ministre fédéral de la Santé. Donc, l'agence nationale de santé publique comprendrait des spécialistes nommés par les provinces et les territoires, mais nous ne voudrions pas qu'elle soit formée de titulaires de postes hiérarchiques dans une province. Nous ne voudrions pas que le médecin hygiéniste en chef de Terre-Neuve siège à l'agence, et que la semaine suivante il se retrouve en train de négocier avec la même agence en vue de déterminer le montant qu'il pourrait obtenir pour sa province. Ça ne pourrait tout simplement pas fonctionner.

Par conséquent, l'agence nationale de santé publique ne sera pas chargée de diriger au sens strict, mais elle exercera une très forte influence en adoptant une perspective nationale, surtout si elle est formée de personnalités issues des quatre coins du pays, et si l'on a l'impression que les provinces et les territoires ont eu leur mot à dire sur sa composition.

Pour en revenir à votre remarque concernant la manière dont le médecin hygiéniste en chef transigerait avec les provinces, il est crucial qu'il s'assoie respectivement avec le médecin hygiéniste de la Nouvelle-Écosse, de la Saskatchewan ou de la Colombie-Britannique afin de définir comment ils entendent mener leurs activités. À l'heure actuelle, nous avons un conseil des médecins hygiénistes en chef, et Paul Gully y représente le gouvernement fédéral.

Nous obtiendrons un organe entièrement différent en nous dotant d'une agence canadienne dont le médecin hygiéniste en chef assumerait la responsabilité de redistribuer le financement vers les médecins hygiénistes en chef de chaque province. La dynamique serait différente. Ils pourraient élaborer une stratégie

national health goals and how to get the funds out to maximize the impact. There would be a collective consciousness about health protection and disease prevention that would be different.

Let us get these people together. That is a separate table from the advisory board that we imagined.

Senator Fairbairn: Thank you, Dr. Naylor. This has been a tremendously interesting discussion today. As all my colleagues have said, and I totally agree, it is a brilliant report that will hopefully be given the attention and the action that it deserves.

I have been listening carefully to you today, but from the very beginning, one of the issues involving SARS that puzzled and alarmed me was in the area of communications. There appeared to be a lack of a distant early warning system internationally, not just in Canada.

Could you perhaps lead me through how this could be improved? You talked to Senator Roche about dysfunctional relationships among all levels of government, but there may be dysfunction problems within government, including the federal government.

When SARS was first mentioned in Ontario, I had a niece in Hanoi, Vietnam, who has been there for six years working in the international aid community, primarily with families and children. I sent her an e-mail because Toronto is her hometown. She responded to me immediately with an essay, practically, about the situation in Vietnam and the doctor who had identified the virus from China and had started treating people and segregating them in the hospital in Hanoi. It seemed to me odd that throughout the beginning of the SARS situation in Canada there seemed to be a disconnection between information for the people in the field and the Ontario government. People did not have the advantage of knowing ahead of time that something was coming our way, given our open border.

Something was coming our way, and the disconnection continued throughout the process, even in the World Health Organization. The information was slow in coming and confusing in the way that it was disseminated.

You are obviously very concerned about how to get the information out so that everything gets done and the signal is clear so that everyone knows when to jump into action.

Could you give us a more detailed understanding of how this connection would be made in the midst of an outbreak? Certainly it would not be entirely up to Health Canada or DFAIT. The federal government effort would perhaps have to be broader than

visant à déterminer comment atteindre les objectifs nationaux en matière de santé publique et comment obtenir le financement nécessaire pour en maximiser l'impact. On y sentirait une conscience collective au sujet de la protection de la santé et de la prévention des maladies qui serait différente.

Tâchons de réunir ces gens tous ensemble. Il s'agit d'une instance distincte du conseil consultatif que nous avons imaginé.

Le sénateur Fairbairn: Merci, docteur Naylor. Nous avons eu une discussion extrêmement intéressante aujourd'hui. Comme l'ont dit tous mes collègues, et je suis d'accord avec eux, il s'agit d'un brillant rapport et j'espère qu'il recevra toute l'attention qu'il mérite et que ses recommandations seront adoptées.

Je vous ai écouté très attentivement aujourd'hui, mais depuis le début, l'un des aspects de l'épidémie du SRAS qui m'intrigue et m'inquiète est celui des communications. En effet, il me semble noter l'absence d'un système d'alerte rapide et lointaine à l'échelle internationale, et pas seulement au Canada.

Pourriez-vous nous donner une idée de la façon de procéder pour améliorer la situation? Vous avez mentionné au sénateur Roche l'existence de relations dysfonctionnelles entre tous les paliers de gouvernement, mais il se peut qu'il y ait aussi des problèmes de dysfonctionnement au sein du gouvernement, y compris de l'administration fédérale.

Lorsque l'on a fait allusion au SRAS pour la première fois en Ontario, j'avais une nièce à Hanoï, au Vietnam, qui y travaillait depuis six ans pour un organisme d'aide internationale, principalement auprès des familles et des enfants. Je lui ai envoyé un courriel pour l'informer, parce que Toronto est sa ville natale. Elle m'a répondu immédiatement en me transmettant presque un essai sur la situation qui prévalait au Vietnam ainsi que sur le médecin ayant identifié le virus en provenance de la Chine et qui avait commencé à traiter les patients et à les isoler dans l'hôpital de Hanoï. Il m'a paru bizarre que pendant toute la durée de l'épidémie du SRAS au Canada il semblait exister un décalage entre l'information destinée aux spécialistes sur le terrain et le gouvernement de l'Ontario. Les gens n'ont pas eu la chance d'être prévenus à l'avance que quelque chose s'en venait, étant donné notre frontière ouverte.

Quelque chose s'en venait, et pourtant, la rupture de communication ne s'est pas corrigée pendant toute la durée du processus, même avec l'Organisation mondiale de la Santé. Les renseignements nous parvenaient au compte gouttes et ils étaient diffusés de manière à semer la confusion.

De toute évidence, vous êtes très préoccupé par la manière de diffuser l'information afin que les mesures soient prises et que le signal soit clair afin que tout le monde sache à quoi s'en tenir et à quel moment intervenir.

Pourriez-vous nous expliquer plus en détail comment ce lien de communication pourrait être établi au beau milieu d'une épidémie? Il est certain qu'il ne dépendrait pas entièrement de Santé Canada ou du MAECI. Les efforts du gouvernement

we currently realize, because without the tip-off, all the expertise and good organization in the world will not be able to respond.

Dr. Naylor: I can only respond, senator, in generalities, but thank you for the kind comments about the report and for your question.

Right now, Health Canada operates a Web crawler system called the Global Public Health Intelligence Network that continually trolls for reports of disease outbreaks. There are various e-mail systems that infectious disease specialists and public health people use to send messages on a list serve, worldwide, to advise on outbreak X or disease Y; or we have A or we have B. In this highly connected electronic global village, systems are in play to try to pick up information to determine whether we have a new outbreak — a new disease.

All of these systems are critically dependent on local surveillance and detection. If you simply have an informal e-mail system and an outbreak starts in a village that does not have anyone on the list serve, you will not pick it up until it has spread. Someone from that location may have travelled somewhere else and the disease eventually winds up in Canada. Similarly, with the Global Public Health Intelligence Network, GPHIN, which the WHO uses — it is a Health Canada triumph — it is crawling through the Web, but unless the information is entered, it will not be picked up.

The cornerstone of required intelligence is much stronger surveillance everywhere and it has to be organized. It has to come from the caregivers and the health system. If we think about how outbreaks have been detected through the years, there will be an alert nurse on a ward who connects the dots and a doctor in an emergency room who realizes that he saw it three days earlier, and they question the connection. Those individuals have to be trained, respected and taken seriously when they raise an alarm. There has to be a system that draws the information from those individuals, amalgamates it and makes the connection between hospitals or cities. It needs to travel up the chain quickly to national capitals and on to a clearinghouse.

This is clearly the direction that the World Health Organization would like member states to take. They are talking about international health regulations that put more emphasis on surveillance. The drawback to that is the creation of non-funded mandates — the emergence of a new transnational government — dedicated to health. It is not completely straightforward. In some ways, we are yielding areas of sovereignty.

fédéral devraient probablement s'exercer sur une plus grande échelle que ce que nous anticipons actuellement, parce que sans la mise en place de moyens de communiquer l'information, toute l'expertise et la meilleure organisation du monde resteront sans effet.

Le Dr Naylor: Je ne peux vous répondre, sénateur, que par des généralités, mais je vous remercie de vos remarques élogieuses concernant le rapport et de votre question.

À l'heure actuelle, Santé Canada utilise un moteur de recherche Web appelé Réseau d'information sur la santé mondiale ou RISM qui est continuellement à la recherche de rapports faisant état de flambées de cas de maladies. Il y a également divers systèmes de messagerie électronique utilisés par les spécialistes des maladies infectieuses et les responsables de la santé publique pour transmettre des messages sur un serveur de listes, dans le monde entier, afin de prévenir de l'éclosion de la maladie X ou Y; ou encore pour dire que l'on a été frappé par A ou par B. Dans ce village planétaire étroitement connecté où nous vivons, des systèmes sont mis à profit pour recueillir de l'information afin de déterminer s'il y a une nouvelle épidémie — une nouvelle maladie.

Tous ces systèmes reposent essentiellement sur la surveillance et la détection à l'échelle locale. Si vous ne disposez que d'une messagerie électronique et qu'une épidémie se déclare dans un village où personne n'est abonné à un serveur de listes, vous n'en serez pas informé avant qu'elle ne se soit propagée. Il se pourrait qu'un habitant de cette localité ait voyagé à l'étranger et que la maladie aboutisse au Canada. Il en va de même avec le RISM qu'utilise l'OMS, B il s'agit d'une victoire de Santé Canada — il effectue des recherches dans tout le Web, mais à moins que l'information ne soit entrée, il ne pourra pas la trouver.

La pierre angulaire du système de renseignements qu'il nous faut est le renforcement de la surveillance partout, et il faut l'organiser. L'information est venue des soignants et du système de santé. Il suffit de penser à la manière dont les épidémies ont été détectées au fil des ans, une infirmière d'étage donne l'alerte après avoir réalisé ce qui est en train de se passer et un médecin de la salle d'urgence réalise finalement qu'il a été témoin d'un cas trois jours auparavant, et ils s'efforcent d'établir le lien. Ces personnes doivent être formées, respectées et prises au sérieux lorsqu'elles donnent l'alarme. Il faut mettre en place un système pour recueillir l'information auprès des individus et la regrouper avant d'établir le lien entre les hôpitaux ou les villes. Il faut que l'information parvienne rapidement au sommet de la chaîne jusqu'aux capitales nationales et à un bureau central.

Évidemment, c'est la direction que l'Organisation mondiale de la Santé aimerait voir emprunter par les pays membres. Il est question d'une réglementation internationale en matière de santé qui mettrait davantage l'accent sur la surveillance. L'inconvénient de cette approche est la création de mandats non financés — l'émergence d'un nouveau gouvernement transnational — spécialisé dans la santé. Ce n'est pas si simple que ça en a l'air. À certains égards, cela revient à abandonner certains domaines de souveraineté.

Ultimately, I believe that is the way in which we must move this forward. Every nation must have a multi-tiered surveillance system so that the information flows up through a clearinghouse and returns. That must happen overnight — quickly — instead of trying to deal with all of the disconnections that we have now.

There was confusion at the time of SARS. There was a case of avian or chicken flu in Hong Kong. There was uncertainty about whether this was simply another form of flu. It was initially thought it was due to something other than a virus. There was a false alarm about SARS being due to chlamydia, simply another form of community-acquired pneumonia. Much confusion existed as this was percolating through the system.

If the right surveillance system with the right filters were in place, it would have been much better. I will say a word about filters before I wrap up.

Remember, this is about signals and noise. Just as we do not want false alarms in the winter flu and cold season, by the same token, we do not want false alarms when we are looking at global alert systems. We do not want a country to go on alert, squander resources, put stress on public health and health care workers and make the public anxious about nothing. There is a balance between sensitivity and specificity.

Senator LeBreton: On that point, part of the problem was the communication system, public confusion and the issue of probable cases and actual cases. That helped to contribute to the public's hysteria over it because some people chose to look at the probable cases. There were conflicting signals from this end and from the World Health Organization.

Dr. Naylor: I agree, senator. I emphasize, as Dr. Keon and Dr. Morin know, that I am a cardiovascular person. I was asked to participate here as the neutral scribe rather than the content expert. As cardiovascular people, we spend considerable effort trying to clarify taxonomy. Who has what? What is the definition? That is so we can be precise about it. I was taken aback by some of the confusion. It only emerged in June that different countries were using somewhat variant definitions of SARS and the WHO was okay with that. If you tweak the definition one way, you will have more cases, and if you tweak it the other way, you will have fewer cases. How can we have a global health system if this country is vulnerable to a travel advisory for being obsessive, careful and erring on the side of over-reporting, and another is spared a travel advisory because it wants a restrictive case definition. The WHO needs to get its act together in this area.

En fin de compte, je crois que c'est la direction à prendre. Toutes les nations doivent se doter d'un système de surveillance à plusieurs niveaux de sorte que l'information puisse circuler de haut en bas, jusqu'à un bureau central et inversement. L'information doit circuler du jour au lendemain — rapidement — et non en essayant de contourner tous les écueils que nous avons actuellement.

Il y a eu de la confusion lors de la flambée du SRAS. Il y a eu un cas de grippe aviaire ou grippe du poulet à Hong Kong. Mais on n'était pas certain s'il s'agissait simplement d'une autre forme de grippe. Au départ, on a pensé que cette infection n'était pas d'origine virale. Il y a eu une fausse alarme et on a pensé que le SRAS était dû à la chlamydia, et qu'il s'agissait tout simplement d'une autre forme de pneumonie acquise dans la collectivité. Il y a eu beaucoup de confusion pendant que cette hypothèse circulait dans le système.

Si le bon système de surveillance avait été en place avec de bons filtres, les choses se seraient mieux passées. Je vais vous dire un mot au sujet des filtres avant de conclure.

Rappelez-vous que tout est une question de recevoir les bons signaux. Tout comme nous ne voulons pas recevoir de fausses alarmes durant la saison des rhumes et des grippes, de même, nous ne voulons pas recevoir de fausses alarmes lorsque nous consultons les systèmes d'alerte mondiaux. Nous voulons éviter qu'un pays se mette sur le pied d'alerte, qu'il gaspille ses ressources, impose un stress aux soignants de la santé publique et des soins de santé et qu'il rende le public anxieux sans raison. Il faut qu'il y ait un équilibre entre la sensibilité et la spécificité.

Le sénateur LeBreton: Sur ce point, une partie du problème s'explique par le système de communication, la confusion semée dans le public et la question des cas de maladie probables et réels. Tous ces facteurs ont alimenté l'hystérie collective parce que certains ont choisi d'examiner les cas probables. Des signaux contradictoires étaient émis à partir d'ici et de l'Organisation mondiale de la Santé.

Le Dr Naylor: Je suis d'accord avec vous, sénateur. Je vous rappelle, comme le savent déjà le Dr Keon et le Dr Morin que je suis spécialiste des maladies cardiovasculaires. On m'a demandé de participer à cette étude en tant que rédacteur neutre plutôt qu'à titre de spécialiste du contenu. En tant que spécialiste du système cardiovasculaire, nous consacrons beaucoup de temps à essayer de préciser la taxonomie. Qui souffre de quoi? Quelle en est la définition? Tout ceci pour nous permettre d'être précis. J'ai été estomaqué par la confusion créée. Ce n'est qu'en juin que l'on s'est aperçu que certains pays utilisaient des définitions différentes du SRAS et que l'OMS ne s'y opposait pas. Si vous manipulez la définition d'une certaine manière, vous obtiendrez davantage de cas, et si vous la manipulez d'une autre manière, il y en aura moins. Comment peut-on penser à mettre en place un système de santé mondial si un pays devient vulnérable aux avertissements aux voyageurs émis à son endroit parce qu'il s'est montré prudent jusqu'à l'obsession et qu'il s'est fourvoyé en déclarant un trop grand nombre de cas, tandis qu'un autre pays est épargné par les mêmes avertissements aux voyageurs parce qu'il prône une définition plus restrictive des cas. L'OMS devra se ressaisir à cet égard.

Senator Keon: I was pleased to see that you went with the WHO in your report, because there have been severe criticisms of it, as you know. Some Americans and some from the EU have suggested that it may be time for another agency, that they do not have the resources and, particularly, that they do not have the intellectual power to be doing what they are doing.

However, it is nice to see that put to bed and discussions begin on how we could reinforce the WHO rather than trying to reinvent the wheel.

In that context, how do you see the connection between our national agency and the WHO being able to make a contribution to the WHO and overcome some of these difficulties? Will it mean that we have to provide revenues? Will it mean we will have to lend them personnel? Does it mean we have to give them access to what leading-edge research information we have in the country, give them access to some of our better research labs or give them collaborative power with CIHR? How do you see all this?

Dr. Naylor: I think, senator, that you have covered in your question, in a very insightful way, many potential options for how we would reinforce the WHO. I agree completely that rather than simply criticizing the WHO, we need to get on with enhancing the way they do business and being effective collaborators and leaders with them. We said in the report that Health Canada's own travel advisories were not based on much firmer evidence than those issued by the WHO — and this is a generalized issue — despite our understandable national frustration and anger about what happened.

I think secondments of personnel are important. The agency needs to have an effective liaison function of multiple dimensions with the WHO. It takes us back to this vision of how careers might unfold, so that public health nurses do a baccalaureate, get that master's in public health, do some outbreak fighting and front-line public health work, come back and do a PhD in public health policy, work for the Canadian agency for public health, and are sent to Geneva to be a liaison on building capacity for public health nursing in developing countries — or surveillance systems.

We need to develop a sense of the ability of these skilled personnel to have a choice of a career in one location, as part of the community, or as global citizens — I hope always with the maple leaf stitched on their backpack — moving from Toronto to Moose Jaw to Geneva.

Le sénateur Keon: J'ai été agréablement surpris de constater que vous aviez pris le parti de l'OMS dans votre rapport, parce que, comme vous le savez, l'organisme a fait l'objet de critiques sévères. Des Américains et des membres de l'UE ont suggéré que le moment était peut-être venu de songer à mettre sur pied un autre organisme, que l'OMS ne disposait pas des ressources suffisantes et, surtout, qu'il ne possédait pas le pouvoir intellectuel de faire ce qu'il est en train de faire.

Toutefois, je suis heureux de voir que les choses ont bien tourné et que l'on commence à discuter des moyens à prendre pour renforcer l'OMS plutôt que d'essayer de réinventer la roue.

Dans ce contexte, comment voyez-vous le lien entre notre agence nationale et l'OMS pour que l'on soit en mesure de contribuer à l'organisation et de surmonter certaines de ces difficultés? Est-ce que cela signifie que nous devons apporter des contributions financières? Est-ce que cela signifie que nous devons prêter du personnel? Est-ce que cela signifie que nous devons leur donner accès aux renseignements de recherche de pointe dont nous disposons dans notre pays, c'est-à-dire leur donner accès à quelques-uns de nos meilleurs laboratoires de recherche ou leur donner la possibilité de collaborer avec les IRSC? Comment voyez-vous les choses?

Le Dr Naylor: Je pense, sénateur, que vous avez énuméré dans votre question, avec beaucoup de perspicacité, de nombreuses possibilités de renforcer l'OMS. Je suis d'accord avec vous que, plutôt que de simplement critiquer l'OMS, il faut trouver des moyens d'améliorer ses méthodes de travail et se montrer des collaborateurs efficaces et des chefs de file dans nos rapports avec l'organisation. Nous avons déclaré dans notre rapport que les avertissements aux voyageurs émis par Santé Canada ne reposaient pas sur des bases plus solides que ceux de l'OMS — il s'agit d'un problème généralisé — et cela en dépit de notre frustration bien compréhensible à l'échelle nationale et de la colère que cela a suscitée.

Je pense que les détachements de personnel jouent un rôle important. L'agence doit mettre en place une fonction de liaison efficace et comportant de nombreuses dimensions avec l'OMS. Cela nous ramène à cette vision de la manière dont les carrières devraient se dérouler, de sorte que les infirmières en santé publique obtiennent leur baccalauréat, puis une maîtrise en santé publique, après quelques années d'expérience dans la lutte contre les épidémies et dans le travail de première ligne en santé publique, reviennent à l'université en vue d'y décrocher un doctorat en politique en matière de santé publique, pour retourner travailler pour l'agence canadienne de la santé publique et être plus tard envoyée à Genève pour y servir d'agent de liaison chargé de mettre sur pied des infrastructures de soins infirmiers en santé publique dans les pays en développement — ou des systèmes de surveillance.

Nous devons parvenir à établir les compétences nécessaires à ces personnes afin qu'elles puissent exercer leur carrière quelque part, dans la même localité, en tant que membre de leur collectivité, ou alors en tant que citoyens du monde — en espérant qu'elles continueront d'arborer l'emblème de la feuille d'érable sur leur sac à dos — en passant de Toronto à Moose Jaw, puis à Genève.

We did see the WHO play an effective leadership role in coordinating some of the laboratory activity. They have their own outbreak response network that helped in investigating the outbreak in Hong Kong, which included people from our National Microbiology Laboratory.

We need to be at the table, part of the networks, part of the response teams. We recommended that the Government of Canada take seriously our role in outreach to build capacity in the infectious disease and research area. These things do move across borders so quickly. As a form of international capacity building, sending excellent people in public health to work with other nations that have less capacity, under the WHO rubric, would be a terrific way for us to participate in the creation of that kind of global surveillance system to deal with the other senator's issue — and that is what do you do about the fact that the information may never get to the national capital in another country, let alone to us here in Canada? This is now an international set of concerns. Public health is global, and we have to act as members of a global family.

Senator Trenholme Counsell: I want to echo the words that this is a brilliant report. It made me proud as an alumnus of your faculty to receive this report and watch you today. This was an extremely acute crisis in our country. The fact that you have prepared this report in four months is amazing. It is an acute response — and when I heard that you were a cardiovascular person, I could understand how you work.

Our government must respond to this in the way that you have prepared it. There are so many things in front of the government right now, but I think Canadians would want this to go to the top of the pile. You have pointed out the urgency of it. I hope that we, as the Senate, can play a part in ensuring this gets the kind of urgent attention it deserves, because you prepared it in such an excellent way. It is an inspiration. I think the front-page attention it got in the media was excellent, and that was exciting. I wanted to say that, and congratulate you.

You have dealt with the constitutional part of it, but I put a question mark beside this. You said that no specific dollars are transferred now to the provinces for public health, and probably what you are envisaging would require dollars for the provinces, specifically to build up their capacity.

Having worked in a provincial context, I could see the lights going on in the heads of all the ministers of health from the provinces, and a real hassle at a federal-provincial meeting by

Nous avons été à même de constater que l'OMS avait joué un rôle de leadership efficace en coordonnant certaines activités de laboratoire. L'organisation dispose de son propre réseau d'intervention contre les épidémies ayant contribué aux recherches visant à établir les circonstances de l'écllosion du syndrome à Hong Kong, et ce réseau comprend du personnel de notre Laboratoire national de microbiologie.

Nous devons être présents à la table, faire partie des réseaux ainsi que des équipes d'intervention. Nous avons recommandé au gouvernement du Canada de prendre très au sérieux notre rôle de rayonnement en vue de renforcer les capacités dans le domaine des maladies infectieuses et de la recherche. Ces choses franchissent les frontières avec une telle rapidité. Et justement, dans le cadre du renforcement des capacités, envoyer du personnel compétent en santé publique pour qu'il collabore avec d'autres nations moins favorisées à cet égard, sous la bannière de l'OMS, serait un merveilleux moyen pour nous de participer à la création de ce système de surveillance international en vue de régler le problème soulevé par l'autre sénateur — c'est-à-dire que faire au sujet de la transmission de l'information à la capitale nationale dans un autre pays, et à plus forte raison, ici même au Canada? Il s'agit désormais d'un ensemble de préoccupations pour la communauté internationale. En effet, la santé publique est une affaire planétaire, et nous devons agir comme des membres d'une grande famille planétaire.

Le sénateur Trenholme Counsell: Je tiens à me joindre au concert de louanges à l'endroit de votre rapport. J'ai été très fière, en tant qu'ancienne de votre faculté, de recevoir ce rapport et de vous écouter aujourd'hui. Nous avons vécu une crise extrêmement grave dans ce pays. Je trouve tout simplement fascinant que vous ayez réussi à préparer ce rapport en l'espace de quatre mois. Il représente une réponse précise — et lorsque je vous ai entendu dire que vous êtes un chirurgien cardiovasculaire, j'ai tout de suite compris votre méthode de travail.

Notre gouvernement doit réagir en adoptant la même méthode que celle que vous avez utilisée pour rédiger ce rapport. Le gouvernement a tant de défis à relever en ce moment, mais je pense que les Canadiens voudraient que ceci se retrouve dans le haut de la liste des priorités. Vous avez vous-même insisté sur l'urgence d'agir. J'espère qu'en tant que membres du Sénat, nous serons en mesure de jouer un rôle pour que vos recommandations reçoivent l'attention urgente qu'elles méritent, parce que vous les avez préparées de si excellente manière. Vous êtes vraiment une source d'inspiration. Les médias ont traité la publication de votre rapport comme une nouvelle sensationnelle, et c'est excellent et aussi stimulant. Je tenais à le dire et à vous féliciter.

Vous avez abordé les aspects constitutionnels de la question, mais j'avais mis un astérisque juste à côté. Vous avez mentionné que les provinces ne recevaient pas actuellement de financement directement lié à la santé publique, et ce que vous envisagez nécessitera sans doute une certaine forme de financement pour les provinces, en particulier pour renforcer leurs capacités.

Pour avoir travaillé dans un contexte provincial, je vous assure que je vois déjà les clignotants s'allumer dans la tête de tous les ministres de la Santé des provinces, et j'entrevois les levées de

designating health dollars for one thing. That is one of the challenges in all of this. It has been constitutionally addressed subsequent to my putting an asterisk by this. However, it will represent a real problem if the federal government moves toward designating dollars out of that global health budget for public health. That will have to be addressed. There is not time to deal with that, but it certainly will be an issue.

I liked what you said about nurses taking public health master's programs. That is happening. I know it happens at the University of New Brunswick. I believe that there are nurse practitioners who do their master's in a subject relevant to public health, and it is very important and exciting for the nursing profession.

I hope that you can use your influence — and I think you have an enormous influence and a strong voice right now — to ensure this gets treated as something acute should be treated.

Dr. Naylor: Thank you.

The Chairman: I should say to you that Senator Trenholme Counsell began her professional life in public health. She was a graduate of the University of Toronto medical school and practised as a family practitioner in New Brunswick for nearly three decades. Her background, and passion for these issues, is quite clear.

Senator Cordy: I would like to echo what my colleagues have stated. For somebody with a non-medical background, to receive a medical document that is easy reading is laudable.

I would like to ask about the national immunization strategy. Certainly we all know that immunization has been a proven preventive health measure. However, we have a couple of problems. One is the absence of registries in most jurisdictions.

You talk in your report about improving the information system. Does that mean that all provinces would have to keep a record of those who have been immunized? No matter what wonderful vaccines we have, if people are not vaccinated, it does not do any good. How do we persuade people to get vaccinated?

In my province of Nova Scotia, the pharmacists have started a program where they offer immunization at local pharmacies. It is just a trial project, but the province is actually paying for the vaccine and sending it to the pharmacies. The pharmacies are doing it as a goodwill gesture.

What types of things can we do to ensure that people do become immunized?

bouclier lors des réunions fédérales-provinciales si on accordait les transferts au titre de la santé en leur attribuant des utilisations particulières. Et ce n'est qu'un des défis que représente toute cette situation. Vous avez parlé des aspects constitutionnels de cette question après que j'ai marqué ce passage d'un astérisque. Toutefois, il y aura un vrai problème si le gouvernement fédéral décide de désigner certains montants à même le budget de la santé pour l'affecter à la santé publique. Il faudra se pencher sur cette question. Nous n'avons pas le temps de le faire maintenant, mais cela deviendra certainement un problème.

J'ai apprécié ce que vous avez dit au sujet des infirmières qui s'inscriraient dans des programmes de maîtrise en santé publique. Cela se produit déjà. Je sais que cela se fait à l'Université du Nouveau-Brunswick. Je crois que des infirmières praticiennes ont choisi de faire leurs études de maîtrise dans le domaine de la santé publique, et c'est très important et stimulant pour la profession infirmière.

J'espère que vous pourrez user de votre influence — et je pense qu'elle est énorme et que l'on écoute ce que vous avez à dire en ce moment — pour vous assurer que cette question recevra l'attention qu'elle mérite.

Le Dr Naylor: Merci.

Le président: Je devrais mentionner que le sénateur Trenholme Counsell a commencé sa carrière professionnelle dans la santé publique. Elle est diplômée de la faculté de médecine de l'Université de Toronto et elle a exercé sa profession en médecine familiale au Nouveau-Brunswick durant pratiquement trois décennies. Ses antécédents et l'intérêt passionné qu'elle voue à ces questions sont très évidents.

Le sénateur Cordy: J'aimerais répéter ce que mes collègues ont déjà dit. Pour une profane dans le domaine, recevoir un document de nature médicale qui soit facile à lire mérite des félicitations.

J'aimerais en savoir plus au sujet de la stratégie nationale d'immunisation. Bien sûr, nous savons tous que l'immunisation s'est révélée une mesure préventive efficace. Cependant, il y a quelques ombres au tableau. L'un des problèmes tient à l'absence de registres dans la plupart des secteurs de compétence.

Vous mentionnez dans votre rapport l'amélioration du système d'information. Est-ce que cela signifie que toutes les provinces devront tenir un registre des personnes ayant été immunisées? Peu importe la qualité des vaccins dont nous disposons, si les gens ne se font pas vacciner, ils ne servent à rien. Comment persuader les gens de se faire vacciner?

Dans ma province, en Nouvelle-Écosse, les pharmaciens ont commencé un programme qui offre la vaccination dans les pharmacies locales. Ce n'est encore qu'un projet pilote, mais la province paie les vaccins et elle les achemine dans les pharmacies. Quant aux pharmaciens, ils les dispensent dans un geste de bonne volonté.

Que pourrions-nous faire pour inciter les gens à se faire vacciner?

Dr. Naylor: Yes, we definitely envisage that all provinces would keep, ideally, a coherent set of immunization and vaccination records; and that this would be rolled up into a set of reports that would give us a sense of our degree of coverage nationally. Again, consistent with an accountability approach to the use of the funds, we would try to ensure that we know that we are getting optimal coverage. We believe the information systems must be enhanced.

I want to emphasize that even this amount of money is modest.

The national immunization strategy, as it rolled out from the FPT tables, was slated to be about \$200 million for the vaccine purchase alone, plus information systems. We are counting on this as money that would go a meaningful distance toward helping provinces purchase vaccines, knowing that some provinces have moved ahead and others have not. Again, we are trying to be consistent with the Social Union Framework Agreement strategy here and not penalizing those that have moved ahead. This is actually a modest investment, especially given the payoffs from it.

On the question of trying to ensure that people are vaccinated, obviously when you deal with children in the school system there is a series of provisions; you get a notice and are not allowed to go back to school unless you are protected. There are mechanisms in place in terms of some of the required vaccines that tend to track individuals and create compliance. As you get into issues like influenza, obviously you would love to see vaccines more widely available. We have mentioned that pharmacies might play a role in a crisis. Is there a way for pharmacies to play a role during business as usual? I know the Canadian Pharmacists Association raised this in their submission to our committee. We thought about the immunization strategy as being not just about purchasing and systems, but ideally, drawing people together in this field to decide how do we get out there, what is the battle plan, what are the strategies that work? We do not have a magic bullet for changing human nature.

The story of public health is that people do not value prevention. There is a natural instinct to buy too little insurance, to be chagrined if you do not need it when you should be relieved, and to put off that immunization or not bother to change lifestyles or do whatever we need to do to prevent illness and maintain health. Immunization falls into the same category sometimes.

Le Dr Naylor: Oui, absolument, nous envisageons que toutes les provinces devraient tenir, idéalement, un jeu de dossiers sur l'immunisation et la vaccination; et ces dossiers seraient condensés dans un ensemble de rapports qui nous donneraient une idée de la couverture vaccinale au pays. Je le répète, de concert avec l'adoption d'une approche axée sur la reddition de comptes concernant l'utilisation du financement, nous aimerions nous assurer par ailleurs d'obtenir une couverture vaccinale optimale. Nous pensons que ces systèmes d'information doivent être améliorés.

Je tiens à souligner que même ce montant d'argent est modeste.

La Stratégie d'immunisation nationale, telle qu'elle a été définie aux tables fédérales-provinciales et territoriales, a été évaluée à environ 200 millions \$ pour l'achat des vaccins seulement, plus le système d'information. Nous considérons que cette somme représente un investissement de longue portée puisqu'il permettra aux provinces de faire l'achat des vaccins, sachant que certaines provinces ont amorcé le processus et d'autres pas. Encore une fois, nous nous efforçons d'être en accord avec la stratégie de l'entente-cadre sur l'union sociale, et de ne pas pénaliser ceux qui ont décidé d'aller de l'avant. Il s'agit en fait d'un investissement modeste, surtout en regard de ses retombées.

Pour de qui est de la question de savoir comment faire pour s'assurer que les gens se font vacciner, évidemment lorsque vous avez affaire à des enfants qui fréquentent l'école, il existe une panoplie de dispositions; les parents reçoivent un avertissement comme quoi les enfants ne pourront revenir à l'école à moins d'avoir été vaccinés. Il y a des mécanismes prévus en ce qui concerne les vaccins obligatoires qui permettent de faire un suivi sur les personnes et de favoriser la conformité. En ce qui concerne des maladies comme la grippe, évidemment, on aimerait que les vaccins soient plus facilement disponibles. Nous avons mentionné que les pharmaciens pourraient jouer un rôle important en cas de crise. C'est un moyen trouvé pour que les pharmacies puissent jouer un rôle durant les périodes normales. Je sais que l'Association des pharmaciens du Canada a soulevé cette question lors de son témoignage devant notre comité. Nous avons pensé la stratégie d'immunisation non seulement en termes d'achat et de systèmes, mais aussi idéalement, comme un moyen de réunir les intervenants dans ce domaine pour qu'ils décident comment atteindre les objectifs, quel est le plan d'attaque, et quelles sont les stratégies les plus susceptibles de donner de bons résultats. Nous n'avons pas de baguette magique pour changer la nature humaine.

Toute l'histoire de la santé publique repose sur le fait que les gens n'accordent pas beaucoup de valeur à la prévention. Un instinct naturel nous pousse à prendre des assurances insuffisantes, à nous attrister de ne pas en avoir besoin, alors qu'au contraire on devrait se sentir soulagé, et à refuser l'immunisation ou alors à ne pas vouloir changer son style de vie ou à ne pas faire ce qu'il faut pour prévenir la maladie et vivre en bonne santé. L'immunisation tombe parfois dans la même catégorie.

Senator Léger: The general public, or at least in my case, were extremely moved when we heard that a doctor and the nurses who were caring for the hospitalized SARS patients died. With globalization, travel and screening, I began thinking of the mosquitoes that came in swarms this summer. We had to be very careful because of the West Nile disease. Is there a danger, with all these precautions that must be taken, of crying wolf?

At the same time, you must warn us and we must be ready. That is the medical side of it; parallel to that, could judgment come into it? Is there as much energy put in to avoiding false alarms that scare people?

How long does it take for the commercial interests to get involved? I was still worrying about SARS, the disease, but other people were already worrying that it was affecting business. The focus was somewhere else. For me, it was the illness. When you give your warnings, they are about the illness, but the other issues arise very quickly.

Dr. Naylor: I appreciate the expression of sympathy about the health care workers who were affected. One doctor and two nurses died of SARS. Scores of others were sick, some very seriously.

It is hard for me to convey the stress that this put on colleagues. I will not get into all of the detailed anecdotes, but I will tell you that this was an extremely harrowing time in Toronto in the health care system.

I agree that there is a danger of crying wolf. This is a real teeter-totter in terms of preparedness and communication. We rode that teeter-totter in SARS. We went from being hugely alarmed and alarmist, and then when the WHO slapped us with a travel advisory, to suddenly saying, "What are you talking about? Everything is fine." It was not the most credible performance.

In finding the balance so that we get people to be prepared without being alarmed, we understand that there are concerns and that it is okay to be anxious, but most of us are healthy most of the time and getting on with our lives and this will not necessarily sweep through the country tomorrow. That has been a challenge with SARS. You hear people say, "Only 44 people died." For the 44 families, it is a huge tragedy and the damage to the health care system was enormous. At the same time, you can understand why some people would say: "Well, influenza kills hundreds every winter; 44 people is the number we lose in this country on the roads on a long weekend." Where is the balance?

Le sénateur Léger: Le grand public en général, ou du moins moi-même, avons été extrêmement troublés d'apprendre qu'un médecin et des infirmières qui prenaient soin des patients hospitalisés pour le SRAS étaient décédés. Avec la mondialisation, les voyages et le dépistage, j'ai commencé à penser aux moustiques qui sont arrivés en masse cet été. Nous devons nous montrer très prudents à cause du virus du Nil occidental. N'y a-t-il pas un danger, en exigeant la prise de toutes ces mesures de précaution, de crier au loup?

En même temps, vous devez nous prévenir et nous devons nous préparer. C'est la philosophie de la médecine qui le veut; mais en parallèle avec cette attitude, ne devrait-on pas faire preuve d'un peu de jugement? Est-ce que l'on déploie suffisamment d'énergie pour éviter les fausses alarmes qui effraient les gens?

Il ne faut pas attendre longtemps avant que les intérêts commerciaux se fassent entendre. J'étais encore à m'inquiéter au sujet du SRAS, de la maladie, mais déjà d'autres personnes commençaient à se préoccuper des répercussions sur le monde des affaires. L'intérêt était ailleurs. En ce qui me concerne, l'important était la maladie. Lorsque vous lancez vos avertissements, ils portent sur les risques liés à la maladie, mais les autres aspects de la question ne tardent pas à se manifester.

Le Dr Naylor: J'apprécie le témoignage de sympathie à l'endroit des soignants qui ont été touchés. En effet, un médecin et deux infirmières sont morts du SRAS. Beaucoup d'autres ont été malades, et certains très gravement.

Il m'est difficile de traduire le stress que cela impose aux collègues. Je n'entrerai pas dans des anecdotes détaillées, mais je peux vous dire que ce fut une période extrêmement pénible dans les rangs du personnel du système de soins de santé de Toronto.

Je suis d'accord avec vous qu'il existe un risque de crier au loup. On assiste à un mouvement de balancier entre la préparation et la communication. Nous étions soumis à ce mouvement avec l'épidémie du SRAS. Nous sommes passés par toute la gamme des émotions, d'une inquiétude énorme à une attitude alarmiste, et lorsque l'OMS nous a assommés avec ses avertissements aux voyageurs, nous nous sommes retrouvés en train de dire: «Mais qu'est-ce que vous racontez? Tout va bien.» Ce ne fut pas une performance des plus crédibles.

Dans l'effort pour trouver un équilibre dans la manière de demander à la population de se préparer sans l'alarmer, nous comprenons qu'il y a place pour l'inquiétude et que c'est normal d'être anxieux, mais la plupart d'entre nous sommes en bonne santé la plupart du temps et nous vaquons à nos occupations, et cela ne risque pas de balayer le pays d'un océan à l'autre demain matin. Ce fut un réel défi à relever concernant le SRAS. On entend des choses comme: «Il n'y a eu que 44 décès.» Pour les 44 familles, il s'agit d'une tragédie affreuse et les dommages causés au système de soins de santé ont été énormes. Par ailleurs, on peut comprendre pourquoi certains affirment: «La grippe tue chaque année des centaines de personnes; 44 personnes est le nombre d'accidentés de la route qui décèdent dans ce pays durant un long week-end.» Alors, où se trouve le juste milieu?

It is important to understand that there is a need for balance. There are things we can do to prevent these outbreaks, to contain them better and limit the harm so that we do not have 44 deaths and hundreds of people sick next time. That is not trivial. It is a huge issue in this country. At the same time, we should not cry wolf, as you say, and lose sight of all of the other issues.

One of the things that happened is we were so consumed with fighting SARS that virtually all other public health functions stopped. One does wonder what harm was done. The health care system in parts of Ontario was paralyzed for weeks. It is estimated there were thousands of surgical cases delayed or backlogged. There was huge harm from that, too. We have to get it right. We cannot be on the teeter-totter going up and down, either overreacting or being blasé or trivializing things that cause huge harm. Finding the right balance is where we have to go from here.

Senator Fairbairn: My question is, in a way, connected to what Senator Léger asked, and I ask it of you because it is been asked of me in the area where I am from, Alberta. You mentioned BSE. You mentioned West Nile. We have SARS. We are very close to the state of Montana in the southwest corner. The question that I have been asked repeatedly is what happened in the United States? Here we were under the international spotlight. We obviously had people in deep distress, it was all very public and people were curious as to whether the United States escaped this same issue even though they have open borders and obviously many travellers from around the world. We never heard much about that. Are you aware of the situation?

Dr. Naylor: There is speculation of all kinds about why there were not more cases in the U.S. To give you a flavour, and I repeat it not to endorse it, because I think it is purely speculative, I have heard one colleague argue that the traffic back and forth with Asia was reduced as a result of the Iraq war and the climate of tourism and interaction with the U.S.

My response is that there is no way the traffic was less in absolute terms than ours. That makes no sense to me. Another colleague said that the case definitions were more restrictive. Yes, you can have state-to-state variation and they have some of the same problems that we have with surveillance and case definitions. However, the CDC is very influential, and if there were any systematic under-reporting, could we imagine that the *New York Times* or *The Washington Post* would not be all over this?

Il est important de comprendre qu'il faut trouver le juste milieu. Il y a des choses que nous pouvons faire pour éviter ces flambées, pour mieux les contenir et pour limiter les dégâts, de sorte que la prochaine fois il n'y ait pas 44 décès et des centaines de personnes malades. Ce n'est pas anodin. C'est une question d'une importance capitale dans ce pays. En même temps, nous ne devons pas crier au loup, comme vous dites, et perdre de vue toutes les autres questions.

L'une des choses qui s'est produite est que nous étions tellement obnubilés par la lutte contre le SRAS que nous avons pratiquement cessé de nous occuper de toutes les autres fonctions sanitaires. On est en droit de se demander quels dommages en ont résulté. Dans certaines régions de l'Ontario, le système de soins de santé a été paralysé durant des semaines. On estime que des milliers d'interventions chirurgicales ont été retardées ou remises à une date ultérieure. Cela aussi a eu des répercussions. Nous devons faire les choses comme il faut. Nous ne pouvons pas nous balancer d'un extrême à l'autre, soit en réagissant de façon exagérée, soit en nous montrant blasés ou en minimisant des choses qui occasionnent d'énormes dommages. Trouver le bon équilibre est ce qu'il nous reste à faire à partir de maintenant.

Le sénateur Fairbairn: Ma question a, d'une certaine manière, un rapport avec celle du sénateur Léger, et je vous l'adresse parce qu'on me l'a posée dans la région d'où je viens, en Alberta. Vous avez mentionné l'EBS. Vous avez aussi parlé du virus du Nil occidental. Et il y a eu le SRAS. Nous sommes situés très près de l'État du Montana, dans la région sud-ouest. La question que l'on m'a posée à maintes reprises est celle-ci: que s'est-il passé aux États-Unis? Nous étions sous les projecteurs du monde entier. Il est clair que des gens vivaient une grande détresse, tout cela était du domaine public et on était curieux de savoir si les Américains avaient réussi à éviter le problème, même si leurs frontières sont ouvertes et qu'il y circule énormément de voyageurs de partout. Nous n'avons pas entendu grand-chose à ce sujet. Êtes-vous au courant de la situation?

Le Dr Naylor: Des spéculations de tout genre circulent à savoir s'il n'y a pas eu davantage de cas aux États-Unis. Pour vous donner un avant-goût, et je répète que je n'approuve pas ces affirmations, parce qu'à mon avis elles relèvent de la pure spéculation, j'ai entendu un collègue dire que le trafic dans les deux sens avec l'Asie était réduit à cause de la guerre en Irak, et du climat du tourisme et des interactions avec les États-Unis.

Je répondrai à cela qu'en aucune manière leur trafic de voyageurs a été inférieur en termes absolus au nôtre. Cela n'a tout simplement pas de sens. Un autre collègue a avancé que leurs définitions des cas de maladies étaient plus restrictives. Il est vrai qu'il existe des variantes d'un État à l'autre, et qu'ils éprouvent certains problèmes semblables aux nôtres au chapitre de la surveillance et des définitions de cas. Toutefois, les CDC ont beaucoup d'influence, et s'il y avait eu systématiquement une déclaration inférieure à la réalité du nombre de cas, pouvez-vous imaginer que le *New York Times* ou *The Washington Post* ne se serait pas emparé de la question?

One hears that perhaps there has been a jump in cases of non-specific community-acquired pneumonia. Perhaps it was misclassified. I have not seen a significant amount of evidence for that either.

There are all kinds of speculation in the public health and infectious disease community about why the States had fewer cases. We should stop speculating. Do the international-lessons-learned exercises and find out why they had fewer cases or why Japan had virtually none. Let us look at our neighbours to the south and other countries and figure out the factors that meant that some countries had lots of SARS cases and others did not. We will be in better shape to prevent the next outbreak once we know that.

That kind of international lessons exercise has yet to happen. Hong Kong did one recently. I am sure Singapore will do one. We have a couple underway in Ontario. Our panel has reported.

We really need to draw together all the international threads and figure out what is happening. For now, the answer to the question is that I have no idea why the U.S. had so few cases. I am glad for them that they did not face an outbreak like ours. I hope we will understand on a global scale why some countries were relatively spared.

The Chairman: Dr. Naylor, on behalf of the committee, I wish to thank you for, first, allowing us to prevail upon your time for substantially longer than I told you we would. That is not unusual with this committee, by the way.

I thank you for your extremely articulate responses to our questions. They will be very helpful to us in preparing our final report.

On behalf of all the committee, accept our congratulations on such an outstanding piece of work.

The committee adjourned.

On entend dire qu'il y aurait eu une augmentation du nombre de cas de pneumonies non caractérisées acquises dans la collectivité. Peut-être qu'elles ont été mal classées. Dans ce cas non plus, je n'ai pas vu de preuves significatives de cette affirmation.

Diverses spéculations circulent dans le monde de la santé publique et des maladies infectieuses sur la raison pour laquelle il y aurait si peu de cas aux États-Unis. Nous devrions cesser de spéculer et nous concentrer plutôt sur les exercices visant à tirer des leçons à l'échelle internationale et à trouver pourquoi le Japon n'a eu pratiquement aucun cas de maladie. Examinons le cas de nos voisins du sud et des autres pays et essayons de déterminer les facteurs pour lesquels certains pays ont eu beaucoup de cas de malades atteints du SRAS, tandis que d'autres n'en ont pas eus. Nous serons ainsi mieux préparés pour éviter la prochaine résurgence une fois que nous aurons compris cela.

Mais ce genre d'exercice visant à tirer des leçons internationales reste à faire. Hong Kong en a fait un récemment. Je suis sûr que Singapour va le faire aussi. Nous en avons quelques-uns en cours en Ontario. Notre comité en a parlé.

Il faut vraiment que nous réunissions tous les éléments d'information et les chiffres internationaux sur ce qui s'est passé. Pour le moment, la réponse à la question est que je n'ai pas la moindre idée de la raison pour laquelle les États-Unis ont eu si peu de cas de maladie. Je suis heureux qu'ils n'aient pas eu à faire face à une épidémie comme la nôtre. J'espère que nous comprendrons à l'échelle planétaire pourquoi certains pays ont été relativement épargnés.

Le président: Docteur Naylor, au nom du comité, je tiens à vous remercier, tout d'abord, de nous avoir laissés abuser de votre temps pendant une plus longue période que ce qui avait été prévu. Soit dit en passant, ce sont des choses qui arrivent avec ce comité.

Je vous remercie de vos réponses extrêmement précises à nos questions. Elles nous seront très utiles pour la rédaction de notre rapport définitif.

Au nom du comité, acceptez nos félicitations pour un travail aussi exceptionnel.

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

Wednesday, October 8, 2003:

From the University of Toronto:

Dr. John Frank, Professor, Department of Public Health Science,
Faculty of Medicine.

Thursday, October 9, 2003:

From the University of Toronto:

Dr. David Naylor, Dean, Faculty of Medicine.

TÉMOINS

Le mercredi 8 octobre 2003:

De l'Université de Toronto:

Le Dr John Frank, professeur, Département des sciences de la santé
publique, Faculté de médecine.

Le jeudi 9 octobre 2003:

De l'Université de Toronto:

Le Dr David Naylor, doyen, Faculté de médecine.