



First Session  
Thirty-ninth Parliament, 2006

SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

**Social Affairs,  
Science  
and Technology**

*Chair:*

The Honourable ART EGGLETON, P.C.

---

Thursday, October 19, 2006

---

**Issue No. 6**

**First meeting on:**

Bill C-5, An Act respecting the establishment of the Public Health Agency of Canada and amending certain acts

---

APPEARING:

Steven Fletcher, M.P.,  
Parliamentary Secretary to the Minister of Health

---

WITNESSES:

*(See back cover)*

Première session de la  
trente-neuvième législature, 2006

SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

**Affaires sociales,  
des sciences et  
de la technologie**

*Président :*

L'honorable ART EGGLETON, C.P.

---

Le jeudi 19 octobre 2006

---

**Fascicule n° 6**

**Première réunion sur :**

Le projet de loi C-5, Loi concernant l'Agence de santé publique du Canada et modifiant certaines lois

---

COMPARAÎT :

Steven Fletcher, député,  
secrétaire parlementaire du ministre de la Santé

---

TÉMOINS :

*(Voir à l'endos)*

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE  
AND TECHNOLOGY

The Honourable Art Eggleton, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck Champagne, P.C. Cochrane. Cook Cordy Cowan Fairbairn, P.C.	* Hays (or Fraser) * LeBreton, P.C. (or Comeau) Pépin Nancy Ruth Trenholme Counsell
---	---

\*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 Pépin was substituted for that of the Honourable Senator Gill (*October 10, 2006*).

The name of the Honourable Senator Carstairs was substituted for that of the Honourable Senator Kirby (*October 10, 2006*).

The name of the Honourable Senator Cowan was substituted for that of the Honourable Senator Carstairs (*October 19, 2006*).

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

*Président* : L'honorable Art Eggleton, C.P.

*Vice-président* : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

Callbeck Champagne, C.P. Cochrane Cook Cordy Cowan Fairbairn, C.P.	* Hays (ou Fraser) * LeBreton, C.P. (ou Comeau) Pépin Nancy Ruth Trenholme Counsell
--	---

\*Membres d'office

(Quorum 4)

*Modifications 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 Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Gill (*le 10 octobre 2006*).

Le nom de l'honorable sénateur Carstairs est substitué à celui de l'honorable sénateur Kirby (*le 10 octobre 2006*).

Le nom de l'honorable sénateur Cowan est substitué à celui de l'honorable sénateur Carstairs (*le 19 octobre 2006*).

**ORDER OF REFERENCE**

Extract from the *Journals of the Senate*, Thursday, September 28, 2006:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Keon, seconded by the Honourable Senator Meighen, for the second reading of Bill C-5, An Act respecting the establishment of the Public Health Agency of Canada and amending certain Acts.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

The bill was then read the second time.

The Honourable Senator Stratton moved, seconded by the Honourable Senator Tkachuk, that the bill be referred to the Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The questions being put on the motion, it was adopted.

**ORDRE DE RENVOI**

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 28 septembre 2006 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Keon, appuyée par l'honorable sénateur Meighen, tendant à la deuxième lecture du projet de loi C-5, Loi concernant l'Agence de santé publique du Canada et modifiant certaines lois.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Stratton propose, appuyé par l'honorable sénateur Tkachuk, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le greffier du Sénat,*

Paul C. Bélisle

*Clerk of the Senate*

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Thursday, October 19, 2006  
(8)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 10:46 a.m. this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Art Eggleton, P.C., presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Champagne, P.C., Cochrane, Cook, Cordy, Cowan, Eggleton P.C., Fairbairn P.C., Keon, Nancy Ruth and Trenholme Counsell (11).

*In attendance:* From the Library of Parliament Research Branch: Sonya Norris, Research Analyst, Science and Technology Division and Marlisa Tiedemann, Research Analyst, Law and Government Division.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, September 28, 2006, the committee began its examination of Bill C-5, respecting the establishment of the Public Health Agency of Canada and amending certain acts.

**APPEARING:**

Steven Fletcher, M.P., Parliamentary Secretary to the Minister of Health

**WITNESSES:**

*Public Health Agency of Canada:*

Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer;

Jane Allain, General Counsel, Legal Services.

Steven Fletcher made a statement. Together, all the witnesses answered questions.

At 12:11 p.m., pursuant to rule 92(2)(e) the committee proceeded in camera for the purpose of considering a draft agenda.

At 12:16 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

**ATTEST:**

**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le jeudi 19 octobre 2006  
(8)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 46, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Art Eggleton, C.P. (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Champagne, C.P., Cochrane, Cook, Cordy, Cowan, Eggleton, C.P., Fairbairn, C.P., Keon, Nancy Ruth et Trenholme Counsell (11).

*Également présentes :* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Sonya Norris, analyste, Division des sciences et de la technologie, et Marlisa Tiedemann, analyste, Division du droit et du gouvernement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 28 septembre 2006, le comité entreprend son étude du projet de loi C-5, Loi concernant l'Agence de santé publique du Canada et modifiant certaines lois.

**COMPARAÎT :**

Steven Fletcher, député, secrétaire parlementaire du ministre de la Santé.

**TÉMOINS :**

*Agence de santé publique du Canada :*

Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique;

Jane Allain, avocate générale, Services juridiques.

Steven Fletcher fait une déclaration. Ensemble, tous les témoins répondent aux questions.

À 12 h 11, conformément à l'alinéa 92(2)e du Règlement, le comité poursuit sa séance à huis clos afin d'examiner un projet d'ordre du jour.

À 12 h 16, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ :**

*La greffière du comité,*

Josée Thérien

*Clerk of the Committee*

**EVIDENCE**

OTTAWA, Thursday, October 19, 2006

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-5, respecting the establishment of the Public Health Agency of Canada and amending certain acts, met this day at 10:46 a.m. to give consideration to the bill.

**Senator Art Eggleton** (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

**The Chairman:** Welcome to this meeting of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. This is my first time as chair, so have mercy on me.

We will start off with our study of Bill C-5, which is to re-establish a piece of legislation that was in front of us once before as Bill C-75, that is, the establishment of the Public Health Agency of Canada.

In addition to the committee membership, I welcome Senator Cowan, who is here as what is referred to as the critic of the bill, although in the previous incarnation of this position he was the sponsor. Same bill, different number.

Appearing as witnesses in support of the legislation, we have before us today Mr. Steven Fletcher, Parliamentary Secretary to the Minister of Health; Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer; and Jane Allain, General Counsel for the Public Health Agency of Canada.

**Steven Fletcher, M.P., Parliamentary Secretary to the Minister of Health:** I am pleased to appear before you to discuss Bill C-5. We have heard in the House of Commons that there is strong support for strengthening public health in Canada and for providing a federal focal point to work with the provinces, territories and other public health stakeholders to address public health issues. That is why it is important, in this new parliamentary session, to bring forward enabling legislation for the Public Health Agency of Canada as soon as possible. I am pleased to report that there was broad support for Bill C-5 in the House of Commons and that it passed with no amendments.

In the wake of the 2003 SARS outbreak, there was discussion and debate on the state of public health in Canada. In particular, I would like to acknowledge this committee's report, entitled *Reforming Health Protection and Promotion in Canada: Time to Act*, chaired by the Honourable Senator Kirby and co-chaired at that time by the Honourable Senator LeBreton. Similarly, I want to acknowledge the work of Dr. David Naylor in his report *Learning from SARS — Renewal*

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le jeudi 19 octobre 2006

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie auquel a été renvoyé le projet de loi C-5 concernant l'Agence de santé publique du Canada et modifiant certaines lois, se réunit aujourd'hui à 10 h 46, afin d'examiner le projet de loi.

**Le sénateur Art Eggleton** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Bienvenue à cette réunion du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Comme c'est la première fois que j'occupe les fonctions de président, je vous prierai d'être indulgents à mon égard.

Nous allons commencer notre examen du projet de loi C-5 qui vise à rétablir un texte de loi que nous avons déjà examiné sous le titre de projet de loi C-75 et qui concerne la création de l'Agence de santé publique du Canada.

Aux membres habituels du comité vient s'ajouter le sénateur Cowan qui joue aujourd'hui le rôle de critique du projet de loi, lui qui a été antérieurement le parrain du projet de loi précédent. Il s'agit du même projet de loi sous un numéro différent.

Les témoins qui comparaissent aujourd'hui devant nous pour défendre le texte de loi sont M. Steven Fletcher, secrétaire parlementaire du ministre de la Santé; le Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de l'Agence de santé publique du Canada et Mme Jane Allain, avocate générale de l'Agence de santé publique du Canada.

**Steven Fletcher, député, secrétaire parlementaire du ministre de la Santé :** Je suis heureux de témoigner devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie au sujet du projet de loi C-5 intitulé Loi concernant l'Agence de santé publique du Canada. Comme nous avons pu le constater à la Chambre des communes, il y a un fort appui pour le renforcement de la santé publique au Canada et l'établissement d'un point de convergence fédéral chargé de travailler en collaboration avec les administrations provinciales et territoriales et les autres intervenants de la santé publique pour traiter des divers enjeux à cet égard. C'est pourquoi il est important de soumettre une loi habilitante pour l'Agence de santé publique du Canada le plus tôt possible lors de la nouvelle session parlementaire. Comme vous le savez, le projet de loi C-5 a reçu un large soutien à la Chambre des communes et il a été adopté sans amendement.

Il y a eu, à la suite de la crise du SRAS, en 2003, des débats et des discussions importants au sujet de l'état du système de santé publique au Canada. Plus particulièrement, j'aimerais attirer votre attention sur le rapport intitulé *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir*, présenté par le comité présidé alors par l'honorable sénateur Kirby et coprésidé par l'honorable sénateur LeBreton. De la même façon, j'aimerais souligner le travail accompli par le Dr David Naylor

of *Public Health in Canada*, completed in October 2003. I would like to thank Senator Kirby for his help throughout in dealing with health in Canada.

Many of the recommendations provided were instrumental in creating the Public Health Agency of Canada and were considered in the development of this legislation. For example, both reports pointed to the need to establish a federal focal point to address public health issues. Specific recommendations include the establishment of the Canadian Public Health Agency and the appointment of the Chief Public Health Officer for Canada.

In response, the Public Health Agency of Canada was created in September 2004 through Order-in-Council. However, the agency currently lacks parliamentary recognition in the form of its own enabling legislation. Bill C-5 is designed to give strong foundation to the agency and authorities through the Chief Public Health Officer of Canada that only an act in Parliament can provide. More specifically, it is important that the Chief Public Health Officer be formally recognized as Canada's lead public health professional with the expertise and authority to communicate directly to the Canadian public in the event of a public health emergency.

As deputy head of the agency, the Chief Public Health Officer would also have the authority to engage with other federal deputies so that the agency can be an integral part of any coordinated emergency response. Additionally, the Public Health Agency of Canada should have the regulation-making authorities for the collection, management and protection of the public health information it needs.

The SARS outbreak clearly showed the importance for the government not only to have accurate information but also to have the ability and the means to access and share that information. By providing a statutory footing for the Public Health Agency of Canada, this legislation gives the agency and the Chief Public Health Officer the parliamentary recognition and tools needed to promote and protect the health of Canadians.

I would like to highlight four key elements of this proposed legislation that collectively will help protect and promote the health of Canadians.

It is important to note that Bill C-5 does not expand existing federal activities related to public health. It creates a statutory foundation for the agency and establishes the position of the Chief Public Health Officer as Canada's lead public health professional. The federal government has a well-established leadership role in public health, working in collaboration with provinces, territories and other levels of government. We intend to continue along this approach and the preamble of Bill C-5 clearly states the federal government's desire to promote cooperation with provincial and territorial governments and to coordinate federal policies and programs.

dont le rapport, intitulé *Leçons de la crise du SRAS — Renouveau de la santé publique au Canada*, a été présenté en octobre 2003. J'aimerais ici remercier le sénateur Kirby qui a déployé une aide constante en faveur de la santé au pays.

Un grand nombre de leurs recommandations ont contribué à la création de l'Agence de santé publique du Canada et ont été prises en considération au cours de l'élaboration du projet de loi. Par exemple, les deux rapports ont souligné l'importance d'établir un point de convergence fédéral pour traiter des questions de santé publique. On recommandait notamment de créer une agence de santé publique et de nommer un administrateur en chef de la santé publique pour le Canada.

Afin de donner suite à ces recommandations, l'Agence de santé publique du Canada a été créée en septembre 2004 par décret en conseil. Toutefois, le Parlement ne l'a pas encore reconnue par l'adoption d'une loi habilitante. Le projet de loi C-5 vise à conférer la stabilité à l'Agence et les autorités nécessaires à l'administrateur en chef de la santé publique du Canada que seule une loi du Parlement peut leur procurer. Plus précisément, il est important que l'administrateur en chef de la santé publique soit reconnu comme le premier professionnel de la santé publique au Canada et qu'il possède l'expertise et les pouvoirs pour pouvoir s'adresser directement aux Canadiens en cas d'urgence sanitaire.

En tant qu'administrateur général de l'Agence, l'administrateur en chef de la santé publique disposera de l'autorité nécessaire pour travailler avec d'autres administrateurs fédéraux de façon à ce que l'Agence puisse faire partie intégrante d'une intervention coordonnée en cas d'urgence. Par ailleurs, l'Agence de santé publique du Canada aurait avantage à être dotée de pouvoirs de réglementation afin de pouvoir recueillir, gérer et protéger les renseignements sur la santé publique dont elle a besoin.

La crise du SRAS a clairement démontré qu'il était important que le gouvernement possède non seulement des renseignements exacts, mais aussi la capacité et les moyens d'y avoir accès et de les partager. L'établissement d'un fondement législatif confèrera à l'Agence et à l'administrateur en chef de la santé publique la reconnaissance parlementaire et les outils dont ils ont besoin pour protéger et promouvoir la santé des Canadiens.

Permettez-moi maintenant de brièvement présenter les quatre principaux éléments du projet de loi qui, mis ensemble, contribueront à protéger et à promouvoir la santé des Canadiens.

Il est important de noter que le projet de loi C-5 n'élargit pas la portée des activités fédérales en cours dans le domaine de la santé publique. Il établit le fondement législatif de l'Agence ainsi que le poste d'administrateur en chef de la santé publique en tant que premier professionnel de la santé publique au Canada. Le gouvernement fédéral joue un rôle de chef de file bien établi en santé publique et travaille en collaboration avec les provinces, les territoires et d'autres ordres de gouvernement. Nous avons l'intention de poursuivre dans cette voie et le préambule du projet de loi C-5 indique clairement le désir du gouvernement fédéral de favoriser la coopération avec les gouvernements des provinces et des territoires et de coordonner les politiques et les programmes fédéraux.

In establishing a departmental model and in providing a statutory footing for the agency, this legislation continues the strong tradition of leadership, cooperation and collaboration that has been part of Canada's approach to public health for decades. First, the legislation establishes the agency as a departmental entity separate from Health Canada but part of the health portfolio. This will bring greater visibility and prominence to public health issues. As a key player in the federal system, the agency will be able to have greater influence in informing and shaping public policy than it would as an isolated, arm's length body.

Further, a departmental model would give standing to the agency and the Chief Public Health Officer to work with other federal departments to support more a coordinated and integrated approach to addressing public health issues and to prepare for public health emergencies. Also, the federal focal point, the agency, will be able to better engage provinces and territories and link to worldwide efforts in order to provide the best public health advice to Canadians. For example, the agency developed, in collaboration with the provinces and territories, Canada's pandemic influenza plan, which is recognized by the World Health Organization as one of the most comprehensive in the world.

On May 13, Minister Clement met with federal, provincial and territorial ministers of health to discuss pandemic preparedness. At that meeting, ministers agreed that, as part of a broader mutual assistance arrangement being developed with the provincial and territorial governments, they will collaborate to ensure that all First Nations communities are specifically included in these arrangements and that they underscore the equitable access of First Nations, on reserve and Inuit communities to antiviral vaccine equipment and supplies in the event of a pandemic.

A secondary element of the legislation is that it formally establishes the position of the Chief Public Health Officer and recognizes its unique dual role. As deputy head of the agency, the Chief Public Health Officer will be accountable to the Minister of Health for daily operations of the agency and will advise him on public health matters.

The Chief Public Health Officer will also have the authority to engage other federal departments and be able to mobilize the resources of the agency to address public health needs of Canadians. In addition to being the deputy head, the legislation also recognizes that the Chief Public Health Officer will be Canada's lead public health professional with demonstrated expertise and leadership in the field. As such, the Chief Public Health Officer will have the legislated authority to communicate directly with Canadians and to prepare and publish reports on any public health issue. He will also be required to submit to the Minister of Health, for tabling in Parliament, an annual report on

En établissant un modèle ministériel et en dotant l'Agence d'un fondement législatif, le projet de loi s'inscrit dans la longue tradition de leadership, de coopération et de collaboration qui caractérise depuis des décennies l'approche du Canada en matière de santé publique. Premièrement, le projet de loi stipule que l'Agence est une entité ministérielle distincte de Santé Canada qui fait cependant partie intégrante du portefeuille de la Santé. Ce modèle permettra d'accroître la visibilité et l'importance des questions de santé publique. En tant qu'intervenant clé de l'administration fédérale, l'Agence aura une plus grande incidence pour ce qui est d'éclairer et de modeler les grandes orientations publiques que si elle n'était qu'un simple organisme autonome.

De plus, un modèle ministériel permettra de conférer à l'Agence et à l'administrateur en chef de la santé publique le statut requis pour collaborer avec d'autres ministères afin de favoriser une approche plus coordonnée et intégrée lorsqu'il s'agit de traiter de questions de santé publique et de se préparer en cas d'urgence sanitaire. En outre, en tant que point de convergence fédéral, l'Agence sera davantage en mesure de faire participer les provinces et les territoires et d'établir des liens avec les efforts faits partout dans le monde afin de pouvoir fournir aux Canadiens les meilleurs conseils possible en matière de santé publique. Par exemple, l'Agence a élaboré, de concert avec les provinces et les territoires, le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, reconnu par l'Organisation mondiale de la santé comme l'un des plus complets au monde.

Le ministre Clement a rencontré, le 13 mai, les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé afin de discuter de la préparation à une pandémie. Au cours de cette rencontre, les ministres ont convenu que, dans le cadre d'un vaste accord d'aide mutuelle en voie d'élaboration par les provinces et les territoires, ils collaboreront afin de veiller à ce que les besoins et les préoccupations des communautés des Premières nations dans les réserves soient inclus dans ces accords et à ce que ceux-ci stipulent que les Premières nations et les Inuits doivent bénéficier d'un accès équitable à des antiviraux, à des vaccins, et à de l'équipement et à des fournitures en cas de pandémie.

Un deuxième élément important du projet de loi consiste à établir de façon officielle le poste d'administrateur en chef de la santé publique et à reconnaître le rôle double et unique en son genre joué par celui-ci. En tant qu'administrateur général de l'Agence, l'administrateur en chef de la santé publique relèvera du ministre de la Santé en ce qui a trait au fonctionnement quotidien et à la gestion de l'Agence et le conseillera sur des questions de santé publique.

L'administrateur en chef aura de la santé publique aussi l'autorité nécessaire pour faire participer d'autres ministères et sera en mesure de mobiliser les ressources de l'Agence pour répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé publique. Le projet de loi reconnaît également que l'administrateur en chef de la santé publique, en plus d'être l'administrateur général de l'Agence, sera le premier professionnel de la santé publique, possédant une expertise et un leadership reconnus dans le domaine. À ce titre, l'administrateur en chef de la santé publique aura le pouvoir prescrit par la loi de communiquer directement avec les Canadiens ainsi que celui de rédiger et de

the state of public health in Canada. Stakeholders have made it clear that they want the Chief Public Health Officer to have a credible and trusted voice. Providing the Chief Public Health Officer with authority to speak out on public health matters and ensuring that the Chief Public Health Officer has qualifications in the field of public health will confirm the credibility with stakeholders and with Canadians.

Further, as I indicated previously, the Government of Canada wishes to promote cooperation and consultation in the field of public health with provincial and territorial governments. As co-chair of the Council of the Pan-Canadian Public Health Network, the Chief Public Health Officer can facilitate improved collaboration with the provinces and territories in public health.

Finally, the legislation includes a specific regulation-making authority for the collection, management and protection of public health. The authority will ensure that the agency can receive the health information it needs to fulfil its mandate. With the potential threat of an influenza pandemic, the Public Health Agency of Canada must have clear legal authority to collect, use, disclose and protect information it receives by third parties. This clear legal authority will provide the needed assurance to provinces and territories that they can lawfully share information with the federal government. Thus, the provisions in the agency's enabling legislation and the regulations enacted under them will clarify the agency's authority to gather information while ensuring the protection of confidential information.

By providing a statutory footing for the agency and supporting a dual role for the Chief Public Health Officer, we will demonstrate to Canadians that we have listened to all their calls to establish a permanent federal focal point to better address public health issues and that we are taking the necessary steps to strengthen the public health system as a whole. As we all know, preventing and managing disease and promoting good health is the key to having a healthier population and to reducing the pressures and wait times on the acute health care system. It is important that we have legislation to provide a statutory foundation to the Public Health Agency of Canada and support our collective efforts to strengthen public health in Canada. Clearly, we all have a shared interest in protecting and promoting the health of all Canadians. In providing a statutory footing for the agency, this legislation continues the strong tradition of cooperation and collaboration that has been part of Canada's approach to public health for decades.

publier des rapports sur des questions de santé publique. Il sera aussi tenu de soumettre au ministre de la Santé un rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada qui sera ultérieurement présenté au Parlement. Les intervenants ont clairement indiqué qu'ils veulent que l'administrateur en chef de la santé publique soit un interlocuteur crédible et fiable. Le fait de conférer à l'administrateur en chef de la santé publique le pouvoir de s'exprimer publiquement sur des questions de santé publique et de s'assurer qu'il possède les compétences requises en matière de santé publique permettra de confirmer sa crédibilité auprès des intervenants et de la population canadienne.

De plus, comme je l'ai indiqué précédemment, le gouvernement du Canada entend favoriser dans le domaine de la santé publique la consultation et la coopération avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. En tant que coprésident du Conseil du Réseau pancanadien de santé publique, l'administrateur en chef de la santé publique peut faciliter l'amélioration de la collaboration avec les provinces et les territoires en ce qui a trait à la santé publique.

Enfin, le projet de loi prévoit des pouvoirs de réglementation précis pour la collecte, la gestion et la protection de renseignements sur la santé, de manière à ce que l'Agence puisse obtenir l'information sur la santé dont elle a besoin pour s'acquitter de son mandat. Compte tenu de la menace possible d'une pandémie de grippe, l'Agence de santé publique du Canada doit clairement être autorisée légalement à recueillir, à utiliser, à divulguer et à protéger les renseignements fournis par un tiers. Cette autorité législative manifeste permettra de garantir aux provinces et aux territoires qu'ils peuvent légalement échanger des renseignements avec le gouvernement fédéral. Ainsi, les dispositions de la loi habilitante de l'Agence et les règlements pris en vertu de celle-ci permettront de préciser les pouvoirs de l'Agence en ce qui concerne la collecte de renseignements tout en assurant la protection des renseignements confidentiels.

En dotant l'Agence d'un fondement législatif et en appuyant le double rôle de l'administrateur en chef de la santé publique, nous démontrerons à la population canadienne que nous avons entendu ses demandes d'établir un point de convergence fédéral permanent pour mieux traiter les questions de santé publique et que nous prenons les mesures nécessaires afin de renforcer le système de santé publique dans son ensemble. Comme nous le savons tous, la prévention et la gestion des maladies ainsi que la promotion de la santé sont essentiels pour améliorer la santé de la population et réduire les pressions exercées sur le système de santé ainsi que les temps d'attente. Il est important que nous adoptions ce projet de loi, qui permettra d'établir le fondement législatif de l'Agence de santé publique du Canada et de soutenir nos efforts collectifs en vue de renforcer la santé publique au Canada. De toute évidence, nous avons tous intérêt à protéger et à promouvoir la santé des Canadiens et des Canadiennes. Étant donné qu'il procure un fondement législatif solide à l'Agence, le projet de loi s'inscrit dans une longue tradition de coopération et de collaboration qui fait partie de l'approche du Canada en matière de santé publique depuis des décennies.



Ultimately, this legislation will give the Public Health Agency of Canada a sound legislative footing to assist the Minister of Health to protect and promote the health of Canadians. Thank you very much, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Parliamentary Secretary.

**Senator Cordy:** I think you know that you are speaking to the converted here, since we wrote a report on this and made a recommendation for the agency. The agency has now operated for a little over two years. What difference has the agency made? How have things changed from before we had an agency until October of this year?

**Mr. Fletcher:** I will defer to the Chief Public Health Officer. However, I will say that this proposed legislation is enabling legislation, so it will ensure that we have parliamentary support for the position of the Chief Public Health Officer. It has helped lay the foundation for preparedness in case of a pandemic. We are much more prepared now than we were when SARS hit. Incidentally, the current Minister of Health was the Minister of Health for Ontario at that time. Therefore we definitely have a lot of expertise in the health department right from the political level onward. This proposed legislation will enable us to react in a more efficient and timely manner.

Perhaps Dr. Butler-Jones would like to elaborate.

**Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer, Public Health Agency of Canada:** The last time I appeared before your committee was when you prepared your report in the post-SARS era. That was before I held this job, and I never anticipated that I would have to live that down. However, it has been a very interesting couple of years. In addition to the general view and interest in public health, I work with the provinces now, because I sit at the table with the provincial deputies; we are part of the policy development, et cetera. We actually are seeing new investments at the provincial and territory levels, as well as federally.

We now have health goals for Canada that people have dreamed of for many years. Jurisdictions across the country have signed on to them. We have the Pan-Canadian Public Health Network, as the parliamentary secretary mentioned, where we are pulling together a range of activities in public health, both at the policy level and at the program level, which allows joint jurisdictional activity in a way that we did not see before.

Au bout du compte, le projet de loi permettra de doter l'Agence de santé publique du Canada d'un fondement législatif solide qui aidera le ministre de la Santé, à protéger et à promouvoir la santé des Canadiens. Merci beaucoup, monsieur le président.

**Le président :** Merci beaucoup, monsieur le secrétaire parlementaire.

**Le sénateur Cordy :** Je pense que vous avez conscience de vous adresser à des convertis, puisque nous avons nous-mêmes rédigé un rapport sur ce sujet et recommandé la création de l'Agence qui est en activité depuis un peu plus de deux ans. Quelles sont les améliorations qu'a apportées l'Agence? Qu'est-ce qui a changé entre le moment où l'Agence a vu le jour et le mois d'octobre de cette année?

**M. Fletcher :** Je vais laisser à l'administrateur en chef de la santé publique du Canada le soin de répondre. Cependant, j'aimerais préciser que le texte de loi proposé est une loi habilitante visant à faire sanctionner par le Parlement le poste d'administrateur en chef de la santé publique. Il a contribué à mettre en place les dispositions d'intervention d'urgence en cas de pandémie. Aujourd'hui, nous sommes beaucoup mieux préparés que nous ne l'étions au moment de la crise du SRAS. Incidemment, le ministre actuel de la Santé occupait le même poste en Ontario au moment de la crise du SRAS. Par conséquent, le ministère de la Santé a une grande expérience dans le domaine, aussi bien au niveau politique qu'au niveau administratif. La législation proposée nous permettra de réagir de manière plus rapide et plus efficiente.

Je vais laisser au Dr Butler-Jones le soin d'ajouter quelques précisions.

**Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique, Agence de santé publique du Canada :** La dernière fois que j'ai comparu devant votre comité, vous prépariez votre rapport sur les répercussions de la crise du SRAS. C'était avant que j'occupe mon poste actuel et je ne pouvais imaginer alors qu'il me faudrait un jour passer à autre chose. Cependant, il s'est passé des choses très intéressantes depuis deux ans. En plus de mes activités générales axées sur la santé publique, je travaille désormais avec les provinces, puisque je prends part à des rencontres avec des sous-ministres provinciaux dans le cadre de séances d'élaboration de politiques, et cetera. Il y a de nouveaux investissements aux échelons provinciaux et territoriaux, ainsi qu'au niveau fédéral.

Nous avons désormais fixé pour le Canada des objectifs en matière de santé qui nous ont paru inaccessibles pendant de nombreuses années. Toutes les régions du pays adhèrent à ces objectifs. Nous avons le Réseau pancanadien de santé publique dont le secrétaire parlementaire a parlé, qui nous permet de promouvoir ensemble toute une gamme d'activités dans le domaine de la santé publique, tant sur le plan des politiques qu'en matière de programmes. Le Réseau permet aux diverses régions de mener des actions communes, chose qui se serait avérée impossible auparavant.

We also have a renewed emphasis and interest in chronic disease prevention and other activities, healthy living, addressing issues of obesity and the many challenges. Often attention has focussed on infectious diseases and outbreaks, but really the biggest change will be the foundation for health that the rest of the system builds on.

For me, being part of it and having the privilege of holding this position, it is gratifying to see what progress we have made working with the provinces and territories, other stakeholders, and across government federally. I am a bit biased because I am in the middle of it, but I hear from most people that we are doing many of the things that were dreamed of and we are starting to tick off those boxes in terms of agreements with provinces around information sharing, mutual aid, having plans in place, addressing a range of issues collectively.

While public health issues occur locally and actions are taken locally, if public health bodies are not well-connected nationally and internationally we do not have the resources and expertise to address issues and emergencies. We are definitely making progress, but we are not there yet.

**Senator Cordy:** We are also a bit biased, then, since you appeared before us and knew what our recommendations would be.

I was interested in your comments about working with the provinces. How is that connectedness working how? How do you deal with jurisdictional matters? When we have written numerous reports on health care we have said let us just get the job done because there is one taxpayer and get on with it. Therefore I am wondering about jurisdictional matters. How do the provinces provide input? Do you have meetings with the deputy ministers? Could you explain to us how it works so that it is a national agency with input from across the country?

**Dr. Butler-Jones:** In terms of jurisdiction, the bulk of the resources and activities are provincially or territorially funded. They occur locally or are managed locally. Most of the legislation is actually to support local and provincial activities, which we then try to facilitate and coordinate. Plus we have our own responsibilities in the federal jurisdiction.

We work with the provinces and territories around the collective interest. For the agency, what is our value-added to the system? We have specialized laboratories. We bring to the table specialized expertise in chronic disease, infectious disease, health promotion and a range of other issues — expertise that others do not have. As well, we are able to facilitate for smaller jurisdictions access to the expertise they need that they would not otherwise find the way some larger jurisdictions can. Even large

Par ailleurs, nous mettons désormais plus l'accent sur la prévention des maladies chroniques et d'autres aspects tels qu'un mode de vie sain, la lutte contre les problèmes d'obésité et de nombreux autres défis. Nous avons souvent concentré nos efforts sur la flambée des maladies infectieuses, mais le plus grand changement sera la mise en place de conditions propices à la santé qui sont au cœur même du système que nous envisageons.

Pour moi qui participe à ce changement et qui ai le privilège d'occuper ce poste, il est très gratifiant de voir les progrès que nous avons accomplis dans notre collaboration avec les provinces et territoires, avec d'autres intervenants et dans divers secteurs du gouvernement fédéral. Je ne suis pas tout à fait impartial puisque je parle de mon travail, mais la plupart des gens nous disent que beaucoup de nos réalisations étaient considérées autrefois comme des rêves inaccessibles. Les choses se mettent en place peu à peu sous la forme d'ententes avec les provinces sur le partage d'informations, l'assistance mutuelle, la mise en place de plans, l'approche collective de diverses questions.

C'est au niveau local que se posent les questions de santé publique et c'est également au niveau local qu'il faut intervenir, mais si les organismes de santé publique ne disposent pas d'un bon réseau national et international, ils n'auront ni les ressources, ni les compétences nécessaires pour réagir face aux différents enjeux et situations d'urgence. Nous faisons des progrès, mais nous ne sommes pas encore au bout de nos peines.

**Le sénateur Cordy :** Nous ne sommes pas non plus tout à fait impartiaux, puisque vous avez déjà comparu devant nous et vous saviez quelles seraient nos recommandations.

Les commentaires que vous avez faits au sujet de votre collaboration avec les provinces m'intéressent. Comment fonctionnent ces liens avec les provinces et territoires? Comment traitez-vous les questions de compétence? Dans les nombreux rapports que nous avons consacrés à la santé, nous sommes partis du principe qu'il fallait intervenir pour le bien des contribuables. C'est pourquoi, je me demande comment vous collaborez avec les diverses régions. Comment recueillez-vous le point de vue des provinces? Avez-vous des rencontres avec les sous-ministres? Pouvez-vous nous expliquer comment votre agence nationale œuvre en consultation avec les diverses régions du pays?

**Dr Butler-Jones :** Dans les régions, la majorité des ressources et des activités sont financées par les provinces ou les territoires. Elles sont d'origine locale ou sont gérées localement. La plus grande partie de la législation vise en fait à soutenir les activités locales et provinciales que nous nous efforçons ensuite de faciliter et de coordonner. Par ailleurs, nous avons nos propres responsabilités à l'échelon fédéral.

Nous travaillons avec les provinces et les territoires sur les enjeux d'intérêt collectif. Quelle est la contribution de l'Agence au système? Nous disposons de laboratoires spécialisés. Nous mettons à la disposition de nos partenaires notre expertise en matière de maladies chroniques, de maladies infectieuses, de promotion de la santé et dans toute une gamme d'autres domaines — ce sont des compétences que nos partenaires n'ont pas. Par ailleurs, nous pouvons faciliter l'accès des régions plus

jurisdictions, like Ontario, often depend on us. Clearly, it is not very efficient to try to figure out or discover things 14 different times. We can play a role in pulling those efforts together.

In terms of input, we talk about a web. When things happen locally, how do the jurisdictions engage the expertise or the resource needed to address their situations? That works through the regions, the provinces, et cetera. We connect internationally back to them. Within the Pan-Canadian Public Health Network it is a mix.

The council of the network that I co-chair is basically the FPT oversight. That reports to the council of deputies, where I sit, which then reports to the conference of ministers. Policies now have a forum, whereas previously there were a number of advisory committees out there with nowhere to go. Now they are part of the network, so there is a mechanism to get policy advice, recommendations, and so on up to the ministers or deputies. As well, technical cooperation occurs at the committee level, and there is a range of expert committees. The proposed legislation outlines the six functions of public health, and there are committees and expert groups engaged across those functions. They are able to develop guidelines, share information and manage issues. There is also a means by which policy and other advice can come forward.

The system is now much more functional. I get the sense from my deputy colleagues that by and large it is working. It will never be perfect in terms of the federation, but we do try to complement each other rather than compete and we do provide value-added to the system.

**Mr. Fletcher:** I would like to add to that. In Winnipeg, we are very proud of the virology lab in which Dr. Butler-Jones is very involved. That would be an example of where all the provinces benefit from having a central place where they can send samples and get scientific analysis without having 14 different labs at level 4 containment.

Interestingly, in the House of Commons debate the Bloc asked a similar question, but they seemed to feel that pandemics respect provincial boundaries. Of course, they do not. This is another reason why it is very important to have the Public Health Agency of Canada, because it can play a coordination role that the provinces cannot.

petites aux compétences dont elles ont besoin et dont elles ne pourraient pas se prévaloir aussi facilement que d'autres régions plus importantes. Et même des régions plus grandes comme l'Ontario font souvent appel à nous. Il est évident que ce ne serait pas très efficace d'analyser ou de découvrir la même chose 14 fois différentes. Nous pouvons jouer un rôle de centralisation de tous ces efforts.

Nous avons établi une sorte de toile qui permet de recueillir l'apport de nos divers partenaires. Dans le cas d'une situation d'urgence locale, comment les diverses régions réunissent-elles les compétences ou les ressources nécessaires? Elles cheminent par l'intermédiaire des régions, des provinces, et cetera. De notre côté, nous mettons à leur disposition nos liens internationaux. Le Réseau pancanadien de santé publique réunit de nombreux intervenants.

Le Conseil du Réseau que je coprésidé est essentiellement l'organe fédéral, provincial et territorial de surveillance. Il fait rapport au conseil des sous-ministres où je siège, qui à son tour rend compte à la conférence des ministres. Nous disposons maintenant d'une tribune où nous pouvons exposer les politiques, alors qu'auparavant, les nombreux comités consultatifs n'avaient aucun point de ralliement. Aujourd'hui, ils sont reliés à un réseau et l'on dispose donc d'un mécanisme qui permet de faire appel aux ministres ou aux sous-ministres pour obtenir des conseils, des recommandations, et cetera en matière de politiques. Par ailleurs, les comités collaborent sur le plan technique et nous disposons de divers comités d'experts. Le projet de loi énumère six fonctions liées à la santé publique et nous disposons de divers comités et groupes d'experts qui consacrent leurs activités à ces différentes fonctions. Ils sont en mesure d'élaborer des lignes directrices, de partager des informations et de gérer divers dossiers. Ils peuvent également présenter des politiques et d'autres conseils.

Le système est désormais beaucoup plus fonctionnel. De manière générale, il fonctionne assez bien, si j'en crois les échos de mes collègues sous-ministres. Il ne fonctionnera jamais parfaitement à l'échelle de toute la fédération, mais nous essayons de nous compléter plutôt que d'entrer en concurrence les uns avec les autres et, de ce fait, nous contribuons à améliorer le système.

**M. Fletcher :** Permettez-moi d'ajouter que nous sommes très fiers à Winnipeg du laboratoire de virologie dans lequel le Dr Butler-Jones est très engagé. Voilà qui démontre bien qu'il est de l'intérêt de toutes les provinces de disposer d'un laboratoire central où elles peuvent envoyer leurs échantillons et obtenir une analyse scientifique, plutôt que d'avoir à mettre en place à 14 endroits différents des laboratoires autorisant un confinement de niveau 4.

Il est intéressant de signaler que le Bloc avait posé une question semblable au cours du débat à la Chambre des communes, mais il semblait croire que les pandémies ne franchissent pas les frontières provinciales. Il est clair que ce n'est pas le cas. Voilà qui fait ressortir encore plus l'utilité de l'Agence de santé publique du Canada qui permet d'exercer un rôle de coordination que les provinces ne peuvent pas jouer.

**Senator Cochrane:** You mentioned new investments in Canada. Could you elaborate on that, please?

**Dr. Butler-Jones:** The last three federal budgets have contained significant contributions to public health. There were contributions at the outset of the establishment of the agency and then, in the last budget, there was money for chronic disease prevention and healthy living activities, the management of both human and animal disease, and the risk of pandemics. A large chunk was targeted to chronic disease, in particular cancer. Those investments are at the federal level.

Since the establishment of the agency, several provinces now have separate ministers and ministries related to public health in some way. The B.C. Centre for Disease Control existed prior to the agency, as did the counterpart agency in Quebec. Other provinces also now have added ministries and ministers. As well, some are forming their own agencies or parallel agencies to pull together these elements in a focused way.

Part of the irony is that governments started out in public health. It was a public good as part of its public security and the well-being of its citizens. As we have gotten more involved in insurance, we have paid less attention to that first priority. It is interesting to note the lessons of the last few years and the renewed interest of governments and others in that public health foundation. If we do not do well, it is like the building will continue to crack. Finding that balance — and it is a balance; it is not either/or — is really key. We seem at least to be on that road.

**Senator Callbeck:** Thank you both for coming. Senator Cordy touched on the area I want to ask about. Before the agency was set up there was much consultation with the provinces. Have the major concerns they had been addressed satisfactorily, or are there any still outstanding?

**Dr. Butler-Jones:** It is a long list. We are slowly ticking off items on the list. The Pan-Canadian Public Health Network is established. Joint work around a number of strategies has been established. We are very close to having agreements on information sharing and other things that underlay some of the challenges in dealing with issues like SARS.

There are still capacity issues in the country. There are still areas we need to continue to develop and focus on, but that cannot be done quickly. There just are not trained people ready to step into place, even if we had the resources.

We need to think five years to 10 years in the future as to what the right balance and the right mix are and how to achieve those. The provinces are obviously very interested in the federal government's engagement in this as a partner in many ways.

**Le sénateur Cochrane :** Vous avez parlé de nouveaux investissements au Canada. Pouvez-vous nous donner d'autres détails à ce sujet?

**Dr Butler-Jones :** Les trois derniers budgets fédéraux contenaient d'importantes contributions à la santé publique. Ces contributions ont commencé dès que l'Agence a vu le jour et le dernier budget consacrait des crédits à la prévention des maladies chroniques et à la promotion des habitudes de vie saine, à la gestion des maladies humaines et animales et au risque de pandémies. Une bonne partie de ces ressources budgétaires était consacrée aux maladies chroniques, en particulier le cancer. Ce sont là des crédits budgétaires fédéraux.

Depuis la création de l'Agence, plusieurs provinces ont désigné des ministres et des ministères chargés de la santé publique. Le Centre de contrôle des maladies de Colombie-Britannique existait avant l'Agence, tout comme son homologue québécois. D'autres provinces ont créé des ministères et des portefeuilles de ministres. Certaines d'entre elles constituent aussi leurs propres agences or agences parallèles qui ont pour mission de centraliser tous ces éléments.

D'une certaine manière, il est ironique que le point de départ des gouvernements ait été la santé publique, considérée comme un élément du bien public relié à la sécurité publique et au bien-être des citoyens. Le fait d'avoir mis l'accent sur l'assurance nous avait fait négliger cette priorité essentielle. Il est intéressant de noter les leçons de ces dernières années et l'intérêt renouvelé que les gouvernements et les autres autorités portent à ce fondement de la santé publique. Si nous n'obtenons pas de bons résultats, l'édifice continuera à se lézarder. L'important est donc de trouver cet équilibre — car c'est en effet un équilibre et non pas un choix dans une direction plutôt qu'une autre. Il semble enfin que nous soyons dans la bonne direction.

**Le sénateur Callbeck :** Merci à tous les deux d'être venus. Le sénateur Cordy a abordé un aspect sur lequel j'aimerais vous demander des précisions. La création de l'Agence a été précédée par de nombreuses consultations auprès des provinces. A-t-on répondu de manière satisfaisante à leurs inquiétudes majeures, ou certaines sont-elles demeurées en suspens?

**Dr Butler-Jones :** La liste est longue. Nous progressons lentement dans la liste. Le Réseau pancanadien de santé publique est établi. Nous sommes sur le point de conclure des ententes sur le partage d'informations et d'autres échanges qui sont extrêmement importants pour relever certains défis tels que la crise du SRAS.

Il reste encore des problèmes de capacité à régler au pays. Nous devons continuer à travailler et à mettre l'accent sur certains domaines, mais cela ne peut se faire en un jour. Même si nous avions les ressources nécessaires, il serait impossible de recruter suffisamment de personnes ayant la formation appropriée.

Nous devons nous donner cinq à dix ans pour trouver le juste équilibre et la bonne combinaison et parvenir à les réaliser. Il est clair que les provinces sont très intéressées par la participation du gouvernement fédéral à titre de partenaire dans plusieurs domaines.

**Senator Callbeck:** Is it fair to say that you feel the procedures are in place for the provinces to have adequate input into these decisions?

**Dr. Butler-Jones:** Yes. By and large, the mechanisms by which we work collaboratively are now in place. They continue to evolve as we gain experience, but the actual network has been in place for over a year. It is relatively new, as is the agency.

**Senator Callbeck:** You are the co-chair of the Pan-Canadian Public Health Network. What is the membership on that committee? Does it include deputy ministers?

**Dr. Butler-Jones:** There are several layers. The council of the network, which is part of the oversight that reports to the conference of deputies where I sit, is co-chaired by myself and Dr. Perry Kendall, who is the chief health officer in British Columbia. That particular council consists of representatives from each of the FPTs. Some are assistant deputy ministers. Some are chief medical officers. It depends on the jurisdiction. They choose whom they send.

Then there is the range of expert committees, which are a mix of professionals, provincial and territorial representatives and a range of experts depending on the committee and the issue.

This FPT council provides oversight to the rest of the network.

**Senator Trenholme Counsell:** In reading about the preparation for a pandemic, perhaps the most startling and concerning thing that has come to my attention is the reaction at the municipal level, as well as the reaction of professional groups like doctors and nurses. I have read a number of articles in different journals and newspapers that state that the municipalities and the professional groups seem to be indicating they could very likely be overwhelmed and are very much incapable, largely in terms of human resources, of dealing with such a crisis.

At what stage is your thinking on this? How much are you communicating, through the provinces, I assume, with the municipalities and with the professional groups?

**Dr. Butler-Jones:** Depending on the scale of the pandemic, there is no question it will stretch our capacity. In the big scheme of things, SARS was certainly significant but small numbers of people and only a couple of geographic areas were affected. Yet it affected people's perception of security, economic issues and a range of other matters.

The challenge with regard to a pandemic is that it will occur everywhere. However, its impact could be as mild as a very bad regular flu year or it could be of a much larger scale. It is unlikely to be as large as that of 1918. There are all kinds of projections.

**Le sénateur Callbeck :** Est-il juste de dire que, selon vous, les conditions sont en place pour que les provinces puissent prendre part de manière appropriée à ces décisions?

**Dr Butler-Jones :** Oui. De manière générale, les mécanismes de collaboration sont déjà en place. Ils continuent à évoluer à mesure que nous accumulons de l'expérience, mais le Réseau est en place depuis plus d'un an. Il est relativement nouveau, tout comme l'Agence.

**Le sénateur Callbeck :** Vous êtes coprésident du Réseau pancanadien de santé publique. Qui compose ce comité? Est-ce qu'il regroupe des sous-ministres?

**Dr Butler-Jones :** Il y a plusieurs niveaux. Le Conseil du Réseau qui est l'organe de surveillance chargé de rendre compte à la conférence des sous-ministres, organe auquel je siége, est coprésidé par moi-même et le Dr Perry Kendall qui est médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique. Ce conseil en particulier est composé de représentants des différents ordres de gouvernement — fédéral, provincial, territorial. Il y a parmi eux des sous-ministres adjoints, des médecins hygiénistes en chef. Tout dépend de la région. Chacune choisit son représentant.

Ensuite, il y a les comités de spécialistes qui regroupent des professionnels, des représentants des provinces et territoires et divers experts, selon le comité et la question étudiée.

Ce conseil fédéral-provincial-territorial exerce une fonction de surveillance sur le reste du réseau.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** En m'informant sur les mesures de préparation à une pandémie, ce qui m'a le plus étonnée et inquiétée, c'est la réaction au niveau municipal, ainsi que la réaction de certains groupes professionnels tels que les médecins et les infirmières. Selon les nombreux articles que j'ai lus dans différents journaux, les municipalités et les groupes professionnels semblent indiquer qu'ils seraient vraisemblablement débordés et tout à fait incapables de répondre à une telle crise, en grande partie à cause du manque de ressources humaines.

Où en êtes-vous dans ce domaine? Quelle est l'intensité de vos communications, par l'intermédiaire des provinces, je suppose, avec les municipalités et les groupes professionnels?

**Dr Butler-Jones :** Selon son envergure, il est clair qu'une pandémie mobiliserait la plus grande partie de nos capacités. À titre de comparaison, l'épidémie de SRAS était importante, mais elle n'a touché que peu de gens et seulement quelques secteurs géographiques. Et pourtant, elle a eu une incidence sur la perception que l'on pouvait avoir de la sécurité, des enjeux économiques et dans toutes sortes d'autres domaines.

Le problème, dans le cas d'une pandémie, c'est qu'elle sévit partout. En revanche, ses répercussions pourraient être relativement limitées s'il s'agissait d'une très mauvaise année de grippe ordinaire, ou, au contraire, beaucoup plus étendues. Il est peu probable que les conséquences seraient aussi dévastatrices qu'en 1918. Il y a toutes sortes de projections.

Depending on the scale, how we respond, how prepared we are and how quickly we move from the crisis to the management of it — and it will not all happen at once — we have a number of measures in place that will assist. I refer to the stockpile for treatment, assuming the antivirals work as treatment. We have a contract with a domestic manufacturer to ensure that if there is a vaccine we can produce it as quickly as possible and provide it to everyone in the country, which again is unique in the world.

There is planning at different levels. The interesting thing is that public health has been planning and preparing and thinking through the issues that need to be addressed for a decade, whereas it is only within the last couple years that people generally have seen it is an issue. Now, everyone wants all the information and everything fixed and in place. That takes a bit of time.

While it is patchy across the country, most areas now have local committees that not only deal with health but also look at other issues in the municipality. We have a committee of deputy ministers from a range of departments within the federal government. It includes a number of committees but also links to the private sector and industry groups in terms of their planning, as well as the Government of Canada's planning, as well as linking back into the provinces and territories, on the emergency preparedness side, the health side and the animal health side and how they relate together.

In my mind, we are making rapid progress. There is still much work to be done. We continue to move the plans along and get the information to businesses, NGOs and others so that they can start thinking about what they can do to minimize the impact.

There are many lessons from SARS. One is that communications is key. Having clear lines and connections is key. Not thinking it is up to any one sector to solve is also very important. If we have a bad pandemic, it will be a society-wide issue. At the municipal level, we cannot think that public health will solve it. There is no capacity for that. Think about the voluntary sector and the private sector. What kinds of things can business do, such as having people work at home to minimize contact? All of those measures must be considered.

We are consulting on a range of issues. At the same time, we are also developing advice with other countries. For example, during SARS, Singapore did not wait for public health to get around to making the contacts. They ensured that principals and business leaders knew what to do if they had someone with a cough and fever in the first stages to

Selon l'envergure de l'épidémie, selon la façon dont nous réagissons, selon notre degré de préparation et selon la rapidité avec laquelle nous passons à la gestion de la crise — et cela ne peut se faire de manière instantanée — nous disposons d'un certain nombre de mesures. Je pense à nos réserves de médicaments, dans la mesure où les antiviraux pourront offrir un traitement efficace. Nous avons conclu un contrat avec un fabricant canadien afin de produire un vaccin le plus rapidement possible, s'il en existe un, pour pouvoir le distribuer à toute la population, ce qui est, là encore, unique au monde.

La planification se fait à différents niveaux. Il est intéressant de noter que depuis dix ans, les autorités de santé publique planifient, préparent et réfléchissent à toutes les questions importantes, alors que l'opinion générale ne s'en préoccupe que depuis un an ou deux. Maintenant, on voudrait que toutes les informations soient disponibles et que tout soit prêt immédiatement. Or, tout cela prend un peu de temps.

Bien que ce ne soit pas généralisé dans toutes les régions du pays, la plupart des régions disposent maintenant de comités locaux qui se penchent non seulement sur les questions de santé, mais également sur d'autres problèmes qui se présentent dans la municipalité. Nous avons un comité composé de divers sous-ministres de plusieurs ministères du gouvernement fédéral. Il comprend plusieurs sous-comités et il est également en lien avec divers groupes du secteur privé et de l'industrie au sujet de leur planification, ainsi qu'avec le gouvernement du Canada, en plus de correspondre avec les provinces et territoires en matière de préparation aux situations d'urgence, de santé humaine et animale et au sujet des liens qu'il peut y avoir entre les deux.

D'après moi, nous progressons rapidement, mais il y a encore beaucoup à faire. Nous continuons à appliquer nos plans et à transmettre les informations aux entreprises, aux ONG et aux autres partenaires afin qu'ils puissent réfléchir aux mesures qu'ils peuvent prendre pour limiter l'impact.

On peut tirer beaucoup de leçons de la crise du SRAS. La première est que la clé réside dans la communication. Il est extrêmement important de disposer de bons canaux de communication et de bons contacts. Par ailleurs, il est très important de ne pas croire que c'est le problème d'un seul secteur. En cas de pandémie grave, c'est toute la société qui sera concernée. À l'échelon municipal, on ne peut pas penser que la solution se trouve entre les mains des autorités nationales de santé publique. Elles n'ont pas les ressources nécessaires pour cela. Il faut penser au secteur bénévole et au secteur privé. Que peuvent faire les entreprises pour minimiser les contacts? Elles peuvent par exemple demander à leurs employés de rester travailler chez eux. Il faut envisager toutes sortes de mesures.

Nous faisons des consultations dans divers domaines. Parallèlement, nous nous inspirons d'autres pays. Pendant la crise du SRAS, par exemple, Singapour n'a pas attendu que les autorités de santé publique interviennent pour communiquer avec la population. Les dirigeants se sont assurés que les directeurs et chefs d'entreprise sachent prendre les mesures nécessaires dès

prevent infecting other people while waiting for the officials to get around to them.

Quite a range of things can be done, both in learning from prior experience and also as we start to engage with everyone from funeral directors to rink operators. We are not there yet. However, I think the right conversations are taking place.

**Senator Trenholme Counsell:** I think funeral directors should be at the bottom of the list, if I may say so.

What you are saying is certainly wise and comprehensive. Much of it is theoretical. Are you doing a case study in one city, whether St. John's, Newfoundland, Ottawa or Victoria, to really use that as a model? When I did some work with the emergency measures organization a long time ago there were models.

Is a case study of any city being developed? From that case study, then, is a model being developed?

**Dr. Butler-Jones:** There are many estimates of what will happen and when, and for the different scenarios there is planning around what to do. At the same time, we are working with health regions and others to share the plans that have been developed in order to facilitate other people's development of plans.

The next part is that you must test it. We have done, at least at the federal level, some paper exercises. Eighty per cent of preparing for a pandemic is like preparing for any other emergency. We are planning for a pandemic, but generically, because we never know whether it will be a natural disaster, a bioterrorism event, an epidemic or some other kind of event to which we need to respond.

An infectious epidemic is not like an earthquake which happens and then we go into emergency and recovery mode. An infectious epidemic happens, it keeps happening, it goes on for weeks or months, and then it might go away for a little while and come back. You have to think a little differently than you would for either a terrorist event or a natural disaster. Very specific elements need to be incorporated into municipal plans and hospital plans and others. However, the basic process is very similar. If we try to plan discretely for bioterrorism and epidemics, we miss it if we are not thinking about all the issues, how society will respond and what each of our roles is in addressing the issue. That is the focus we bring to it, and it will have generic benefit. The next pandemic could be one year from now or 20 years from now. No one knows. I do not think even nature knows at this point. We have to be prepared.

qu'un de leurs employés affichait les premiers symptômes d'une toux et d'une fièvre afin d'éviter qu'il infecte d'autres personnes en attendant d'être examiné par les autorités sanitaires.

Il y a beaucoup de choses qu'on peut faire, notamment tirer la leçon des expériences passées et commencer à prendre contact avec toutes sortes de gens comme les entrepreneurs de pompes funèbres et les directeurs de patinoires. Nous n'en sommes pas encore là, mais je pense que nous commençons à poser les bonnes questions.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Je crois qu'il faudrait mettre les entrepreneurs de pompes funèbres au bas de la liste.

Tout ce que vous dites est certainement avisé et complet, mais surtout théorique. Avez-vous effectué une étude de cas dans une ville en particulier, par exemple St. John's à Terre-Neuve, Ottawa ou Victoria, afin de l'appliquer comme modèle? Je me souviens que l'organisation des mesures d'urgence utilisait des modèles, lorsque j'y ai travaillé, il y a longtemps.

Avez-vous élaboré une étude de cas pour une ville quelconque et développé un modèle à partir de cette étude de cas?

**Dr Butler-Jones :** Les prévisions sont nombreuses et variées et chaque scénario donne lieu à une planification différente. En même temps, nous collaborons avec les autorités sanitaires régionales et autres afin de leur communiquer les plans que nous avons mis au point pour leur faciliter la tâche dans l'élaboration de leurs propres plans.

Le deuxième volet est la mise en application des plans. Nous avons effectué, au niveau fédéral tout au moins, des exercices sur le papier. Dans le cas d'une pandémie, la préparation correspond à 80 p. 100 à celle de toute autre situation d'urgence. Nous nous préparons à une pandémie, mais de façon générique, car nous ne savons pas si nous devons faire face à une catastrophe naturelle, à un attentat bioterroriste, à une épidémie ou à tout autre type d'accident.

Une épidémie infectieuse ne se présente pas de la même manière qu'un tremblement de terre qui provoque une situation d'urgence suivie d'une période de retour à la normale. Dans le cas d'une épidémie, il y a une phase d'éclosion qui dure plusieurs semaines ou plusieurs mois, après quoi l'épidémie s'apaise pendant quelque temps et connaît plus tard une recrudescence. La réaction doit être un peu différente de celle que l'on doit avoir en cas d'attentat terroriste ou de catastrophe naturelle. Les municipalités, les hôpitaux et autres organismes doivent intégrer des éléments extrêmement précis dans leurs plans d'intervention. Cependant, le processus de base est très semblable. En voulant établir des plans distincts pour des attentats bioterroristes et des épidémies, nous faisons erreur si nous ne pensons pas à tous les enjeux, à la façon dont la société réagira et au rôle de chacun d'entre nous pour réagir à la situation. Voilà la perspective que nous apportons à cette planification qui devra avoir un intérêt générique. La prochaine pandémie nous frappera peut-être l'an prochain ou seulement dans 20 ans. Personne ne le sait. La nature ne le sait sans doute pas elle-même. Nous devons être prêts.

**Senator Cowan:** I want to commend the government for reintroducing this bill. It was introduced, as Mr. Fletcher said, in the last Parliament by Carolyn Bennett, and it died on the Order Paper when the election was called, so this needed legislative underpinning is longer in coming than it should have been. I spoke in the House in support of this bill and I feel strongly that it is important that we proceed as quickly as possible to get this legislative underpinning in place.

My questions are for Dr. Butler-Jones. My colleagues asked questions about two years in. Your agency was established by Order-in-Council in late 2004?

**Dr. Butler-Jones:** Yes, in September.

**Senator Cowan:** We now have two years of experience, so I was interested to hear your response to their questions about the progress that is being made. You have talked about the way you have been handling the jurisdictional issues with respect to the provinces and territories and the way you have been consulting with the provinces and territories and ticking things off the list. Are there any outstanding issues that you see as deal breakers now? Are there any significant issues that you would like to tell us about that require resolution right now?

**Dr. Butler-Jones:** We are making significant progress. I have been in this business a long time, and in the last two years we have clearly made progress. My fear is that we might think we have done it. If we think we have done it by establishing an agency and do not continue to examine what we need to do, that gives me great concern. We must continue down this road with dialogue at both the provincial-territorial level and the international level.

There is tremendous interest internationally. For example, ministers of health of the G8 met for the very first time, and it was on public health issues. They had never met before.

A number of things are going on. We must continue to build and reinforce. Progress is key. We must not assume that we have done it, because we clearly are not done yet.

**Mr. Fletcher:** With regard to your initial comments, senator, you are right that the bill died in the dying days of the previous government. You may be interested to know that this bill was brought forward by the current government in its first few months in office, and I believe it was the first substantial legislation that passed through the House. That demonstrates that Canada's new government moves in a quick and expeditious manner on issues dealing with public health. It is great that you will be supporting it.

In my opening remarks I should have acknowledged the tremendous contribution that Senator Keon has made to public health in Canada. The minister and I have relied greatly on

**Le sénateur Cowan :** Je tiens à féliciter le gouvernement d'avoir déposé à nouveau ce projet de loi. Comme l'a précisé M. Fletcher, il avait été présenté au cours de la dernière législature par Carolyn Bennett, et est mort au *Feuilleton* lorsque les élections ont été déclenchées. Par conséquent, il aura fallu un peu plus de temps pour lui fournir cette assise législative. Je me suis prononcé à la Chambre en faveur de ce projet de loi et je suis convaincu qu'il est important d'œuvrer le plus rapidement possible pour adopter cette assise législative.

Mes questions s'adressent au Dr Butler-Jones. Mes collègues ont posé des questions sur les deux dernières années. Votre agence a bien été créée par décret à la fin de l'année 2004?

**Dr Butler-Jones :** Oui, en septembre.

**Le sénateur Cowan :** Nous avons maintenant deux ans d'expérience et j'aimerais entendre votre réponse aux questions concernant les progrès accomplis. Vous avez parlé de la façon dont vous avez géré les conflits avec les provinces et territoires, de vos consultations avec eux et de la liste des choses à accomplir qui diminue progressivement. Avez-vous connaissance de certaines questions en suspens qui seraient susceptibles de remettre la situation en cause? Aimeriez-vous nous parler de certaines questions importantes auxquelles il faudrait trouver une solution dès à présent?

**Dr Butler-Jones :** Nous faisons d'excellents progrès. Nous travaillons depuis longtemps et nous avons vraiment fait des progrès au cours des deux dernières années. Ce que je crains, c'est que l'on ait l'impression d'avoir réussi. Ma grande crainte est que l'on ait l'impression d'avoir accompli notre mission en créant une agence et que l'on ne continue pas à réfléchir aux autres mesures à prendre. Nous devons poursuivre dans la direction que nous avons empruntée et continuer à dialoguer au niveau provincial et territorial et à l'échelle internationale.

L'intérêt est très vif au niveau international. Par exemple, les ministres de la Santé du G8 se sont rencontrés pour la toute première fois et ont abordé les questions de santé publique. Ils ne s'étaient jamais rencontrés auparavant.

Nous avons plusieurs projets en cours. Nous devons poursuivre notre travail et consolider les acquis. La clé, c'est le progrès. Nous ne devons pas penser que nous avons accompli notre mission, car il est clair qu'elle n'est pas encore terminée.

**M. Fletcher :** Sénateur, vous aviez raison de souligner dans votre préambule que le projet de loi était mort au *Feuilleton* lors des derniers jours de l'ancien gouvernement. Permettez-moi de vous faire remarquer que le gouvernement actuel a déposé le présent projet de loi peu de temps après son entrée en fonction. Je crois que c'est le premier texte législatif d'importance à avoir été adopté par la Chambre des communes. Voilà qui démontre que le nouveau gouvernement du Canada agit sans délai dans les dossiers de santé publique. C'est formidable que vous accordiez votre appui à ce projet de loi.

Dans mes remarques préliminaires, j'aurais dû souligner la contribution extraordinaire du sénateur Keon à la santé publique au Canada. Les conseils fournis par le sénateur Keon au sujet du



Senator Keon's advice on cancer and cardiovascular disease in this bill and many others. It is an honour for me to be here in your presence, senator.

**The Chairman:** That is a great introduction for Senator Keon.

**Senator Keon:** Thank you, Steven. I'll pay you tomorrow.

I wanted to congratulate you, Dr. Butler-Jones. You have done a fantastic job in the last two years. You have got everyone onside. You have set up your network without any conflicts. You were smart enough to hire some of my former employees, so you cannot fail. Your accomplishments have been tremendous for such a herculean task.

I want to raise what I think may be the most important issue confronting Canada from the point of view of health point at this time. There is little doubt in my mind that the creation of this agency is the most important step we have taken in health in a very long time. This will have a bigger impact on health status in Canada than anything else. However, if we are going to get back to where we should be — in other words, if we are going to move our health status from 13th in the world back up to where Japan, Switzerland and Scandinavia are — we have to close the loop. I do not think we can close the loop unless we proceed on a population health basis and deal with the kind of issues Senator Cordy raised. We have to close the loop; we have to be able to take the knowledge that you will provide us in your annual reports and get back to the provinces to allow them to eliminate these pockets of disease, because that is what is making us look so bad in the international arena now.

I had the privilege of sitting on two of the three major committees post-SARS, and that reconfirmed my belief that there is a very urgent need for a population health framework so that people like you have the necessary tools to get your job done. I would like to hear your thoughts on that.

**Dr. Butler-Jones:** Thank you very much for your kind comments. The work of this committee was obviously one of the key instruments in laying out the groundwork for the agency and part of building the goodwill that has allowed us to do the work we have done.

It is too bad that Senator Cowan had to leave, because this relates partly to his question. There is much focus on the infectious disease side, but it is all connected. One lesson of SARS is that those most likely to die are those with underlying chronic disease. The ability of communities to recover and respond, or to avoid illness, is dependent on the other factors that underlie health, which is part of the public health way of thinking and the way government and societies organize.

cancer et des maladies cardiovasculaires ont été extrêmement utiles au ministre et à moi-même pour la rédaction du présent projet de loi et de beaucoup d'autres. C'est un honneur pour moi de vous côtoyer ici aujourd'hui, sénateur.

**Le président :** Voilà une magnifique présentation pour le sénateur Keon.

**Le sénateur Keon :** Merci, Steven. Je vous ferai parvenir votre chèque dès demain.

Je voulais vous féliciter, docteur Butler-Jones. Vous avez fait un travail fantastique au cours des deux dernières années. Vous avez mis tout le monde de votre côté. Vous avez créé votre réseau et vous avez su éviter les conflits. Vous avez eu l'intelligence d'embaucher certains de mes anciens employés, ce qui était une garantie de réussite. Vous vous êtes attaqué à une tâche herculéenne et vos réalisations sont extraordinaires.

J'aimerais soulever une question qui me paraît être actuellement de la plus haute importance pour le Canada sur le plan de la santé. Dans mon esprit, il est clair que la création de l'Agence est la mesure la plus importante que nous ayons prise en matière de santé depuis de nombreuses années. Cette décision aura sur l'état de santé du Canada un impact plus grand que n'importe quelle autre mesure. Toutefois, si nous voulons regagner la position que nous avions auparavant — autrement dit, si nous voulons cesser d'occuper la 13<sup>e</sup> place dans le monde sur le plan de la santé et rejoindre des pays comme le Japon, la Suisse et la Scandinavie — nous devons aller jusqu'au bout de ce que nous avons entrepris. Je ne pense pas que nous puissions le faire sans prendre en compte la santé de la population et répondre aux questions soulevées par le sénateur Cordy. Nous devons boucler la boucle; nous devons pouvoir transmettre aux provinces les connaissances que vous nous fournirez dans vos rapports annuels afin de leur permettre d'éliminer ces foyers de maladie qui nous donnent actuellement si mauvaise réputation sur la scène internationale.

J'ai eu le privilège de prendre part à deux des trois importants comités qui ont siégé après la crise du SRAS et cela m'a donné l'occasion de confirmer que nous avons urgemment besoin de mettre en place un cadre pour la santé de la population, de façon à fournir aux intervenants comme vous les outils nécessaires pour exécuter votre travail. J'aimerais entendre votre point de vue à ce sujet.

**Dr Butler-Jones :** Je vous remercie pour vos commentaires élogieux. Il est évident que les travaux de votre comité ont contribué à jeter les bases de l'Agence et à renforcer la cote d'estime qui nous a permis de progresser dans nos réalisations.

C'est dommage que le sénateur Cowan ait dû partir, étant donné que je vais en partie répondre à sa question. On met beaucoup l'accent sur les maladies infectieuses, mais tout est lié. La crise du SRAS nous a montré que les victimes les plus probables sont les personnes qui sont déjà atteintes de maladies chroniques. La capacité des collectivités à récupérer et réagir ou à éviter la maladie, dépend d'autres facteurs qui sous-tendent la santé et qui relèvent de notre vision en matière de santé publique et de la façon dont les gouvernements et les sociétés s'organisent.

Getting at the factors that underlie health, not only in terms of understanding them but also in practical ways to address them, is very timely. There is much emphasis on infectious disease. If we do not address chronic diseases, injuries and other fundamental things that underlie health, such as education and how we organize as communities, we will miss opportunities to make the health treatment system more effective and efficient.

The other thing that is timely is an understanding of what makes people healthy and what we need to do to improve that.

I think there is some complementarity between our interests and those of the Senate in looking at these issues and how we address them. I think we can focus more on that area. I would be very pleased if that were the choice of the committee.

The other area that needs to be addressed is human resources — having skilled, trained, capable people who can step into these activities. For that reason, much of our work is with the universities, provinces and others and is focused on building capacity and a trained, skilled, professional workforce in public health.

Next summer the International Union for Health Promotion and Education will meet in Vancouver. They meet every three years, I think. Again, there will be a focus on the impacts on health in the world.

The World Health Organization will present their commission. We have two Canadian representatives, Stephen Lewis and Monique Bégin. They are not appointed as our government's representatives but as Canadians who have much to offer.

We also support knowledge networks in Canada and some of the work of that commission as they grapple as a world community around these issues. It resonates when the G8 ministers meet and when others have met, in regard to getting these basics of health, because otherwise we will never be able to catch up with the treatment side of the system. Fundamentally, the value of being healthy is good for economies as well.

**The Chairman:** One issue I am sure was dealt with considerably when the predecessor bill, Bill C-75, was under consideration is the question of arm's length and whether it was enough, as compared to the model that both the previous government and this government decided is the best one, which is the legislative service agency. However, there were people on this committee and in the CMA who also thought it should be more arm's-length.

Mr. Fletcher, you commented today that an agency that is part of the federal system with a department structure reporting to the minister would provide greater influence in forming and

Le moment est venu d'examiner les facteurs qui sous-tendent la santé, afin de mieux les comprendre mais aussi de trouver des façons pratiques de les prendre en compte. On met beaucoup l'accent sur les maladies infectieuses. Pourtant, faute de nous intéresser aux maladies chroniques, aux blessures et aux autres facteurs fondamentaux qui déterminent la santé, notamment l'éducation et l'organisation de nos collectivités, nous ne parviendrons pas à rendre le système de soins de santé plus efficace et plus efficient.

Il est important de nous pencher dès maintenant sur les facteurs qui conditionnent la santé de la population et sur ce que nous devons faire pour les renforcer.

Nous devons réfléchir à ces questions et tenter d'y répondre. Je crois que nos intérêts et ceux du Sénat sont complémentaires et je pense que nous pouvons concentrer nos efforts dans ce domaine. Je serais très heureux que le comité décide d'aller dans ce sens.

L'autre secteur qui mérite notre attention est celui des ressources humaines. Nous devons disposer de personnel qualifié, formé et capable de prendre part à ces activités. C'est pourquoi nous travaillons beaucoup avec les universités, les provinces et d'autres organismes et que nous cherchons à augmenter nos ressources afin de disposer d'une main-d'œuvre formée, qualifiée et professionnelle dans le secteur de la santé publique.

L'été prochain, l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé tiendra son congrès à Vancouver. Je crois que les congrès ont lieu tous les trois ans. Cette rencontre mettra l'accent sur les répercussions de la santé dans le monde.

L'Organisation mondiale de la santé présentera sa commission. Nous avons deux représentants canadiens, Stephen Lewis et Monique Bégin. Ce ne sont pas des représentants du gouvernement, mais des Canadiens qui ont beaucoup à offrir.

Nous appuyons également les réseaux de connaissances au Canada et certains travaux de cette commission dans la perspective de la communauté mondiale. Tous ces travaux ont un écho lors des réunions des ministres du G8 et d'autres rencontres car ils nous permettent de mieux comprendre les principes de base de la santé. Sinon, il deviendra impossible pour nous de maîtriser le volet traitement du système. Fondamentalement, la bonne santé est aussi un facteur positif pour l'économie.

**Le président :** Je suis certain que la question de l'autonomie de l'Agence a fait l'objet d'une grande réflexion lors de l'examen du projet de loi précédent, le C-75. L'ancien gouvernement et le gouvernement actuel ont pensé accorder une autonomie suffisante à l'Agence en optant pour le meilleur modèle, celui d'un organisme de service créé par voie législative. Pourtant, certaines personnes de notre comité et au sein de l'AMC estimaient que l'Agence aurait dû bénéficier d'une plus grande autonomie.

Monsieur Fletcher, vous avez dit aujourd'hui qu'un organisme intégré à la structure fédérale au sein d'un ministère et faisant rapport au ministre pourrait exercer une plus grande influence

shaping public policy than would an isolated arm's-length body. I appreciate that, but I wonder whether there is a concern about politicization, about political interference, particularly with respect to the medical officer of health's ability to inform the public about issues.

**Mr. Fletcher:** I have four points to make on that subject.

First, the public health issues and threats are growing and of a complex nature. It is important that we have a Chief Public Health Officer. He or she will be integrated into the federal system as a key player in the health portfolio.

Second, the Chief Public Health Officer will also have a great influence in informing and shaping public policy development, perhaps more so than an arm's length body. As the deputy head of the agency, the Chief Public Health Officer will be accountable to the Minister of Health, which will allow the Chief Public Health Officer to work on cross-cutting issues with other federal departments and help support a more integral and coordinated approach to addressing public health issues and threats.

The third point is that the Chief Public Health Officer is currently providing leadership on pandemic preparedness with deputies of other governments in the country. You have already acknowledged the great work that Dr. Butler-Jones has done in this regard, and this work is made easier due to the Chief Public Health Officer's linkage with the federal system. It would be more difficult if the Chief Public Health Officer were independent of government.

Finally, the bill does recognize the Chief Public Health Officer's unique status within the Government of Canada as the lead public health professional as well as the deputy head of the agency. That unique dual role will allow for response to public health stakeholders and ensure that there is also ministerial accountability, while allowing the Chief Public Health Officer a degree of independence that is needed to have a credible voice in medical and public health communities within Canada and abroad.

**Dr. Butler-Jones:** I think this strikes quite a good balance. It is fairly unique in the federal government and generally unique as I look around the world in terms of the degree of independence of this position or the expectation of the ability to speak independently of the government, which is necessary to bring a public health perspective. Government may choose to accept, or not, that advice as other jurisdictions may choose.

qu'un organisme plus indépendant au moment de la formulation des politiques publiques. Je comprends votre point de vue, mais je me demande si l'on peut craindre la politisation, l'ingérence politique, en particulier en ce qui a trait à la capacité du médecin hygiéniste en chef d'informer la population au sujet de certaines questions.

**M. Fletcher :** Je vais vous répondre en quatre points.

Premièrement, les problèmes et les menaces en matière de santé publique sont de plus en plus nombreux et de plus en plus complexes. Il est important que nous puissions disposer d'un administrateur en chef de la santé publique. Cette fonction intégrée à la structure fédérale permet à son titulaire d'exercer un rôle clé dans le portefeuille de la santé.

Deuxièmement, l'administrateur en chef de la santé publique pourra également exercer une influence considérable, en prenant part à l'élaboration des politiques publiques, plus facilement peut-être qu'un organisme autonome. En tant qu'administrateur général de l'Agence, l'administrateur en chef de la santé publique devra rendre des comptes au ministre de la Santé qui l'autorisera à se pencher sur des dossiers à facettes multiples avec d'autres ministères fédéraux et permettra ainsi d'appuyer une approche plus intégrale et coordonnée face aux problèmes et menaces concernant la santé publique.

Troisièmement, l'administrateur en chef de la santé publique indique actuellement aux sous-ministres des autres gouvernements du pays la voie à suivre en matière d'intervention en cas de pandémie. Vous avez déjà souligné l'excellent travail qu'a réalisé le Dr Butler-Jones à ce chapitre. Son travail est facilité en raison du lien direct dont dispose l'administrateur en chef de la santé publique avec la structure fédérale. Les choses seraient loin d'être aussi aisées si l'administrateur en chef de la santé publique était indépendant du gouvernement.

Enfin, le projet de loi reconnaît le statut unique de l'administrateur en chef de la santé publique au sein du gouvernement du Canada en tant que premier professionnel de la santé publique et administrateur général de l'Agence. Ce rôle double est unique en son genre et permet à l'administrateur en chef de la santé publique de répondre aux intervenants de la santé publique tout en demeurant assujéti à la responsabilité ministérielle et en conservant le degré d'indépendance nécessaire pour demeurer une voix crédible dans le milieu médical et dans le secteur de la santé publique au Canada et à l'étranger.

**Dr Butler-Jones :** Je crois que c'est un bon équilibre. Ce rôle double est tout à fait unique au sein du gouvernement fédéral et unique également dans le monde par le degré d'autonomie que confère ce poste et par la capacité de son titulaire à se prononcer en toute indépendance par rapport au gouvernement, comme cela est nécessaire pour définir une perspective en matière de santé publique. Libre au gouvernement d'accepter ou non l'avis de l'administrateur. Les autres intervenants régionaux peuvent en faire de même.

Being part of government, it is important to be at the deputy table both with provinces and territories and in the federal family. If you are not at the table, it is hard to bring the perspective to the discussions. Public health is not just a system or a way of delivering services; it is a way of thinking about how to get at the underlying issues for the health of populations, which cross over a range of departments and activities as Senator Keon said earlier. There is important value also in being part of the budget process and in being a departmental agency with accountabilities, authorities, and responsibilities for policy, for budget, for other activities of government.

How many issues you take on is a judgment. I can say, having worked regionally, provincially and now federally as the chief medical officer, that there were times, though rare, that someone would try to get me to back off or change my mind. However, never in my 20-year career has a premier or minister said, "I do not care what you think; you are going to do this."

At the federal level, I have had conversations and discussions with the previous government and the present government around the political perspective, my public health perspective and policy advice. When it comes to a public health threat, I am going to say so. The government can disagree and we can have that conversation, but I believe my responsibility on that side of my job is actually facilitated by being engaged and having credibility within the federal government and with other governments as someone who does not talk off the top of his head but who understands the process that allows societies and governments to do their work.

[Translation]

**Senator Champagne:** We now have Bill C-5, respecting the establishment of the Public Health Agency of Canada and amending certain acts.

Before that, we had the Canada Health Protection Act, a proposed legislation that would have replaced the Food and Drug Act, the Hazardous Products Act, the Quarantine Act and the Radiation Emitting Devices Act. What is going to happen to all these other pieces of legislation that have yet to be proclaimed?

For example, Bill C-12 has been introduced to replace the Quarantine Act. This act was adopted and received Royal Assent, but as far as I know, it has not yet been proclaimed in force.

What is going to happen to the Quarantine Act? And have the other acts been included in this proposed legislation? How are hazardous products, radiations and other important issues going to be addressed?

Il est important pour l'administrateur de faire partie du gouvernement, car il peut ainsi rencontrer les sous-ministres des provinces et territoires et appartenir à la famille fédérale. S'il ne pouvait pas s'asseoir à la même table que ces intervenants, il lui serait difficile d'apporter sa perspective dans les débats. La santé publique, ce n'est pas un simple programme ou une structure de prestation de services; c'est une fonction qui permet de réfléchir aux facteurs qui sous-tendent la santé des populations et qui met en jeu toute une gamme de ministères et d'activités, comme l'a dit un peu plus tôt le sénateur Keon. Il est important également de pouvoir participer au processus budgétaire et d'être un organisme ministériel ayant des obligations de rendre compte, des pouvoirs et des responsabilités en matière de politique, de budget et d'autres activités du gouvernement.

La quantité de dossiers à examiner est une affaire de décision. Je peux vous dire cependant, après avoir assuré les fonctions de médecin hygiéniste en chef au niveau régional, provincial et désormais fédéral, qu'il peut arriver — rarement, cependant — que quelqu'un tente de me faire reculer ou changer d'avis. Toutefois, en 20 ans de carrière, jamais un ministre ou un premier ministre ne m'a contraint à prendre des mesures contraires à mes convictions.

À l'échelon fédéral, j'ai eu des conversations et des discussions avec le gouvernement précédent et le gouvernement actuel relativement à la perspective politique, à ma perspective en matière de santé publique et mon rôle de conseiller politique. Rien ni personne ne peut m'empêcher de constater une menace à la santé publique. Le gouvernement peut ne pas partager mon point de vue et nous pouvons en discuter, mais je pense qu'il m'est plus facile d'exercer la responsabilité qui m'incombe en vertu de cet aspect de mes fonctions par le fait que je suis engagé au sein du gouvernement et que je jouis d'une certaine crédibilité auprès de celui-ci et des autres gouvernements qui me perçoivent comme quelqu'un de sérieux qui comprend le processus auquel les sociétés et les gouvernements doivent se plier pour effectuer leur travail.

[Français]

**Le sénateur Champagne :** Nous avons, en ce moment, le projet de loi C-5 qui est la Loi concernant l'Agence de santé publique du Canada et modifiant certaines lois.

Auparavant, nous avions la Loi sur la protection de la santé au Canada, qui touchait la Loi sur les aliments et drogues, la Loi sur les produits dangereux, la Loi sur la quarantaine et la Loi sur les dispositifs émanant des radiations. Que va-t-il se produire avec toutes ces autres lois qui n'ont pas encore été promulguées?

On a, par exemple, mis sur pied le projet de loi C-12 qui remplaçait la loi sur la quarantaine. La loi a été adoptée et a reçu la sanction royale. Mais elle n'est toujours pas promulguée, que je sache.

Que se passera-t-il avec la Loi sur la quarantaine? Et est-ce que les autres lois sont incluses dans ce projet de loi? Comment cela va-t-il fonctionner? Que ce soit les produits dangereux, les radiations, ainsi de suite, tout ceci est très important.

**Dr Butler-Jones:** All these acts as well as the Quarantine Act fall within the purview of the Public Health Agency of Canada. The Agency experts are reviewing the contents of the Quarantine Act and when this process is completed, the act will be proclaimed.

[English]

**Mr. Fletcher:** The senator mentioned Bill C-12. That bill is not in force yet. The agency and the Chief Public Health Officer and the Minister of Health are already working within an emergency management framework that is outlined in Bill C-12. The agency and the Chief Public Health Officer and the minister are fulfilling their responsibilities in anticipation of public health emergencies. There has also been discussion with the Minister of Public Safety in regard to Bill C-12.

It is important to say that Bill C-5, the bill on the table today, is just a machinery bill. It is really to provide a statutory framework for Dr. Butler-Jones.

**Senator Champagne:** Once that is in place, can we return to the other ones?

**Mr. Fletcher:** Yes.

**Dr. Butler-Jones:** We are hoping the Quarantine Act will be finalized by December.

**Senator Cook:** This proposed legislation sets up the agency as an entity separate from Health Canada but part of the Health Canada portfolio. I am looking for reassurance or comfort that there will be adequate funding in the budget to do the job that Dr. Butler-Jones is to do. Will that funding be part of the Health Canada budget, or will it be separate?

**Mr. Fletcher:** First, let me assure you that the Government of Canada is certainly committed to funding the Public Health Agency of Canada. In fact, in the 2006 budget, \$1 billion over five years was committed. That is \$1 billion for pandemic preparedness. The proposed legislation is quite clear that the Chief Public Health Officer is the lead spokesperson on issues around pandemics and other things. There is flexibility within the Canada Health Act for the minister to deal with the scope of the agency. The funding is there. I can only speak for this government, but this government is completely committed to the agency and to improving and enhancing the health of Canadians. I can alleviate that fear under a Conservative government. You will have to talk to the Liberals for their guidance, but I do not think you would have anything to worry about there, either.

**Senator Cook:** Thank you for that information and for indicating the amount of money set aside for SARS.

**Dr Butler-Jones :** Toutes ces lois ainsi que la Loi sur la quarantaine tombent sous la responsabilité de l'Agence de santé publique du Canada. Les experts de l'Agence examinent le contenu de la Loi sur la quarantaine et lorsque ce processus sera terminé, il y aura promulgation.

[Traduction]

**M. Fletcher :** Le sénateur a mentionné le projet de loi C-12. Ce projet de loi n'est pas encore entré en vigueur. L'Agence, l'administrateur en chef de la santé publique et le ministre de la Santé collaborent déjà à l'intérieur du cadre de gestion des situations d'urgence tel que défini dans le projet de loi C-12. L'Agence, l'administrateur en chef de la santé publique et le ministre assument leurs responsabilités en ce qui a trait aux éventuelles situations d'urgence menaçant la santé publique. Il y a également eu des entretiens avec le ministre de la Sécurité publique au sujet du projet de loi C-12.

Il convient de souligner que le texte que nous examinons aujourd'hui est celui du projet de loi C-5. Il s'agit essentiellement d'un ensemble technique de dispositions visant à offrir un cadre législatif au Dr Butler-Jones.

**Le sénateur Champagne :** Une fois que cela sera fait, pourrions-nous retourner aux autres projets de loi?

**M. Fletcher :** Oui.

**Dr Butler-Jones :** Nous espérons terminer avec la Loi sur la quarantaine d'ici le mois de décembre.

**Le sénateur Cook :** Le projet de loi établit l'Agence comme une entité distincte de Santé Canada, mais qui fait cependant partie du portefeuille de Santé Canada. J'aimerais être assurée que le Dr Butler-Jones obtiendra le financement nécessaire pour accomplir sa tâche. Ce financement proviendra-t-il du budget de Santé Canada ou d'une source distincte?

**M. Fletcher :** Permettez-moi tout d'abord de vous assurer que le gouvernement du Canada s'est engagé à financer l'Agence de santé publique du Canada. De fait, le budget 2006 lui a réservé 1 milliard de dollars sur cinq ans. C'est donc 1 milliard de dollars pour la capacité d'intervention en cas de pandémie. Le projet de loi établit clairement que l'administrateur en chef de la santé publique est le premier professionnel de la santé en matière de pandémie et d'autres questions de santé publique. La Loi canadienne sur la santé accorde au ministre la latitude nécessaire pour décider de la portée à accorder à l'Agence. Le financement est là. Je ne puis me prononcer qu'au nom du gouvernement actuel, mais je peux vous assurer qu'il est entièrement résolu à soutenir l'Agence et à améliorer et renforcer la santé des Canadiens et Canadiennes. Je peux vous donner cette garantie au sujet du gouvernement conservateur. Il faudrait peut-être demander aux libéraux de se prononcer à ce sujet, mais je ne pense pas qu'il faille s'inquiéter de ce côté-là non plus.

**Le sénateur Cook :** Merci de nous avoir donné ces renseignements et de nous avoir précisé le montant des crédits réservés pour le SRAS.

If you look at this from a wholesome perspective, it is all about wellness, too. If we are to move to keep this country healthy, we must do more than plan for pandemics. Hopefully we never get sick, but we just might. How do we ensure that there is adequate funding for the wellness part of public health?

**Mr. Fletcher:** Let me reiterate that there is \$300 million for a chronic disease strategy. The current government committed \$260 million for the Canadian strategy for cancer control, plus in our platform we dealt with cardiovascular and mental health issues. As was mentioned earlier, the agency has four broad categories: emergency preparedness and response, infection disease prevention and control, which you have spoken about, health promotion and chronic disease prevention, and the public health tools and practices.

Certainly the foundation is there. We are just building on it. You are absolutely right: Prevention is the key. Certainly we are committed to that. You can see that with the national diabetes strategy, and the health committee is looking at obesity right now. The Minister of Health and this government are pursuing many initiatives to ensure that as much prevention as possible is being done. Perhaps Dr. Butler-Jones would like to add to that.

**Dr. Butler-Jones:** To be clear, the agency has its own budget separate from Health Canada's budget. I have my own accountabilities as deputy to the minister and to government. We do all of these things as a departmental agency separate from Health Canada. There are elements that we share and we coordinate as a portfolio, and the deputy in Health Canada has an overall coordination responsibility for the portfolio, but the accountabilities are mine and the budget is ours. It is not rolled into or part of Health Canada's budget. It is very clear in the estimates what belongs to the Public Health Agency of Canada and what does not.

**Senator Cook:** We realize that you are working with a federation, and I commend you. We welcome your role in that. Just as the provinces do an audit, is there any kind of reporting mechanism to see where we are and what is needed? I heard on the news this morning that most nurses are over 50 years old, and we have to do something about that. I am talking about an audit of human resources and infrastructure. As a Newfoundlander, I am always concerned about that one tertiary care hospital.

Tout cela s'inscrit dans une perspective générale de mieux-être. En effet, si nous souhaitons que notre population demeure en bonne santé, nous ne devons pas nous contenter d'élaborer des plans d'intervention en cas de pandémie. Dans le meilleur des cas, nous ne serons jamais malades, mais c'est une possibilité dont il faut tenir compte. Comment pouvons-nous nous assurer que l'on disposera des fonds nécessaires pour garantir cette dimension de mieux-être de la santé publique?

**M. Fletcher :** Permettez-moi de vous rappeler que 300 millions de dollars ont été réservés à la mise en place d'une stratégie en matière de maladies chroniques. Le gouvernement actuel s'est engagé à mettre de côté 260 millions de dollars pour la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, sans oublier le fait que notre plate-forme a pris en compte les maladies cardiovasculaires et la santé mentale. Comme je l'ai déjà mentionné, la mission de l'Agence comprend quatre volets : la protection civile et l'intervention en cas d'urgence; la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses dont vous avez parlé; la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques; les outils et pratiques en santé publique.

Il est certain que les fondations sont bien en place et qu'il reste maintenant à construire l'édifice. Vous avez tout à fait raison : la prévention est la clé. C'est une dimension à laquelle nous sommes certainement sensibles. La Stratégie nationale sur le diabète en est une illustration et le comité de la santé se penche actuellement sur le problème de l'obésité. Le ministre de la Santé et le gouvernement mettent en œuvre de nombreuses initiatives afin de mettre l'accent le plus possible sur la prévention. Le Dr Butler-Jones voudra peut-être ajouter quelques précisions.

**Dr Butler-Jones :** J'aimerais souligner que l'Agence dispose d'un budget distinct de celui de Santé Canada. Je suis tenu moi-même de rendre des comptes au ministre et au gouvernement. Ce sont là des responsabilités qui nous incombent en tant qu'agence ministérielle distincte de Santé Canada. Il y a des éléments communs et nous assurons une certaine coordination, puisque nous relevons du même portefeuille et que le sous-ministre de Santé Canada est chargé de la coordination globale du portefeuille, mais je suis assujéti à ma propre obligation de rendre compte et notre budget est distinct de celui de Santé Canada. Il n'est pas amalgamé à celui du ministère. Le budget des dépenses définit très clairement ce qui revient à l'Agence de santé publique du Canada.

**Le sénateur Cook :** Nous comprenons que vous exercez vos fonctions au sein d'une fédération et je vous en félicite. Votre rôle nous semble le bienvenu. En cas de vérification par les provinces, existe-t-il un mécanisme de compte rendu qui permet de savoir où nous en sommes et quels sont les besoins? Ce matin, j'entendais dire à la radio que la plupart des infirmières et infirmiers ont plus de 50 ans et qu'il faudrait faire quelque chose à ce sujet. Je pense à une vérification des ressources humaines et des infrastructures. Étant originaire de Terre-Neuve, les hôpitaux de soins tertiaires figurent toujours parmi mes préoccupations.

**Dr. Butler-Jones:** Newfoundland has made some moves recently to strengthen public health, and from talking to the deputy and others there I gather there is keen interest, as there is across the country. I am gratified by the interest.

It is not an easy challenge politically when everyone is talking about line-ups, saying “Yes, but we must do this at the same time, and it does not cost as much.” In terms of the specifics, through the network with the conference of deputies, part of our task is to look at how better to address public health human resources. Each jurisdiction looks at its own resources, but we also share information to better understand as a country how to address the issues, where the gaps are, what we can contribute to finding solutions, and what provinces and territories can do to make the best use of whatever resources are available at any given time.

**Senator Nancy Ruth:** This is a more general question about public health, partly because I am new to this committee and to the whole subject.

I remember that 15 years ago in Ontario Dr. Rosalie Bertell was trying to get communities to self-assess a baseline for their community health. I was wondering whether Canada or any provinces have a baseline against which communities can measure their water and all the other criteria that would go into making a public health statement. Is there anything against which to measure change?

**Dr. Butler-Jones:** That occurs at a number of levels. For example, the National Population Health Survey measures communities across the country. It can be a challenge for very small communities to collect that information, but health regions have it as part of their planning. Public health and, outside of Ontario, the health regions use that information as part of their planning. Often regional medical officers issue regular reports on the health status of populations, the challenges, what is being done about those challenges, the various trends, and so on, using a number of Statistics Canada population health surveys.

In addition, academics bring forward evidence of what works and does not work at the community level, what kinds of organizations seem to work better than others, and what community groups contribute.

Initially it came out in helping provinces and regions dealing with outbreaks, so we have the field epidemiology program. We send in experts to deal with local medical officers, nurses and others to manage an outbreak or better understand it. We also do training around chronic disease and investigation. We provide, for example, special expertise of the health impacts of certain things. It depends on the

**Dr Butler-Jones :** Terre-Neuve a récemment pris des mesures pour renforcer la santé publique et d’après mes conversations avec le sous-ministre et d’autres intervenants, j’ai l’impression que l’intérêt est très vif à Terre-Neuve, comme ailleurs au pays. Je prends note de cet intérêt et je m’en réjouis.

Sur le plan politique, ce n’est pas facile lorsqu’on rajoute des éléments sur la liste des choses à accomplir, sous prétexte que l’on peut faire des économies en entreprenant plus. Sur le plan technique, notre tâche consiste en partie à utiliser le Réseau et les conférences des sous-ministres pour trouver une façon d’optimiser l’utilisation des ressources humaines en santé publique. Chaque région examine ses propres ressources, mais nous échangeons également des informations afin de mieux comprendre comment aborder les questions en tant que pays, repérer les lacunes, définir ce que nous pouvons apporter à la recherche de solutions et ce que les provinces et territoires peuvent faire pour utiliser au mieux les ressources dont ils disposent à un moment donné.

**Le sénateur Nancy Ruth :** J’aimerais poser une question plus générale, tout d’abord parce que je suis nouvelle au comité et que la santé publique est également un domaine nouveau pour moi.

Je me souviens qu’il y a 15 ans, en Ontario, la Dre Rosalie Bertell avait cherché à encourager les collectivités à définir elles-mêmes un critère de référence applicable à leur santé communautaire. Je me demande si le Canada ou certaines provinces disposent d’un critère de référence permettant aux collectivités d’analyser leur eau et tous les autres facteurs qu’il faut prendre en ligne de compte dans un énoncé de santé publique. Est-ce que l’on dispose d’un critère de référence permettant de mesurer le changement?

**Dr Butler-Jones :** Il y en a à plusieurs niveaux. Par exemple, l’Enquête nationale sur la santé de la population évalue les collectivités de tout le pays. La collecte de ces données peut être difficile pour les très petites collectivités, mais les bureaux régionaux de la santé l’intègrent à leur planification. Les bureaux de santé publique et, à l’extérieur de l’Ontario, les bureaux régionaux, utilisent ces données dans le cadre de leur exercice de planification. Souvent, les médecins hygiénistes régionaux publient des rapports périodiques présentant le bilan de santé de la population, les problèmes à régler, les mesures qui sont prises à cet effet, les diverses tendances, et cetera, à partir des données fournies par l’Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada.

En outre, les chercheurs démontrent ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas au niveau communautaire, quels sont les types d’organisation qui semblent donner de meilleurs résultats que les autres et quels sont les groupes communautaires qui contribuent à améliorer la situation.

Le Programme d’épidémiologie d’intervention est la suite logique de nos interventions auprès des provinces et des régions pour les aider à lutter contre l’éclosion de certaines maladies. Nous déléguons des experts qui vont aider les conseillers médicaux locaux, les infirmiers et infirmières et les autres intervenants pour les aider à gérer l’apparition d’une maladie ou mieux la comprendre. Nous dispensons également une

jurisdiction. Some jurisdictions have more capacity than others. Our involvement depends on their capacity and needs and on their desire for assistance.

Ten or 15 years ago, very few communities actually had medical officers doing regular reports on the health status of the communities. That practice continues to improve and is becoming much more the norm now. It has not spread everywhere, but communities are asking those questions and public health is responding and engaging.

**Senator Nancy Ruth:** Is there any capacity in Canada for communities to do self-assessment to some extent? As an example, on an Indian reserve in Serpent River, Ontario, many adults and children were getting sick. The community hired someone to test the water and look at other indicators, and it turned out that there were copper tailings in the water coming downriver from a mine quite far away.

Are there any grassroots movements for communities to keep on top of such situations and then feed that information to your medical officers?

**Dr. Butler-Jones:** A lot depends on the interest of the community and the issues they face. Part of the challenge is the idea that umbrellas cause rain. There are more umbrellas on a rainy day. The association does not mean causation. Increasingly, we have trained epidemiologists and others who can work with communities to assess evidence, what it means and what the possible associations are. That is part of the human resource capacity. Hopefully in the future every community will have access to expertise that would sort through the data and the ideas.

Generally, if a community has an interest they talk to public health and others, and then they develop a way to look at the issue, respond to it and try to figure out whether or not it is meaningful and what evidence is needed, and then they move forward from that.

It is a tremendous challenge for communities to pinpoint the direct cause of a problem, because there so many factors within households and families and with people moving that influence health. Communities have to try to minimize the potential causes.

**Senator Fairbairn:** Mr. Fletcher, welcome to the committee; it is good to have you here. I note that the word "communication" is used several times in your speaking notes as a key part of the whole issue of public health and getting the message out.

formation au sujet des maladies chroniques et des méthodes d'enquête. Par exemple, nous mettons à leur disposition nos compétences spéciales sur les effets sanitaires de certains facteurs. Tout dépend de la région, car certaines régions ont plus de ressources que d'autres. Notre participation varie en fonction de leur capacité d'intervention, de leurs besoins et de leur volonté de solliciter de l'aide.

Il y a 10 ou 15 ans, les collectivités étaient très peu nombreuses à demander aux médecins hygiénistes d'effectuer régulièrement des bilans sur l'état de santé de leur population. Désormais, cette pratique est de plus en plus courante et tend à devenir la norme. Elle n'est pas généralisée, mais les collectivités posent ce genre de questions et l'Agence de santé publique répond et intervient.

**Le sénateur Nancy Ruth :** Dans quelle mesure les collectivités canadiennes peuvent-elles effectuer leur propre évaluation? Par exemple, on avait constaté que beaucoup d'adultes et d'enfants tombaient malades dans la réserve indienne de Serpent River, en Ontario. La collectivité a engagé quelqu'un pour analyser l'eau et examiner d'autres indicateurs et il s'est avéré que l'eau contenait des résidus de cuivre provenant d'une mine située assez loin en amont.

Est-ce qu'il existe des organismes locaux dans les collectivités pour faire le point sur de telles situations et transmettre ensuite les renseignements à vos conseillers médicaux?

**Dr Butler-Jones :** Cela dépend beaucoup de l'intérêt de la collectivité et des problèmes auxquels elle est confrontée. Une partie de la difficulté tient au fait qu'il faut renverser certaines perceptions. Par exemple, on pourrait penser que ce sont les parapluies qui causent la pluie, puisqu'il y en a plus quand il pleut. Or, il s'agit d'une simple association et non pas d'un lien de cause à effet. De plus en plus, nous faisons appel à des épidémiologistes et d'autres intervenants spécialisés qui peuvent collaborer avec les collectivités pour évaluer les observations et définir ce qu'elles signifient et quelles sont les associations possibles. Ces spécialistes font partie des ressources humaines que nous mettons à la disposition des collectivités. Nous espérons qu'à l'avenir toutes les collectivités auront accès à ces compétences techniques pour analyser les données et les observations.

De manière générale, les collectivités intéressées s'adressent aux représentants de la santé publique ou à d'autres intervenants, puis elles élaborent un protocole d'observation du problème afin d'intervenir et de décider de sa gravité et des preuves à accumuler. Ce bilan leur permet ensuite de prendre des mesures.

C'est extrêmement difficile pour les collectivités de cerner la cause directe d'un problème, étant donné que tant de facteurs influent sur la santé dans les foyers, les familles et chez les gens de passage. Les collectivités doivent tenter de minimiser les causes potentielles.

**Le sénateur Fairbairn :** Monsieur Fletcher, je vous souhaite la bienvenue au comité; c'est un plaisir de vous compter parmi nous. Je remarque que le mot « communication » revient à plusieurs reprises dans vos notes d'allocation, comme s'il s'agissait d'un élément essentiel de la santé publique ainsi que pour la diffusion du message.



This question is for both of you: In the work that you have been doing on the ground to find the right way to get your messages out, have you encountered or have you prepared to deal with adults in this country who have a great deal of difficulty in reading and writing? They are a large group in Canada.

**Mr. Fletcher:** You are correct; communication is absolutely critical. That is one reason why we have a Chief Public Health Officer: to be able to communicate the science to the public. As political people, many of you know that health ministers come from all sorts of different backgrounds — political backgrounds and not medical backgrounds. That is why it is important to have someone with Dr. Butler-Jones's credentials to be able to communicate in an authoritative way to Canadians.

Obviously there is a strong expectation that the communication will happen in both official languages, and thoroughly. Your point about communicating with adults who cannot read or write is important. In the childhood obesity study, we are looking at how to communicate verbally as well as other issues. If you have a quick solution we would be interested in that at the health committee.

I know that Dr. Butler-Jones and the Minister of Health have communication plans and have prepared emergency responses in each region of the country and the country as a whole.

**Dr. Butler-Jones:** It is a tremendous challenge. We recognize that many people are not able to read labels, for example.

**Senator Fairbairn:** That is right.

**Dr. Butler-Jones:** That is a very practical issue. Much work done has been done in the Public Health Association to develop ways to make information clearer and more understandable for those who are not literate. We are careful in how we communicate. I will not say we always do it well, but it is fundamental. For example, during interactions between a physician, nurse or therapist and a patient, people's comprehension is an important issue. There is still much work to do but we are conscious of this area and focused on it in training.

In emergency situations, there is the important issue of multiple approaches and levels. Not everyone reads papers or listens to the CBC. We have to get messages out in a way that is clear, practical and understandable. We are very conscious of that. There are also the issues of local public health, provinces, and multiple language issues, beyond French and English and different Aboriginal languages.

There are a number of approaches to communication. We can do still better, though we have improved considerably in the past 10 or 20 years.

Ma question s'adresse à vous deux : dans les efforts que vous déployez afin de trouver le bon moyen de transmettre vos messages, êtes-vous prêts à travailler avec des adultes qui ont beaucoup de difficulté à lire et à écrire ou en avez-vous rencontré? Il y en a beaucoup au Canada.

**M. Fletcher :** Vous avez tout à fait raison. La communication est une dimension extrêmement importante. C'est une des raisons qui nous a amenés à créer la fonction d'administrateur en chef de la santé publique : il a pour tâche de communiquer des données scientifiques au public. Vous êtes des politiciens et vous savez sans aucun doute que les ministres de la Santé viennent d'horizons très différents — ils ont une expérience politique, mais pas d'expérience médicale. C'est pourquoi il est important qu'une personne qualifiée comme le Dr Butler-Jones puisse transmettre à la population canadienne des renseignements qui font autorité.

Par ailleurs, on s'attend évidemment à ce que l'information soit complète et présentée dans les deux langues officielles. Votre remarque au sujet de la communication avec les adultes qui ne savent ni lire ni écrire est pertinente. Dans le cadre de notre étude sur l'obésité chez les enfants, un de nos défis est de pouvoir communiquer verbalement. S'il y a une méthode rapide et facile pour le faire, le comité de la santé serait intéressé à la connaître.

Je sais que le Dr Butler-Jones et le ministre de la Santé ont des plans de communication et qu'ils ont préparé des plans d'intervention d'urgence pour chaque région du pays et pour le pays dans son ensemble.

**Dr Butler-Jones :** Le défi est énorme. Nous savons par exemple que beaucoup de gens sont incapables de lire les étiquettes.

**Le sénateur Fairbairn :** C'est vrai.

**Dr Butler-Jones :** C'est une question très pratique. L'Association canadienne de santé publique a beaucoup travaillé pour pouvoir présenter aux personnes illettrées des informations plus claires et plus faciles à comprendre. Nous faisons vraiment attention à la façon dont nous communiquons. Je ne dis pas que nous sommes toujours parfaits, mais nous savons que c'est un élément fondamental. Par exemple, la compréhension est cruciale dans les interactions entre un médecin, une infirmière ou un thérapeute et un patient. Il y a encore beaucoup à faire, mais nous sommes conscients de l'importance de cet aspect et nous insistons là-dessus dans notre formation.

Dans les situations d'urgence, il est important d'avoir recours à des approches multiples et d'intervenir à différents niveaux. Ce n'est pas tout le monde qui lit les journaux ou écoute Radio-Canada. Nous devons communiquer de manière claire, pratique et compréhensible. Nous en avons bien conscience. Il faut également tenir compte de la santé publique locale, des provinces et des innombrables problèmes linguistiques, au-delà du français, de l'anglais et des différentes langues autochtones.

Il y a de nombreuses approches à la communication. Nous pouvons encore nous améliorer, même si nous avons fait des progrès considérables au cours des 10 ou 20 dernières années.

**Senator Fairbairn:** You mentioned the issue of people having the ability to read bottles of medication they may have, which is another area that is difficult and involves our seniors.

**Dr. Butler-Jones:** Yes. I wish to talk about injury and seniors and simple things. As our functions and balance decline, the things that we grew up with, throw rugs and so on, pose a threat. There are simple things we can do to organize our medicine cabinets and our homes to dramatically reduce the risk of injury and hip fractures. Many innovative programs at the community level address those issues. Those are upstream actions that can have tremendous impact downstream and can free the orthopaedic surgeons to deal with other problems.

**Senator Cordy:** Mr. Fletcher, it is your first time before our committee. May I beg forgiveness of the chair to ask a question that is unrelated to the health agency?

**The Chairman:** I rather you had not asked me. Go ahead. I will listen to your question.

**Senator Cordy:** As you know, our committee did the report *Out of the Shadows at Last*. Our recommendation was for a Canadian mental health commission. Can you update us about when that commission will be established?

**Mr. Fletcher:** Yes. First, as a preamble, when I was health critic in the previous session for the Conservative Party, I had the pleasure of introducing a motion that dealt with mental health and mental illness. I believe that was the first time there was a substantive debate on the issue. The Conservative Party is aware of the issue and the stigma attached to it. That is also why we had our famous five priorities, one of which was a wait-time guarantee. The second priority in our platform was dealing with the issue of mental health and mental illness. The report has come out, as you have mentioned, and the government is looking at it very seriously.

I met with the Canadian Mental Health Association just this morning. We had a great discussion. They are meeting with the Minister of Finance right now, probably. We are listening to the mental health community and to Canadians, and we are reviewing the report. We will take the appropriate action when the time comes.

**Senator Cordy:** When would that be?

**Mr. Fletcher:** That will be after the consultations have taken place.

**Le sénateur Fairbairn :** Vous avez parlé de la difficulté de certaines personnes à lire les étiquettes des boîtes de médicament. Voilà autre chose qui pose aussi problème, surtout pour les personnes âgées.

**Dr Butler-Jones :** En effet. J'aimerais vous parler aussi des accidents dont sont victimes les personnes âgées et des mesures toutes simples pour les prévenir. Quand on est moins alerte et qu'on a moins d'équilibre, certains détails comme les tapis auxquels on a toujours été habitué, constituent soudain une menace. On peut réduire considérablement les risques de blessures et de fractures de la hanche par des mesures toutes simples consistant par exemple à réorganiser nos armoires à pharmacie et nos lieux de vie. De nombreux programmes novateurs sont proposés au niveau communautaire pour remédier à ces problèmes. Voilà des mesures en amont qui peuvent avoir un effet extraordinaire en aval, donnant ainsi aux chirurgiens orthopédistes plus de temps pour s'attaquer à d'autres problèmes.

**Le sénateur Cordy :** Monsieur Fletcher, c'est la première fois que vous comparez devant notre comité. Monsieur le président, je sollicite votre indulgence afin que vous m'autorisiez à poser une question qui ne se rapporte pas à l'Agence de santé publique.

**Le président :** J'aurais préféré que vous ne me demandiez pas l'autorisation. Allez-y, j'écoute votre question.

**Le sénateur Cordy :** Comme vous le savez, notre comité a présenté le rapport *Enfin sortis de l'ombre*. Nous avons recommandé la création d'une commission canadienne de la santé mentale. Pouvez-vous nous dire quand la commission sera-t-elle créée?

**M. Fletcher :** Certainement. Mais tout d'abord, j'aimerais vous dire que lorsque j'étais porte-parole du Parti conservateur en matière de santé, au cours de la législature précédente, j'ai eu le plaisir de présenter une motion concernant la santé mentale. Je crois que c'est la première fois qu'une discussion de fond a été consacrée à cette question. Le Parti conservateur connaît bien la question de la maladie mentale et les stigmates qui lui sont associés. C'est pourquoi également nous avons proposé nos cinq fameuses priorités, une d'entre elles étant une garantie concernant la période d'attente. La deuxième priorité de notre plate-forme portait sur la question de la santé et de la maladie mentale. Le rapport a été déposé, comme vous l'avez mentionné, et le gouvernement l'examine très attentivement.

Ce matin même, j'ai rencontré des représentants de l'Association canadienne pour la santé mentale avec qui nous avons eu une grande discussion. Ils rencontrent probablement en ce moment le ministre des Finances. Nous sommes à l'écoute des milieux de santé mentale et de la population canadienne et nous examinons le rapport. Le moment venu, nous prendrons les mesures appropriées.

**Le sénateur Cordy :** À quel moment?

**M. Fletcher :** Ce sera après les consultations.

**The Chairman:** You are right. It is not in order with Bill C-5, but we are delighted to hear the answer, and we know the parliamentary secretary will be a great champion of this report as the government discussions continue about its implementation.

Thank you Mr. Fletcher, Dr. Butler-Jones and Ms. Allain for coming here today. Ms. Allain did not get too involved, but was there as general counsel to rein the others if needed.

We have a request from two organizations, both of which are Aboriginal organizations, the Assembly of First Nations and the Inuit Tapirisat of Canada. They have asked to speak on Bill C-5, and I have scheduled them for Thursday morning. I would anticipate, depending on the issues they raise and the staff responses we have here at that time, that we might proceed then to the clause-by-clause study and the report out to the Senate on Bill C-5.

The committee adjourned.

**Le président :** Vous avez raison. Cela ne relève pas du projet de loi C-5, mais nous sommes ravis d'avoir entendu votre réponse et nous savons que le secrétaire parlementaire se fera le champion de ce rapport lorsque le gouvernement poursuivra les discussions préalables à la création de la commission.

Merci monsieur Fletcher, docteur Butler-Jones et maître Allain d'être venus aujourd'hui. Mme Allain n'a pas beaucoup participé, mais elle était là à titre d'avocate générale pour soutenir les autres au besoin.

Nous avons reçu des demandes de la part de deux organismes, tous deux autochtones, l'Assemblée des Premières nations et l'Inuit Tapirisat du Canada. Les deux organismes ont demandé à intervenir au sujet du projet de loi C-5 et je les ai convoqués à notre séance de jeudi matin. Selon les questions qui seront soulevées et le débat qu'elles entraîneront, je suppose que nous pourrons ensuite commencer l'examen article par article du projet de loi C-5 et la rédaction du rapport au Sénat.

La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*

Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

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

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

---

APPEARING

Steven Fletcher, M.P., Parliamentary Secretary to the Minister  
of Health

WITNESSES

*Public Health Agency of Canada:*

Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer;

Jane Allain, General Counsel, Legal Services.

COMPARAÎT

Steven Fletcher, député, secrétaire parlementaire du ministre  
de la Santé

TÉMOINS

*Agence de santé publique du Canada :*

Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique  
du Canada;

Jane Allain, avocate générale, Services juridiques.