



La réponse du Canada à la Pandémie de grippe H1N1 de 2009

L'honorable Art Eggleton, C.P.
Président

L'honorable Kelvin K.Ogilvie
Vice-président

**Comité sénatorial permanent des
affaires sociales, des sciences et
de la technologie**

Décembre 2010

Pour plus d'information, prière de communiquer avec nous
par courriel : soc-aff-soc@sen.parl.gc.ca
par téléphone : (613) 990-0088
sans frais : 1 800 267-7362
par la poste : Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie
Sénat, Ottawa (Ontario), Canada, K1A 0A4
Le rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante :
www.senate-senat.ca/social-f.asp

This report is also available in English

TABLE DES MATIÈRES

LE COMITÉ	iv
ORDRE DE RENVOI.....	v
GLOSSAIRE.....	vi
SOMMAIRE EXÉCUTIF.....	viii
1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE	1
1. Retour sur les précédentes pandémies de grippe	1
a. La grippe espagnole : 1918 – 1919	2
b. La grippe asiatique : 1957 – 1958.....	2
c. La grippe de Hong-Kong : 1968 – 1969	2
2. Préparation et interventions internationales en cas de pandémie.....	3
a. Règlement sanitaire international de l'OMS.....	3
b. Préparation et interventions de l'OMS en cas de grippe pandémique	4
c. Plan nord-américain de lutte contre les pandémies.....	7
d. Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé ...	7
3. Les rôles des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière de santé publique.....	11
a. Répartition des compétences en matière de santé publique.....	13
b. Origines constitutionnelles de la compétence des provinces en santé publique.....	14
c. Origines constitutionnelles de la compétence du gouvernement fédéral en santé publique.....	14
d. Limites des pouvoirs fédéraux et provinciaux dans le domaine de la santé publique :	17
4. Organisation et prestation des services de santé publique au Canada	17
a. Santé publique fédérale.....	18
b. Santé publique provinciale/territoriale.....	22
c. Santé publique municipale/régionale	22
5. La pandémie de grippe H1N1 de 2009	23
3. CONSTATATIONS DU COMITÉ	25
1. Rôles et responsabilités des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière de santé publique.....	25
2. Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé	27
3. Messages et communications.....	30

b.	Santé publique provinciale/territoriale.....	22
c.	Santé publique municipale/régionale.....	22
5.	La pandémie de grippe H1N1 de 2009	23
3.	CONSTATATIONS DU COMITÉ	25
1.	Rôles et responsabilités des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière de santé publique	25
2.	Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé.....	27
3.	Messages et communications.....	30
4.	Vaccins et antiviraux.....	33
a.	Vaccins.....	33
i.	Contrat FPT.....	33
ii.	Réglementation de l'approbation	34
iii.	Conditionnement.....	35
iv.	Distribution, programmes et couverture.....	35
v.	Établissement des priorités.....	37
b.	Antiviraux	38
5.	Collecte, surveillance et analyse des données.....	38
6.	Capacité de prestation des services de santé publique	41
7.	Collaboration et consultation	42
8.	Collectivités autochtones	44
9.	Recherche.....	46
4.	RECOMMANDATIONS	49
1.	Rôles et responsabilités des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière de santé publique	49
2.	Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé.....	49
3.	Messages et communications.....	50
4.	Vaccins et antiviraux.....	52
5.	Collecte, surveillance et analyse de données	54
6.	Capacité de prestation de services de santé publique.....	54
7.	Collaboration et consultation	55
8.	Collectivités autochtones	56
9.	Recherche.....	57
5.	CONCLUSION.....	59
	ANNEXE A	61

LE COMITÉ

Les honorables sénateurs ayant participé à cette étude :

L'honorable Art Eggleton, C.P., président

L'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie, vice-président

et

Les honorables sénateurs :

David Braley ;

Catherine S. Callbeck ;

Andrée Champagne, C.P. ;

Jane Cordy ;

Jacques Demers ;

Lillian Eva Dyck ;

Nicole Eaton ;

Yonah Martin ;

Pana Merchant;

Judith Seidman

Membres d'office du comité :

Les honorables sénateurs Marjory LeBreton, C.P. (ou Gerald Comeau James Cowan (ou Claudette Tardif)

Autres sénateurs ayant participé de temps en temps à cette étude :

Les honorables sénateurs Dickson, Fairbairn, Kochhar, Lang, Marshall, Poirier et Wallace.

MEMBRES DU PERSONNEL

Odette Madore, Chef, Section des affaires sociales, culturelles et santé, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement

Sonya Norris, Analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement

Molly Shinhat, agente de communications, direction des communications

Diane McMartin, adjointe administrative, et

Jessica Richardson, greffière du comité

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du lundi 28 juin 2010 :

L'honorable sénateur Ogilvie propose, appuyé par l'honorable sénateur Eggleton, C.P.,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, afin d'en faire rapport, l'état de préparation du Canada en cas de pandémie;

Qu'en particulier le Comité soit autorisé à examiner les questions relatives aux mesures prises par le Canada dans le passé en vue de se préparer en cas de pandémie, les leçons apprises à la suite du virus de pandémie (H1N1) en 2009, le rôle de tous les ordres de gouvernement en ce qui concerne l'état de préparation en cas de pandémie, ainsi que l'état de préparation du Canada en cas de pandémie pour l'avenir;

Que l'étude du Comité porte sur les processus et les questions éthiques ayant trait à l'état de préparation en cas de pandémie;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 31 octobre 2010 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour faire connaître ses conclusions jusqu'au 31 janvier 2011.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 28 septembre 2010 :

L'honorable sénateur Eggleton, C.P. propose, appuyé par l'honorable sénateur Smith, C.P.,

Que par dérogation à l'ordre adopté par le Sénat le 28 juin 2010, la date pour la présentation du rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sur l'état de préparation du Canada en cas de pandémie soit reportée du 31 octobre 2010 au 31 décembre 2010 et que la date jusqu'à laquelle le comité conserve les pouvoirs pour faire connaître ses conclusions soit reportée du 31 janvier 2011 au 31 mars 2011.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Gary W. O'Brien

GLOSSAIRE

ACIA – Agence canadienne d’inspection des aliments

ACSP – Administrateur en chef de la santé publique du Canada

ASPC – Agence de la santé publique du Canada

CCP – Comité de coordination en cas de pandémie

CCS – Comité consultatif spécial FPT sur le virus de la grippe H1N1

CIMRI – Centre de l’immunisation et des maladies respiratoires infectieuses (ASPC)

CMIU – Centre de mesures et d’interventions d’urgence

COU – Centre des opérations d’urgence

CPI – Comité sur la pandémie de l’influenza

DGMIMU – Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d’urgence (ASPC)

DGSPNI – Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (Santé Canada)

DGSPSP – Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (Santé Canada)

FPT – Fédéral/Provincial/Territorial

GSK – GlaxoSmithKline

IRSC – Instituts de recherche en santé du Canada

LNM – Laboratoire national de microbiologie

MHC – Médecin-hygiéniste en chef

OMS – Organisation mondiale de la santé

PSP – Partenariat pour la sécurité et la prospérité

RLSPC – Réseau des laboratoires de santé publique du Canada

RNS – Réserve nationale de secours

RPSP – Réseau pancanadien de santé publique

RSI – *Règlement sanitaire international*

SRAS – Syndrome respiratoire aigu sévère

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Le 15 juin 2010, l'honorable Leona Aglukkaq, ministre de la Santé, a demandé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie d'entreprendre une étude sur l'intervention du Canada pendant la pandémie de grippe H1N1 de 2009. Le Comité a entendu les témoignages de représentants du gouvernement fédéral, de plusieurs gouvernements provinciaux et territoriaux, de professionnels de la santé, des Premières nations et des Inuits, ainsi que de la communauté scientifique lorsqu'il s'est penché sur le rôle du gouvernement fédéral dans l'intervention en cas de pandémie. Il a également entendu les témoignages de premiers intervenants et d'intervenants de première ligne qu'il souhaiterait remercier pour les efforts qu'ils ont déployés et le dévouement dont ils ont fait preuve en contribuant à la préparation des collectivités. Le présent document, qui renferme les constatations du comité ainsi que 17 recommandations, a pour objet de contribuer à « tirer les leçons » de la pandémie du H1N1 au Canada.

Le comité constate que, de façon générale, la planification, qui avait débuté il y a de nombreuses années et s'était accélérée au cours des dernières années, s'est révélée un succès. Grâce à ces années de préparation, l'intervention du Canada a réussi à minimiser les répercussions de la pandémie de grippe H1N1. Cependant, le comité souhaiterait souligner l'importance de la préparation à la pandémie et le besoin de mettre l'accent sur la planification de l'intervention en cas de pandémie. C'est pourquoi il recommande au gouvernement de renouveler le financement de la préparation à la pandémie dans le budget fédéral 2011.

Par ailleurs, plusieurs thèmes se sont dégagés au regard des domaines dans lesquels des améliorations pourraient être apportées. Ces thèmes sont les suivants :

- les rôles des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière de santé publique;
- le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé;
- les messages et la communication;
- les vaccins et les antiviraux;
- la collecte, la surveillance et l'analyse des données;
- la capacité de prestation des services de santé publique;
- la collaboration et la consultation;
- les collectivités autochtones;
- la recherche.

Pour ce qui est du rôle des divers ordres de gouvernement, le comité recommande un recours accru à des protocoles d'entente fédéraux/provinciaux/territoriaux afin de favoriser l'uniformisation des mesures d'intervention des différents gouvernements en cas de pandémie. Quant au Plan canadien de lutte contre l'influenza, le comité juge que ses prochaines révisions devraient être soumises à des essais réguliers et rigoureux.

Le comité a entendu de très nombreux témoignages portant sur les problèmes et les enjeux relatifs à la communication et aux messages. Le comité demande donc à ce que l'annexe du Plan canadien de lutte contre l'influenza relative aux communications soit mise à jour afin de clarifier les rôles et les responsabilités des différents ordres de gouvernement. Il recommande aussi que l'Agence de la santé publique du Canada entreprenne une vaste consultation sur les meilleurs moyens de communiquer en temps réel les décisions prises en matière de politiques et d'harmoniser les messages diffusés. Le comité recommande également de recourir aux médias sociaux et de consulter les professionnels de la santé dans le cadre de l'examen que l'Agence de la santé publique du Canada doit entreprendre de ses politiques de communication. Le Comité recommande enfin à l'Agence de la santé publique du Canada de lancer, en recourant notamment aux médias sociaux, une campagne de sensibilisation à différents aspects de la santé publique, tels que l'innocuité et l'efficacité des vaccins.

Le vaccin contre la pandémie a également suscité de nombreux commentaires inquiets. En réponse à ces derniers, le comité juge que le prochain contrat fédéral/provincial/territorial de 10 ans qui doit être établi en 2011 doit inclure un fournisseur de réserve et que le gouvernement doit prendre les mesures nécessaires pour garantir que ce dernier permette au Canada de renforcer sa capacité à disposer d'une source sûre et suffisante de vaccins en cas de pandémie. De plus, le comité s'est vu dire que le conditionnement¹ choisi pour le vaccin, à savoir le nombre de doses par fiole et le nombre de fioles par boîte, devrait être mieux adapté à l'utilisateur final. C'est pourquoi le comité recommande que le fabricant consulte l'Agence de la santé publique du Canada avant toute décision à ce sujet. Le comité s'inquiète également que l'on n'ait pas pris la pleine mesure de la complexité de la mise en œuvre de programmes d'immunisation permettant la vaccination de tous les Canadiens voulant se faire vacciner. C'est pourquoi il recommande que les programmes de vaccination de masse fassent l'objet d'examens et d'essais approfondis.

Le comité souhaiterait, en matière de collecte, de surveillance et d'analyse des données, un plus grand usage des ressources électroniques. Il recommande donc la mise en place d'applications électroniques de surveillance de la santé publique, ainsi que de systèmes de dossiers de santé électroniques. En matière de prestation des services de santé publique, le comité demande à l'Agence de la santé publique du Canada d'assurer, dans l'ensemble du Canada, un suivi des champs de compétences des pharmaciens et du personnel paramédical afin que l'on puisse, là où cela est possible, faire appel à ces précieuses ressources en cas d'urgence en santé publique. Le comité souhaiterait enfin que l'Agence de la santé publique du Canada encourage les provinces et les territoires à établir des liens plus étroits entre leurs systèmes respectifs de soins de santé de courte durée, primaires, cliniques et publics, car il estime que ces mesures contribueront à accroître la capacité d'appoint des hôpitaux.

Le comité recommande, en matière de collaboration et de consultation, une plus grande inclusion des professionnels de la santé. Il recommande également à l'Agence de la santé publique

¹ Le terme 'conditionnement' veut dire emballage, mais il est spécifique aux médicaments.

du Canada de conclure des ententes de collaboration officielles avec les organismes de santé publique provinciaux afin de tirer le meilleur parti possible de leurs ressources et de leurs compétences respectives.

Le comité souhaite également formuler certaines recommandations relatives aux collectivités autochtones. Le comité se félicite des efforts déployés pour garantir que les collectivités éloignées et les Premières nations vivant dans les réserves reçoivent les moyens d'intervention, tels que les antiviraux et les vaccins, nécessaires, mais il s'inquiète de l'état général de l'infrastructure de santé publique. Le comité recommande donc à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada et les Affaires indiennes et du Nord Canada, d'identifier les collectivités où des conditions d'insalubrité, telles que des difficultés d'accès à de l'eau propre ou le surpeuplement, font que les résidents sont plus vulnérables aux maladies transmissibles et de remédier à ces problèmes de santé publique. Le comité recommande également l'amélioration du système de collecte, de surveillance et d'analyse des données relatives à ces collectivités autochtones. Le comité recommande enfin que le gouvernement fédéral entame des discussions avec les représentants des organisations et des collectivités des Premières nations et des Inuits dans le but de clarifier son rôle en cas d'urgence de santé publique.

Le dernier domaine au regard duquel des inquiétudes ont été exprimées dans le cadre de l'étude du comité est celui de la recherche. Le comité recommande donc que la recherche soit incluse dans les priorités permanentes de la préparation à une pandémie. Il recommande également, par conséquent, que l'infrastructure de recherche sur la grippe soit maintenue et que le gouvernement fédéral lui alloue un financement spécifique durable.

Le comité félicite l'Agence de la santé publique du Canada pour son rôle sur la scène internationale et reconnaît le rôle de chef de file qu'a joué le Canada en collaborant avec différents gouvernements, de même qu'en fournissant aide et expertise aux pays qui disposaient de ressources moins importantes. Le présent rapport porte sur les principaux points ayant suscité des inquiétudes et renferme des recommandations visant à renforcer le plan de préparation du Canada en cas de nouvelle pandémie

1. INTRODUCTION

Le 15 juin 2010, l'honorable Leona Aglukkaq, ministre de la Santé, a demandé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie d'entreprendre une étude sur l'intervention du Canada pendant la pandémie de grippe H1N1 de 2009. Le Comité a accepté et a, du 29 septembre au 29 octobre 2010, examiné la question afin de tirer les leçons de cette crise de santé publique en vue d'améliorer l'état de préparation du Canada en cas de nouvelle pandémie. Le Comité a entendu, au cours de neuf réunions et d'une table ronde, les témoignages de représentants du gouvernement fédéral, de plusieurs gouvernements provinciaux et territoriaux, des professionnels de la santé, des Premières nations et des Inuits, des premiers intervenants et des intervenants de première ligne, ainsi que de la communauté scientifique. Le Comité a enfin consulté les représentants d'autres pays, ainsi que des bioéthiciens et des experts en droit de la santé.

2. CONTEXTE

1. Retour sur les précédentes pandémies de grippe

La grippe est une maladie respiratoire causée par un virus qui peut être de type A, B ou C. Les virus de type A, qui peuvent infecter les humains comme les animaux, sont ceux qui présentent le plus de risques de pandémie. Les virus de type B, qui n'infectent que les humains, n'ont jamais été associés à une pandémie. Les virus de type C, qui peuvent infecter les humains comme les animaux, sont à l'origine de gripes bénignes qui n'ont jamais été associées à des pandémies.

La grippe est une infection virale qui touche principalement le nez, la gorge, les bronches et, éventuellement, les poumons. L'infection se caractérise par l'apparition brutale d'une forte fièvre, des myalgies, des céphalées, un mauvais état général, une toux sèche, une gorge irritée et une rhinite². Les symptômes de la grippe sont similaires à ceux d'un simple rhume, mais l'apparition du rhume est progressive, sur plusieurs jours, et rarement associée à de la fatigue, à de la fièvre et à des frissons.

Comme pour toute autre maladie transmissible, la grippe peut connaître des éclosions régionales, nationales ou internationales. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère qu'une éclosion de maladie devient une épidémie lorsque le nombre de personnes ayant contracté la maladie est plus élevé que la normale dans une région géographique donnée, tandis qu'une pandémie est une épidémie à l'échelle mondiale. Une pandémie de grippe peut se déclencher lorsqu'un nouveau virus apparaît au sein d'une population humaine qui n'est pas immunisée

² OMS, « Grippe », <http://www.who.int/topics/influenza/fr/index.html>, consulté le 1^{er} novembre 2010.

contre ce dernier. Elle peut être grave ou bénigne en termes de cas ou de décès, et la gravité de la pandémie peut évoluer avec le temps³.

Les pandémies de grippe du siècle dernier, dont l'étendue et la gravité ont varié, sont résumées ci-dessous :

a. La grippe espagnole : 1918 – 1919

La grippe espagnole de 1918 a été causée par une souche de virus H1N1. La pandémie fut relativement grave puisqu'on estime qu'elle a, en trois vagues, infecté un tiers de la population mondiale (soit environ 500 millions de personnes) et a causé de 50 à 100 millions de morts⁴. L'important écart dans les estimations est en partie dû aux infections bactériennes secondaires qui semblent être fréquentes chez les personnes ayant contracté cette souche de virus de la grippe⁵.

b. La grippe asiatique : 1957 – 1958

En février 1957, des scientifiques de Melbourne, Londres et Washington (D.C.) ont été alertés d'une éclosion de grippe à Hong Kong où 250 000 personnes avaient été infectées en un très court laps de temps. En mai de la même année, le virus s'était répandu dans le monde entier. La pandémie de 1957 fut la première dont des techniques de laboratoire analytiques ont permis de comprendre l'éclosion et la progression. Le virus de la grippe H2N2 responsable de cette pandémie a remplacé le virus H1N1 qui circulait dans la population mondiale depuis la grippe espagnole, puis a été à son tour remplacé par le virus de la grippe de Hong-Kong décrit ci-dessous⁶.

c. La grippe de Hong-Kong : 1968 – 1969

L'éclosion de la grippe dite de Hong Kong s'est également produite en Asie, mais cette grippe s'est distinguée des autres par l'apparition simultanée, dans diverses régions du monde, de plusieurs petites épidémies qui n'ont pas eu la même incidence clinique. Cet état de fait est peut-être attribuable à une immunité partielle de la population mondiale à une fraction du virus H3N2 causant la grippe de Hong Kong. Ce virus de la grippe demeure toujours présent dans la population humaine et continue de poser un risque⁷.

³ OMS, « Pandemic Preparedness », <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/>, consulté le 1^{er} novembre 2010 [cette page n'est pas disponible en français].

⁴ J. K. Taubenberger et D. M. Morens, « 1918 Influenza : the mother of all pandemics », *Emerging Infectious Diseases*, 2006, vol. 12, n° 1, p. 15–22.

⁵ E. D. Kilbourne, « Influenza Pandemics of the 20th Century », *Emerging Infectious Diseases*, 2006, vol. 12, n° 1, p. 9–14.

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*

L'apparition et la nature des pandémies de grippe demeurent imprévisibles, mais on peut être certain qu'une pandémie apparaîtra de façon périodique tous les 30 à 40 ans environ. C'est pourquoi beaucoup d'efforts ont été déployés afin de se préparer et d'intervenir en cas de nouvelle pandémie. Voici les plans de préparation et d'intervention en cas de pandémie de la communauté internationale et du Canada.

2. Préparation et interventions internationales en cas de pandémie

La planification et les interventions en cas de pandémie au Canada s'appuient sur plusieurs importants cadres, règlements, normes et lignes directrices internationaux, tels que les accords de l'OMS, ainsi que divers autres cadres comme ceux du Partenariat international contre la grippe aviaire pandémique, de l'Organisation mondiale de la santé animale, de l'Organisation mondiale du commerce et de l'Accord de libre-échange nord-américain. Sont détaillés ci-dessous les principaux cadres et obligations sur lesquels s'appuient les interventions du Canada en cas d'épidémie de grippe.

a. Règlement sanitaire international de l'OMS

Comme tous les États Parties de l'OMS, le Canada se doit de respecter les obligations internationales en matière de santé qui figurent dans le *Règlement sanitaire international* (RSI), adopté pour la première fois par l'Assemblée de la Santé en 1969 et modifié pour la dernière fois en mai 2005 afin de, notamment, tenir compte des leçons tirées de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS⁸). La dernière version de ce règlement est entrée en vigueur le 15 juin 2007.

Le RSI vise « à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ». En vertu du RSI :

- Le Canada et les autres États Parties doivent veiller à ce que les droits humains des personnes et des voyageurs soient respectés en cas d'éclosions de maladies.
- Le Canada et les autres États Parties doivent développer des capacités essentielles minimales en santé publique comme des systèmes de surveillance et des capacités leur permettant de faire face au risque d'une propagation internationale d'une maladie aux ports, aux aéroports et aux postes-frontières terrestres.
- Le Canada et les autres États Parties doivent notifier l'OMS d'une urgence de santé publique de portée internationale dans les 24 heures suivant l'évaluation de la situation conformément à la définition des cas établie par l'OMS et fournir des

⁸ Organisation mondiale de la santé, *Règlement sanitaire international* (2005), http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242580419_fre.pdf, consulté le 31 août 2010.

renseignements de suivi comme les définitions de cas, les résultats de laboratoire et les données relatives à la morbidité et à la mortalité.

- Le RSI établit, pour l'OMS et dans chaque pays, des points focaux afin de faciliter les communications urgentes entre l'OMS et les États Parties. Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) est le point focal national du Canada⁹.

Le RSI accorde aussi à l'OMS le mandat de recueillir les rapports de risques potentiellement graves pour la santé et de coordonner les interventions internationales nécessaires. En cas de pandémie, l'OMS est chargée de choisir la souche du vaccin contre la grippe pandémique et le moment approprié pour passer de la production de vaccins contre la grippe saisonnière à la production de vaccins contre la pandémie. Ce moment est choisi de concert avec les centres collaborateurs de l'OMS pour la grippe, les laboratoires de référence réglementaires nationaux et les autres intervenants clés¹⁰.

b. Préparation et interventions de l'OMS en cas de grippe pandémique

La préparation et les interventions du Canada en cas de grippe pandémique s'appuient également sur le document d'orientation de l'OMS intitulé *Préparation et action en cas de grippe pandémique*. Ce document décrit les mesures et les systèmes recommandés pour faire face adéquatement à une grippe pandémique. Il a été mis à jour en 2009, notamment pour refléter le plus récent RSI, et plusieurs documents d'accompagnement portent sur des éléments et des outils précis nécessaires à la planification, à la préparation et aux interventions dont les pays peuvent se servir à des fins de planification¹¹.

Il convient de noter que le document d'orientation met l'accent sur le rôle de l'ensemble de la société à la planification et à la préparation en cas de grippe pandémique, tous les secteurs de la société étant appelés à participer aux efforts en vue d'endiguer la grippe. À titre d'exemple, les gouvernements nationaux dirigeraient les mesures de coordination et de communication globales, le secteur de la santé s'occuperait de l'information et de la riposte aux plans épidémiologique, clinique et virologique et les secteurs non sanitaires veilleraient à atténuer les conséquences économiques et sociales de la pandémie. En outre, l'OMS propose que la société civile, les familles et les particuliers œuvrent à sensibiliser la population à la situation, diffusent une information juste et réduisent la propagation de la maladie par l'adoption de mesures de contrôle pandémiques¹².

⁹ Gouvernement du Canada, Agence de santé publique du Canada, <http://www.infosource.gc.ca/inst/ahs/fed04-fra.asp>, consulté le 1^{er} novembre 2010.

¹⁰ OMS, *Préparation et action en cas de grippe pandémique*, p. 10, <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance09FR.pdf>, consulté le 1^{er} novembre 2010.

¹¹ *Ibid.*, p. xi.

¹² *Ibid.*, p. 8.

En plus de définir les rôles et responsabilités de chacun quant à la préparation et aux interventions en cas de pandémie, l'OMS décrit la progression ou le cycle de vie d'une pandémie (voir tableau 1). Ce cadre énumère les activités devant être menées tant dans les régions touchées par la pandémie que celles qui ne le sont pas. Ce cadre n'établit cependant pas directement la morbidité¹³ ou la mortalité attribuable à la pandémie et ne reflète donc pas nécessairement la virulence ou la gravité de la maladie causée par le virus.

Tableau 1 – Description des phases de pandémie par l'OMS (2009)

Phase		Description	Principales mesures dans les pays touchés
Préparation à la pandémie	1	Aucun cas d'infection chez l'homme dû à un virus circulant chez les animaux n'a été signalé.	Élaboration, mise en œuvre, essai et harmonisation des plans nationaux de préparation et d'action en cas de pandémie de grippe avec les plans nationaux de préparation et d'intervention d'urgence
	2	Un virus grippal animal circulant chez des animaux domestiques ou sauvages a provoqué des infections chez l'homme et est de ce fait considéré comme constituant une menace potentielle de pandémie.	
	3	Un virus grippal réassorti animal ou animal-humain a été à l'origine de cas sporadiques ou de petits groupes de cas de grippe dans la population, mais n'a pas entraîné de transmission interhumaine suffisamment efficace pour maintenir les flambées à l'échelon communautaire.	
Réaction et mesure d'atténuation	4	La transmission interhumaine d'un virus grippal réassorti animal ou animal-humain capable de provoquer des flambées à l'échelon communautaire a été vérifiée.	Endiguement rapide
	5	Le même virus a provoqué des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins deux pays d'une région de l'OMS.	Riposte à la pandémie : chaque pays doit mettre en œuvre les mesures précisées dans son plan national.
	6	Le même virus a provoqué des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins un pays d'une autre région de l'OMS.	
Période suivant le pic de la pandémie		Le nombre de cas de grippe pandémique a chuté au-dessous de celui observé lors du pic dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.	Évaluation de la riposte; remise en état; préparation à une éventuelle deuxième vague
Nouvelle vague éventuelle		L'activité de la grippe pandémique augmente à nouveau dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.	Riposte
Période post-pandémique		L'activité grippale a retrouvé les niveaux normalement observés pour la grippe saisonnière dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.	Évaluation de la riposte; révision des plans; remise en état

¹³ La morbidité désigne tout écart, subjectif ou objectif, par rapport à un état de bien-être physiologique ou psychologique, alors que la mortalité reflète la fréquence des décès au sein d'une population définie au cours d'un intervalle de temps donné.

Sources : Tableau préparé par la Bibliothèque du Parlement au moyen de données tirées de OMS, *WHO Pandemic Phase Descriptions and Main Actions by Phase*, http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic_phase_descriptions_and_actions.pdf [cette page n'est pas disponible en français] et OMS, *Préparation et action en cas de grippe pandémique*, <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance2009/fr/index.html>, consultés le 20 août 2010.

Au cours de chaque phase d'une pandémie, les mesures prises pour s'y préparer et y riposter peuvent s'articuler autour de cinq éléments clés¹⁴ :

1. Planification et coordination : Il s'agit de fournir une direction et une coordination intersectorielles et de veiller à ce que la préparation à la pandémie soit adéquatement intégrée aux cadres nationaux de préparation aux urgences. Cela suppose une révision régulière des plans, la coordination des ressources et des capacités ainsi que l'examen des leçons tirées et le partage des expériences avec la communauté internationale.
2. Suivi et évaluation de la situation : Il s'agit d'organiser la collecte, l'interprétation et la diffusion de l'information sur les risques de pandémie et, une fois en cours, sur l'activité pandémique. Ces mesures exigent la mise en place d'un solide système de surveillance national ayant la capacité d'accroître et d'étendre son action de façon rapide tout en pouvant continuer à surveiller la situation après le pic de la pandémie pour détecter les vagues subséquentes éventuelles.
3. Réduction de la propagation de la maladie : Il s'agit, en fonction des « distances sociales » existant entre les individus, les familles et les collectivités, de prendre des mesures visant à réduire la propagation de la maladie, telles que d'encourager les comportements de protection et d'établir des protocoles d'isolement (si nécessaire).
4. Continuité de la fourniture des soins de santé : Il s'agit notamment de préparer et de mettre en place des plans d'urgence permettant de garantir que le système de soins de santé puisse, à tous les niveaux, continuer de fournir des services essentiels durant toute la pandémie.
5. Communications : Il s'agit d'assurer des communications efficaces avant et durant une pandémie, ainsi qu'une diffusion auprès du public, des partenaires et des principaux intervenants de l'information sur laquelle peuvent s'appuyer des décisions éclairées ainsi que des plans d'action appropriés. Le *Guide de l'OMS sur la planification de la communication lors des flambées de maladies* propose que la communication repose sur les cinq principes suivants : planification, confiance, transparence, annonce précoce et écoute¹⁵. Les activités connexes peuvent comprendre la promotion et la diffusion des interventions recommandées dans le but

¹⁴ OMS, *Préparation et action en cas de grippe pandémique*, p. xiii.

¹⁵ OMS, *Guide de l'OMS sur la planification de la communication lors des flambées de maladies*, 2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242597448_fre.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2010.

d'atténuer les risques et de fournir des mises à jour au public et aux principaux intervenants sur la progression de la pandémie.

c. Plan nord-américain de lutte contre les pandémies

Le Canada ne se conforme pas seulement à ses obligations et à ses engagements internationaux, mais participe activement aux plans régionaux de préparation et de riposte aux pandémies dans le cadre du Partenariat nord-américain pour la sécurité et la prospérité (PSP) dont font aussi partie les États-Unis et le Mexique. Étant donné l'interdépendance de nos trois pays, le PSP a été lancé en mars 2005 afin d'offrir un cadre souple de dialogue, de détermination des priorités, de collaboration et d'intervention dans les domaines liés à la sécurité, à la prospérité et à la qualité de vie des Canadiens, des Américains et des Mexicains. Il porte sur divers enjeux tels que la facilitation de la circulation aux frontières, l'environnement, ainsi que la sécurité des aliments et des produits¹⁶.

En mars 2006, les dirigeants du Canada, du Mexique et des États-Unis, réunis lors du sommet du PSP, se sont engagés à élaborer un plan global coordonné de préparation aux pandémies en Amérique du Nord. Ce plan, connu sous le nom de *Plan nord-américain contre l'influenza aviaire et la pandémie d'influenza*, a été rendu public en août 2007. Il définit les objectifs suivants : détecter, limiter et contrôler une éclosion de grippe aviaire et prévenir la transmission à l'être humain, prévenir ou ralentir la propagation d'une nouvelle souche de grippe humaine en Amérique du Nord, réduire au minimum la mortalité et la morbidité, ainsi qu'étayer les infrastructures et atténuer les effets d'une telle épidémie sur l'économie et sur le fonctionnement de la société¹⁷.

d. Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé

i. Élaboration d'un plan de lutte contre la pandémie de grippe

Dès 1998, le Canada s'est doté d'un plan de lutte contre la pandémie de grippe qui a été révisé à plusieurs reprises en fonction de l'évolution des données et des expériences, ainsi que de ses obligations et engagements régionaux et internationaux. La plus récente version du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*¹⁸ a été rendue publique en 2006. Ce Plan résulte d'un processus de collaboration mené sous la direction du Comité sur la pandémie de l'influenza (CPI). Ce comité, mis sur pied en 2001, se composait de représentants des provinces et des territoires, et notamment de médecins-hygiénistes en chef, d'épidémiologistes, de virologistes, de spécialistes des maladies transmissibles, des soins

¹⁶ Gouvernement du Canada, « Au sujet du PSP », http://www.spp-psp.gc.ca/eic/site/spp-psp.nsf/fra/h_00003.html, consulté le 1^{er} novembre 2010.

¹⁷ Partenariat nord-américain pour la sécurité et la prospérité, *Plan nord-américain contre l'influenza aviaire et la pandémie d'influenza*, 2007, http://montebello2007.gc.ca/doc/pandemic_fr.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2010.

¹⁸ Gouvernement du Canada, *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*, 2006, <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclpci/pdf-f/cpip-fra.pdf> consulté le 1^{er} novembre 2010.

cliniques et de la santé publique, de représentants des laboratoires et d'éthiciens. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a coordonné l'élaboration de la présente version du Plan avec le CMIU de l'ASPC, et ce, sous la direction du CPI¹⁹.

À la création, en 2005, du Réseau pancanadien de santé publique, le CPI a été intégré à la structure de comités du Réseau et relève désormais du groupe expert en contrôle des maladies transmissibles²⁰. Le CPI a poursuivi la révision des annexes du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* jusqu'en 2009 et a officiellement cessé d'exister à la fin du processus.

Le Plan est continuellement révisé et mis à jour pour refléter les dernières données et expériences connues. Plusieurs annexes donnant des précisions sur le fonctionnement du Plan ont ainsi été mises à jour dans la version la plus récente du Plan : l'annexe B, « Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie de l'influenza pour les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves », a été mise à jour en juin 2009 et l'annexe K, « Communications », a été mise à jour en octobre 2009.

ii. Portée du Plan

Le Plan a une portée nationale, mais tient compte du fait que le détail de sa mise en œuvre relève des compétences provinciales ou territoriales. De plus, le Plan est axé sur le secteur de la santé, qui comprend les intervenants d'urgence en santé, les planificateurs des services de santé, les travailleurs de la santé, les laboratoires de santé publique, de même que les personnes participant à la fabrication, à l'homologation et à l'approvisionnement des produits pharmaceutiques. Le Plan précise, par ailleurs, que les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé sont les premiers visés par ce dernier.

Le fait que le Plan soit axé sur le secteur de la santé ne règle pas totalement les questions relatives aux interventions d'urgence et à la continuité des activités, dont on peut s'attendre à ce qu'elles jouent un rôle important dans l'atténuation des perturbations sociales. Ces questions étaient traitées dans la version du Plan datant de 2004, mais la version de 2006 ne les aborde qu'à l'annexe L, « Système fédéral de préparation et d'intervention d'urgence », laquelle décrit le plan d'interventions d'urgence dans le cadre du portefeuille fédéral en matière de santé²¹. Cette version fait également mention d'autres documents de planification pertinents pouvant recouper le Plan, dont le Plan fédéral d'intervention d'urgence de 2009, qui décrit les responsabilités et les rôles généraux des ministères fédéraux en cas d'urgence, ainsi que le *Plan*

¹⁹ *Ibid.*, Préface.

²⁰ *Ibid.*, Introduction, p. 6.

²¹ Le portefeuille de la santé inclut Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et Procréation assistée Canada.

d'intervention d'urgence du portefeuille de la santé de 2009, qui met l'accent sur les responsabilités en cas d'urgence propres au portefeuille fédéral de la Santé.

iii. Buts et objectifs

Le but du Plan est, premièrement, de réduire au minimum la morbidité grave et la mortalité en général et, en second lieu, de réduire au minimum les perturbations sociétales au sein de la population canadienne. Les objectifs du Plan sont :

- Aider et faciliter la planification et les interventions à tous les paliers de gouvernement : en élaborant, par un processus de collaboration fédéral-provincial territorial, un Plan national qui soit acceptable et applicable pour tous les intervenants et qui définisse clairement les rôles et les responsabilités, en élaborant un Plan qui soit suffisamment souple pour tenir compte de l'épidémiologie inconnue d'une pandémie et des besoins des différents intervenants, en formulant des recommandations en matière de planification visant à assurer l'efficacité des mesures de prévention, des soins et des traitements durant une pandémie et en formulant des recommandations en matière de planification visant à assurer l'efficacité des communications, de la gestion des ressources et des mesures préventives, de manière à réduire au minimum les perturbations sociales du point de vue du secteur de la santé.
- Faire en sorte que le Plan soit révisé annuellement afin de tenir compte des faits nouveaux et de suivre les meilleures pratiques.
- Faire en sorte que le Plan soit suffisamment clair et complet pour en assurer la viabilité opérationnelle.

iv. Rôles et responsabilités des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le cadre du Plan

Les rôles et les responsabilités du CPI et des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) de la Santé en matière de mise en œuvre du Plan sont précisés dans un accord de fait conclu entre les sous-ministres de la Santé en mars 2001. Il s'agit d'un document itératif qui permet de modifier les rôles et responsabilités et d'en ajouter d'autres à mesure qu'ils sont définis. Cet accord a été rédigé avant la mise sur pied de l'ASPC en septembre 2004. Les rôles et les responsabilités des différents paliers de gouvernement peuvent, de façon générale, être décrits comme suit²² :

- Le gouvernement fédéral, par l'entremise de Sécurité publique Canada (SP), est responsable de la coordination nationale des interventions en cas de pandémie de

²² Gouvernement du Canada, *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*, 2006, Introduction, p. 5.

grippe, y compris de la surveillance, de la liaison internationale et de la coordination des mesures de vaccination.

- Les responsabilités conjointes des ministères FPT de la Santé consistent à assurer la distribution des plans à toutes les organisations pouvant être appelées à prendre part aux interventions en cas de pandémie et à maintenir une liaison continue avec ces intervenants. Les ministères de la Santé peuvent également participer à la planification des exercices de simulation une fois que les plans (nationaux, fédéraux, provinciaux et territoriaux) seront en place. L'élaboration des estimations de coûts et des possibilités s'offrant aux décideurs est également une responsabilité conjointe FPT.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux (PT) sont responsables de la mise à exécution de leurs plans d'urgence et de la mobilisation de leur personnel d'urgence. Les interventions d'urgence en matière de santé commencent à l'échelle locale puis montent au palier PT et, ensuite, au palier fédéral.
- Les autorités locales de santé publique sont responsables de la planification des interventions locales en cas de pandémie de grippe sous la direction des paliers PT et fédéral. Pour ce faire, elles doivent notamment établir des liens avec des partenaires locaux (p. ex., intervenants d'urgence, hôpitaux, services funéraires) avant une pandémie afin de faciliter une intervention coordonnée dans l'éventualité où la collectivité serait touchée par la pandémie. Il est probable que les autorités locales de santé publique, grâce aux mécanismes actuels de surveillance ou à une surveillance accrue, soient les premières à déceler la présence de la grippe dans leur collectivité. Il est essentiel que les voies de communication au sein des collectivités et entre les collectivités et les paliers PT et fédéral soient clairement établies avant une pandémie.

v. Hypothèses de planification

Le Plan canadien est fondé sur plusieurs hypothèses principales qui s'appuient sur les expériences passées et les connaissances actuelles :

- *Origine* : La prochaine pandémie apparaîtra d'abord à l'extérieur du Canada et sera présente au Canada dans les trois mois suivant son émergence dans le monde, mais elle pourrait arriver beaucoup plus rapidement en raison de la grande mobilité de la population.
- *Évolution* : Le virus pandémique peut arriver au Canada à tout moment (c.-à-d., éventuellement en dehors de la saison grippale), et le premier pic de la maladie peut se produire dans les deux à quatre mois suivant l'arrivée du virus, puis être suivi par le premier pic de mortalité (après 1 mois environ). On croit qu'il y aura au moins deux vagues pandémiques et que chaque vague balayera le Canada en un ou deux mois et touchera plusieurs endroits simultanément.

- *Épidémiologie* : La période d'incubation, la période de transmissibilité et le mode de transmission prévus du virus se fondent sur notre compréhension actuelle du virus de la grippe. On s'attend à une transmission interhumaine efficace du virus de la grippe pandémique qui infectera un grand nombre de personnes. On croit aussi que les risques de complications ou de *détériorations* causées par le virus seront plus élevés chez certains groupes de personnes.
- *Répercussions* : Plus de 70 % de la population sera infectée au cours de la pandémie, mais seulement entre 15 et 35 % des gens seront cliniquement malades, le reste de la population présentant une infection asymptomatique. On prévoit un taux de mortalité parmi la population allant de 0,4 à 2 % selon la pathogénicité (ou gravité clinique) du virus pandémique.
- *Absentéisme* : En cas d'éclosion de la maladie, on peut s'attendre à un taux d'absentéisme oscillant entre 20 et 25 % (comparativement à 8 % durant un hiver normal). Le taux d'absentéisme pourrait être influencé par des facteurs tels que le type de travail exécuté, l'étendue des interactions sociales et la mise en œuvre de mesures encourageant les personnes infectées à demeurer à la maison.

3. Les rôles des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière de santé publique

La santé publique se distingue des soins de santé, par le fait qu'elle est axée sur la santé de la population en général plutôt que sur la santé de chaque patient, et qu'elle se préoccupe davantage de la prévention des maladies que de leur traitement clinique. Bien qu'il n'existe actuellement aucun consensus à l'échelle nationale quant aux fonctions essentielles d'un système de santé publique, six activités peuvent être tenues pour essentielles. Il s'agit de la protection de la santé, de la surveillance de la santé, de la prévention des maladies et des blessures, de l'évaluation de la santé de la population, de la promotion de la santé et, enfin, de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence de santé publique²³. Le tableau 3 détaille chacune de ces fonctions et des secteurs de programmes correspondants.

²³ Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (Santé Canada), *Leçons de la crise du SRAS*, 2003, p. 48, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/pdf/covprefc-f.pdf>, consulté le 1^{er} novembre 2010.

Tableau 3 – Fonctions essentielles des systèmes de santé publique au Canada

Fonctions essentielles	Aperçu	Exemples d'intervention ou de programme de santé publique
Protection de la santé	Englobe la protection de la population contre divers dangers, y compris les dangers relatifs aux vecteurs de maladies infectieuses, aux aliments, aux médicaments et aux drogues, aux produits de consommation, aux pesticides, à l'élimination inadéquate des déchets, à l'eau impropre à la consommation, aux véhicules motorisés dangereux, à la fumée secondaire, etc.	• Cadres réglementaires de contrôle des maladies infectieuses, comme la <i>Loi sur la mise en quarantaine</i> • Inspection des restaurants • Surveillance du traitement des eaux • Surveillance de la qualité de l'air et mesures d'application connexes
Surveillance de la santé	Pratique de l'épidémiologie qui consiste à surveiller les données sur les maladies, les conditions de santé, les facteurs de santé et les cas de maladie. Elle permet la détection des menaces pour la santé et l'intervention rapide, atténuant le cas échéant les répercussions de la menace.	• Enquêtes périodiques sur la santé • Registre du cancer et registres concernant d'autres maladies • Déclaration des maladies transmissibles • Analyse continue des données pour cerner les tendances ou découvrir les nouveaux problèmes • Surveillance des effets indésirables des vaccins
Prévention des maladies et des blessures	De nombreuses maladies peuvent être prévenues ou freinées, et les blessures peuvent être évitées.	• Immunisation • Enquête sur les flambées épidémiques, et contrôle de celles-ci • Promotion des comportements sains (p. ex. ne pas fumer ou la pratique d'activités physiques) • Détection précoce des cancers • Routes sûres, etc.
Évaluation de la santé de la population	L'évaluation de la santé de la population est la capacité de comprendre la santé des populations, y compris les facteurs socioéconomiques sous-jacents.	• Évaluation des besoins sanitaires des collectivités • Rapports sur l'état de santé, rapports sur le système de santé • Suivi et déclaration des déterminants de la santé
Promotion de la	La promotion de la santé comprend l'élaboration et la mise	• Favoriser la création de milieux physiques et

Fonctions essentielles	Aperçu	Exemples d'intervention ou de programme de santé publique
santé	en œuvre de politiques gouvernementales et de mesures communautaires favorisant des comportements plus sains et plus sûrs, qui à leur tour contribuent à la prévention des maladies et des blessures.	sociaux favorables à la santé (p. ex. les pistes cyclables) • Défense des politiques gouvernementales en santé et des comportements sains
Préparation et intervention en cas d'urgence de santé publique ²⁴	Les systèmes de santé publique doivent être en mesure de réagir aux urgences de santé publique en cas de catastrophe d'origine naturelle ou humaine ayant des répercussions sur la santé des populations, comme une épidémie ou une attaque nucléaire.	• Participation à la planification des mesures préparatoires et d'intervention en cas de pandémie

Sources : Tableau préparé par la Bibliothèque du Parlement au moyen de données tirées de Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique, *Leçons de la crise du SRAS* p. 48-50, et ASPC, *Que faisons-nous?*, http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/what-fra.php.

a. Répartition des compétences en matière de santé publique

La *Loi constitutionnelle de 1867* expose les grandes lignes de la séparation des responsabilités entre le gouvernement fédéral et les provinces. Toutefois, la « santé » et la « santé publique » ne font pas partie des domaines attribués à un niveau de gouvernement particulier²⁵. Cela est dû au fait que, à l'époque, l'administration de la santé et de la santé publique en était à ses débuts, et que l'on considérait, d'une part, que la santé était une question personnelle, et d'autre part, que l'intervention de l'État en vue d'améliorer ou de protéger la santé, mesure extrêmement rare, n'était justifiable qu'en cas d'urgence, comme dans les cas d'épidémies²⁶. En raison de ce flou constitutionnel dans la répartition des compétences en santé, les deux paliers de gouvernement peuvent légiférer dans ce domaine. La Cour suprême du Canada a déclaré à ce sujet que « [...] la "santé" n'est pas l'objet d'une attribution constitutionnelle précise, mais constitue plutôt un sujet indéterminé que les lois fédérales ou provinciales valides peuvent aborder selon la nature ou la portée du problème de santé en cause dans chaque cas²⁷ ».

²⁴ Il est important de noter que la préparation et l'intervention en situation d'urgence de santé publique, comme dans le cas d'une pandémie, font partie du mandat de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Voir ASPC, *Que faisons-nous?*, http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/what-fra.php.

²⁵ Nola M. Ries, « Legal Foundations of Public Health in Canada », *Public Health Law & Policy in Canada*, 2^e édition, Bailey et coll., Markam, Lexis Nexis Canada inc., 2008, p. 10.

²⁶ Elaine Gibson, « Public Health Information, Federalism and Politics », *Health Law Review*, vol. 16, n° 1, 2007, p. 5.

²⁷ Reis, 2008, p. 10.

b. Origines constitutionnelles de la compétence des provinces en santé publique

La compétence en santé publique découle donc d'autres pouvoirs mentionnés dans la Constitution. Le paragraphe 92(13) de la *Loi constitutionnelle de 1867* octroie en effet aux provinces des pouvoirs relatifs à la propriété et aux droits civils, et il est généralement admis que la santé publique est incluse dans ces pouvoirs²⁸. De plus, le paragraphe 92(16) attribue aux provinces d'autres compétences en santé publique en leur accordant la responsabilité des questions d'une nature locale ou privée, dont la santé publique fait partie²⁹. Enfin, selon le paragraphe 92(8), les provinces ont préséance sur les municipalités, qui étaient, à l'époque, responsables des mesures en santé publique avant la Confédération³⁰.

Les provinces et les territoires ont exercé leurs pouvoirs en matière de santé publique en adoptant des lois qui attribuent certains pouvoirs à des agents responsables de la santé publique et leur permettent de remplir diverses fonctions, dont surveiller la santé des citoyens, offrir des conseils impartiaux au gouvernement sur les questions de santé publique et mener des activités de contrôle des maladies transmissibles et d'atténuation des menaces pour la santé³¹. Bien que les lois sur la santé publique diffèrent d'une province ou d'un territoire à l'autre, certaines d'entre elles comprennent des dispositions particulières concernant les urgences de santé publique, comme les épidémies et les éclosions de maladies, qui permettent au lieutenant-gouverneur en conseil de déclarer l'état d'urgence de santé publique et, par conséquent, à la province ou au territoire concerné, d'imposer certaines mesures et, par exemple, de restreindre les déplacements ou bien encore d'ordonner l'approvisionnement en biens et la prestation de services essentiels, notamment en ce qui a trait à l'assistance et aux fournitures médicales³².

c. Origines constitutionnelles de la compétence du gouvernement fédéral en santé publique

Les pouvoirs du gouvernement fédéral en santé publique découlent en partie du pouvoir sur les mesures de quarantaine que lui attribue le paragraphe 91(11) de la Constitution. Ce pouvoir se limite toutefois à l'imposition de la quarantaine aux personnes et aux véhicules qui entrent au pays ou qui en sortent. En vertu de cette compétence, le gouvernement fédéral a adopté, en 1872, la *Loi sur la quarantaine* qui a été remplacée, en 2005, par une nouvelle *Loi sur la mise en quarantaine*. Cette loi donne au ministre fédéral de la Santé le pouvoir de mettre en place des installations de quarantaine et de désigner des agents de quarantaine pour inspecter des véhicules, tels que des navires, des aéronefs et des véhicules motorisés, et pour assurer leur décontamination en cas d'infestation. Un agent de quarantaine peut par ailleurs effectuer une vérification auprès d'une personne et exiger un examen médical s'il a un motif raisonnable de penser que celle-ci est malade, qu'elle puisse être porteuse d'une maladie infectieuse ou

²⁸ Kumanan Wilson, « The Complexities of Multi-level Governance in Public Health », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 95, n° 6, décembre 2004, p. 409.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Gibson, 2007, p. 5.

³¹ Ries, 2008, p. 16.

³² *Ibid.*, p. 20.

contagieuse ou qu'elle puisse avoir été exposée à la maladie. En cas de refus d'obtempérer, l'agent peut aussi ordonner la mise en détention de la personne³³.

En plus d'une compétence en matière de quarantaine, la *Loi constitutionnelle de 1867*, aux termes du paragraphe 91(27), attribue au gouvernement fédéral des pouvoirs en matière criminelle qui établissent sa compétence en santé publique. Elle permet au Parlement d'adopter des lois qui protègent la population canadienne des menaces à sa santé, comme celles se rapportant aux aliments, aux médicaments et aux drogues, ainsi qu'aux contaminants environnementaux³⁴.

Plus important encore, l'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* accorde au gouvernement fédéral un pouvoir de faire des lois « pour la paix, l'ordre et le bon gouvernement » qui lui permettent d'intervenir en situation d'urgence de santé publique, comme en cas de pandémie. En vertu de ce pouvoir, le Parlement peut adopter des lois encadrant les questions de santé nationale et de bien-être social³⁵. Deux aspects de ce pouvoir sont applicables à la santé publique, soit l'aspect « situation d'urgence », qui donne au Parlement la compétence de promulguer, de façon temporaire, des lois qui seraient normalement de compétence provinciale, et l'aspect « dimensions nationales », qui donne au Parlement la compétence de promulguer des lois dans des domaines qui concernent le Canada dans son ensemble³⁶.

Le pouvoir de légiférer pour maintenir la paix, l'ordre et le bon gouvernement ne peut toutefois s'exercer que lorsque les provinces sont incapables de réglementer efficacement une situation, ou lorsque le manque de réglementation dans une province, relativement à cette situation, peut avoir des répercussions sur la santé des résidents d'une autre province. De plus, les limites de cette capacité qu'a le gouvernement fédéral de légiférer sans l'accord des provinces demeurent incertaines et sont sujettes à l'interprétation des tribunaux³⁷.

Deux lois donnent actuellement au gouvernement fédéral le pouvoir de se préparer et d'intervenir en cas d'urgence de santé publique. Il s'agit de la *Loi sur les mesures d'urgence* et de la *Loi sur la gestion des urgences*, toutes deux administrées par Sécurité publique Canada. La *Loi sur la gestion des urgences* donne au gouvernement fédéral le pouvoir de renforcer les capacités et d'établir des plans pour intervenir en cas d'urgence. Ce dernier terme est interprété comme s'appliquant notamment aux menaces pour la santé publique découlant de catastrophes naturelles, de maladies infectieuses ou d'actes délibérés de bioterrorisme. La *Loi* prévoit

³³ *Ibid.*, p. 13.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Wilson, 2004, p. 410.

³⁶ Marlisa Tiedemann. « Projet de loi C-5 : Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada », Bibliothèque du Parlement, publication LS-523F, 26 avril 2006, p. 4, <http://www2.parl.gc.ca/Content/LOP/LegislativeSummaries/39/1/c5-f.pdf>.

³⁷ Wilson, 2004, p. 410

cependant que le plan fédéral de préparation aux situations d'urgence ne peut être mis en œuvre dans une province que si le gouvernement provincial ou les autorités locales y consentent³⁸.

Pour sa part, la *Loi sur les mesures d'urgence*, qui remplace depuis 1988 la *Loi sur les mesures de guerre*, donne au gouvernement fédéral le pouvoir d'intervenir en situation d'urgence, comme en cas de sinistre, y compris en situation de crise ou d'urgence imminente découlant d'une maladie et « comportant le risque de pertes humaines et matérielles, de bouleversements sociaux ou d'une interruption de l'acheminement des denrées, ressources et services essentiels d'une gravité telle qu'elle constitue une situation de crise nationale³⁹ ». En vertu de la *Loi sur les mesures d'urgence*, la déclaration d'un sinistre autorise le gouvernement fédéral à interdire les déplacements, à établir des hôpitaux d'urgence, à donner ordre à des personnes de fournir des services essentiels, ainsi qu'à verser des paiements d'urgence. Toutefois, le gouvernement fédéral doit consulter les provinces touchées et ne peut déclarer un sinistre lorsque celui-ci ne touche qu'une seule province.

Aux termes de la Constitution, le gouvernement fédéral peut aussi intervenir en santé publique par l'exercice de son pouvoir de dépenser, qui découle de la compétence attribuée au Parlement en matière de dette et de propriété publiques (par. 91(1A)) et de son pouvoir général d'imposition (par. 91(3)), qui lui permettent de se procurer des ressources et de les dépenser ou les redistribuer, et ce, de toutes les façons qu'il juge nécessaires⁴⁰. Le gouvernement fédéral peut ainsi effectuer des paiements de transfert aux provinces à l'appui de programmes de santé publique, ou encore conclure des ententes concernant des mesures de santé publique, comme l'achat de vaccins ou la mise en réserve d'antiviraux⁴¹.

En plus de ces compétences générales en matière de santé publique au pays, les responsabilités du gouvernement fédéral s'étendent aussi, en vertu de l'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867*, à certains groupes de personnes, y compris à celles engagées dans une milice ou qui sont en service militaire ou naval, aux membres des Premières nations et aux Inuits, ainsi qu'aux détenus sous responsabilité fédérale. Selon l'article 95, le gouvernement fédéral détient également des pouvoirs, concurrents à ceux des provinces, quant aux immigrants. Il est, par conséquent, responsable de la prestation de certains services de santé publique, par exemple d'immunisation, à ces groupes de personnes⁴².

Enfin, le gouvernement fédéral a aussi le pouvoir de mettre en œuvre des traités internationaux sur la santé publique ou encore d'appliquer des règlements grâce à sa compétence sur le

³⁸ La *Loi sur la gestion des urgences* est disponible sur le site Web du ministère de la Justice, <http://laws.justice.gc.ca/PDF/Statute/E/E-4.56.pdf>, consulté le 2 novembre 2010.

³⁹ La *Loi sur les mesures d'urgence* est disponible sur le site Web du ministère de la Justice, <http://laws.justice.gc.ca/PDF/Statute/E/E-4.5.pdf>, consulté le 2 novembre 2010.

⁴⁰ Marlisa Tiedemann, « Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé », PRB 08-58F, 20 octobre 2008, p. 2, <http://www2.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0858-f.pdf>.

⁴¹ Wilson, 2004, p. 410.

⁴² Tiedemann, 2008, p. 3

commerce interprovincial et international découlant du paragraphe 91(11) de la Constitution⁴³. Il doit par exemple veiller à ce que le Canada respecte ses obligations aux termes du RSI de l'OMS qui expose les grandes lignes d'un cadre d'intervention des États en cas de flambées épidémiques, y compris les exigences en matière de communication à l'OMS, et leur obligation de maintenir leur capacité à surveiller l'évolution des maladies et à intervenir en la matière⁴⁴.

d. Limites des pouvoirs fédéraux et provinciaux dans le domaine de la santé publique :

i. La Charte canadienne des droits et liberté

Toute loi canadienne sur la santé publique doit être conforme à la *Charte canadienne des droits et libertés*⁴⁵ et peut être contestée si une personne visée par une telle loi croit que ses droits garantis par la *Charte* ont été violés. Les mesures restrictives adoptées par l'un ou l'autre des ordres de gouvernement en vue de protéger la santé publique peuvent aller à l'encontre de divers droits garantis par la *Charte*, tels que le droit à la liberté, le droit à la sécurité personnelle, le droit d'association, le droit de ne pas être victime de discrimination et le droit à la vie privée⁴⁶. Par conséquent, ces mesures peuvent faire l'objet d'une demande de révision judiciaire. Toutefois, l'article 1 de la *Charte* précise que les droits individuels protégés sont soumis à des limites raisonnables dont la justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique⁴⁷. Autrement dit, toute violation de ces droits par le gouvernement est justifiable dans la mesure où son objectif est suffisamment urgent et important pour légitimer une restriction des droits fondamentaux. De plus, les limites imposées aux droits individuels doivent avoir un lien rationnel avec l'atteinte de cet objectif. Enfin, l'avantage que retire la population d'une restriction des droits individuels doit être proportionnel au tort causé à la personne.

4. Organisation et prestation des services de santé publique au Canada

Étant donné que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se partagent les responsabilités relatives à la santé publique, chaque palier a établi ses propres structures et institutions pour remplir les fonctions essentielles propres à un système de santé publique. Cette section présente l'organisation et la prestation des services de santé publique des administrations fédérale, provinciales, territoriales et municipales.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ Barbara Von Tigerstrom, « Public Health », *Canadian Health Law and Policy*, 3^e édition, Jocelyn Downie et coll., Markham, Lexis Nexis, juillet 2007, p. 483.

⁴⁵ *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, édictée comme l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada, 1982*, (R.-U.), ch. 11.

⁴⁶ Nola M. Ries « Legal Issues in Disease Outbreaks: Judicial Review of Public Health Powers », *Health Law Review*, vol. 16, n° 1, 2007, p. 12.

⁴⁷ *R. c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103.

a. Santé publique fédérale

i. Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

En 2003, l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) au Canada a mis en lumière le besoin d'améliorer le niveau de préparation et les infrastructures du pays en matière de santé. Les rapports évaluant l'intervention du Canada face à l'épidémie ont conclu que, dans les cas d'urgences de santé publique, le rôle de chef de file du gouvernement fédéral devait être renforcé par l'établissement d'un organisme fédéral consacré à la santé publique et la mise en place de nouveaux mécanismes pour améliorer la collaboration fédérale-provinciale-territoriale (FPT) et la coordination de la santé publique entre ces différents ordres de gouvernement⁴⁸.

Avant l'épidémie de SRAS, les fonctions de santé publique du gouvernement fédéral étaient assurées par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP), qui possédait un bureau principal à Ottawa et d'autres bureaux régionaux dans tout le pays. Au sein de la DGSPSP étaient regroupés le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence, le Centre de coordination de la surveillance et le Centre du développement de la santé humaine. Le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique a conclu que ce type d'organisation de la santé publique au sein d'un grand ministère ne permettait pas de focaliser les efforts fédéraux dans ce domaine⁴⁹.

De plus, selon le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, la DGSPSP ne pouvait pas assurer une résolution adéquate des conflits de compétence survenus pendant l'épidémie de SRAS⁵⁰. Le gouvernement fédéral, par exemple, ne disposait pas de l'autorité constitutionnelle nécessaire pour exiger que les provinces et les territoires lui transmettent des données de surveillance de la santé. Par conséquent, le gouvernement fédéral, n'ayant pas reçu suffisamment de renseignements du gouvernement de l'Ontario, n'a pas été en mesure d'informer l'OMS du degré de gravité réel de l'épidémie, ce qui a mené cette dernière à émettre des recommandations d'urgence pour les voyages à Toronto⁵¹.

Donnant suite à ces recommandations, le Parlement a adopté en 2006 une loi afin de créer l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et le poste d'administrateur en chef de la santé publique, et définir les mesures que peut prendre le gouvernement du Canada dans le domaine de la santé publique, et, notamment, en matière de protection et de promotion de la santé, d'évaluation et de surveillance de l'état de santé de la population, de prévention des maladies et des blessures, ainsi que de préparation et d'intervention en cas d'urgence sanitaire. La mise en œuvre de ces mesures peut s'appuyer sur la collaboration avec d'autres organismes de santé

⁴⁸ Tiedemann, 2006.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ Nola M. Ries, « Legal Foundations for a National Public Health Agency in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, n° 4, p. 282.

publique afin d'assurer la coordination des politiques fédérales en matière de santé publique, la consultation et la coopération avec les gouvernements provinciaux et territoriaux dans le domaine de la santé publique et la coopération avec les gouvernements étrangers et les organisations internationales, ainsi qu'avec les autres intervenants dans le domaine de la santé publique⁵².

L'administrateur en chef de la santé publique, dont la nomination est prévue par cette même loi, doit être un professionnel de la santé publique qui agit au titre d'administrateur général de l'Agence. Ses principales fonctions sont :

- la tenue du rôle de premier professionnel de la santé de l'administration publique fédérale en matière de santé publique;
- la communication avec les gouvernements, les autorités sanitaires et les organismes œuvrant dans le domaine de la santé publique, tant au Canada qu'à l'étranger;
- la communication avec le public, les organismes bénévoles du domaine de la santé publique et le secteur privé aux fins d'information ou de consultation en matière de santé publique;
- la présentation au ministre d'un rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada.

L'ASPC est devenue, au sein du portefeuille de la santé, le principal organisme chargé de soutenir le ministère de la Santé dans la coordination de l'ensemble des activités nationales de santé publique, et, notamment, des interventions en cas d'urgences de santé publique. L'ASPC mène ses activités dans le cadre de deux directions générales principales : la Direction générale de la planification et de l'intégration de la santé publique ainsi que la Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence (DGMIMU). Cette dernière travaille surtout à la prévention, à l'élimination et au contrôle des maladies infectieuses ainsi qu'à la protection des personnes et de leur santé à l'échelle nationale et internationale. Elle collabore avec des organismes fédéraux, les provinces et les territoires, ainsi que d'autres partenaires, et ce, tant au Canada qu'à l'étranger. Les représentants de la DGMIMU travaillent de pair avec le Réseau pancanadien de santé publique (voir ci-dessous) à l'élaboration et à la révision du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*.

La DGMIMU gère quatre programmes et deux laboratoires. Ceux qui jouent le rôle le plus important dans la capacité de préparation et d'intervention du gouvernement fédéral sont : le Laboratoire national de microbiologie (LNM), le Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses (CIMRI) et le CMIU. Les principales activités du LNM sont la recherche fondamentale et appliquée. Pour ce qui est de la préparation à une pandémie, le CIMRI

⁵² La Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada est disponible sur le site Web du ministère de la Justice, <http://laws.justice.gc.ca/PDF/Statute/P/P-29.5.pdf>, consulté le 2 novembre 2010.

se consacre au renforcement de la capacité de gestion et d'intervention du Canada en cas de maladies infectieuses et d'infections respiratoires émergentes ou réémergentes, dont une pandémie de grippe, tandis que le CMIU constitue le centre de coordination des questions de sécurité relatives à la santé publique. Les principales tâches du CMIU sont :

- l'élaboration des plans d'urgence nationaux pour le compte de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada;
- la surveillance des épidémies et des maladies se déclarant à l'échelle mondiale;
- l'évaluation des risques pour la santé publique en cas d'urgence;
- la vérification du caractère adéquat des politiques canadiennes sur la santé et des mesures d'urgence par rapport aux menaces pour la sécurité générale et la santé publique;
- l'élaboration de règles fédérales de santé publique qui régissent la sécurité en laboratoire et la quarantaine;
- le rôle d'autorité principale en santé du gouvernement du Canada en ce qui a trait au bioterrorisme, aux services de santé d'urgence et à l'intervention en cas d'urgence⁵³.

ii. Réseau pancanadien de santé publique

En 2005, les ministres FPT de la Santé au Canada ont créé le Réseau pancanadien de santé publique (RPSP) dans le but d'améliorer la collaboration FPT en matière de santé publique. Le mandat de ce réseau comprend, notamment, la diffusion de l'information, la formulation de conseils stratégiques et techniques aux sous-ministres de la santé FPT sur les questions de santé publique, y compris la planification et la préparation en cas d'épidémie, et le soutien des autorités pendant les urgences ou les crises. Le Réseau est dirigé par un conseil de 17 membres, dont des représentants FPT, qui est coprésidé par un représentant provincial ou territorial et l'administrateur en chef de la santé publique du gouvernement fédéral. Le conseil rend des comptes, au nom du Réseau, aux sous-ministres FPT de la Santé et au Conseil des ministres.

Les tâches du Réseau sont confiées à six groupes d'experts constitués d'universitaires, de scientifiques ainsi que de membres de la fonction publique et d'organisations non gouvernementales, qui œuvrent dans les domaines suivants : contrôle des maladies transmissibles, préparation et intervention en cas d'urgence, laboratoires canadiens de santé publique, surveillance et information, prévention et contrôle des maladies chroniques et des blessures, ainsi que promotion de la santé⁵⁴.

⁵³ ASPC, Centre de mesures et d'interventions d'urgence, <http://www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/index-fra.php>, consulté le 2 novembre 2010.

⁵⁴ Réseau pancanadien de santé publique, *Au sujet du Réseau : Le Réseau de santé publique pancanadien : Vue d'ensemble*, http://www.phn-rsp.ca/About_f.html.

iii. Santé Canada

Même si la plupart des responsabilités fédérales en matière de santé publique ont été confiées à l'ASPC, Santé Canada conserve certaines fonctions clés en matière de santé publique ainsi qu'en ce qui a trait à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence. Santé Canada possède notamment certaines responsabilités en matière de protection de la santé des Premières nations et des Inuits. Cependant, le partage des compétences relatives aux Autochtones constitue une question extrêmement complexe qui a un impact direct sur les services de santé offerts aux groupes autochtones. De plus, seuls les membres des Premières nations habitant dans les réserves et, dans certains cas, les Inuits des territoires du Nord ont accès aux programmes fédéraux destinés aux Autochtones.

Le gouvernement fédéral affirme que la prestation de soins médicaux aux Indiens inscrits vivant dans les réserves est une politique établie dans l'usage plutôt qu'un droit issu d'un traité. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada offre des services de santé publics et des services de santé non assurés aux communautés des Premières nations et aux Inuits.

De plus, Santé Canada est responsable de la protection de la santé des travailleurs des services publics fédéraux et des intervenants d'urgence fédéraux. Santé Canada est également chargé de l'approbation et du contrôle de l'innocuité des médicaments et des vaccins antiviraux nécessaires afin d'enrayer les menaces pour la santé publique, dont les pandémies. Enfin, Santé Canada partage avec l'ASPC certaines fonctions de santé publique, par exemple l'administration de la *Loi sur la mise en quarantaine*. De son côté, Santé Canada se charge de l'administration et de l'application de la loi en ce qui a trait au transport de marchandises et de fret, tandis que l'ASPC voit à l'application de la loi pour les voyageurs internationaux. De plus, Santé Canada et l'ASPC travaillent de concert à la promotion et à la coordination des efforts en matière de santé publique parmi les partenaires nationaux et internationaux dans le domaine de la santé⁵⁵.

iv. Sécurité publique Canada

Sécurité publique Canada est chargée de la coordination d'une intervention pangouvernementale en cas d'urgence. En vertu de la *Loi sur la gestion des urgences*, Sécurité publique Canada a élaboré le Plan fédéral d'intervention d'urgence, un plan d'intervention « tous risques » conçu pour permettre une intervention quel que soit le type d'urgence, qu'il s'agisse d'une attaque nucléaire ou d'une pandémie de grippe. Dans le cas d'une urgence de santé publique, l'ASPC est désignée comme organisme principal ou responsable et Sécurité publique Canada se voit chargée d'assurer le soutien de l'ASPC en coordonnant l'ensemble des efforts fédéraux en matière

⁵⁵ Gouvernement du Canada, *Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la santé*, septembre 2009.

d'intervention et de santé publique, ainsi qu'en garantissant le maintien des infrastructures et des services essentiels⁵⁶.

b. Santé publique provinciale/territoriale

Au Canada, l'autorité législative principale en matière d'activités de santé publique est détenue par les provinces et les territoires. Ainsi, chaque province ou territoire dispose d'un médecin-hygiéniste en chef (MHC) ou équivalent. En plus de conseiller les provinces ou les territoires sur les questions de santé publique, le médecin-hygiéniste en chef peut occuper le poste de directeur au sein du ministère de la Santé ou de la Santé publique d'une province ou d'un territoire. L'élaboration de politiques, la mise en place de programmes et l'allocation de fonds, dans le domaine de la santé publique, relèvent soit d'un ministère de la Santé, soit d'un organisme spécialement chargé de la santé publique, comme le Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique. De plus, il incombe aux ministères de la Santé ou de la Santé publique des provinces ou des territoires d'établir et de mettre en œuvre des plans d'urgence et des lignes directrices en cas de pandémie, notamment en ce qui a trait à la surveillance, à la prévention, au traitement et au contrôle⁵⁷.

c. Santé publique municipale/régionale

Dans les faits, la prestation de la plupart des services de santé publique relève des autorités municipales ou régionales, y compris la planification des interventions locales en cas de pandémie de grippe. Toutefois, il est important de souligner que ces autorités doivent assurer la prestation de ces services de santé conformément aux lois et aux règlements provinciaux ou territoriaux applicables, ainsi qu'à d'autres politiques, directives et conditions de financement. De plus, l'intervention des services de santé publique locaux doit, en cas de pandémie nationale, être coordonnée avec celles du gouvernement fédéral.

Au Canada, quatre modèles de gouvernance existent pour la prestation de services de santé publique locaux. Le modèle le plus répandu est celui de l'autorité ou du district régional, où des conseils élus ou nommés au niveau local sont chargés de la prestation de services de soins de santé dans une région géographique donnée. Dans ce modèle, la prestation de services de santé publique est jumelée à celle d'autres services de santé. C'est le modèle le plus courant dans les provinces de l'Ouest et dans les Maritimes. Un autre modèle est celui des conseils régionaux ou de district, également constitué de membres élus ou nommés au niveau local, mais ne s'occupant que de santé publique. Ce modèle se retrouve surtout à Terre-Neuve-et-Labrador. Le troisième modèle s'appuie sur des conseils municipaux ou des conseils de comté nommés par les municipalités et les provinces pour assurer les fonctions de santé publique et d'autres services communautaires. Ce modèle demeure celui de l'Ontario. Enfin, à l'Île-du-Prince-Édouard, les

⁵⁶ Gouvernement du Canada, *Plan fédéral d'intervention d'urgence*, décembre 2009, p. 1, <http://www.publicsafety.gc.ca/prg/em/fl/ferp-fra.pdf>.

⁵⁷ Cette section a été rédigée à partir de l'article intitulé *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada*, Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (Santé Canada), 2003, p. 52.

services sont provinciaux. Chacune de ces structures de santé publique locale ou régionale est conseillée par un médecin-hygiéniste, c'est-à-dire un médecin autorisé qui a fait des études supérieures en santé publique⁵⁸.

5. La pandémie de grippe H1N1 de 2009

Une nouvelle souche de virus de la grippe, de type A(H1N1), a été identifiée en avril 2009. Le virus s'est rapidement répandu dans plusieurs pays et, le 11 juin 2009, l'OMS a annoncé que l'écllosion de la grippe H1N1 répondait aux critères définis pour une pandémie. Au Canada, le premier cas confirmé de grippe H1N1 a été signalé le 23 avril 2009 et, au 11 juin 2009, le virus s'était répandu dans l'ensemble des provinces et des territoires. Le 10 août 2010, l'OMS a annoncé la fin de la pandémie de H1N1.

Le Canada a connu, en 2009, deux vagues distinctes de pandémie de grippe H1N1, la première au printemps, et la seconde à l'automne, la première ayant culminé au début de juin 2009, et la seconde au début de novembre 2009. La première vague a été beaucoup plus importante que la seconde avec 4 à 5 fois plus d'hospitalisations et de décès.

Un total de 40 185 cas de grippe H1N1 confirmés par laboratoire ont été signalés à l'ASPC durant la pandémie⁵⁹. Sur ce total, 8 678 cas ont été hospitalisés, dont 1 473 (16,9 %) en service de soins intensifs. Environ 60 % des cas admis en soins intensifs ont dû être mis sous respirateur. Au total, 428 Canadiens (4,9 %) sont décédés des suites de la grippe H1N1, soit un taux de mortalité d'environ 1,3 pour 100 000⁶⁰.

La pandémie de H1N1 de 2009 a été la première pandémie du XXI^e siècle, ainsi que la première pandémie combattue non seulement au moyen d'un vaccin, mais également d'antiviraux. Pour la première fois également, la communauté internationale a eu l'occasion de mettre en œuvre les plans de préparation et d'intervention en cas d'épidémie de grippe qui avait été établis et mis à jour au cours des deux dernières décennies.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 51-52.

⁵⁹ Il convient de souligner que le nombre de cas confirmés est probablement inférieur au nombre de cas réels, puisque tous les cas n'ont pas été confirmés par des analyses de laboratoire.

⁶⁰ Tous ces chiffres sont tirés du programme de *Surveillance de l'influenza* de l'ASPC.

3. CONSTATATIONS DU COMITÉ

Le résumé des témoignages qui suit est organisé en fonction des sujets qui ont été soulevés par les témoins. Ces sujets sont :

- les rôles des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière de santé publique;
- le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé
- les messages et la communication;
- les vaccins et les antiviraux;
- la collecte, la surveillance et l'analyse des données;
- la capacité de prestation des services de santé publique;
- la collaboration et la consultation;
- les collectivités autochtones;
- la recherche.

1. Rôles et responsabilités des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière de santé publique

Durant les audiences, le comité s'est fait dire que d'importantes améliorations avaient été apportées dans le domaine de la santé publique, en particulier depuis l'éclosion de SRAS en 2003 et la création subséquente de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Comme on l'a déjà mentionné, la santé publique au Canada est une responsabilité partagée, régie par des lois fédérales, provinciales et territoriales. Les rôles des différents ordres de gouvernement sont fonction des circonstances, de la portée et de la nature des situations. De façon générale, les témoins ont convenu que la répartition des rôles entre les différentes compétences était raisonnable et qu'elle n'était pas, à proprement parler, remise en question.

Des représentants de l'ASPC ont indiqué que durant la pandémie de grippe H1N1, le gouvernement fédéral a joué un rôle de premier plan au chapitre de la surveillance de la maladie; des programmes d'immunisation et d'administration d'antiviraux; des mesures de prévention des infections; des lignes directrices sur les soins cliniques; des communications de santé publique et des tests en laboratoire, mais pour certains témoins, le gouvernement fédéral aurait pu se montrer plus énergique. Certains intervenants de première ligne estimaient en effet que la responsabilité partagée en matière de santé publique devrait relever explicitement d'un leadership fédéral. Des témoins ont proposé différents moyens d'uniformiser l'intervention au niveau national, notamment cultiver l'approche actuelle de consultation des provinces et des territoires en vue de conclure des ententes mutuelles entre les différentes compétences; harmoniser la législation provinciale et territoriale et appliquer les pouvoirs constitutionnels en matière de paix, d'ordre et de bon gouvernement. Cependant, ils ont souligné que, en situation de pandémie, le but de l'intervention devrait porter sur l'uniformisation de l'intervention nationale.

Des responsables fédéraux ont parlé de la collaboration sans précédent des compétences, mais souligné que la prestation des services de santé relève des provinces. Les représentants des provinces se sont dits globalement satisfaits de la collaboration entre les gouvernements, mais ont indiqué qu'on devrait les laisser décider de la façon de mettre en œuvre les décisions dans leur territoire. Ainsi, le comité s'est fait dire que la consultation et la collaboration des provinces et territoires étaient la voie à suivre pour uniformiser l'intervention à l'échelle nationale. À ce propos, les témoins ont informé le comité de l'existence de protocoles d'entente fédéraux/provinciaux/territoriaux (FPT). Il s'agit du *Protocole d'entente fédéral-provincial-territorial sur le partage de renseignements pendant une urgence de santé publique*, du *Protocole d'entente fédéral, provincial et territorial sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique* et du *Protocole d'entente sur les rôles et les responsabilités en cas de pandémie d'influenza et sur les interventions dans le secteur de la santé lors de l'éclosion de la grippe H1N1 en 2009*. Ces protocoles d'entente décrivent l'intention générale des parties, mais n'ont pas force exécutoire,.

Des experts du droit de la santé et des bioéthiciens ont affirmé que les provinces et les territoires devraient harmoniser leurs lois en matière de santé publique, notamment celles qui ont trait aux pandémies et autres urgences de santé publique. Selon eux, certains plans provinciaux et territoriaux divergent sur certains aspects de la loi canadienne et cette incohérence pourrait entraver l'efficacité, l'efficience et la légitimité des interventions, en plus de miner la confiance du public envers le système. Comme cela s'est fait dans d'autres secteurs, ces témoins ont proposé de recourir à la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada afin de remédier aux lacunes et de tenir compte des réalités des différentes compétences. Ils ont attiré l'attention du comité sur le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique, qui avait, lui aussi, recommandé d'harmoniser les cadres législatifs s'appliquant aux urgences de santé publique⁶¹. Le comité s'est fait dire que les gouvernements FPT devraient engager des experts en politique et en droit de la santé dans une revue exhaustive des pouvoirs constitutionnels, des lois fédérales, provinciales et territoriales, ainsi que de la common law canadienne. Un tel processus permettrait de déterminer le statut juridique des mesures jugées nécessaires pour atteindre le but en matière de santé publique qui consiste à agir dans l'intérêt de tous les Canadiens.

Enfin, selon des témoins, une urgence de santé publique, comme une pandémie de grippe, peut justifier le recours aux pouvoirs en matière de paix, d'ordre et de bon gouvernement (POBG). Ils ont avancé que le moment était bien choisi pour définir les liens entre les pouvoirs associés à une pandémie et à une urgence et de communiquer cette information aux provinces et aux territoires. Discuter de cette question épineuse alors qu'aucune menace ne plane sur la sécurité publique pourrait permettre d'éviter l'inaction et la confusion en temps de crise. La plupart des témoins se

⁶¹ David Naylor, *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique*, Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique, octobre 2003.

sont dits d'avis qu'il était préférable de miser sur la coopération et la collaboration avec les provinces et les territoires. Mais, en vertu du principe de POBG, un plan de rechange juridique serait disponible en cas de besoin.

Sur la question du leadership fédéral, le comité s'est fait dire clairement que c'est le ministre de la Santé qui est responsable des situations d'urgence de santé, mais que l'ASPC joue le premier rôle. Selon Sécurité publique Canada, cette structure a bien fonctionné durant la pandémie de grippe H1N1. Les témoins ont expliqué la structure et les modalités d'intervention du programme de santé fédéral. Le Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé est prévu par la *Loi sur la gestion des urgences*. Ce Plan, qui opérationnalise l'intervention concertée des ministères et organismes visés en cas de situation d'urgence, a été, selon ce que l'on a déclaré au comité, mis à l'essai de nombreuses fois avant l'éclosion de la grippe H1N1. Le comité a visité le Centre des opérations d'urgence (COU), géré par l'ASPC, et s'est fait expliquer la façon dont les interventions rapides et permanentes sont coordonnées par le Centre. Le Centre a été mis en service dès que le virus H1N1 a été détecté, avant qu'il ne devienne une source d'inquiétude internationale, et il est demeuré opérationnel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pendant pratiquement toute la période de pandémie déclarée.

2. Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé

Globalement, les témoins ont reconnu que la préparation et l'intervention du Canada avaient été satisfaisantes. L'administrateur en chef de la santé publique du Canada (ACSP), le D^r David Butler-Jones, a insisté pour dire que le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (le Plan) a permis au Canada de créer, d'approuver, de produire et de distribuer le vaccin contre le virus H1N1, d'obtenir un taux élevé d'immunisation, de donner accès aux réserves d'antiviraux, de cibler les populations vulnérables et de lancer des campagnes publicitaires ou de sensibilisation du public à l'échelle nationale. Il a déclaré : « les Canadiens et Canadiennes, conjointement avec leur milieu, leurs institutions et leurs gouvernements, ont réagi efficacement, tout comme cela a été le cas à l'échelle mondiale. Cette réponse collective aurait été impossible sans les années de planification et les investissements en ce sens du gouvernement du Canada⁶². »

Ainsi, le comité a appris que les répercussions de la grippe H1N1 en 2009 ont été moins importantes que prévu, bien qu'il soit très difficile de déterminer dans quelle mesure cela est attribuable au Plan. Nombre de témoins ont souligné que le Canada était un chef de file sur bien des aspects de l'intervention, notamment pour ce qui est de l'identification du virus H1N1, de la production et de la livraison du vaccin et de la mise en commun d'informations à l'échelle mondiale. Bien qu'on ait souligné que l'hypothèse sur laquelle le Plan reposait était celle de la pandémie « de gravité modérée », ce qui permettait, avec une certaine souplesse, d'échelonner ce

⁶² Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Témoignages*, 29 septembre 2010, fascicule n° 12, 3^e session, 40^e législature.

dernier à la hausse ou à la baisse, les responsables du gouvernement ont reconnu que le Plan ne prévoyait pas suffisamment de souplesse. Des responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux, ainsi que des intervenants de première ligne ont laissé entendre qu'un plan révisé devrait être adapté à la réalité selon laquelle les pandémies de grippe se sont manifestées à différents degrés de gravité dans le passé et que le Plan devrait être assez souple pour pouvoir être adapté à la situation, tenir compte des nouvelles connaissances scientifiques et suivre l'évolution de la gravité du virus durant la pandémie. Un plan échelonnable en cas de pandémie prévoirait des mesures donnant suite, en temps réel, aux observations sur le terrain, plutôt qu'à un scénario de la pire éventualité. À ce propos, le comité a appris que la Saskatchewan avait accéléré la revue de son plan provincial en cas de pandémie pour y intégrer plusieurs degrés de gravité clinique et, au lieu de prescrire une intervention donnée, faire en sorte que l'intervention retenue soit fondée essentiellement sur l'évaluation des risques.

Selon plusieurs témoins, le Canada n'a pas tiré profit de la grippe saisonnière pour améliorer le Plan et se préparer adéquatement. Une évaluation permanente de la grippe saisonnière permettrait d'ériger l'infrastructure nécessaire et de mettre à l'épreuve certains éléments de la préparation à une pandémie. La ministre de la Santé, l'honorable Leona Aglukkaq, a déclaré que la pandémie de grippe H1N1 était la première épreuve véritable du Plan. Plusieurs témoins ont indiqué qu'il aurait dû y avoir plus d'essais réguliers avant l'éclosion du virus en 2009, et que tous les intervenants jusqu'à l'échelon local, y compris les travailleurs de la santé, auraient dû y prendre part. De tels exercices auraient pu faire ressortir certains des problèmes dont il sera question plus loin au sujet de la communication et de la diffusion des messages, des vaccins et des antiviraux, de la surveillance, de la collecte et de l'analyse des données, de la capacité, de la collaboration, de la recherche et des collectivités autochtones.

Sécurité publique Canada a souligné que certains des ministères et organismes fédéraux n'avaient pas éprouvé leurs plans en cas de pandémie de grippe avant celle de la grippe H1N1. À l'été 2009, Sécurité publique Canada a avisé les ministères et organismes qu'ils devaient exercer leurs plans. Un suivi réalisé avant la deuxième vague a permis de constater que 70 % des ministères et organismes s'étaient conformés à la directive; après la deuxième vague, ils étaient 90 % à l'avoir fait.

En outre, dans l'éventualité d'une pandémie, comme cela a été le cas de la grippe H1N1, Sécurité publique Canada élabore, avec les ministères et organismes fédéraux chargés de l'infrastructure essentielle, des rapports quotidiens sur l'état de la situation; heureusement, la dernière pandémie n'a eu aucune incidence sur l'infrastructure essentielle. Sécurité publique Canada participe par ailleurs à plusieurs initiatives de gestion des urgences en collaboration avec des hauts responsables des provinces et des territoires et en 2006, il a mis sur pied un groupe de travail du secteur privé sur la planification des mesures à prendre en cas de pandémie. Composé de représentants de 10 secteurs de l'infrastructure essentielle, ce groupe doit veiller à l'uniformisation de la préparation et de la planification des pandémies de grippe.

Plusieurs témoins ont indiqué qu'il faudrait élaborer des lignes directrices cliniques nationales. Au début de la pandémie, certains avaient l'impression que l'ASPC assumerait le leadership en ce qui a trait à l'orientation des soins cliniques. Un Groupe de travail sur les soins cliniques et les vaccins pandémiques a été mis sur pied dans la structure du Réseau de la santé publique, mais son mandat était flou. Ultérieurement, il a été établi que le mandat du Groupe de travail consisterait à offrir une tribune pour faciliter et appuyer l'élaboration de lignes directrices cliniques en consultation avec des organisations nationales. Parce qu'on a tardé à arrêter le rôle du Groupe de travail, la plupart des compétences ont élaboré elles-mêmes leurs propres lignes directrices.

Le Plan a aussi été critiqué pour sa portée. Même si le Plan actuel met l'accent sur le secteur de la santé, ses annexes fournissent des renseignements plus larges. Par exemple, l'annexe L, *Système fédéral de préparation et d'intervention d'urgence*, et l'annexe O, *Le rôle des services sociaux d'urgence dans la planification en cas de pandémie de grippe au Canada*, traitent de la préparation de services autres que ceux de santé. À ce propos, le comité s'est fait dire que pour les aspects qui ne relèvent pas de la santé publique, Sécurité publique Canada, en vertu de la *Loi sur la gestion des urgences*, a la responsabilité de veiller à ce que tous les ministères et organismes fédéraux élaborent et mettent en œuvre leurs propres plans de préparation d'urgence.

Des représentants de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), qui relève du portefeuille de l'Agriculture, sont venus expliquer le rôle tenu par l'Agence dans la pandémie de grippe H1N1. L'Agence collabore étroitement avec d'autres secteurs du portefeuille de l'Agriculture sur les questions émergentes qui ont trait à la santé animale, ainsi qu'avec le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international sur les répercussions économiques de la fermeture des frontières aux animaux et aux produits animaux en provenance du Canada. À cet égard, l'ACIA a travaillé à un protocole d'entente avec les États-Unis et le Mexique en vue d'uniformiser les interventions des trois pays et de réduire au minimum la confusion dans le marché.

Certains témoins ont parlé du budget de 2006 alloué à la préparation en cas de pandémie, soit 1 milliard de dollars sur cinq ans. Ce montant prévoit une réserve pour éventualités de 400 millions de dollars et répartit 600 millions de dollars entre l'ASPC (367 millions), Santé Canada (16,5 millions), l'ACIA (195 millions) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (21,5 millions). Ces fonds viennent à échéance en mars 2011, mais ils devraient être renouvelés si l'on veut que le Canada soit en mesure de maintenir sa capacité et son infrastructure, de mener des consultations efficaces et de mettre à jour le Plan, et de faire fond sur les réalisations en matière de recherche. Dans son témoignage au comité, la ministre de la Santé a déclaré qu'une approche semblable serait adoptée de sorte qu'on dispose des ressources nécessaires à la mise en œuvre d'un plan en cas de pandémie.

Des témoins ont affirmé au comité qu'une infrastructure de santé solide améliorerait la capacité du Canada à intervenir en cas de crise de santé publique. Des responsables de la santé ont

indiqué qu'il faut s'attarder davantage à la santé publique si l'on veut stimuler la confiance du public à l'égard du système. Cette confiance favorisera à son tour l'assurance manifestée par la population envers l'intervention en cas de pandémie, si une éclosion devait menacer la santé publique. De même, les pratiques de santé publique et, par conséquent, les plans en cas de pandémie, devraient être harmonisés, de sorte que les différences d'une compétence à l'autre soient minimales ou nulles, ce qui aura, encore une fois, un effet positif sur la confiance du public.

3. Messages et communications

Plusieurs témoins ont félicité le gouvernement fédéral, notamment l'ASPC et le D^r Butler-Jones, pour les efforts de communication sans précédent déployés durant la pandémie de grippe H1N1. En faisant la comparaison avec la crise du SRAS, ils ont souligné que la communication entre le fédéral, les provinces et les territoires s'était grandement améliorée. Certains ont indiqué qu'il était assez singulier qu'un administrateur général, à savoir l'administrateur en chef de la santé publique, le D^r Butler-Jones, et non un ministre, ait été la figure de proue dans cette situation d'urgence. Tous ceux qui se sont exprimés à ce sujet ont dit que l'ACSP était le mieux placé pour communiquer avec les Canadiens à propos de la grippe H1N1 et qu'il s'était très bien tiré d'affaire.

Malgré la nette amélioration des communications par rapport à la crise du SRAS et les éloges dont l'ACSP a été l'objet, ce sont les messages et la communication qui ont été le plus souvent critiqués durant l'étude. Cette question est vaste et englobe la communication du gouvernement fédéral avec les Canadiens et les messages qui leur étaient destinés; la communication du fédéral avec les provinces et les territoires, les rôles de chacun, le cas échéant, dans les messages diffusés aux Canadiens par différents médias; et la responsabilité à l'égard des communications bidirectionnelles, si elle était possible ou utile.

Globalement, les messages du gouvernement fédéral diffusés à la population canadienne ont été perçus comme très uniformes et efficaces. Au nombre des messages efficaces, mentionnons les mises à jour sur l'état de la pandémie dès le début, ainsi que la promotion de moyens de réduire la propagation de la maladie, dont tousser et éternuer dans le creux du coude, se laver les mains et utiliser un désinfectant pour les mains. Quelques témoins ont mentionné que, parfois, les messages livrés par l'ASPC créaient de la confusion, par exemple en ce qui a trait à l'innocuité du vaccin. Au Canada, le principal vaccin contre la grippe H1N1 était adjuvanté. Parce que les données sur l'innocuité de ce type de vaccin n'incluaient pas les femmes enceintes, on ne pouvait offrir aucune garantie pour ce groupe, ce qui ne voulait toutefois pas dire qu'on avait des raisons de croire que le vaccin n'était pas sécuritaire. Mais faute de données sur l'innocuité des vaccins avec adjuvants pour les femmes enceintes, le Canada a aussi commandé un vaccin sans adjuvant, soit le type de vaccin habituellement administré contre la grippe saisonnière. Certains témoins ont dit des messages qui expliquaient la différence entre les vaccins avec et sans adjuvant qu'ils étaient vagues et créaient de la confusion.

Les messages sur la disponibilité du vaccin ont été qualifiés, eux aussi, de confus. L'ASPC a avisé les Canadiens qu'il y aurait suffisamment de doses pour tous ceux qui voudraient se faire immuniser, tout en soulignant que certains groupes seraient traités en priorité. Les Canadiens se sont demandé pourquoi il fallait établir une priorité alors qu'il devait y avoir suffisamment de vaccins pour tout le monde. Des témoins ont indiqué qu'il aurait été facile d'expliquer que toutes les doses ne pourraient être disponibles la première journée; néanmoins, le message du gouvernement à ce sujet n'était pas clair.

Cette confusion aurait pu être évitée par des stratégies de communication plus efficaces. Les messages à la population auraient dû expliquer plus clairement la capacité de production du vaccin et de livraison aux cliniques d'immunisation, et dire que ces contraintes faisaient en sorte que les plus vulnérables seraient traités en priorité. Le comité a appris que les scientifiques appuyaient fermement les recommandations de l'ASPC, mais qu'ils n'avaient pas su relayer cette information adéquatement. Le degré de réussite de la communication a influé directement sur la confiance de la population à l'égard du gouvernement fédéral et de l'ASPC, en particulier.

Les témoins ont eu beaucoup à dire sur le filtrage des messages destinés aux provinces et territoires jusqu'aux localités, et sur le rôle des médias. L'annexe K du Plan traite des communications et établit le cadre d'une communication publique coordonnée et uniforme pour l'ASPC, Santé Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux. L'ASPC a bien affirmé que les réseaux de communication avaient fait l'objet de tests préliminaires, mais l'annexe ne fournit qu'une orientation. Un témoin a affirmé : « de nombreuses voix, un seul message », et plusieurs se sont demandé si cela était réellement faisable dans une société libre et démocratique. Globalement, les responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux se sont dits satisfaits de la coopération des gouvernements; toutefois, certains ont indiqué qu'il était nécessaire d'harmoniser la communication. À ce propos, le comité a appris que les responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux des communications se sont réunis quotidiennement par téléconférence dans le but de formuler des messages clairs et cohérents.

Les messages étaient diffusés par les provinces et territoires aux localités, mais selon les professionnels de la santé, l'information provenait de multiples sources. Cela ne signifiait pas nécessairement que les messages n'étaient pas uniformes, mais les professionnels de la santé étaient trop occupés pour trier toute cette information en vue de déterminer quel était le message central. À ce propos, le comité s'est fait dire que de meilleurs liens devraient être créés entre les systèmes de soins primaires et de courte durée. Des témoins ont expliqué que des liens existent déjà dans le système de santé publique dans les provinces, entre celles-ci et avec le gouvernement fédéral, selon la nature du travail. Cela n'est pas le cas dans les milieux des soins primaires et de courte durée, mais il faut comprendre que ces services deviennent essentiels en situation d'urgence de santé publique. Par conséquent, les réseaux devraient favoriser la communication bidirectionnelle et intégrer une expertise en soins primaires à la planification de la santé publique.

L'essentiel des préoccupations sur les messages contradictoires portait sur la divergence des points de vue exprimés dans les médias. On convient, en général, qu'on ne peut contrôler l'expression de ces points de vue, mais il est toutefois possible d'atténuer l'impact. L'un des moyens d'y parvenir est de stimuler la confiance de la population à l'égard des fonctionnaires, préférablement dès que survient un problème de sécurité publique. La population serait alors plus portée à donner foi aux messages livrés par des fonctionnaires crédibles, en qui elle a déjà confiance, plutôt qu'à des « têtes parlantes ».

Une autre façon de réduire l'incidence des messages contradictoires véhiculés par des personnes qui ne sont pas des experts est de nouer des liens préalables avec les médias, dans les périodes où aucune menace ne plane sur la santé publique. Le comité s'est fait dire que les médias grand public veulent être utiles puisqu'ils ont un intérêt dans l'éducation de la population, c'est pourquoi des partenariats entre des leaders d'opinion de confiance et les médias devraient être conclus. L'ASPC a indiqué par ailleurs qu'elle avait tenté de contrer la désinformation qui circulait sur Internet avec l'aide d'une équipe d'agents de relations avec les médias grâce à son système de « détection et correction ». Le comité souligne les efforts de l'ASPC à cet égard. L'ASPC a indiqué qu'à l'avenir, elle se concentrerait davantage sur cette question afin d'être en mesure de réagir plus rigoureusement.

L'uniformisation des messages se complique lorsqu'on inclut les nouveaux médias. Plusieurs témoins ont parlé des défis qui se posent lorsqu'on veut s'attaquer à la désinformation qui circule sur Internet, notamment dans des sites Web reconnus, comme Facebook, Twitter et certains blogues. Le comité a appris qu'il était impossible de contrôler ces sites, mais qu'on pouvait le faire pour l'information diffusée par le gouvernement. On a indiqué qu'une façon d'atténuer l'incidence de la désinformation pourrait être de nouer des partenariats avec des leaders d'opinion, qui bénéficient du respect et de la confiance de la population. Par ailleurs, les gouvernements doivent se tourner vers les médias sociaux et trouver des moyens de s'en servir, d'une façon mesurée, afin de garder le cap sur les menaces qui se posent pour la santé publique.

Les audiences ont porté sur des moyens de communication non conventionnels que le gouvernement pourrait envisager d'adopter. Le fabricant du vaccin a proposé d'agir comme facilitateur pour la communication entre la population et le secteur privé. Les pharmaciens ont fait savoir qu'ils étaient les mieux placés pour donner de l'information sur l'utilisation des vaccins et des antiviraux, ainsi des renseignements généraux sur les maladies infectieuses telles que la grippe et les interventions non médicales, y compris les mesures d'hygiène personnelle et d'isolement social. Ces moyens de communiquer avec le public pourraient être efficaces, étant donné que les pharmaciens bénéficient déjà d'une grande confiance de la population.

Durant l'étude, la question de la communication de pratiques exemplaires a été soulevée. Comme certains responsables l'ont déclaré, peu importe la planification, il y aura toujours des leçons à tirer d'une pandémie ou d'autres situations d'urgence en santé publique. Plusieurs témoins ont parlé du besoin de créer un mécanisme pour diffuser des pratiques exemplaires à

d'autres compétences. Certains ont cité l'exemple des programmes d'immunisation de masse, qui ont connu différents degrés de réussite selon les compétences. On a mentionné que si on avait eu accès à un registre central de pratiques exemplaires, certains problèmes auraient pu être évités et que ce type d'échange d'information aurait pu permettre d'épargner temps et ressources, deux denrées rares.

4. Vaccins et antiviraux

a. Vaccins

Dans le cadre de son étude, le comité a longuement discuté des vaccins, et les témoignages ont porté entre autres sur le contrat FPT, la réglementation de l'approbation, le conditionnement⁶³, la distribution, les programmes et la couverture, ainsi que l'établissement des priorités.

i. Contrat FPT

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC), qui exécute le Programme fédéral-provincial-territorial d'achat collectif de médicaments et de vaccins, a expliqué la nature du programme au comité. Lancé en 1973, le programme permet à toutes les compétences de bénéficier d'économies d'échelle grâce à l'achat groupé de vaccins contre la grippe pour toutes les provinces et les territoires, ainsi que pour les six ministères fédéraux autorisés à fournir des services de santé aux militaires, aux membres de la Gendarmerie royale du Canada, aux Premières nations habitant dans des réserves, aux anciens combattants, aux détenus fédéraux et aux réfugiés.

En 2000, dans le cadre de la planification de la pandémie entamée en 1998, des demandes de propositions ont été lancées en vue de trouver un fournisseur canadien de vaccins contre la grippe en cas de pandémie. À l'époque, TPSGC avait appris qu'une seule entreprise était intéressée à se doter de la capacité de produire suffisamment de vaccins pour immuniser toute la population canadienne dans l'éventualité d'une pandémie. En 2001, un contrat de 10 ans a été attribué à ID Biochemical aux termes duquel l'entreprise devait répondre à la totalité des besoins du Canada en matière de vaccins contre la grippe si une pandémie survenait. De plus, le contrat prévoyait que l'entreprise fournirait 50 % des vaccins contre la grippe saisonnière, ce qui lui permettrait de maintenir une capacité suffisante en cas de pandémie. En outre, le Canada aurait la priorité, ce qui signifiait que l'entreprise, aujourd'hui la propriété de GlaxoSmithKline (GSK), devrait fournir les doses requises au Canada avant d'approvisionner d'autres clients. Étant donné que GSK conserve 25 % des 50 % restants de l'approvisionnement de vaccins contre la grippe saisonnière, elle doit fournir, en vertu du contrat, 75 % des vaccins contre la grippe saisonnière ainsi que 100 % des vaccins contre la grippe en cas de pandémie. Le comité a appris qu'au cours des 10 années du contrat, l'entreprise avait touché des « droits de préparation à la pandémie », mais le comité n'a pas su à combien s'élevaient ces droits. TPSGC a précisé que le vaccin contre

⁶³ Le terme 'conditionnement' veut dire emballage, mais il est spécifique aux médicaments

la grippe saisonnière est payé entièrement par les provinces et les territoires, tandis que le fédéral, et les provinces et territoires se partagent les coûts du vaccin en cas de pandémie dans une proportion de 60:40.

Le comité s'est fait dire qu'il était essentiel de conclure une entente avec un fournisseur canadien qui approvisionnerait le Canada en priorité si l'on voulait s'assurer d'avoir suffisamment de doses pour tous les Canadiens. Des témoins ont dit qu'en janvier 2010, certains pays qui n'avaient pas conclu de tels accords n'avaient toujours pas reçu leurs vaccins. On a expliqué par ailleurs au comité que la commande avait été passée il y a huit ans, mais que le nombre de doses demandées, soit 50,4 millions, avait été produit à l'été 2009. Cette commande était basée sur un taux de vaccination de 75 %, à raison de deux doses par personne. Lorsqu'on a su qu'une seule dose serait nécessaire, la commande a été réduite. Les témoins du gouvernement ont insisté pour dire que le prix qui avait été négocié était très avantageux et que les Canadiens avaient payé beaucoup moins que les habitants d'autres pays occidentaux. Les témoins ont souligné par ailleurs que les coûts d'achat du vaccin contre la grippe H1N1 seraient recouverts dans les programmes de vaccination contre la grippe saisonnière. Le comité a appris que sept huitièmes des coûts du vaccin étaient attribuables à l'adjuvant, auquel il faudrait incorporer l'antigène. L'adjuvant non utilisé serait conservé pour usage ultérieur.

Le contrat de 10 ans actuellement en vigueur vient à échéance en 2011. TPSGC a fait savoir que, en préparation du prochain contrat, il a mené en mars 2010 une consultation à laquelle on participé six fournisseurs, dont un seul est doté des installations nécessaires pour produire le vaccin au Canada. En avril 2010, deux demandes de proposition ont été lancées. Ces deux demandes correspondent presque en tous points aux contrats actuels de vaccins contre la grippe, sauf qu'elles exigent un fournisseur de réserve en cas de pandémie. Il n'est pas exigé que ce dernier soit installé au pays. De plus, le nouveau contrat prévoira une plus grande collaboration avec les provinces. Des six fournisseurs présents à la consultation, trois ont donné suite aux deux demandes. Le processus suit son cours.

ii. Réglementation de l'approbation

Santé Canada est responsable d'évaluer l'innocuité, la qualité et l'efficacité des médicaments au Canada, dont les vaccins, et d'approuver la commercialisation de ces produits au pays. Le vaccin contre la grippe H1N1 pose un défi supplémentaire pour l'approbation, puisqu'il contient un adjuvant, une substance intégrée à la formule du vaccin pour le rendre plus efficace; une petite dose de vaccin avec adjuvant suffit donc généralement à provoquer une réaction immunitaire. Des témoins ont expliqué au comité comment Santé Canada avait été en mesure d'accélérer l'approbation du vaccin sans compromettre son innocuité. Des représentants de Santé Canada ont expliqué comment ils avaient réussi à approuver le vaccin, Arepanrix^{MC}, pendant sa production. Grâce à une bonne planification et à la collaboration d'autres pays, dont les États-Unis, l'Union européenne et l'Australie, le Canada a eu accès aux données mondiales et ainsi pu approuver le

vaccin avec adjuvant contre la grippe H1N1 à partir de données recueillies et évaluées en temps réel.

iii. Conditionnement

Plusieurs témoins ont parlé du conditionnement du vaccin contre la grippe H1N1. C'est le fabricant GSK qui a décidé du type de conditionnement qui serait utilisé pour accélérer la distribution. La décision reposait sur l'hypothèse selon laquelle le vaccin serait fourni presque exclusivement aux cliniques de vaccination de masse. C'est ainsi qu'il a été conditionné dans des boîtes de 50 fioles de 10 millilitres, pour un total de 500 doses. Au point de livraison, les fioles devaient être mélangées avec l'antigène H1N1. Après le mélange, les fioles pouvaient être conservées pendant 24 heures.

Des témoins ont indiqué que ce conditionnement avait posé problème pour plusieurs raisons. Premièrement, les boîtes de 500 doses étaient trop volumineuses pour les cabinets de médecins. Plusieurs témoins se sont dits frustrés que l'on ait opté pour de si gros envois et se sont demandé pourquoi on avait présumé que le vaccin ne serait pas livré aux cabinets de médecins.

Deuxièmement, les médecins qui voulaient commander le vaccin devaient se soumettre à un processus de sélection préalable afin d'être admissibles, et disposer, entre autres, d'un type de réfrigérateur jamais exigé auparavant pour la conservation des vaccins. Ce processus a ralenti davantage la vaccination de la population.

Troisièmement, certaines compétences ont décidé de réemballer les grosses boîtes avant de les expédier. Outre le temps requis pour réemballer le produit, certains problèmes de réglementation se sont posés, le conditionnement des vaccins étant régi par le *Règlement sur les aliments et drogues*. Par conséquent, la livraison du vaccin aux utilisateurs finaux a encore une fois été retardée.

iv. Distribution, programmes et couverture

Des témoins se sont dits satisfaits de la performance globale du Canada pour ce qui est de fournir le vaccin au pays et ils ont souligné que la pandémie de grippe H1N1 avait marqué la plus importante campagne de vaccination de l'histoire du Canada. Des témoins de GSK ont indiqué qu'en 20 semaines, malgré quelques problèmes de production, l'entreprise a été en mesure de développer un vaccin et d'entamer la production de masse. Ils ont indiqué que le vaccin contre la grippe saisonnière prend habituellement sept mois.

Même si le Canada n'a pas été le premier à disposer d'un vaccin, il s'est classé parmi les huit premiers. La Chine, première à avoir un vaccin à la 39^e semaine, n'en a toutefois obtenu qu'une infime quantité par rapport à sa population. Le Canada, quant à lui, en a eu suffisamment pour immuniser tous ceux qui le désiraient. Les responsables du gouvernement ont souligné que le

Canada s'est acquitté des programmes d'immunisation plus rapidement que d'autres pays, à l'exception de l'Australie.

Des témoins ont mentionné quelques problèmes à propos de la distribution du vaccin. Par exemple, il était impossible, pour les compétences, de prévoir le nombre de doses qui leur seraient livrées aux fins de distribution. Même si elles connaissaient les projections en matière de distribution, les problèmes fréquents de la production ont entraîné des changements, à brève échéance, quant aux quantités livrées. En Ontario, le fait que l'approvisionnement ne correspondait jamais à la demande a été une source de frustration. Les responsables fédéraux ont expliqué que les problèmes de production étaient inévitables, mais que la communication aurait certainement pu être meilleure. De même, certains ont laissé entendre que les chaînes de distribution habituelles, bien établies, auraient pu être utilisées. Les responsables fédéraux ont répondu qu'elles l'avaient été, tout en reconnaissant que les compétences auraient pu avoir recours aux mécanismes qui répondaient le mieux à leurs besoins. Le comité a appris de l'administrateur provincial de la santé publique de la Colombie-Britannique que cette province avait eu recours à la chaîne d'approvisionnement habituelle, tandis que la Nouvelle-Écosse avait modifié la façon dont elle distribue les vaccins, car on croyait que la distribution aux cabinets de médecins aurait pris trop de temps.

Des témoins ont parlé des difficultés rencontrées à l'échelle régionale lors de la mise en place des cliniques de vaccination de masse. Certains ont reconnu que le Plan n'avait pas anticipé les difficultés éventuelles associées à la vaccination d'une proportion importante de la population dans un très court laps de temps. D'autres ont mentionné que ce processus avait été compliqué davantage par la deuxième vague de la pandémie, qui s'était produite plus tôt que ce qu'on observe normalement avec la grippe.

De même, le Canada s'est bien tiré d'affaire en ce qui a trait au taux global d'immunisation. Alors que le taux de couverture variait considérablement d'une région à l'autre, globalement, le Canada a obtenu un taux de couverture d'environ 45 % (plus de 40 % selon certains témoins), devancé uniquement par la Suède (70 %). Les États-Unis, qui ont commencé plus tôt que le Canada, ont connu plusieurs difficultés de production et disposaient d'un approvisionnement limité; leur taux de couverture n'a atteint que 20 %. L'Australie a obtenu un taux d'environ 25 %, le Japon, d'environ 12 % et le Royaume-Uni, de seulement 7 %. Au Canada, des témoins ont indiqué que les taux de couverture avaient évolué selon une tendance à la hausse vers l'Est, et les taux les plus élevés ont été observés dans les collectivités éloignées du Nord. Selon les témoins, les taux de couverture se sont établis à 41 % en Colombie-Britannique, à 50 % en Saskatchewan, à 38 % en Ontario et à 80 % à Terre-Neuve; chez les travailleurs de la santé, le taux de couverture a atteint 66 %.

v. Établissement des priorités

Plusieurs témoins ont déclaré que l'essentiel de la confusion engendrée par les messages avait trait à l'établissement des priorités pour la vaccination. En septembre 2009, l'ASPC a publié, conformément aux lignes directrices de l'OMS, une liste des groupes prioritaires éventuels pour la vaccination. Les représentants de l'ASPC ont déclaré que cette liste avait été dressée en collaboration avec les provinces et les territoires. Elle avait été établie parce que, même si on savait qu'on disposerait de doses suffisantes de vaccin pour immuniser tous ceux qui voudraient le recevoir, elles ne seraient pas toutes disponibles en même temps. Et même si elles l'avaient été, il n'aurait pas été possible de vacciner tout le monde à la fois. La liste classait donc par ordre de priorité les groupes les plus à risque de complications. Selon ce que le comité a appris, la liste était considérée comme un guide et les compétences pouvaient l'adapter à leurs circonstances particulières. Le premier groupe prioritaire, selon l'ASPC, était les personnes de moins de 65 ans atteintes d'états chroniques, les femmes enceintes et les enfants âgés de 6 mois jusqu'à moins de 5 ans, les personnes résidant dans des localités ou des communautés éloignées et isolées, les travailleurs de la santé participant à l'intervention de lutte contre la pandémie ou dispensant des soins de santé essentiels, les personnes en contact avec des nourrissons âgés de moins de six mois ou les personnes immunodéficientes. Le second groupe incluait pratiquement toutes les autres personnes, y compris les premiers intervenants.

Le comité s'est fait dire par plusieurs premiers intervenants (pompiers, etc.) et intervenants de première ligne (enseignants, etc.) qu'ils auraient dû faire partie des premiers groupes prioritaires. À ce propos, le comité s'est fait dire que les deux objectifs du Plan étaient conflictuels. Ces objectifs étaient de réduire au minimum les cas graves et la mortalité attribuables à la pandémie, tout en atténuant le plus possible les perturbations sociales. Parce qu'il fallait prioriser l'un ou l'autre de ces objectifs, on a choisi de se concentrer sur la maladie et la mortalité chez les plus vulnérables ainsi que chez ceux qui prennent soin de ces personnes.

Des témoins ont critiqué la manière dont ces priorités ont été communiquées ainsi que le fait qu'il s'agissait simplement de lignes directrices et que les compétences pouvaient y déroger, ce qu'elles ont fait. Le comité s'est fait dire que l'ASPC aurait pu mieux expliquer les priorités et insister sur le fait que les dérogations éventuelles seraient fondées sur les problèmes propres aux compétences ou aux régions.

Des témoins ont souligné que l'établissement de priorités se justifiait, fondées sur des éléments probants, mais qu'il était difficile d'appliquer ces priorités sur le terrain. En effet, des travailleurs de la santé se sont demandé comment appliquer cette liste puisque les personnes visées ne vivaient pas en isolement, mais au sein de familles et de collectivités. Ils ont demandé au comité s'il était éthique ou moral de n'immuniser que les femmes enceintes qui se présentaient à la clinique avec leur époux et leurs enfants, considérés par ailleurs comme non prioritaires.

b. Antiviraux

Des témoins ont parlé du rôle important joué par les antiviraux dans la préparation à une pandémie étant donné que le vaccin n'est habituellement pas disponible durant la première vague, du moins, avec les technologies actuelles. Les antiviraux constituent donc la première ligne de défense lorsque les mesures de prévention telles que le lavage des mains et l'isolement social ont échoué. TPSGC a expliqué que le Programme fédéral-provincial-territorial d'achat collectif de médicaments et de vaccins coordonne deux systèmes d'accumulation de réserves. Le premier, la Réserve nationale de secours (RNS), est géré et financé par le fédéral. Le RNS permet d'aider rapidement les provinces et les territoires à réagir à une pandémie de grippe. Le deuxième est financé et administré par les provinces et les territoires et consiste en l'approvisionnement d'antiviraux.

Le comité a appris qu'on avait eu recours à la RNS durant la pandémie de grippe H1N1 et que cette utilisation s'était accrue considérablement entre la première et la deuxième vague, ce qui avait contribué à réduire les complications, les hospitalisations et la mortalité. Roche Canada, le fabricant de Tamiflu, l'un des antiviraux de la RNS, a fait savoir qu'environ 500 000 doses de traitement avaient été prescrites au Canada de mai à décembre 2009. L'entreprise a indiqué qu'elle avait collaboré étroitement avec l'ASPC ainsi qu'avec l'Association des pharmaciens du Canada pour veiller à ce que des renseignements à jour soient disponibles en tout temps.

Le D^r Butler-Jones a indiqué que les lignes directrices cliniques sur l'utilisation des antiviraux pour la grippe H1N1 ont évolué avec le temps. Il a expliqué que les idées reçues voulaient qu'au début de la pandémie, les antiviraux ne seraient efficaces que s'ils étaient administrés dans les 48 heures après l'apparition des symptômes. Il a toutefois été déterminé par la suite qu'ils pouvaient être administrés après ce délai, même si leur efficacité était réduite.

La préparation à la distribution et à l'utilisation à grande échelle des antiviraux n'a pas été éprouvée durant ou avant l'éclosion de grippe H1N1. On a laissé entendre que les marches à suivre pour les interventions autres que la vaccination, dont la distribution des antiviraux, devraient être rigoureusement mises à l'épreuve. On a émis des commentaires concernant la durée de conservation des antiviraux et de la nécessité de garder les réserves à jour. Pour ce qui a trait enfin à la résistance aux antiviraux, le comité s'est fait dire qu'elle faisait l'objet d'un suivi, mais qu'il ne serait pas possible de tester tous les échantillons de patients continuellement pour déterminer s'ils ont développé une résistance et qu'il vaudrait mieux se concentrer sur ceux qui ont mal réagi au traitement par antiviraux.

5. Collecte, surveillance et analyse des données

L'administrateur en chef de la santé publique a laissé entendre que le Canada est doté de l'un des meilleurs systèmes au monde en ce qui a trait à la surveillance des données sur les hospitalisations, les admissions aux unités de soins intensifs et les taux de mortalité, mais que ces informations ne sont pas produites en temps réel. En fait, l'essentiel des données est recueilli

après coup. Il a précisé qu'il est nécessaire de collecter un premier ensemble de données en temps réel pour aider les responsables et les travailleurs de la santé à gérer la situation, puis un second pour examen ultérieur. Les témoignages livrés dans le cadre de la présente étude ont porté davantage sur la collecte, la surveillance et l'analyse des données en temps réel pour gérer une telle urgence de santé publique et y intervenir.

Le comité s'est fait dire que Santé Canada est responsable d'approuver les vaccins, mais que c'est l'ASPC qui doit suivre les effets indésirables qui y sont associés. L'ASPC tient à jour une base de données sur les effets indésirables, laquelle base de données fait l'objet d'un suivi étroit. Des témoins ont indiqué qu'ils se demandaient si les cas d'effets indésirables seraient signalés au RPSP. Certains ont qualifié le système de passif et indiqué qu'il ne permet de recueillir que les rapports d'effets indésirables transmis par les professionnels de la santé, le fabricant et, dans certains cas, le public. On a indiqué que ce système pourrait être géré plus proactivement s'il était relié aux dossiers médicaux électroniques et pouvait faire l'objet d'interrogations précises sur les effets indésirables.

Plusieurs témoins, notamment des représentants de la santé publique, ont affirmé que le Canada n'était pas bien préparé dans les domaines de la collecte, de la surveillance et de l'analyse des données. En ce qui a trait à l'analyse des échantillons de patients en vue d'obtenir des données sur le virus H1N1, des témoins ont mentionné le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada (RLSPC), une association nationale de professionnels des laboratoires de santé publique dont le rôle est de servir de tribune aux chefs de file des laboratoires de santé publique pour leur permettre d'échanger des connaissances. Le RLSPC a facilité la communication entre le Laboratoire de microbiologie nationale (LMN) et les laboratoires provinciaux de santé publique. Plusieurs témoins ont reconnu que durant la pandémie, les laboratoires de santé publique du Canada ont affiché un bon rendement en ce qui a trait à l'analyse des échantillons. Grâce à l'étroite collaboration des laboratoires provinciaux, l'intervention nationale a été solide et cohésive. Des témoins du RLSPC ont révélé que quelques jours après la découverte de la souche du virus H1N1, le LMN a élaboré des outils de diagnostic et les a distribués aux laboratoires provinciaux, décentralisant ainsi rapidement les tests en laboratoire effectués au Canada. Les laboratoires de santé publique ont également eu accès à des lignes directrices en matière de préparation élaborées pour le Plan par le Réseau de préparation des laboratoires à une pandémie d'influenza, un sous-groupe du RLSPC.

Toutefois, le comité a appris que la situation était tout autre en ce qui a trait à la surveillance. Plusieurs témoins ont souligné l'importance de systèmes de surveillance solides et ont laissé entendre que, sans une surveillance fiable, il est difficile d'intervenir efficacement devant une menace pour la santé publique. Le comité s'est fait dire que les ressources actuellement affectées à ce volet de l'intervention en cas de pandémie sont insuffisantes. Certains témoins ont affirmé qu'on n'accordait pas suffisamment d'importance aux questions de surveillance. Ils ont déclaré au comité que des membres du Groupe de travail de la surveillance, de l'épidémiologie et des analyses en laboratoire, qui a conseillé le Comité de coordination de la lutte contre la pandémie

au RPSP, estimaient que, malgré leurs efforts pour analyser les données en temps réel et fournir des renseignements d'appui pour les décisions aux échelons supérieurs, leurs conseils et leurs recommandations n'étaient pas reconnus à leur juste valeur.

Le comité a appris qu'avant la pandémie, le groupe de la surveillance de l'ASPC n'était formé que de quatre personnes : un médecin spécialiste, un épidémiologiste principal, un épidémiologiste subalterne et un virologue. Durant la pandémie, quelques renforts ont été consentis. Selon les témoins, ces renforts étaient insuffisants. Des témoins ont parlé des défis qui se posent lorsqu'on tente de réagir à l'évolution d'une situation en temps réel avec des ressources limitées et des réseaux de communication complexes. Le comité a compris qu'il importe d'établir et d'éprouver un processus national permettant d'obtenir, d'évaluer, d'intégrer et de communiquer rapidement les nouveaux éléments probants durant une crise, et ce, en temps réel. Selon les témoins, il n'y a pas suffisamment d'épidémiologistes et de méthodologistes au Canada pour pouvoir interpréter et évaluer les données rapidement. En outre, l'intervention rapide en temps de crise doit reposer sur un système efficace et éprouvé, doté d'une infrastructure existante et de ressources suffisantes. Par ailleurs, cette infrastructure devrait mieux relier le volet épidémiologie ou analyse et celui des laboratoires ou de la collecte et de la production des données.

En ce qui a trait à la surveillance, considérée comme essentielle au soutien de tous les aspects du contrôle de la grippe, des témoins ont indiqué qu'il y avait eu des améliorations depuis le SRAS, mais qu'il restait encore à faire. Par exemple, certaines provinces, dont le Québec, ont développé des registres pour suivre les taux d'immunisation, tandis que d'autres, comme la Colombie-Britannique, ne l'ont pas fait. Parmi les plaintes à propos de la surveillance, les témoins ont mentionné les lacunes en matière de suivi des populations porcines. Par exemple, le comité a appris qu'il y a une période de 10 ans au cours de laquelle on ne dispose d'aucune donnée sur la circulation des virus porcins.

Les témoins ont mentionné l'existence d'un partenariat entre l'ASPC et Rx Canada, conclu peu après l'éclosion de la grippe H1N1, pour renforcer la capacité de surveillance du Canada. Rx Canada, un organisme commandité par des pharmacies, a en effet instauré un système de surveillance des pharmacies qui fait le suivi des ventes de traitements par antiviraux sous ordonnance ainsi que de médicaments contre la grippe en vente libre. L'organisme a indiqué qu'une semaine après avoir conclu l'entente avec l'ASPC, plus de 2 500 pharmacies de toutes les provinces ont commencé à l'alimenter quotidiennement en données sur les ordonnances et sur les ventes de produits utilisés pour le traitement précoce des symptômes de la grippe, notamment des médicaments contre la toux et le rhume. Les données sont fournies par le biais d'une passerelle centrale appelée Rx Gateway. Ce système, a appris le comité, a permis de détecter l'intensification de l'apparition de symptômes de la grippe des semaines avant celui de l'ASPC, appelé Surveillance de l'influenza. Rx Canada a déclaré que le contrat en cours prend fin en novembre 2010 et que son système devrait être reconnu comme un élément essentiel de la surveillance des pandémies et financé sur une base permanente.

De nombreux témoins ont insisté sur l'urgence d'établir un système électronique de collecte et de surveillance des données. Certains ont cité l'application de surveillance de la santé publique, Panorama, en voie de développement. Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique gère le projet, et chaque province et territoire collabore à son application et à sa conception. Lorsqu'il sera terminé, les responsables de la santé publique de tout le pays seront mieux équipés pour gérer l'information durant les éclosions de maladies infectieuses. Certains se sont dits déçus que le développement du système n'ait pas été plus avancé au début de la pandémie de grippe H1N1, et nombre de témoins ont demandé avec insistance qu'un système de surveillance électronique pancanadien soit élaboré. D'autres ont parlé des dossiers de santé électronique pour les soins primaires et de la façon dont ils auraient pu faciliter la surveillance et la communication.

6. Capacité de prestation des services de santé publique

Des témoins ont expliqué au comité que le Canada avait, depuis l'épidémie de SRAS, amélioré sa capacité à intervenir en cas de crise de santé publique et comment des années de planification, depuis cette crise, avait permis au Canada d'obtenir de bons résultats dans plusieurs domaines durant la pandémie de grippe H1N1. Cependant, et malgré le caractère relativement bénin de la pandémie, de nombreux témoins ont affirmé que les ressources du Canada avaient été extrêmement sollicitées. Les représentants des gouvernements fédéral et provinciaux, de même que ceux de la santé publique, ont déclaré que si la pandémie avait été plus grave, le Canada n'aurait pas, selon eux, été capable d'y faire face. Bon nombre des inquiétudes exprimées à ce sujet ont fait écho aux observations de témoins précédemment cités quant au fait qu'il faudrait accorder une plus grande importance à la santé publique. Cela permettrait d'apporter à l'infrastructure de santé publique les modifications nécessaires pour accroître la capacité d'intervention en cas d'urgences de santé publique. Des représentants de la santé publique ont suggéré que la grippe saisonnière constitue l'occasion de rechercher les moyens de renforcer l'infrastructure de santé publique. Les professionnels des soins de santé ont quant à eux souligné que, faute d'une infrastructure de santé publique assez robuste, les unités de santé publique ont accaparé les ressources d'autres programmes, ce qui a entraîné le retard, la suspension ou l'annulation de services essentiels.

Certains témoins ont évoqué la possibilité, afin d'améliorer la capacité d'appoint, que les différents ordres de gouvernement partagent leurs ressources humaines en santé. Les professionnels de la santé se sont dits inquiets des problèmes de mobilité de la main-d'œuvre qui restent à régler. À ce sujet, le comité a appris l'existence d'un *Protocole d'entente (FPT) sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique*. Ce dernier permet aux prestataires de services de santé d'être transférés d'un gouvernement à un autre lorsqu'un gouvernement en fait la demande.

Certains témoins ont déclaré au comité qu'il fallait adopter des approches novatrices pour augmenter la capacité d'appoint. Ils ont suggéré de faire un meilleur usage des prestataires de soins de santé autres que ceux auxquels on fait traditionnellement appel en cas d'urgences en

santé. Les représentants du personnel paramédical ont souligné que ce dernier constituait une ressource négligée qui pourrait, durant une pandémie, participer aux activités de sécurité publique, de préparation et de gestion des urgences, d'atténuation, d'intervention et de reprise. Ils ont déclaré au comité qu'on aurait pu les mettre plus à contribution, tout particulièrement dans les cliniques de vaccination. On a également expliqué au comité qu'il serait utile d'élargir le champ de compétences de certains professionnels de la santé afin de pallier l'épuisement des ressources humaines. Le représentant de l'Association des pharmaciens du Canada a expliqué comment certains gouvernements avaient élargi leurs compétences afin d'y inclure l'immunisation et la prescription d'antiviraux. Il a souligné que la plupart des provinces prévoient accorder aux pharmaciens le pouvoir de prescrire des médicaments. Une autre idée mise de l'avant a été de faire appel aux professionnels de la santé retraités, mais on a rappelé au comité que ces derniers, pour pratiquer, devaient toujours posséder un permis d'exercice valide, émis par le gouvernement dont ils relèvent. Il a également été souligné que les options permettant de disposer de ressources d'appoint relevaient avant tout des compétences provinciales ou territoriales.

Des représentants des provinces ont déclaré au comité que leurs gouvernements avaient mis en place certaines stratégies visant à réduire l'épuisement des ressources humaines. Ainsi, la Colombie-Britannique, par exemple, a instauré une nouvelle structure de frais qui a permis aux médecins d'être rémunérés pour répondre de leur bureau aux appels téléphoniques des personnes craignant d'avoir contracté la grippe H1N1. Cette stratégie a permis de réduire le nombre de personnes peut-être contaminées se rendant au bureau de leur médecin pour le consulter. Une fois la crise passée, la province a supprimé cette structure de frais. Cette stratégie se rapproche de celle adoptée par le Royaume-Uni, où les citoyens inquiets pouvaient appeler un numéro unique afin de faire évaluer leurs symptômes et, le cas échéant, se faire prescrire des antiviraux.

Les représentants de l'ASPC ont souligné que leur plan d'intervention leur avait permis de recourir aux ressources humaines des différents secteurs de l'Agence, mais que le fonctionnement de leur Centre des opérations d'urgence, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pendant plusieurs semaines, avait failli mener à l'épuisement des ressources humaines de l'Agence. Comme l'a souligné un représentant du gouvernement fédéral, il s'agissait d'un marathon, et non d'un sprint.

7. Collaboration et consultation

Les représentants de l'ASPC, évoquant la collaboration internationale, ont souligné que cette dernière avait atteint un niveau sans précédent. Des représentants du Mexique ont évoqué les relations étroites qui les ont unis au LNM. Ils ont raconté comment, en avril 2009, le LNM avait reçu du Mexique les échantillons qui lui ont permis de déterminer que l'éclosion de grippe dans le pays était due à un nouveau virus. Le comité a également appris que l'ASPC avait envoyé au Mexique certains de ses spécialistes afin de former le personnel des laboratoires de santé publique mexicains à traiter les échantillons sur place.

Pour ce qui est de la collaboration et de la consultation à l'intérieur des frontières du Canada, le Comité s'est fait expliquer le fonctionnement du RPSP, créé en 2005, ainsi que du comité interne en assure la gestion. Le comité a ainsi appris qu'un Comité consultatif spécial FPT sur le virus de la grippe H1N1 (CCS) avait été spécifiquement créé au sein du RPSP afin de gérer la pandémie. Ce comité était composé de membres du conseil qui dirige le RPSP, ainsi que des médecins-hygiénistes en chef des provinces et des territoires. Un Comité de coordination en cas de pandémie (CCP), relevant du CCS, avait également été créé au sein du RPSP.

Ces deux comités fondaient leurs décisions sur les conseils de groupes de travail, spécialisés dans des domaines tels que les soins cliniques, les antiviraux, les vaccins, les communications, ainsi que de groupes d'experts en préparation et en intervention d'urgence et du RLSPC. Ces différents groupes fournissaient recommandations et conseils au CCS, qui assurait le rôle de comité de direction, ainsi qu'au CCP, qui assurait le rôle de comité de gestion. Comme cela a été expliqué au comité, le RPSP a permis d'obtenir un niveau de collaboration et de consultation sans précédent entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Selon l'ASPC, c'est grâce à sa structure qu'il a été possible d'organiser une intervention nationale cohérente durant la pandémie de grippe H1N1.

Le comité a appris que la collaboration favorisée par la structure du RPSP s'était étendue aux organisations professionnelles qui avaient offert leurs services. L'administrateur en chef de la santé publique a ainsi expliqué que les représentants des cliniciens, des spécialistes de la santé publique, du personnel des soins intensifs, etc., avaient été réunis au printemps 2009 afin de discuter de méthodes de traitement qui pourraient permettre d'améliorer les résultats cliniques lors de la deuxième vague. Plusieurs témoins ont suggéré que la consultation aurait pu aller jusqu'à inclure des professionnels des soins de santé du RPSP. Ils ont en effet souligné que les décisions en matière de politiques prises durant une situation d'urgence, qui peuvent être fondées sur des données probantes, sont parfois impossibles à mettre en œuvre sur le terrain. Ils ont également souligné que, s'ils avaient été consultés au niveau du RPSP, ces politiques auraient pu être modifiées afin de les rendre plus facilement applicables. Le comité a par ailleurs appris que les différents groupes d'intervenants n'avaient pas été invités à participer activement aux exercices de simulation, mais avaient été relégués au simple rôle d'observateurs. Des témoins ont souligné que, pour s'assurer de l'efficacité du Plan, il faudrait que la simulation inclue tous les niveaux d'intervention, jusque sur le terrain, car c'est là que ce plan est mis en œuvre.

Plusieurs témoins ont abordé la question de la fréquence des communications entre gouvernements, que ce soit au niveau des ministres, des sous-ministres, des responsables ou des experts, dans le cadre des divers comités et des groupes d'experts du RPSP. Si des témoins qui faisaient partie du CCS ont déclaré que ces communications étaient bidirectionnelles, et que les responsables fédéraux savaient se rendre disponibles si l'on souhaitait communiquer avec eux par téléconférences, d'autres témoins ont affirmé qu'il était difficile, pour une personne hors d'un gouvernement, d'avoir accès aux membres de ce comité.

Les responsables fédéraux et provinciaux de la santé publique ont déclaré au comité qu'il serait utile, afin d'accroître la capacité du Canada à intervenir en cas d'urgences de santé publique, d'officialiser la collaboration entre les organismes de santé publique provinciaux. Le comité s'est vu expliquer que les organismes de santé publique de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec possédaient chacun leurs points forts, et que l'intégration de ces derniers dans un effort collaboratif de santé publique pourrait permettre d'en tirer un meilleur parti partout dans le pays. D'autres questions déjà citées, comme celles des protocoles d'entente, des relations avec les laboratoires provinciaux de santé publique, et de l'établissement de liens plus étroits avec d'autres systèmes de soins de santé, tels que celui des soins de courte durée, ont également été abordées dans le contexte de la collaboration.

8. Collectivités autochtones

Des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que des organisations des Premières nations et des Inuits, ont expliqué au Comité comment s'était déroulée l'intervention en matière de lutte contre la grippe H1N1 dans les collectivités autochtones. Les représentants de Santé Canada ont expliqué leur plan de préparation, et d'intervention, dans les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves. Le comité a appris comment la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), l'ASPC et les représentants des Premières nations avaient collaboré à harmoniser les activités décrites dans le Plan. Les témoins ont déclaré au Comité que 80 % des collectivités des Premières nations disposaient de plans de lutte contre la pandémie avant l'éclosion de la grippe H1N1. Dès l'apparition du nouveau virus, le gouvernement fédéral a travaillé en collaboration avec les collectivités de Premières nations vivant dans des réserves à accroître le nombre de collectivités dotées d'un plan de lutte contre la pandémie et à aider ces dernières à le mettre à l'essai. Des témoins ont mentionné que le Plan comportait, à cet effet, une annexe B, « Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie d'influenza pour les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves ».

Les représentants du gouvernement fédéral ont affirmé que les efforts de lutte contre la grippe H1N1 avaient, dans l'ensemble, donné d'assez bons résultats. Ils ont évoqué la vulnérabilité des populations autochtones au virus de la grippe H1N1, qui est apparu très tôt dans les collectivités autochtones. Ils ont également indiqué que la première vague avait eu, dans les populations autochtones, des répercussions graves en termes d'hospitalisations, d'admissions aux soins intensifs et de décès. Les témoins ont souligné le rôle important qu'ont joué les antiviraux durant la première vague de la pandémie. En raison de la gravité de la maladie dans les collectivités des Premières nations vivant dans des réserves, le Programme des services de santé non assurés de Santé Canada a pris très tôt l'initiative de rembourser les coûts des antiviraux prescrits. Tirant les leçons des répercussions graves de la grippe H1N1 dans le Nord du Manitoba durant la première vague, la DGSPNI s'est efforcée d'approvisionner à l'avance en antiviraux toutes les collectivités éloignées et isolées des Premières nations vivant dans des réserves.

Les représentants des organisations autochtones ont déclaré au comité que les prochaines mises à jour du Plan devraient se faire dans le cadre d'une consultation accrue des populations autochtones. Ils ont par ailleurs souligné qu'il n'existait actuellement, dans le RPSP, aucun mécanisme officiel de consultation des Premières nations, des Inuits ou des Métis. Santé Canada a cependant rappelé que le cas des Premières nations avait été abordé et pris en considération à toutes les étapes de la planification, et que la DGSPNI faisait partie du CCS, ainsi que de tous les autres groupes de travail du RPSP, et qu'elle coprésidait le Groupe de travail sur les collectivités éloignées et isolées. Des témoins ont expliqué au comité que les populations autochtones avaient besoin d'un forum où se réunir et discuter des questions de santé. Un tel forum pourrait être un lieu de collaboration utile à la planification d'une prochaine pandémie. De nombreux témoins sont d'avis que la question mérite d'être approfondie, et que toute mise à jour de l'annexe B devrait être faite en consultation avec les représentants des organisations des Premières nations.

Un point problème qui a été fréquemment abordé est celui de la répartition des rôles et des responsabilités en matière de santé entre les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux. On a affirmé au comité que la division des rôles et des responsabilités entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux n'est pas clairement définie. Cela a occasionné, durant la pandémie de 2009, des querelles intergouvernementales en matière de financement, de même que des retards dans les prises de décision relatives à la prestation des services. Selon les représentants du gouvernement fédéral, les collectivités des Premières nations vivant dans des réserves ont reçu des fonds par l'intermédiaire des bureaux régionaux de Santé Canada. Des témoins se sont déclarés favorables à ce que l'on accorde plus de pouvoirs aux chefs en matière d'allocation des fonds dans l'intérêt de leurs collectivités.

Si tout le monde s'entend sur le fait que le gouvernement fédéral est responsable de la prestation des services de soins de santé dans les collectivités des Premières nations vivant dans des réserves, le comité a entendu des opinions divergentes quant au rôle du gouvernement fédéral dans l'administration des programmes de santé dans les collectivités inuites. Les représentants des Inuits ont suggéré d'inclure dans le Plan une section, spécifiquement consacrée aux Inuits, qui soit élaborée en consultation avec eux. Ils jugent que, dans sa forme actuelle, le Plan ne traite pas des besoins qui sont propres aux collectivités inuites. Le comité a appris que le ministre de la Santé avait souligné à ses homologues provinciaux et territoriaux, le besoin d'ajouter au Plan une annexe relative aux Inuits, mais que l'idée avait été rejetée. On a expliqué au comité que, étant donné que les Inuits vivent sur des terres qui appartiennent aux provinces et aux territoires, ce sont les gouvernements de ces derniers qui assurent la prestation de leurs soins de santé. Bien que le Plan comporte une annexe B consacrée aux collectivités éloignées et isolées, certains témoins ont affirmé que cette annexe n'est pas adaptée à la culture inuite. D'autres témoins ont également ajouté qu'elle avait été élaborée trop tard. On a plus spécifiquement affirmé au comité que les autorités des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut n'avaient pas pu l'utiliser.

Le comité a appris que les programmes de vaccination avaient connu un grand succès, avec un taux de couverture plus élevé que celui de la population canadienne en général. Les représentants

de Santé Canada ont expliqué comment, les populations autochtones ayant été identifiées comme vulnérables sur la liste de priorité de la campagne de vaccination, des cliniques de vaccination de masse, installées dans les collectivités rurales et éloignées dès le 26 octobre 2009, avaient permis d'atteindre des taux généraux de couverture de 64 % dans les collectivités des Premières nations vivant dans des réserves. Ils ont constaté que la morbidité et la mortalité n'avaient pas été aussi graves durant la seconde vague que durant la première. En fait, aucun décès n'a été signalé. Certains représentants des organisations autochtones ont souligné que ces données ne s'appliquaient qu'aux Premières nations vivant dans des réserves, alors que 60 % de la population autochtone vit dans des centres urbains. Quant à la liste de priorité pour la campagne de vaccination et la prestation des services, le comité a appris que les lignes directrices applicables devaient, dans ces collectivités, être adaptées au contexte culturel.

Plusieurs témoins ont suggéré de se pencher sur les déterminants sociaux de la santé des collectivités des Premières nations vivant dans des réserves et des Inuits afin d'améliorer l'ensemble des questions de santé publique. Certains témoins ont plus particulièrement cité la surpopulation, les mauvaises conditions de logement, l'absence d'accès à de l'eau propre, les problèmes de santé chroniques sous-jacents et les mauvaises conditions socio-économiques comme facteurs contribuant à la propagation et à la gravité d'une pandémie dans ces collectivités. Par ailleurs, des témoins ont souligné le besoin d'améliorer l'infrastructure de santé publique. Le comité a appris que, durant la pandémie, les ressources en santé publique avaient été extrêmement sollicitées et que l'infrastructure, dans ces collectivités vulnérables, n'aurait pas permis de faire face à une seconde vague aussi grave que la première.

9. Recherche

Les représentants de l'ASPC ont souligné que le besoin de se doter d'une meilleure capacité de recherche afin de traiter les problèmes de santé publique avait été mis en évidence à la suite de l'épidémie de SRAS. Un réseau de recherche avait ainsi été mis en place avant l'apparition du virus de la grippe H1N1. Le comité a également appris que l'Initiative de recherche stratégique sur la capacité d'intervention en cas de pandémie avait établi un Réseau de recherche sur l'influenza de l'ASPC et des IRSC. Ce réseau, selon les témoins, a permis d'inciter des scientifiques, habitués à travailler dans un milieu concurrentiel, à collaborer pour le bien commun. Ce réseau a permis, outre le financement de plusieurs protocoles de recherche au cours des dernières années, l'organisation de réunions où la communauté scientifique et les différents intervenants ont appris à collaborer afin de travailler efficacement en cas de problèmes de santé publique.

Plusieurs domaines de recherche ont été abordés dans le cadre de l'étude. Les représentants des IRSC ont expliqué comment ils ont participé au financement des essais cliniques visant à évaluer l'innocuité et l'efficacité du vaccin contre la grippe H1N1, mis en place des stratégies de vaccination de masse, amélioré le taux de couverture, etc. Le comité a également appris que de nombreux aspects de la grippe saisonnière demeuraient mal compris, et que ces derniers devraient également faire l'objet de recherches. Plusieurs témoins ont évoqué le besoin d'élaborer et d'approuver des vaccins produits au moyen de nouvelles technologies. Des témoins ont mentionné des technologies de production de vaccins à partir de cellules ou d'ADN qui pourraient remplacer ou compléter la production traditionnelle de vaccins à partir d'œufs. Ces nouvelles technologies pourraient un jour accélérer la production de vaccins, mais devraient faire l'objet de recherches complémentaires afin d'être perfectionnées et d'atteindre le niveau de production requis à des fins de commercialisation. Le comité a enfin appris que les progrès accomplis dans la recherche d'un vaccin contre le VIH pourraient avoir des retombées sur la production d'autres vaccins tels que celui de la grippe. Le comité a appris que le Canada avait également financé des recherches sur la possibilité de constituer des réserves de vaccins. Il a également appris qu'il fallait investir dans le développement de tests de dépistage du virus de la grippe qui soient plus rapides. La sensibilité des tests existants est faible, et le virus n'est parfois pas dépisté. Des tests d'une plus grande sensibilité permettraient aux prestataires de soins de santé de pouvoir décider, en connaissance de cause, s'ils doivent ou non prescrire des antiviraux. Des témoins ont rappelé que les recherches cliniques étaient assujetties à l'approbation des protocoles de recherche, notamment par un comité d'éthique de la recherche. Les essais cliniques sont parfois disséminés dans tout le pays, et doivent être approuvés par tous les centres où ces essais sont menés. Des témoins ont proposé que le processus d'approbation soit fusionné avec le processus de préapprobation du protocole afin d'éviter de perdre du temps en cas de pandémie. Le comité a appris que, si les ministères et les agences fédéraux disposent de mécanismes d'intervention rapide, tel n'est pas le cas dans le domaine de la recherche. Les représentants de l'ASPC ont cependant affirmé qu'il serait presque impossible de mettre sur pied une équipe d'intervention rapide en recherche pouvant être déployée à travers tout le pays.

Le comité a enfin appris que le Réseau de recherche sur l'influenza de l'ASPC et des IRSC était financé grâce aux 21,5 millions de dollars que les IRSC ont reçus dans le cadre du Financement pour la préparation en cas de pandémie prévu dans le budget de 2006, déjà évoqué, qui doit prendre fin en mars 2011. À ce financement se sont ajoutés par la suite 24,2 millions de fonds publics et privés. Des témoins ont affirmé que la capacité du Canada à intervenir rapidement et efficacement contre un agent infectieux serait remise en cause si ce financement n'était pas renouvelé. Ils ont déclaré au comité que la préparation à une pandémie devait continuer à faire l'objet d'un financement propre si le Canada souhaitait demeurer un chef de file dans le domaine. Ils ont également déclaré que les chercheurs canadiens qui sont devenus des experts en la matière risqueraient de quitter ce domaine de recherche, ou le pays, si un financement propre n'était pas maintenu. Les représentants de l'ASPC ont confirmé que l'infrastructure de recherche devait être préservée.

4. RECOMMANDATIONS

1. Rôles et responsabilités des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière de santé publique

Le comité reconnaît le besoin d'une plus grande uniformité dans la façon dont les provinces et les territoires interviennent en cas de problèmes de santé publique. Le comité souhaiterait que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux recourent plus à des consultations et à des protocoles d'entente, plutôt que de simplement s'appuyer sur la législation. Le comité juge que les négociations relatives à l'établissement de protocoles d'entente entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux constituent un progrès vers une gestion véritablement nationale de la santé publique. Il souhaiterait que les protocoles d'entente en matière de partage de l'information et d'aide réciproque soient conclus, et que d'autres protocoles d'entente de la sorte soient mis en œuvre. Le comité juge également que ces protocoles devraient, autant que possible, être rendus exécutoires.

RECOMMANDATION 1

Le comité recommande par conséquent que l'Agence de la santé publique du Canada s'attache à conclure le protocole d'entente en cours de négociation, étende ce mécanisme à d'autres questions, et cherche à rendre ces protocoles exécutoires.

2. Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé

Les responsables de la santé publique (et les professionnels des soins de santé) s'entendent sur le fait que le Canada a accompli des progrès notables en matière d'intervention depuis l'épidémie de SRAS de 2003. Le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* a été élaboré en collaboration avec les provinces et les territoires. Ce Plan a été rendu public en 2006 et est régulièrement mis à jour. Sa portée est nationale, mais tient compte du fait que le détail de sa mise en œuvre doit être établi dans le cadre du plan de lutte contre la pandémie de chacun des ordres de gouvernement. Il définit donc les rôles et les responsabilités de ces derniers en termes d'activités de préparation et d'intervention.

Cependant, ils s'entendent pour affirmer que des progrès peuvent encore être accomplis. Puisque les gouvernements tirent les leçons de la pandémie de grippe H1N1 et évaluent l'efficacité de leur intervention durant cette dernière, le comité est d'avis, comme des témoins l'ont souligné, que le Plan ne devrait pas être mis à jour au regard de la dernière pandémie. Même s'il est impératif de tirer les leçons de la pandémie de grippe H1N1, toute pandémie est unique en son genre. De plus, le comité juge, comme l'on fait remarquer plusieurs témoins, que le Plan devrait être régulièrement et rigoureusement mis à l'essai.

RECOMMANDATION 2

Le comité recommande par conséquent que l'Agence de la santé publique du Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires :

- **mette à jour le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* afin de l'adapter à des pandémies bénignes, modérées ou graves et de le rendre susceptible d'être adapté à de nouvelles informations;**
- **mette en place des procédures d'essai régulier et rigoureux du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*;**
- **favorise la participation active de tous les intervenants.**

Le comité partage l'avis des témoins qui ont souligné l'importance de maintenir l'accent sur la préparation à une pandémie. Le comité juge que, ce faisant, non seulement le Canada augmentera sa capacité à intervenir en cas de nouvelle menace pour la santé publique, mais que l'infrastructure de santé publique du pays en sera améliorée. Le comité souhaiterait rappeler qu'il est impossible de prédire quand se produira la prochaine pandémie et qu'elle pourrait se produire n'importe quand. Pour cette raison, la préparation à une pandémie devrait toujours faire partie des priorités du gouvernement et le comité exhorte donc ce dernier à renouveler le financement pour la préparation en cas de pandémie.

RECOMMANDATION 3

Le Comité recommande par conséquent que le gouvernement du Canada prévoie le renouvellement du financement de la préparation en cas de pandémie dans son budget de 2011.

3. Messages et communications

Le comité s'inquiète du fait qu'on n'ait pas, dans le processus de planification de la lutte contre la pandémie, accordé suffisamment d'attention aux communications et aux messages, car il a remarqué, par exemple, que l'annexe K du Plan, relative aux communications, n'a pas été mise à jour depuis octobre 2006. Les problèmes de répartition des compétences entre les différents gouvernements devront être réglés avant la prochaine urgence de santé publique. Certains responsables provinciaux sont d'avis que les rôles et les responsabilités des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent être clarifiés. Le comité souhaiterait souligner qu'il est clairement impératif d'uniformiser les communications dans tout le pays, car la grippe, comme toute maladie infectieuse, ne connaît pas de frontières. Le comité est conscient des difficultés que pose le fait de diffuser des messages uniformes alors que les connaissances scientifiques évoluent et qu'il demeure de nombreuses inconnues, mais il souhaiterait insister sur le fait que, pour gagner et conserver la confiance du public, il est nécessaire de garantir une

communication efficace, ainsi que des messages uniformes et harmonisés. Le comité souhaiterait rappeler à ce sujet un commentaire particulièrement significatif formulé durant son étude : « De nombreuses voix, un seul message ».

Le comité constate que, malgré les efforts considérables déployés par tous les ordres de gouvernement pour diffuser des messages harmonisés, des messages contradictoires provenant de sources non officielles ont semé la confusion dans le public. Même si ces messages contradictoires ont souvent été repris par les grands médias, les nouveaux médias sociaux semblent devoir plus particulièrement constituer un sujet de préoccupation. Enfin, le comité souhaiterait voir le gouvernement fédéral jouer un rôle plus actif dans les campagnes publiques de sensibilisation aux questions de santé menées entre les pandémies. Le comité juge, comme certains témoins, qu'il faut mettre l'accent sur la santé publique en général et voit en cela un moyen d'accroître la confiance générale dans le système de santé publique du Canada.

RECOMMANDATION 4

Le comité recommande par conséquent que l'Agence de la santé publique du Canada :

- **s'assure que l'annexe K relative aux communications soit mise à jour lors de la prochaine révision du *Plan de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*;**
- **collabore avec les gouvernements des provinces et des territoires à clarifier les rôles et les responsabilités de chacun en matière de communications;**
- **étudie les moyens de communiquer en temps réel les décisions prises en matière de politique et d'assurer l'harmonisation des messages diffusés, et ce, dans le cadre d'une vaste consultation pancanadienne;**
- **élabore et évalue les médias sociaux comme nouveaux moyens d'aider le public à mieux prendre soin de sa santé tout en recherchant des façons d'assurer l'harmonisation des messages diffusés;**
- **lance, notamment dans les médias sociaux, une campagne accrocheuse en matière de santé publique portant notamment, mais sans s'y limiter, sur les mesures de santé publique, ainsi que sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins.**

Le comité juge que les messages diffusés par le gouvernement fédéral durant une pandémie devraient clairement faire la distinction entre la propagation géographique de la grippe et sa gravité. Il va en cela dans le sens des témoins qui se sont déclarés inquiets que la pandémie n'ait

été définie qu'en termes de propagation géographique et suggère que le gouvernement canadien, s'il doit à nouveau mettre ce Plan en œuvre, informe la population de la gravité de la grippe.

RECOMMANDATION 5

Le comité recommande par conséquent que le plan de lutte contre la pandémie de l'Agence de la santé publique du Canada inclue, en matière de communications, des exigences précises quant au fait de définir la pandémie en termes de gravité, et non uniquement de propagation géographique, de la maladie, tout en tenant compte du fait que l'information fournie peut évoluer avec les progrès de la science.

Le comité se réjouit de l'ouverture et de la transparence des communications entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux durant la pandémie de grippe H1N1 et confirme que des progrès considérables ont été accomplis depuis l'épidémie de SRAS. Non seulement le comité reconnaît-il la qualité de la communication établie par l'Agence de la santé publique du Canada avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, mais également le fait que l'Agence ait pris soin de répondre aux demandes d'information de ces gouvernements. Cependant, le comité juge, comme certains témoins, que les communications avec les partenaires extérieurs, tels que les hôpitaux et les cliniciens, auraient pu être renforcées. Le comité est par ailleurs conscient que le degré de communication pourrait être encore plus vital en cas de pandémie plus grave.

RECOMMANDATION 6

Le comité recommande par conséquent que l'Agence de la santé publique du Canada encourage ses partenaires provinciaux et territoriaux à :

- **étudier les moyens de renforcer les communications bidirectionnelles avec les prestataires de soins de santé;**
- **établir un réseau de communications des prestataires de soins de santé en collaboration avec les organisations nationales représentant ces derniers.**

4. Vaccins et antiviraux

Le comité approuve la façon dont le Canada a conclu un contrat à long terme pour la production nationale de vaccins contre les gripes pandémiques. Il juge en effet qu'une production nationale était nécessaire pour garantir l'approvisionnement des Canadiens. Il juge également que le prochain contrat relatif à l'approvisionnement en vaccins pour une pandémie devra également inclure un fournisseur de réserve en raison des difficultés qui peuvent être rencontrées en cours de production. Le comité est conscient des risques associés au fait de faire appel à un fournisseur

de vaccins étranger qui pourrait ne pas accorder la priorité au Canada. Le comité préférerait que le fournisseur de réserve soit canadien, mais comprend que cela ne soit peut-être pas possible.

RECOMMANDATION 7

Le comité recommande par conséquent que le gouvernement du Canada étudie les moyens de s'assurer qu'un fournisseur de réserve permette de renforcer la capacité du Canada à garantir son approvisionnement en vaccins en cas de nouvelle pandémie de grippe.

Plusieurs témoins, dont des représentants du gouvernement fédéral, ont déclaré au comité que le conditionnement par lots de 500 doses choisi pour le vaccin contre la grippe H1N1 était trop volumineux. Le comité s'inquiète du fait que le choix de ce conditionnement ait été fait par le seul fournisseur et se demande pourquoi il y a eu si peu de consultations à ce sujet. Il pense que l'utilisateur doit être pris en considération dans le choix du conditionnement.

RECOMMANDATION 8

Le comité recommande par conséquent que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, s'assure que le prochain contrat FPT pour un vaccin contre une grippe pandémique, qui doit être conclu en 2011, comprenne des dispositions spécifiant que le fournisseur doit consulter l'Agence de la santé publique du Canada sur le choix du format de conditionnement et précisant le type et le nombre de consultations requises à cette fin.

Le comité a constaté que l'on n'ait pas pris la pleine mesure de l'ampleur de la tâche qui consiste à ouvrir des cliniques de vaccination de masse dans tout le pays. Le comité s'interroge sur la façon dont tant d'ordres de gouvernement différents ont pu consacrer tant de ressources à la planification de la lutte contre la pandémie, que l'on savait devoir être axée sur une campagne de vaccination massive, sans que ce dernier aspect ait fait l'objet d'essais concrets.

RECOMMANDATION 9

Le comité recommande par conséquent que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, soumette le plan de mise œuvre des cliniques de vaccination de masse, que ce soit dans des centres communautaires, des écoles, des commerces ou autres, à des essais approfondis, tout particulièrement dans des délais serrés, afin d'établir les limites logistiques de ce plan.

5. Collecte, surveillance et analyse de données

Le comité est d'avis que le Canada doit se doter d'une infrastructure permettant de mettre en place un système pancanadien de surveillance électronique de la santé publique, mais il est également conscient des problèmes de compétences qu'un tel système peut poser. Il apprécie efforts déjà entrepris en ce sens, mais souhaiterait que toutes les parties poursuivent leurs efforts en vue d'établir un système de surveillance de la santé publique en général, et pas seulement un système qui soit utilisé en cas de crises de santé publique. Le comité suggère que, s'il est adéquatement conçu, un tel système électronique pourrait grandement accroître la capacité de surveillance et d'analyse épidémiologique, de même que celle de mener des travaux scientifiques et d'évaluation en temps réel. Le comité pense qu'il serait avantageux d'intégrer dans un tel système des éléments tels que Rx Gateway qui a permis, durant la pandémie de grippe H1N1, d'assurer le suivi des ventes d'antiviraux sur ordonnance et de médicaments contre la grippe sans ordonnance, et suggère que l'Agence de la santé publique du Canada établisse quel type de surveillance continue pourrait être assuré par un tel système. Le comité est également satisfait de la création du système appelé Panorama et souhaite que l'on poursuive son développement et sa mise en œuvre. Le comité pense également que la mise en œuvre d'un système de dossiers de santé électroniques, qui est une initiative pilotée par Inforoute Santé du Canada, doit être accélérée, car elle permettra la collecte et la surveillance des données.

RECOMMANDATION 10

Le comité recommande par conséquent que l'Agence de la santé publique du Canada, en collaboration avec ses partenaires provinciaux et territoriaux, achève le développement et procède à la mise en œuvre d'une application de TI en surveillance de la santé publique appelée Panorama;

Inforoute Santé du Canada Inc. accroisse ses efforts visant à mettre en place un système de dossiers de santé électroniques partout au Canada.

6. Capacité de prestation de services de santé publique

Le comité a appris que l'Agence de la santé publique du Canada avait fait appel à l'aide du personnel paramédical durant la pandémie. Le comité félicite l'Agence de cette initiative et suggère de faire de nouveau appel à cette ressource en cas d'urgence de santé publique. De même, le comité juge que l'on n'a pas su tirer pleinement parti de la contribution qu'auraient pu apporter les pharmaciens durant la pandémie de grippe H1N1.

RECOMMANDATION 11

Le comité recommande par conséquent que l'Agence de la santé publique du Canada assure le suivi des champs de compétences des pharmaciens et

du personnel paramédical afin de s'assurer qu'ils soient inclus dans les ressources en soins de santé appelées à assurer la vaccination et la prescription d'antiviraux lors de la prochaine pandémie de grippe.

Le comité pense, comme certains témoins, qu'il est difficile de disposer de ressource d'appoint en santé publique, mais juge qu'il est nécessaire de faire des efforts en ce sens en prévision des prochaines pandémies.

RECOMMANDATION 12

Le comité recommande par conséquent que l'Agence de la santé publique du Canada exhorte ses partenaires provinciaux et territoriaux à établir des liens entre leurs systèmes de soins de santé respectifs et, notamment, entre leur système de soins publics, de courte durée, cliniques et primaires, en vue d'améliorer les ressources d'appoint dont disposent leur système de santé publique, et notamment leurs hôpitaux, respectifs en cas d'urgence.

7. Collaboration et consultation

Le comité félicite l'ASPC et le RPSP de leurs efforts considérables en matière de collaboration et de consultation durant la pandémie de grippe H1N1. Le rôle du Canada, sur la scène internationale, a été remarquable, et les efforts déployés pour inclure et faire participer tous les intervenants nécessaires méritent d'être loués. Bien que le comité comprenne les préoccupations des premiers intervenants et des intervenants de premières lignes, qui désirent être inclus dans les consultations, il convient qu'il s'agit principalement d'une priorité de compétence provinciale ou territoriale et que la structure du RPSP reflète cette réalité, mais qu'il conviendrait de prêter plus d'attention à ceux que consultent les groupes de travail lorsqu'ils rédigent des conseils destinés au Comité consultatif spécial. De plus, le comité convient que plus d'intervenants sur le terrain, notamment parmi les prestataires de soins de santé et les premiers intervenants, devraient participer plus activement aux exercices de simulation qui permettent de mettre à l'essai le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*.

RECOMMANDATION 13

Le comité recommande par conséquent que l'Agence de la santé publique du Canada :

- **réexamine la composition de leurs groupes de travail, au sein de la structure du Réseau pancanadien de santé publique, en vue d'y inclure plus de professionnels de la santé;**
- **s'assure que les professionnels de la santé participent activement aux exercices de simulation utilisés pour mettre à l'essai le Plan**

canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé;

- **reconnaisse l'importance de la préparation des collectivités, notamment des cliniques et des principaux hôpitaux de soins tertiaires, ainsi que la contribution précieuse des premiers intervenants.**

Enfin, le comité juge que l'officialisation de la collaboration entre les organismes de santé publique provinciaux permettrait d'accroître la capacité du Canada à intervenir en cas d'urgence de santé publique.

RECOMMANDATION 14

Le comité recommande par conséquent que l'Agence de la santé publique du Canada s'efforce, lors de la prochaine révision du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé, d'y inclure une collaboration officielle entre l'Agence et les organismes de santé publique provinciaux afin de tirer le meilleur parti possible de leurs ressources et de leurs compétences respectives en cas de nouvelle pandémie.

8. Collectivités autochtones

Le comité souhaite exprimer son inquiétude quant au manque de progrès accomplis au regard des déterminants sociaux de la santé dans les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves ainsi que dans les collectivités inuites. Le comité juge, comme l'ont souligné certains témoins, que la surpopulation, l'absence d'accès à de l'eau propre, etc., rendent ces collectivités plus vulnérables aux crises de santé publique. Le comité est d'avis que, comme il l'a précédemment recommandé, il est besoin de prêter une plus grande attention à la santé publique.

RECOMMANDATION 15

Le comité recommande par conséquent que la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, en collaboration avec Affaires indiennes et du Nord Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, travaille à définir et pallier les conditions particulières, telles que le surpeuplement et les difficultés d'accès à de l'eau propre, qui font que les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves, ainsi que les collectivités inuites, sont plus vulnérables aux maladies transmissibles, notamment à une grippe pandémique, et que cette collaboration vise également à améliorer l'infrastructure de santé publique.

Le comité a constaté que certaines questions relatives à la collecte, à la surveillance et à l'analyse de données, de même que le besoin de disposer d'un registre central des pratiques exemplaires, précédemment traités, ont également été abordés dans le contexte particulier des populations autochtones. Le comité reconnaît que ces questions méritent d'être examinées dans le contexte particulier de la population autochtone.

RECOMMANDATION 16

Le comité recommande par conséquent que Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada envisagent, dans les prochaines révisions du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*, d'y inclure, pour les populations autochtones, les paramètres pertinents, un meilleur système de collecte, de surveillance et d'analyse de données, ainsi qu'un registre central des pratiques exemplaires.

Enfin, le comité s'inquiète de la confusion semblant régner quant aux rôles et aux responsabilités du gouvernement fédéral en matière de services de santé et de programmes de santé publique destinés aux Premières nations vivant dans les réserves et aux Inuits. Il considère que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, devrait entamer sur la question des discussions ouvertes et transparentes avec les organisations des Premières nations et des Inuits. Le comité constate qu'un tel forum pourrait permettre de remédier aux inquiétudes qui lui ont été exprimées quant à la représentation des Autochtones au RPSP, à la mise à jour du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*, et notamment de son annexe B, ainsi qu'à la nécessité de prendre en compte le contexte culturel.

RECOMMANDATION 17

Le comité recommande par conséquent que la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et l'Agence de la santé publique du Canada entament des discussions avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec les représentants des organisations des Premières nations et des Inuits, afin de clarifier le rôle du gouvernement fédéral en cas d'urgence de santé publique.

9. Recherche

Le comité croit que le Canada doit maintenir sa capacité de recherche afin de conserver son rôle de chef de file en matière de préparation et d'intervention en cas de pandémie. Le comité juge que mettre l'accent sur la santé publique et la recherche en général afin d'atteindre cet objectif permettra également d'améliorer la capacité du Canada à intervenir en cas de nouvelle pandémie de grippe.

RECOMMANDATION 18

Le comité recommande par conséquent que le gouvernement du Canada s'assure que les prochains budgets fédéraux de préparation et d'intervention en cas de pandémie comprennent un financement durable spécifiquement alloué à la recherche.

5. CONCLUSION

Le comité félicite tous les intervenants qui ont participé à la lutte contre la pandémie de grippe H1N1 de 2009. Il constate que, de façon générale, la planification, qui avait débuté il y a de nombreuses années et s'était accélérée au cours des dernières années, s'est révélée un succès. Grâce à ces années de préparation, l'intervention du Canada a réussi à minimiser les répercussions de ce nouveau virus de la grippe. Les commentaires formulés par nos partenaires internationaux, et plus particulièrement par le Mexique et le Royaume-Uni, ont mis en évidence le rôle de chef de file du Canada durant la pandémie. Cependant, ce dernier, comme le reste du monde, a eu la chance que la pandémie ne soit pas plus grave, et il est possible que le plan actuel de lutte contre la pandémie du Canada, tout comme son infrastructure de santé publique, n'ait pas permis d'intervenir de façon optimale en cas d'épidémie de grippe plus grave. Le Canada doit demeurer vigilant, tirer les leçons de la pandémie de grippe H1N1, et continuer de renforcer, non seulement son plan, mais également ses systèmes de santé publique.

ANNEXE A

LISTE DES TÉMOINS

Le mercredi 29 septembre 2010	
Agence de la santé publique du Canada	Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique
BC Centre for Disease Control	Dr Danuta Skowronski, chef, Épidémiologie - Influenza et nouveaux pathogènes respiratoires
Hôpital Mount Sinai	Dr Donald E. Low, microbiologiste en chef
À titre personnel	Dr Susan Tamblyn, conseillère en santé publique
Le jeudi 30 septembre 2010	
Santé Canada	Dr Paul Gully, conseiller médical principal
Sécurité publique Canada	Daniel Lavoie, sous-ministre adjoint délégué, secteur de la gestion des mesures d'urgence et de la sécurité nationale
Agence canadienne d'inspection des aliments	Paul Mayers, vice-président associé, programmes Catherine Airth, vice-présidente associée, opérations
Agence de la santé publique du Canada	Dr Theresa Tam, directrice générale, Centre des mesures et d'interventions d'urgence
Le mercredi 6 octobre 2010	
Travaux publics et services gouvernementaux Canada	Francine Brisebois, directeur principal, Direction des produits commerciaux et de consommation Henry Kreker, gestionnaire, Projet d'immunisation antigrippale Tom Ring, sous-ministre adjoint, Direction générale des approvisionnements
Santé Canada	Elwyn Griffiths, directeur général, Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques Meena Ballantyne, sous-ministre adjointe, Direction générale des produits de santé et des aliments
Agence de la santé publique du Canada	Dr Barbara Law, chef de sécurité des vaccins, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectueuses Dr John Spika, directeur général, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectueuses

Association des pharmaciens du Canada	Jeff Poston, directeur exécutif Janet Cooper, directrice principale, Affaires professionnelles et relations avec les membres
GlaxoSmithKline Canada	Paul Lucas, président et chef de la direction
Roche Canada	Jim Hall, vice-président, Soins d'urgence Anne-Marie Hayes, gestionnaire des opérations, gouvernement Soins d'urgence
Rx Canada	Wendy Nelson, présidente et chef de direction Jeff Aramini, épidémiologiste-conseil principal
Le jeudi 7 octobre 2010	
Agence de la santé publique du Canada	Frank Plummer, directeur général des programmes scientifiques, Laboratoire national de microbiologie
Institut de diagnostic et de référence épidémiologique	Celia Alpuche, directrice générale adjointe
À titre personnel	Dr Todd Hatchette, professeur associé, Direction de la microbiologie et de l'immunologie, Université Dalhousie
Le lundi 18 octobre 2010	
Santé Canada	Glenda Yeates, sous-ministre
Agence de la santé publique du Canada	Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique Dr John Spika, directeur général, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectueuses
Ministère de la santé et des soins de longue durée, province de l'Ontario	Allison Stuart, sous-ministre adjointe, Division de la santé publique
Province de l'Ontario	Dre Arlene King, médecin hygiéniste en chef
Province de la Colombie-Britannique	Dr Perry Kendall, administrateur des soins de santé
Province de la Nouvelle-Écosse	Duff Montgomerie, sous-ministre, Promotion et Protection de la santé
Province de la Saskatchewan	Dre Moira McKinnon, chef des Services de santé
Le jeudi 21 octobre 2010	
Santé Canada	Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits Paul Gully, conseiller médical principal

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada	Rosella Kinoshameg, présidente
Assemblée des Premières Nations	Angus Toulouse, chef régional
Assembly of Manitoba Chiefs	Ron Evans, grand chef
Gouvernement du Nunavut	Dr Isaac Sobol, médecin hygiéniste en chef
Association des médecins indigènes du Canada	Dre Darlene Kitty, membre du conseil de direction
Inuit Tapiriit Kanatami	Mary Simon, présidente Elizabeth Ford, directrice, Développement social et de la santé
Le vendredi 22 octobre 2010	
Association canadienne de la santé publique	Dr Isra Levy, membre Debra Lynkowski, chef de la direction
Association canadienne de normalisation	Suzanne Kiraly, vice-présidente exécutive, Relations gouvernementales
Association canadienne des chefs de pompier	Robert Simonds, président
Association canadienne des soins de santé	Pamela Fralick, présidente et chef de la direction
Association des infirmières et infirmiers du Canada	Claire Betker, membre, Conseil de direction Joyce Douglas, infirmière-conseil
Association des paramédics du Canada	Greg Furlong, directeur
Association médicale canadienne	Dr Jeffrey Turnbull, président Dre Maura Ricketts, directrice, Bureau de la santé publique
RiskAnalytica	Paul Smetanin, président et chef de la direction
Ontario Power Generation Inc	Gian Di Giambattista, directeur, Gestion des mesures d'urgences et continuité des opérations
Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants	Mary-Lou Donnelly, présidente Myles Ellis, directeur, Services économiques et aux membres Directeur, Services économiques et aux membres

Fédération canadienne des municipalités	Claude Dauphin, troisième vice-président Alain Normand, membre, Groupe de travail sur la pandémie
Le Conference Board du Canada	John Neily, directeur, Sécurité nationale et sécurité publique
Le mercredi 27 octobre 2010	
À titre personnel	Bhagirath Singh, directeur, Centre de l'immunologie humaine, Université Western Ontario Françoise Baylis, professeure, Département de bioéthique, Université Dalhousie Dr Ross Upshur, directeur, Joint Centre for Bioethics de l'Université de Toronto
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr Alain Beaudet, président
Le jeudi 28 octobre 2010	
Ministère de la santé, Mexique	Dr Mauricio Hernandez-Avila, sous-ministre de la prévention et promotion des soins de santé Dr Hugo Lopez Gatell Ramirez, directeur général en épidémiologie
Ministère de la santé, Royaume-Uni	David Harper, directeur général, Protection et amélioration de la santé
Le vendredi 29 octobre 2010	
Santé Canada	L'honorable Leona Aglukkaq, C.P., députée et ministre Glenda Yeates, sous-ministre Meena Ballantyne, sous-ministre adjointe, Direction générale des produits de santé et des aliments Dr Paul Gully, conseiller médical principal
Agence de la santé publique du Canada	Elaine Chatigny, directrice générale, Communications Dr Frank Plummer, directeur général des programmes scientifiques, Laboratoire national de microbiologie Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique
Association médicale canadienne	Dre Maura Ricketts, directrice, Bureau de la santé publique
Association canadienne de normalisation	Suzanne Kiraly, vice-présidente exécutive, Relations gouvernementales

Province de la Colombie-Britannique	Dr Perry Kendall, administrateur des soins de santé
À titre personnel	Dr Todd Hatchette, professeur associé, Direction de la pathologie, Université Dalhousie