



LEÇONS À RETENIR :

RÉPONSE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DU CANADA ET DE SANTÉ CANADA À LA PANDÉMIE
DE GRIPPE H1N1 DE 2009

NOVEMBRE 2010

L'information contenue dans le présent rapport a été obtenue par la Direction des services d'évaluation de l'Agence de la santé publique du Canada au moyen d'un examen de la documentation pertinente et d'une série d'entrevues. Ce rapport ne tire pas de conclusions exhaustives ni définitives sur toutes les activités précédant la réponse à la pandémie de grippe H1N1 ou entreprises par divers individus ou entités durant l'intervention réalisée en réponse à la pandémie de grippe H1N1. Les observations exposées dans le présent rapport sont plutôt destinées à fournir aux cadres supérieurs de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada un aperçu général de ce qui a bien fonctionné en réponse à ce phénomène particulier et de ce qui mériterait d'être amélioré pour qu'ils soient mieux préparés à de futures pandémies et à d'autres phénomènes de santé publique d'envergure nationale.

REMERCIEMENTS

Il est important de reconnaître le grand professionnalisme, le profond engagement et le travail acharné du personnel de l'ensemble de l'Agence de la santé publique et de Santé Canada lors de la pandémie de grippe H1N1. Son dévouement aux efforts visant à prévoir les besoins des Canadiens et des Canadiennes et à y répondre était admirable.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	I
Sommaire	1
1. Introduction	10
2. Information générale et contexte	12
3. Constatations	31
3.1 Surveillance, science et recherche	31
3.2 Collaboration avec les provinces et les territoires	38
3.3 Orientation	46
3.4 Mobilisation des intervenants	53
3.5 Communication avec les Canadiens	60
3.6 Intervention fédérale dans les communautés des Premières nations vivant dans des réserves	66
3.7 Réserve de secours	72
3.8 Vaccin	77
3.9 Conduite des opérations	87
4. Synthèse et recommandations	97
Références	108

Liste des figures

Figure 2.1 Comparaison de la grippe saisonnière et de la grippe H1N1	13
Figure 2.2 Calendrier : La pandémie de grippe H1N1 au Canada	15
Figure 2.3 Chiffres cumulatifs des cas d'hospitalisation, des admissions aux services de soins intensifs et des décès parmi les cas confirmés de grippe pandémique H1N1 au Canada, du 12 avril 2009 au 24 avril 2010	18
Figure 2.4 Composition du Réseau pancanadien de santé publique au 31 mars 2010	23
Figure 3.2.1 Gestion et organisation fédérales-provinciales-territoriales de l'intervention d'urgence en santé face à la grippe H1N1, au 21 décembre 2009 (temps d'intervention contre la grippe H1N1 seulement)	43
Figure 3.3.1 Aperçu des lignes directrices de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à l'égard du virus de la grippe H1N1	51
Figure 3.9.1 Description des niveaux d'activation en réponse à la grippe H1N1 dans le Centre des opérations d'urgence	89
Figure 3.9.2 Exemple du Système de gestion des incidents	93
Figure 4.1 Domaines qui méritent d'être améliorés et recommandations transversales	106

CAT : HP5-102/2010F-PDF
ISBN : 978-1-100-96056-2



SOMMAIRE

Introduction

L'examen des leçons à retenir a permis d'étudier la réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009. Le but de cet examen conjoint était de comprendre ce qui a bien fonctionné et ce qui mérite d'être amélioré. La direction et le personnel du portefeuille de la Santé se serviront des constatations pour planifier et prendre des décisions en vue de se préparer à de futures pandémies et à d'autres genres de phénomènes de santé publique d'envergure nationale.

Cet examen a permis d'analyser de l'information provenant de sources multiples. Premièrement, des documents internes clés ont été étudiés, tels que les évaluations effectuées par des centres opérationnels de l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada ou par divers groupes appartenant à la structure d'intervention, dont ceux des fonctionnaires et des experts-conseils provinciaux et territoriaux. Deuxièmement, des examens effectués par d'autres organismes ont été analysés (p. ex. : les provinces, des organisations non gouvernementales et d'autres pays). Troisièmement, on a demandé à des d'intervenants nationaux mobilisés par l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada pendant la pandémie de grippe H1N1 de présenter leurs commentaires par écrit. Pour terminer, des entrevues ont été menées auprès de cadres supérieurs clés.

Information générale

Les pandémies de grippe peuvent provoquer une maladie grave, la mort et des perturbations sociales et économiques considérables. Il y a eu trois pandémies de grippe au cours du 20^e siècle : 1918-1919, 1957-1958 et 1968-1969. Chacune des pandémies différait des autres par sa gravité, sa durée et les populations qu'elle touchait le plus.

Le virus responsable de la pandémie de 2009 était une combinaison unique de gènes de virus de la grippe qui n'avait jamais été identifiée auparavant, ni chez des animaux, ni chez l'homme. Il a été mis en évidence qu'il était la cause de l'éclosion d'une maladie respiratoire grave au Mexique en mars 2009, et en quelques semaines, le virus s'est propagé au Canada. Les premiers cas canadiens de grippe H1N1 ont été confirmés par l'Agence de la santé publique du Canada le 26 avril 2009.

Il est difficile de prévoir les pandémies de grippe. Au tout début de la pandémie, l'Agence de la santé publique du Canada a contribué à mieux comprendre le virus qui a émergé au Mexique et son impact sur les populations du monde entier. On a demandé au Laboratoire national de microbiologie de fournir de l'aide en laboratoire, et cinq scientifiques de l'Agence de la santé publique ont prêté assistance pour effectuer des analyses au Mexique pendant six semaines. Grâce au travail du Laboratoire national de microbiologie, le Canada a été le premier pays à caractériser la séquence entière du génome du virus de la grippe pandémique H1N1. Cela a apporté une contribution importante à la compréhension scientifique internationale de cette nouvelle souche.

À mesure que les connaissances sur le virus H1N1 évoluaient, l'information donnée aux Canadiens évoluait également, ce qui a d'ailleurs parfois contribué à l'incertitude et à l'angoisse de certains Canadiens.

Comme l'un des informateurs clés le faisait remarquer, le portefeuille de la Santé « *devait composer avec des connaissances et des données en constante évolution qui exigeaient d'ajuster les conseils qu'il prodiguait et de gérer le flot d'information en « temps réel » dans l'ensemble des 14 secteurs de compétence, ayant chacun différents besoins et différentes capacités, répartis sur six fuseaux horaires.* »

Jusqu'à présent, le Canada a été le siège de deux vagues distinctes de grippe H1N1. La première vague s'est produite au printemps 2009 entre le 12 avril et le 29 août, l'activité grippale atteignant son pic au cours des trois premières semaines de juin. La deuxième vague a atteint son pic au début de novembre 2009. Le 27 janvier 2010, l'Agence de la santé publique du Canada a annoncé la fin de la deuxième vague de la pandémie au Canada. Plus tard au cours de l'année, soit le 10 août 2010, l'Organisation mondiale de la Santé a annoncé l'entrée du monde dans la phase postpandémique.

La réponse initiale du portefeuille de la Santé à la première vague de la pandémie a eu un rythme exponentiel. Le Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé a été activé rapidement et a fonctionné 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pendant plusieurs semaines.

La deuxième vague à se produire au Canada a entraîné de quatre à cinq fois plus d'hospitalisations et de décès par rapport à la première vague. Les taux accrus d'hospitalisation, d'admissions aux services de soins intensifs et de mortalité se sont révélés être les plus élevés chez les Autochtones, les femmes enceintes et les individus atteints d'au moins un trouble médical sous-jacent, bien que le risque pour les Autochtones et les femmes enceintes ait diminué considérablement dans la deuxième vague par rapport à la première.

Le virus a encore des répercussions. Certaines personnes qui ont connu les symptômes les plus graves ont déclaré avoir des effets persistants.

L'intervention face à la pandémie est une responsabilité que se partagent les administrations municipales, provinciales, territoriales et fédérale, et elle requiert une interface complexe de participants, de politiques, de plans et de procédures de ces administrations. Le portefeuille de la Santé joue un rôle important sur le plan du leadership, tel qu'il est décrit ci-dessous.

L'Agence de la santé publique du Canada est l'organisme chef de file fédéral responsable des questions relatives à l'état de préparation et à l'intervention face à la grippe pandémique. Ses principales activités comprennent les suivantes :

- faire de la recherche scientifique visant à mieux détecter, comprendre et suivre le virus
- obtenir de l'information sur la surveillance (ou le suivi) de ses partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et locaux, ainsi que d'organisations non gouvernementales. La surveillance de la grippe aide à déterminer quand, où et quels virus grippaux circulent, leur intensité, leur propagation et leurs conséquences, et si des groupes de population particuliers ont des risques plus élevés de contracter la maladie
- commander suffisamment de vaccins pour la population canadienne, en collaboration avec les provinces et les territoires
- établir une réserve de produits pharmaceutiques, d'équipement et de fournitures pour aider les provinces et les territoires quant à la capacité de pointe

- fournir de l'information et des conseils à l'intention du grand public et de groupes particuliers, tels que les populations vulnérables, de même qu'émettre des directives à l'intention des professionnels de la santé et d'autres intervenants
- s'occuper de la coordination régionale des activités fédérales d'urgence sanitaire
- gérer les aspects internationaux de l'état de préparation et d'intervention face à la pandémie, y compris assurer la liaison avec l'Organisation mondiale de la Santé et agir comme centre de coordination de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international
- élaborer et soutenir le processus nécessaire à la mise à jour et au maintien du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*, en coopération avec le portefeuille de la Santé et les représentants provinciaux et territoriaux.

Pendant une pandémie, Santé Canada mobilise et coordonne les efforts des partenaires nationaux et internationaux dans les domaines suivants :

- élaborer un cadre de réglementation pour l'examen, l'homologation et la mise en circulation à des fins commerciales de vaccins contre la grippe pandémique et d'autres produits de santé utilisés dans la prévention ou le traitement du virus de la grippe H1N1
- s'assurer que les nouveaux vaccins antigrippaux répondent aux normes d'innocuité, de qualité et d'efficacité
- entreprendre une surveillance et une gestion des risques relatives à des problèmes d'innocuité postcommercialisation liés à l'utilisation des produits de santé employés pour traiter ou prévenir la grippe, y compris les antiviraux, les masques, les désinfectants pour les mains et les désinfectants
- protéger la santé publique dans les moyens de transport (p. ex. : aéronefs et navires) et les infrastructures reliées (p. ex. : aéroports et ports de mer) afin de réduire la propagation de la pandémie à l'intérieur, dans l'ensemble et en dehors du Canada.

Santé Canada doit aussi veiller à ce que les services sanitaires soient offerts et accessibles aux communautés des Premières nations vivant dans des réserves. Cela comprend l'aide à l'élaboration, à l'essai et à la révision des plans de lutte contre la pandémie. En collaboration avec les provinces et les territoires, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada est aussi responsable de la distribution et de l'administration des vaccins et des antiviraux, de la déclaration des effets secondaires de l'immunisation et des traitements, ainsi que de fournir de l'information et de l'orientation adaptées à la culture aux travailleurs de la santé travaillant dans les réserves.

Constatations et recommandations

C'était la première pandémie en 40 ans. Elle a mis à l'épreuve la capacité du portefeuille de la Santé à répondre à un phénomène pancanadien et international de santé publique.

Ce qui a bien fonctionné

Dans l'ensemble, la réponse du portefeuille de la Santé à la pandémie de grippe H1N1 est considérée comme ayant été efficace. Des points forts peuvent être déterminés dans chacun des neuf domaines de la préparation face à la pandémie et de la capacité d'intervention. Les activités suivantes ont été repérées comme étant des activités de haut niveau qui ont particulièrement bien fonctionné durant toute cette période. L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada doivent continuer à bâtir sur ces réussites.

Surveillance, science et recherche

- Les réseaux, les systèmes et les outils existants ont facilité l'échange rapide d'information sur la science, la surveillance et la recherche
- L'Agence de la santé publique du Canada a aidé à détecter, à comprendre et à surveiller le virus H1N1
- L'examen de Santé Canada sur l'innocuité du vaccin antigrippal contre la souche H1N1 a été effectué rapidement
- L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada ont été des leaders en matière de réponse internationale à la grippe H1N1

Collaboration avec les provinces et les territoires

- Il y a eu un niveau élevé de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux
- Les mécanismes de base soutenant la collaboration fédérale-provinciale-territoriale étaient en place
- De nouvelles structures ont été créées pour répondre aux problèmes qui se présentent

Orientation

- Des documents d'orientation ont été rédigés à l'intention de divers publics cibles
- Les experts-conseils ont été efficaces pour aider à l'élaboration de l'orientation

Mobilisation des intervenants

- Un plan de mobilisation des intervenants a été mis en place
- L'administrateur en chef de la santé publique a établi un Comité consultatif scientifique composé de chercheurs issus du milieu universitaire
- Il y a eu une forte collaboration avec d'autres pays et avec des organismes internationaux

Communication avec les Canadiens

- La communication avec le public canadien était une priorité fondamentale durant la pandémie
- Des porte-parole importants, comme la ministre de la Santé et l'administrateur en chef de la santé publique étaient visibles durant toute la pandémie

- Une planification préalable a permis la mise en œuvre rapide des produits et des activités stratégiques liés à la communication
- Des efforts de marketing social ont contribué à modifier les comportements dans le but de prévenir l'infection
- Il y a eu une coordination forte et efficace des activités de communication entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux

Intervention fédérale dans les communautés des Premières nations vivant dans des réserves

- Beaucoup de communautés des Premières nations disposaient de plans de lutte contre la pandémie
- Les cliniques de vaccination dans les réserves ont généralement connu du succès
- Des antiviraux étaient préalablement distribués (prépositionnés) dans les communautés éloignées et isolées pour la deuxième vague et de l'équipement de protection individuelle a été acheté
- Il y a eu une bonne coopération entre Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, le ministère des Affaires indiennes et du Nord, les provinces et les dirigeants des Premières nations
- Santé Canada a nommé un conseiller médical principal pour superviser l'intervention contre la grippe H1N1 dans les réserves

Réserve de secours

- Une planification préalable a assuré la disponibilité des antiviraux et des fournitures médicales d'urgence

Vaccin

- Une planification préalable de la réserve de vaccins a assuré l'accès en temps utile à un vaccin sûr et efficace
- Le taux d'immunisation canadien a été l'un des plus élevés au monde
- Il y a eu une étroite collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé et des organismes de réglementation internationaux
- Des experts en science, en politiques et en réglementation ont travaillé ensemble en équipe
- Les arrêtés d'urgence ont été des mesures réglementaires appropriées pour accélérer l'accès au vaccin contre la souche H1N1 de même qu'aux antiviraux pour les enfants de moins de un an

Conduite des opérations

- Les structures, les ressources, les relations, les plans et les outils essentiels étaient en place
- Le personnel a fait preuve d'un dévouement et d'une endurance remarquables

- Un cadre financier avait déjà été établi pour la grippe pandémique
- Les communications internes avec le personnel ont commencé tôt et étaient fréquentes

Ce qui mérite d'être amélioré

Malgré ces points forts de la réponse du portefeuille de la Santé, des améliorations s'avèrent nécessaires. Voici plusieurs domaines précis où orienter l'action :

Surveillance, science et recherche

- Mettre au point les accords sur le partage de l'information sur la surveillance entre les secteurs de compétence
- Étudier des options qui permettraient de mettre en place des mécanismes adéquats pour accélérer la recherche en situation de crise
- Raffiner les approches pour traduire les connaissances scientifiques en information utile à la planification, à la prise de décisions et aux communications

Collaboration avec les provinces et les territoires

- Continuer de travailler avec les partenaires provinciaux et territoriaux à l'examen et à la simplification de la structure de gouvernance fédérale-provinciale-territoriale pour la grippe pandémique
- Clarifier et communiquer les rôles et les responsabilités des divers groupes consultatifs au sein de la structure de gouvernance de la pandémie
- Clarifier les processus de prise de décisions durant une pandémie et les communiquer aux groupes d'experts ou aux groupes consultatifs

Orientation

- Clarifier le rôle fédéral en élaborant un encadrement clinique
- Officialiser un processus d'approbation accéléré pour les documents d'orientation
- Comblent les lacunes de l'orientation existante
- Utiliser le langage et les supports qui conviennent dans les documents d'orientation

Mobilisation des intervenants

- Accroître la coordination de l'information provenant de plusieurs secteurs de compétence à l'intention des groupes d'intervenants
- Augmenter la capacité de prévoir les problèmes soulevés par les groupes d'intervenants et d'y répondre
- Soutenir l'élaboration de documents d'orientation à l'intention des professionnels de la santé
- Revoir la gestion des relations internationales par le portefeuille de la Santé

Communication avec les Canadiens

- Améliorer la cohérence de l'information communiquée aux Canadiens par les différents secteurs de compétence
- Revoir les stratégies visant à communiquer l'incertitude, le risque et les décalages entre les connaissances scientifiques pour donner confiance au public

Intervention fédérale dans les communautés des Premières nations vivant dans des réserves

- Élaborer un encadrement portant sur les aspects logistiques de la mise en œuvre des plans de lutte contre la pandémie
- Assurer la disponibilité en temps utile de l'encadrement en santé publique destiné aux communautés des Premières nations
- Répondre aux problèmes locaux grâce aux porte-parole régionaux
- Faire tomber les barrières au déplacement des professionnels de la santé durant un phénomène de santé publique

Réserve de secours

- Examiner la Réserve nationale de secours et la Réserve nationale d'antiviraux à la lumière de l'expérience liée à la grippe H1N1
- Envisager des options pour la prescription et la distribution des antiviraux dans les communautés éloignées et isolées durant une pandémie
- Solliciter l'autorisation de donner des fournitures de la Réserve à d'autres pays

Vaccin

- Mettre en œuvre un système intégré de surveillance pour l'immunisation, dont la gestion des inventaires, le suivi de la prise du vaccin et la surveillance des effets secondaires
- Revoir l'approche de la livraison fédérale des vaccins aux provinces et aux territoires
- Établir un examen réglementaire permanent en prévision de futurs phénomènes de santé publique
- Communiquer efficacement les processus et les mécanismes réglementaires

Conduite des opérations

- Gouvernance en cas de phénomènes importants de santé publique
 - Examiner le Système de gestion des incidents utilisé dans le Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé et l'adapter pour de futures interventions
 - Élaborer une compréhension commune du processus décisionnel durant une urgence lorsque des problèmes de santé publique et de politique publique se recoupent
 - Chercher des occasions de rationaliser les séances d'information et les réunions demandant la participation des cadres supérieurs

- Continuer de distinguer les rôles et les responsabilités des membres de la haute direction de l'Agence de la santé publique du Canada
- Distinguer les rôles et les responsabilités du groupe de gestion des urgences et du groupe des opérations au sein de l'Agence de la santé publique du Canada
- Soutien des services généraux lors de phénomènes de santé publique
 - Mettre en place des mécanismes visant à assurer la capacité de réagir des services généraux de l'Agence de la santé publique du Canada
 - Porter une attention particulière aux politiques, aux plans et aux procédures relatifs à la gestion des ressources humaines

Recommandations transversales

Les 34 domaines qui méritent des améliorations et qui sont indiqués ci-dessus peuvent être regroupés en trois recommandations principales relativement aux responsabilités, aux structures et aux rôles actuels. La première recommandation vise l'état de préparation et d'intervention en cas de pandémie et elle nécessite la collaboration fédérale et provinciale ou territoriale. La deuxième recommandation est de nature fédérale et concerne en particulier la gestion des urgences. La portée de la troisième recommandation est limitée à l'Agence de la santé publique du Canada et à Santé Canada et elle est axée sur le renforcement des communications à caractère scientifique.

Recommandation 1 — Renforcer davantage la capacité fédérale, provinciale et territoriale pour se préparer et répondre à la grippe pandémique

- Mettre à jour le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* en mettant particulièrement l'accent sur :
 - la souplesse et la possibilité d'adapter l'envergure des interventions en fonction de différents scénarios de pandémie
 - l'efficacité et l'efficacités des structures de gouvernance (c.-à-d. les rôles et les responsabilités de tous les partenaires, la composition des comités et des groupes, de même que l'accompagnement des processus décisionnels et d'homologation)
 - les processus de collaboration visant à élaborer et à renforcer les documents d'orientation afin d'assurer la disponibilité, l'accessibilité et la cohérence des messages émis
 - l'achèvement et la mise en œuvre d'accords de partage des données avec les provinces et les territoires.

Recommandation 2 — Continuer de clarifier, de communiquer et d'exercer les rôles, les responsabilités et les mécanismes fédéraux de gestion des urgences en portant une attention particulière à la durabilité de la capacité d'intervention et des rôles décisionnels

- Achever la politique relative à l'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé et mettre à jour le *Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé* en portant attention aux éléments suivants :

- les rôles et les responsabilités de la prise de décisions et les processus et les échéanciers d'homologation qui les accompagnent
- les normes d'activation et d'intensification tenant compte de la gravité d'un phénomène
- les principes et les procédures visant à assurer la durabilité de l'intervention avec une capacité de pointe suffisante.
- Continuer l'orientation et la formation en gestion des urgences.
- Envisager une approche davantage intégrée pour les exercices relatifs aux leçons à retenir.

Recommandation 3 — Améliorer l'habileté du portefeuille de la Santé à communiquer les aspects scientifiques à divers groupes cibles

- Élaborer des approches servant à acheminer en langage simple, à divers groupes cibles et à diverses fins, les résultats, les processus, les incertitudes, les risques et les fluctuations scientifiques complexes y compris :
 - au personnel du portefeuille de la Santé dans des domaines tels que les politiques, le programme, les communications et les opérations
 - aux décideurs et à ceux qui influencent les décisions
 - aux intervenants
 - aux médias
 - au grand public.

Prochaines étapes

La planification est un processus continu. Les leçons apprises des expériences vécues avec le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et avec d'autres phénomènes importants, tels que l'éclosion de listériose de 2008, représentent l'assise des améliorations apportées à la capacité de réponse à une situation de pandémie du portefeuille de la Santé. Dans le cas de la grippe H1N1, les leçons tirées de la première vague ont été appliquées aux activités durant la deuxième vague. On s'attend à ce que les leçons tirées du présent examen mènent à une réponse encore plus efficiente et efficace à de futures pandémies et à d'autres genres de phénomènes de santé publique d'envergure nationale.

Il convient que l'Agence de la santé publique du Canada et que Santé Canada prennent des mesures immédiates pour mettre en œuvre les leçons à retenir qui sont mises en évidence dans le présent rapport. Les cadres supérieurs devraient superviser l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi continu d'un plan d'action détaillé visant à répondre à chacune des constatations et des recommandations.



1. INTRODUCTION

But et portée de l'examen des leçons à retenir

L'examen des leçons à retenir a permis d'étudier la réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009. Le but de cet examen conjoint était de comprendre ce qui a bien fonctionné et ce qui mérite d'être amélioré. La direction et le personnel devraient se servir des constatations et des recommandations faites dans le présent examen interne pour planifier et prendre des décisions en vue de se préparer à de futures pandémies et à d'autres genres de phénomènes de santé publique d'envergure nationale.

L'examen a porté sur neuf grands domaines de la réponse du portefeuille de la Santé à la pandémie :

- surveillance, science et recherche
- collaboration avec les provinces et les territoires
- orientation
- mobilisation des intervenants
- communication avec les Canadiens
- intervention fédérale dans les communautés des Premières nations vivant dans des réserves
- réserve de secours
- vaccin
- conduite des opérations.

Chacun des domaines susmentionnés est le sujet d'une section individuelle du rapport. L'ordre de présentation des sections ne vise pas à refléter leur importance relative. Il y a des recoupements de contenu entre les sections. Par exemple, les questions relatives à la distribution et à l'utilisation du vaccin sont discutées dans les sections du rapport portant sur l'orientation, le vaccin et l'intervention fédérale dans les communautés des Premières nations vivant dans des réserves. Afin d'éviter la répétition du contenu, certaines sections dirigeront le lecteur vers du contenu connexe présenté ailleurs dans le rapport.

Ce rapport :

- fournit une description du contexte de la grippe H1N1
- documente la réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada face à la pandémie
- établit ce qui a bien fonctionné, de même que ce qui mérite d'être amélioré, pour chacun des neuf grands domaines de l'intervention face à la pandémie indiqués ci-dessus, culminant en trois recommandations transversales visant à améliorer les responsabilités, les structures et les rôles actuels de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada.

Méthodologie

L'examen a été effectué par la Direction des services d'évaluation, un groupe interne de l'Agence de la santé publique du Canada qui n'a pas participé aux différents domaines d'intervention lors de la pandémie.

L'examen a permis d'analyser l'information provenant de sources multiples.

- Documents internes clés dont :
 - des évaluations de la réponse à la pandémie effectuées par divers domaines opérationnels de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada (parfois appelées « rapports d'intervention » ou « rétroactions immédiates »)
 - des évaluations de l'expérience avec la grippe H1N1 effectuées par divers groupes appartenant à la structure d'intervention, y compris de fonctionnaires provinciaux et territoriaux et d'experts-conseils
 - une synthèse de recherche sur l'opinion publique concernant la grippe H1N1
 - une analyse de la couverture médiatique de la pandémie.
- Examens de la réponse à la grippe H1N1 menés par d'autres organismes (p. ex. : les gouvernements provinciaux et/ou leurs médecins hygiénistes en chef, d'autres organismes canadiens, de même que d'autres pays). Dans certains cas, des citations intégrales de ces examens ont été incluses dans le présent rapport (la source est citée dans une note en fin d'ouvrage).
- Les commentaires écrits d'intervenants canadiens mobilisés par l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada durant la pandémie de grippe H1N1, y compris des :
 - organismes autochtones nationaux
 - associations de professionnels de la santé
 - représentants du secteur privé (mobilisés par le Groupe de travail du secteur privé sur la planification en cas de grippe aviaire et de grippe pandémique)
 - organismes d'intervention d'urgence
 - travailleurs syndiqués (secteur de la santé).
- Entrevues avec des cadres supérieurs importants de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada. Des citations mot à mot de certaines de ces entrevues ont été intégrées dans le présent rapport afin de mieux illustrer les points clés et les tendances qui se sont dégagés de l'analyse. Les citations tirées de ces entrevues n'ont pas été attribuées à une source.

Le projet a été soutenu par deux groupes internes qui ont prodigué des conseils à l'équipe du projet : un Comité consultatif du projet du sous-ministre adjoint et un Groupe de référence du directeur général.



2. INFORMATION GÉNÉRALE ET CONTEXTE

La présente section décrit la nature du virus de la grippe H1N1 de 2009, son évolution et l'expérience vécue au Canada en 2009-2010. Elle donne également une vue d'ensemble des rôles et des responsabilités de la santé publique au Canada et à l'étranger. On y décrit les rôles et les responsabilités des divers secteurs de compétence et leur mandat dans une optique de réponse nationale aux pandémies (et à la grippe H1N1 en particulier); il s'agit en l'occurrence des administrations municipales et des gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations non gouvernementales, de la collaboration fédérale-provinciale-territoriale et du gouvernement fédéral. Les comités et réseaux stratégiques et les plans et stratégies essentiels y sont aussi présentés.

La grippe H1N1 — La pandémie

La grippe pandémique

Les personnes sont exposées à différentes souches de virus de la grippe à maintes reprises au cours de leur vie, ce qui leur permet de s'immuniser avec le temps. Trois ou quatre fois par siècle, pour des raisons inconnues, une modification radicale se produit dans le virus de la grippe de type A, causant l'apparition d'une nouvelle souche. Lorsque cela se produit, il est possible que le système immunitaire ne puisse pas fournir de protection contre la nouvelle souche, ce qui rend les gens plus vulnérables à la maladie causée par le virus. Une pandémie de grippe se produit alors avec l'apparition d'un nouveau virus grippal contre lequel personne n'a d'immunité, ce qui entraîne plusieurs épidémies simultanées à travers le monde¹.

Le virus H1N1 de 2009

Il a été déterminé que le virus de la grippe H1N1 de 2009 est une combinaison unique de gènes viraux de la grippe de type A qui n'a jamais été détectée auparavant, ni chez des animaux, ni chez l'homme. Les déclarations initiales qualifiaient le virus de virus de la « grippe porcine » parce que les gènes du virus semblaient être une combinaison de gènes plus étroitement apparentés à des virus porcins de la grippe H1N1 nord-américaine et eurasiennne. Des études plus approfondies ont établi que le virus H1N1 contenait des éléments génétiques de la grippe porcine nord-américaine, de la grippe aviaire nord-américaine, de la grippe humaine et d'une grippe porcine eurasiennne.

Puisque la grippe H1N1 de 2009 était une nouvelle souche de grippe, une grande population d'humains n'avait que peu ou pas d'immunité naturelle contre le virus. Bien qu'elle soit, sous certains aspects, semblable à la grippe saisonnière, elle a provoqué des profils de décès et de maladie qui ne sont normalement pas observés dans les cas d'infection par la grippe saisonnière. La Figure 2.1 met en évidence les différences qui existent entre la grippe H1N1 et la grippe saisonnière.

Bien que la maladie ait provoqué des symptômes généralement bénins chez la plupart des gens, elle s'est avérée être sévère dans une petite minorité de cas. Ainsi, l'Organisation mondiale de la Santé a indiqué que certains groupes de personnes paraissaient plus susceptibles de souffrir de complications ou de symptômes graves de la maladie, dont :

- les femmes enceintes
- les nourrissons et jeunes enfants âgés de moins de cinq ans (particulièrement chez les moins de deux ans)
- les personnes de tout âge atteintes de certains troubles de santé chroniques (dont l'asthme ou une maladie pulmonaire chronique, une maladie du foie, une maladie du cœur, le diabète, une obésité sévère, des troubles sanguins, une maladie du rein ou certains troubles neurologiques)
- les personnes dont le système immunitaire est gravement déficient (p. ex. : les personnes qui prennent des médicaments contre le cancer ou les personnes atteintes du VIH/SIDA)².

FIGURE 2.1 Comparaison de la grippe saisonnière et de la grippe H1N1³

	GRIPPE SAISONNIÈRE	GRIPPE PANDÉMIQUE A (H1N1) DE 2009
Origines du virus	Souches de la grippe de type A ou de type B semblables à celles des années précédentes avec une variation mineure. Beaucoup de gens ont une certaine protection immunitaire grâce à une exposition précédente.	Nouveau virus qui : <ul style="list-style-type: none"> • n'a jamais circulé auparavant chez les humains • est d'origine animale et combine un mélange unique de gènes provenant de virus de grippe porcine, aviaire et humaine • a une composition génétique nettement différente de celle du virus H1N1 plus ancien qui provoquait des épidémies saisonnières depuis 1977. L'exposition à la grippe saisonnière ne protège pas la plupart des gens contre l'infection.
Tendances épidémiologiques	Dans les pays à climat tempéré, les épidémies saisonnières s'estompent habituellement au printemps pour se terminer avant l'été.	Les tendances épidémiologiques différaient des épidémies saisonnières de grippe. Un niveau élevé et généralisé d'infection par le nouveau virus s'est produit pendant l'été dans l'hémisphère nord dans plusieurs pays et a été suivi par des niveaux encore plus élevés les mois d'automne et d'hiver.
Symptômes	Symptômes de la grippe saisonnière : <ul style="list-style-type: none"> • fièvre supérieure à 38 °C • toux • fatigue • douleurs musculaires • manque d'appétit • écoulement nasal ou congestion nasale. Des nausées, des vomissements et de la diarrhée peuvent se produire et sont plus courants chez les enfants.	Mêmes que la grippe saisonnière. Des nausées, des vomissements et de la diarrhée peuvent parfois se produire.

FIGURE 2.1 Comparaison de la grippe saisonnière et de la grippe H1N1 (suite)

	GRIPPE SAISONNIÈRE	GRIPPE PANDÉMIQUE A (H1N1) DE 2009
Forme de maladie et décès	<p>La majorité (plus de 90 %) des décès se produisent chez des personnes âgées fragiles qui souffrent souvent d'un ou de plusieurs troubles médicaux chroniques.</p> <p>La plupart des cas de pneumonie sont causés par des infections bactériennes secondaires qui répondent habituellement bien aux antibiotiques.</p>	<p>Les personnes âgées de 65 ans ou plus sont les moins susceptibles d'être infectées par le virus, mais celles qui contractent la maladie ont aussi des risques élevés de développer des complications graves, tout comme elles le sont avec la grippe saisonnière.</p> <p>Par opposition à la grippe saisonnière, les groupes plus jeunes, y compris ceux qui étaient autrement en santé, étaient plus touchés dans toutes les catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ceux qui sont le plus souvent infectés • ceux qui doivent être hospitalisés • ceux qui ont besoin de soins intensifs • ceux qui meurent de leur infection. <p>Une cause fréquente de décès était la pneumonie virale, causée directement par le virus et difficile à traiter.</p> <p>Bien qu'un grand nombre de personnes qui sont décédées fussent atteintes de troubles médicaux sous-jacents associés à un risque plus élevé, beaucoup d'autres qui sont mortes étaient auparavant en bonne santé.</p>

Évolution du virus H1N1 de 2009

En mars 2009, il a été déterminé que le virus H1N1 de 2009 était la cause de l'éclosion d'une grave maladie respiratoire au Mexique. En quelques semaines le virus s'est propagé aux États-Unis et au Canada. Le 25 avril 2009, le directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré que l'éclosion de grippe H1N1 de 2009 était « *une urgence de santé publique de portée internationale* » conformément au Règlement sanitaire international. L'Organisation mondiale de la Santé a averti du « *potentiel pandémique du nouveau virus de la grippe porcine qui peut être transmis de personne à personne* » et a recommandé que « *tous les pays intensifient la surveillance de flambées inhabituelles de maladies de type grippal et de pneumonie sévère.* »⁴

Au cours des six semaines suivantes, le virus s'est propagé rapidement à travers le monde. Lorsque l'Organisation mondiale de la Santé a élevé le niveau d'alerte de la grippe pandémique à la phase 6 le 11 juin 2009, signalant la première pandémie du 21^e siècle, 74 pays et territoires avaient signalé des cas confirmés en laboratoire⁵. Le 18 juillet 2010, l'Organisation mondiale de la Santé déclarait que dans le monde, plus de 214 pays et territoires ou communautés d'outre-mer avaient signalé des cas de grippe H1N1 confirmés en laboratoire, dont plus de 18 000 décès⁶.

FIGURE 2.2 Calendrier : La pandémie de grippe H1N1 au Canada

MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT
<p>18 Détection d'infections respiratoires graves au Mexique.</p>	<p>20 L'Agence de la santé publique informe les autorités sanitaires provinciales et territoriales de l'existence de deux cas confirmés de la nouvelle grippe H1N1 en Californie.</p> <p>22 Activation du Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé au niveau deux (activation partielle).</p> <p>23 Le Laboratoire national de microbiologie confirme que les échantillons du Mexique sont positifs quant à la présence du virus H1N1.</p> <p>23 Activation du Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé au niveau trois (activation partielle).</p> <p>26 L'Agence de la santé publique signale le premier cas de grippe H1N1 au Canada.</p> <p>26 Activation du Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé au niveau quatre (activation complète 24/7)</p> <p>29 L'Organisation mondiale de la Santé élève le niveau d'alerte de la grippe pandémique à la phase 5.</p> <p>29 L'Agence de la santé publique achète 5,7 millions de doses d'antiviraux pour ajouter à la Réserve.</p>	<p>1 L'administrateur en chef de la santé publique annonce une modification de la terminologie de « grippe porcine » à « grippe A (H1N1) ».</p> <p>1 L'Agence de la santé publique recommande le traitement aux antiviraux des personnes modérément malades qui ont des risques élevés d'attraper la grippe.</p> <p>3 L'Agence de la santé publique publie la page de planification en cas de pandémie sur son site Web.</p> <p>6 Une téléconférence internationale de partage de l'information sur la réglementation et la santé publique afférente au vaccin est initiée.</p>	<p>11 L'Organisation mondiale de la Santé déclare une pandémie mondiale : phase 6.</p>	<p>2 La ministre de la Santé et l'administrateur en chef de la santé publique participent à une réunion internationale sur la réponse mondiale au virus de la grippe H1N1 à Cancun, au Mexique.</p> <p>28 Les provinces et les territoires rendent compte de leurs données sur la surveillance de l'influenza (FluWatch).</p>	<p>6 La ministre de la santé annonce la commande de 50,4 millions de doses de vaccin antigrippal H1N1 par le Canada.</p> <p>29 La première vague de la pandémie de grippe H1N1 est officiellement terminée au Canada.</p> <p>30 La deuxième vague de pandémie de grippe H1N1 commence officiellement au Canada.</p>

FIGURE 2.2 Calendrier : La pandémie de grippe H1N1 au Canada (suite)

SEPTEMBER	OCTOBER	NOVEMBER	DECEMBER	JANUARY	FEBRUARY
<p>16 L'administrateur en chef de la santé publique émet des directives sur le séquençage du vaccin antigrippal H1N1 de 2009.</p>	<p>19-25 Le fabricant commence à expédier le vaccin antigrippal H1N1 de 2009 aux organismes provinciaux, territoriaux et fédéraux pour la distribution préalable.</p> <p>21 Santé Canada homologue le vaccin antigrippal H1N1 avec adjuvant de 2009 à des fins commerciales</p>	<p>12 Santé Canada homologue le vaccin antigrippal H1N1 de 2009 sans adjuvant à des fins commerciales.</p>	<p>4 Tous les indicateurs de Surveillance de l'influenza (FluWatch) continuent de diminuer.</p>	<p>1 L'Agence de la santé publique et Santé Canada commencent à réduire la réponse à la pandémie de grippe H1N1.</p> <p>6 La ministre de la Santé annonce que cinq millions de doses du vaccin antigrippal H1N1 de 2009 seront envoyées au Mexique par le fabricant.</p> <p>27 L'Agence de la santé publique annonce la fin de la deuxième vague de pandémie de grippe H1N1.</p>	<p>10 Démobilisation de la réponse à la grippe H1N1 du Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé.</p>

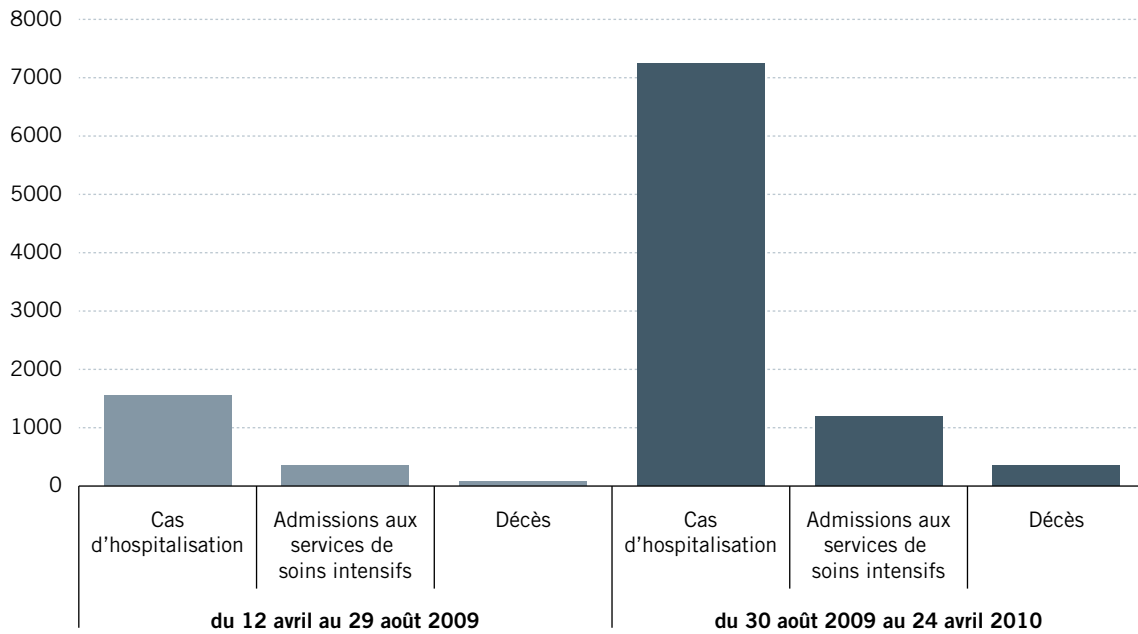
La grippe H1N1 — L'expérience canadienne

Les premiers cas canadiens de grippe H1N1 ont été confirmés par l'Agence de la santé publique du Canada le 26 avril 2009⁷. Le Canada a vécu deux vagues distinctes de grippe H1N1 (Figure 2.2). La première vague s'est produite au printemps, entre le 12 avril 2009 et le 29 août 2009. Pendant cette période, l'activité grippale a atteint son plus haut niveau durant les trois premières semaines de juin. La première vague a été suivie par une deuxième en automne, entre le 30 août 2009 et le 27 janvier 2010. L'activité grippale durant la deuxième vague a atteint son paroxysme début novembre 2009⁸.

À la fin de la deuxième vague, le Canada a signalé plus de 40 000 cas de grippe H1N1 confirmés en laboratoire^{9, 10}. Ce chiffre est une sous-estimation importante du nombre réel de cas canadiens pour plusieurs raisons. Tout d'abord, une grande proportion des personnes affectées n'ont pas consulté de médecin parce qu'elles présentaient des symptômes bénins, et des cas n'ont ainsi pas été détectés. Deuxièmement, le type de grippe n'a pas été déterminé pour un grand nombre d'échantillons de laboratoire analysés durant la période de pandémie. Pour terminer, à partir de début juin 2009, compte tenu du fait que les approches de traitement des symptômes de la grippe étaient régularisées et que les ressources de laboratoire étaient limitées pour effectuer les analyses, seuls les cas d'hospitalisation ont été testés dans plusieurs provinces et territoires. Il en découle que le nombre de cas de grippe H1N1 signalés et confirmés en laboratoire ne peut pas être comparé entre la première et la deuxième vague.

En revanche, on peut comparer les taux d'hospitalisation, les admissions aux services de soins intensifs et les décès. Comme on le voit à la Figure 2.3, la plupart des hospitalisations, des admissions aux services de soins intensifs et des décès se sont produits durant la deuxième vague d'activité grippale accrue. La deuxième vague a été substantiellement plus importante que la première et elle s'est soldée par quatre à cinq fois plus d'hospitalisations et de décès par rapport à la première vague. Tous les territoires et toutes les provinces ont présenté des niveaux de transmission plus élevés au cours de la deuxième vague, sauf au Manitoba et au Nunavut, qui ont déclaré des taux d'hospitalisation plus élevés durant la première vague¹¹.

FIGURE 2.3 Chiffres cumulatifs des cas d'hospitalisation, des admissions aux services de soins intensifs et des décès parmi les cas confirmés de grippe pandémique H1N1 au Canada, du 12 avril 2009 au 24 avril 2010¹²



Les taux accrus d'hospitalisation, d'admission aux services de soins intensifs et de mortalité ont été les plus élevés chez les Autochtones, les femmes enceintes et les individus atteints d'au moins un trouble médical sous-jacent, bien que le risque pour les Autochtones et les femmes enceintes ait considérablement diminué lors de la deuxième vague.

Le virus a encore des répercussions chez certains individus. Certains patients atteints du virus qui ont séjourné aux services de soins intensifs déclarent avoir des effets persistants.

Rôles et responsabilités de la santé publique

Les phénomènes de santé publique tels que la pandémie de grippe H1N1 concernent les autorités sanitaires internationales, de même que les autorités sanitaires municipales, provinciales et territoriales, les organisations non gouvernementales, l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada et les partenaires fédéraux de l'intervention d'urgence.

La pandémie de grippe H1N1 s'est produite sur une toile de fond de planification de l'intervention en cas de pandémie à tous les ordres de gouvernement, ce qui comprend des années d'élaboration, de peaufinage et de pratique des plans d'intervention aux niveaux international, fédéral, provincial, territorial, régional et communautaire en préparation à une éclosion de grippe aviaire A (H5N1). Malgré les différences entre les scénarios de planification et la pandémie réelle de grippe H1N1, beaucoup de plans et de systèmes d'intervention établis lors de la planification en cas de pandémie, ainsi que les rôles et les responsabilités définis dans ces plans, ont été appliqués en réponse à la grippe H1N1.

À l'échelle internationale

En cas d'intervention face à un phénomène de santé publique, le Canada travaille de concert avec ses partenaires internationaux par le truchement d'organisations telles que l'Organisation mondiale de la Santé et de mécanismes tels que l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale. De plus, le Canada travaille étroitement avec ses partenaires d'Amérique du Nord, soit les États-Unis et le Mexique.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

L'Organisation mondiale de la Santé offre du leadership dans le domaine des questions sanitaires mondiales et dirige la réponse internationale en santé publique à la grippe pandémique.

Voici les responsabilités de l'Organisation mondiale de la Santé lors d'une éclosion de maladie :

- coordonner la réponse internationale
- déclarer le niveau mondial d'alerte pandémique (phases 1 à 6)
- choisir la souche vaccinale contre la grippe pandémique et faire des recommandations sur le moment de commencer la production d'un vaccin contre la grippe pandémique au lieu d'un vaccin contre la grippe saisonnière
- coordonner les opérations de confinement rapide
- fournir des évaluations précoces de la gravité de la pandémie pour la santé¹³.

Forte de son expérience avec le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), l'Organisation mondiale de la Santé a reconnu la nécessité de renforcer les capacités de détection et de signalement de la maladie. Elle a présenté le Règlement sanitaire international (2005), un accord international qui est entré en vigueur en juin 2007 et auquel participe le Canada. Le Règlement procure un cadre de travail pour détecter, signaler et gérer les éclosions internationales de maladies et pour renforcer la sécurité internationale en matière de santé publique¹⁴. Chaque État membre est tenu de désigner ou d'établir un centre de coordination de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international et est responsable dans son secteur de compétence respectif de mettre en œuvre des mesures sanitaires en vertu de ce Règlement.

Aussi en 2005, l'Organisation mondiale de la Santé a commencé à travailler avec ses partenaires internationaux à la planification d'une éclosion éventuelle de grippe aviaire. Avec le document intitulé *Préparation et action en cas de grippe pandémique : Document d'orientation de l'OMS*, elle a cherché à améliorer la coordination internationale, la transparence et la gestion des risques en répondant à de telles menaces¹⁵.

Le Groupe consultatif spécial d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé a été établi en 1999 pour fournir une orientation et un soutien spécialisé sur l'immunisation et les vaccins. Lors de la pandémie de grippe H1N1, un Groupe de travail spécial sur les politiques du Groupe consultatif spécial d'experts sur les vaccins contre la grippe H1N1 a été mis en service. Le Groupe consultatif spécial d'experts a examiné la faisabilité des vaccins contre la grippe H1N1 et a fait des recommandations au directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé sur les lignes directrices et les procédures internationales relatives à l'utilisation et à la distribution des vaccins contre la grippe H1N1¹⁶.

L'Organisation mondiale de la Santé maintient également un réseau électronique, le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, pour gérer et communiquer régulièrement l'information cruciale sur l'épidémiologie et les opérations concernant les éclosions de maladies à ses pays membres, aux professionnels de la santé internationaux importants, aux laboratoires et à d'autres membres du Réseau.

INITIATIVE DE SÉCURITÉ SANITAIRE MONDIALE

La Canada est membre de l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale, un partenariat international entre des pays comme la France, l'Allemagne, l'Italie, le Japon, le Mexique, le Royaume-Uni et les États-Unis, destiné à renforcer l'état de préparation et la réponse mondiale aux menaces pour la santé publique. Lors de la pandémie de grippe H1N1, la participation à ce partenariat a aidé le Canada à acquérir de l'information pertinente pour la mise au point et l'homologation du vaccin, pour les groupes cibles, pour les stratégies de vaccination, pour l'utilisation des médicaments antiviraux, ainsi que pour les approches et les stratégies relatives à la communication des risques.

En 2001, le Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale composé de hauts fonctionnaires a été établi par les ministres de ces pays dans le but d'élaborer et de mettre en œuvre des mesures concrètes visant à améliorer la protection de la santé mondiale. Il servirait aussi de réseau de communication et de réaction rapide en cas de situation d'urgence. Le Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale a mis sur pied plusieurs groupes de travail spécialisés, dont trois qui ont eu un rôle important à jouer lors de la réponse mondiale à la pandémie de grippe H1N1 : le Réseau mondial des laboratoires de protection de la santé, le Groupe de travail sur la grippe pandémique et le Groupe de travail sur la gestion du risque et les communications.

Santé Canada agit à titre de secrétariat international de l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale, assurant la coordination entre les pays membres et réunissant les hauts fonctionnaires pour traiter des efforts de collaboration destinés à intervenir face aux risques mondiaux pour la santé.

COLLABORATION NORD-AMÉRICAINE

Le Canada travaille étroitement avec ses voisins d'Amérique du Nord, les États-Unis et le Mexique. La protection des gens contre la maladie compte parmi les priorités de cette relation.

Guidés par le *Plan nord-américain contre l'influenza aviaire et la pandémie d'influenza*, le Canada, le Mexique et les États-Unis ont travaillé de concert à la préparation et à la gestion d'une écloison de grippe aviaire ou d'une pandémie de grippe en Amérique du Nord. Ce *Plan*, reconnaissant que les santés sociale et économique des trois pays sont inextricablement liées, décrit une approche nord-américaine de collaboration et de coordination servant à maîtriser la propagation de la grippe aviaire ou d'une nouvelle souche de grippe humaine.

Le *Plan nord-américain contre l'influenza aviaire et la pandémie d'influenza* décrit les activités conjointes à exécuter au moyen de six champs d'activités : la promotion de la santé et la communication des risques, la coordination, la surveillance épidémiologique et les pratiques de laboratoire, la prestation des soins de santé, la réserve stratégique, ainsi que la recherche et le développement, en vue de :

- détecter, contenir et maîtriser une écloison de grippe aviaire et de prévenir la transmission aux humains

- prévenir ou ralentir l'entrée d'une nouvelle souche de grippe humaine en Amérique du Nord
- réduire la maladie et les décès
- soutenir l'infrastructure et d'atténuer l'incidence sur l'économie et le fonctionnement de la société¹⁷.

Système canadien de santé publique

La santé publique est une responsabilité partagée au Canada. Tous les ordres du système de santé publique (municipal, provincial, territorial et fédéral) recueillent de l'information pour détecter et surveiller les menaces que posent les maladies émergentes et pour détecter des changements dans les tendances morbides. L'information recueillie au niveau local est communiquée à la province ou au territoire, ainsi qu'à l'Agence de la santé publique du Canada, suivant le cas, selon ce qui est stipulé dans les accords existants sur le partage de l'information.

RÔLES MUNICIPAUX, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

En général, une éclosion nationale de maladie infectieuse ou une urgence mettant en cause la santé de la population est d'abord gérée au niveau local par les intervenants en santé publique de première ligne ou les systèmes de gestion des urgences travaillant de concert avec les fournisseurs locaux de soins de santé. Le rôle des autorités locales de santé publique comprend de surveiller et de détecter les phénomènes sanitaires, d'effectuer les enquêtes sur les éclosions de maladies pour en déterminer la source (y compris les analyses de laboratoire, l'isolement et le traitement), ainsi que d'effectuer le suivi des contacts des personnes touchées.

Les municipalités ont un important rôle à jouer dans la planification d'une pandémie et l'intervention à offrir. Il incombe généralement aux administrations municipales de réaliser la première intervention en cas d'urgence (p. ex. : services de police, d'ambulance et de pompiers). Comme le souligne la Fédération canadienne des municipalités dans son site Web¹⁸, les services de continuité des affaires et d'intervention fournis par d'autres ordres de gouvernement dépendent de l'infrastructure municipale principale, y compris des services de police, de pompiers, d'approvisionnement en eau et de traitement des eaux usées, de transport en commun et des services de santé publique municipaux.

Les autorités sanitaires provinciales ou territoriales peuvent intervenir lors d'une éclosion de maladie ou d'une urgence si les autorités locales de santé publique demandent de l'aide ou des ressources. Si l'éclosion se propage au-delà des limites locales, qu'elle a de graves conséquences sur la santé humaine ou qu'elle dépasse la capacité locale, la province ou le territoire assumera le leadership en coordonnant la gestion de la réponse¹⁹. Les provinces et les territoires ont leur propre législation en matière de santé publique, leurs plans de gestion des urgences, leurs normes et lignes directrices sur l'intervention en cas d'éclosion de maladies et leurs services de laboratoire. Les provinces et les territoires fournissent des services de soins de santé à la population et des vaccins par l'intermédiaire des autorités sanitaires locales.

ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

La pratique de la santé publique repose fortement sur la collaboration entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales, telles que les associations de professionnels. Ces groupes peuvent être axés sur la santé ou peuvent avoir des intérêts prioritaires dans d'autres domaines connexes²⁰.

Les organisations non gouvernementales jouent des rôles essentiels dans la réponse à une pandémie et elles contribuent activement d'une manière cohérente avec leur mandat. Par exemple, diverses organisations peuvent participer à l'élaboration et à la diffusion des documents d'orientation, partager de l'information et donner des conseils en participant à divers comités, travailler pour assurer que la planification de la continuité des affaires soit en place, et fournir des services dans la communauté.

COLLABORATION FÉDÉRALE-PROVINCIALE-TERRITORIALE

Conférence des sous-ministres

Les sous-ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux relèvent des ministres de la Santé. Lors de la réponse à la grippe H1N1, en plus de leurs conférences régulières en personne, les sous-ministres faisaient des appels bilatéraux et multilatéraux chaque semaine, parfois même chaque jour, pour prendre des décisions sur les politiques importantes et sur d'autres questions liées à l'intervention.

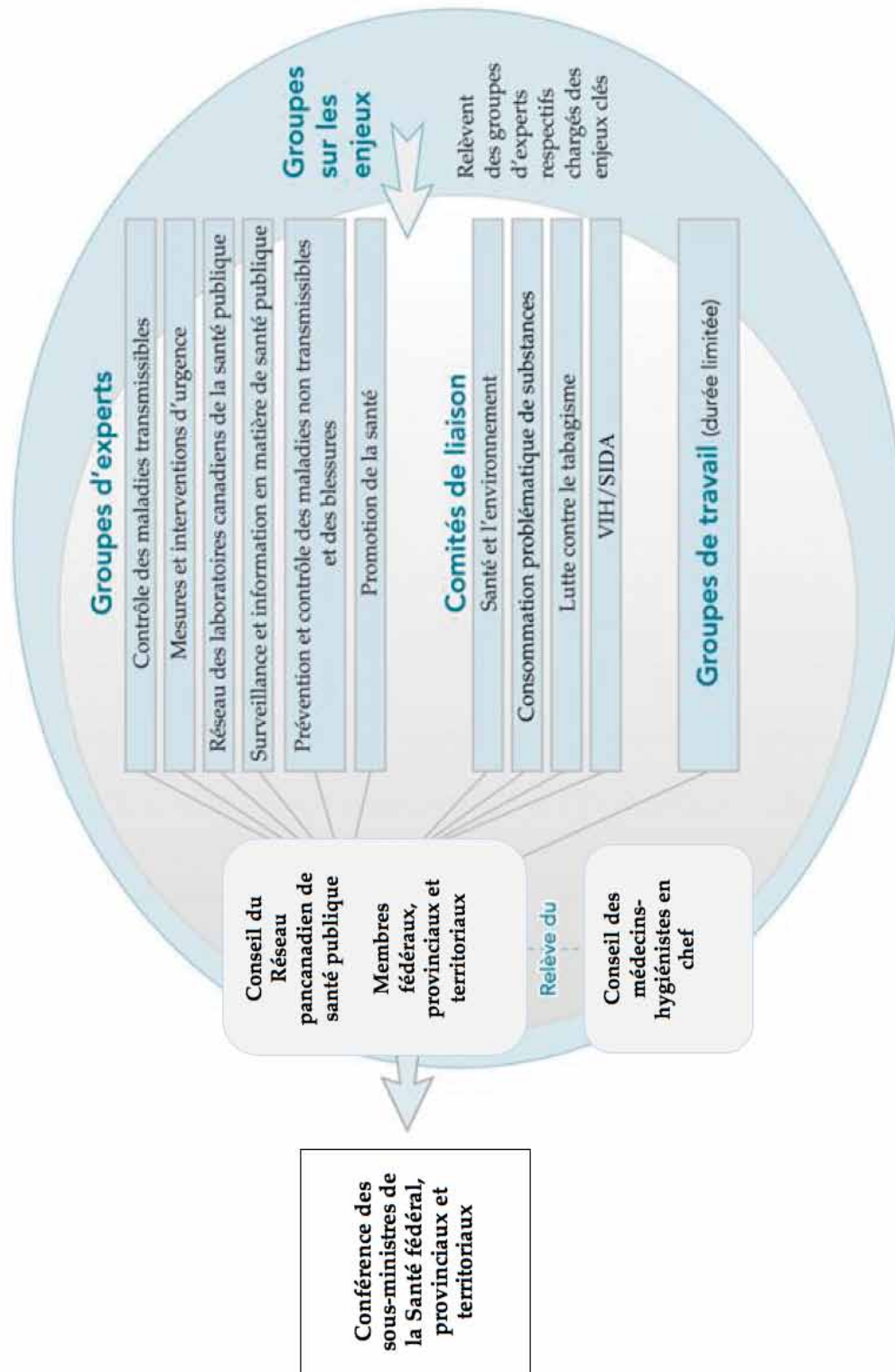
Réseau pancanadien de santé publique

Le Réseau pancanadien de santé publique a été établi par les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada en 2005 (Figure 2.4). Dirigé par un Conseil du Réseau de santé publique composé de 17 membres, comptant des représentants de chaque province et territoire et du gouvernement fédéral, le Réseau permet aux différents ordres de gouvernement et aux experts de travailler ensemble à l'amélioration de la santé publique au Canada. Le Réseau pancanadien de santé publique adopte une approche de collaboration en santé publique qui est essentielle en tout temps, mais qui s'avère particulièrement importante lorsqu'il s'agit de coordonner et de collaborer advenant des urgences en santé publique. L'Agence de la santé publique du Canada agit à titre de Secrétariat pour le Conseil du Réseau de santé publique ainsi que pour ses groupes et ses comités.

Le mandat du Réseau comporte de nombreux aspects, allant de faciliter le partage de l'information entre les provinces et les territoires du Canada, à travailler avec les sous-ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sur des questions de santé publique et leur donner des conseils sur les politiques et des avis spécialisés, à soutenir les secteurs de compétence qui font face à des défis en santé publique dans des situations d'urgence et de crise. Le lien du Réseau avec les preneurs de décisions des gouvernements et avec d'autres participants clés de l'arène de la santé publique soutient l'élaboration et l'application fermes et intégrées d'une politique en matière de santé publique.

Le Conseil des médecins-hygiénistes en chef est aussi intégré à la structure du Réseau : il relève des sous-ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux par l'intermédiaire du Conseil du Réseau de santé publique. De par la perspective unique de leurs rôles et de leurs responsabilités, les médecins-hygiénistes en chef prodiguent des conseils de nature spécialisée, stratégique et politique.

FIGURE 2.4 Composition du Réseau pancanadien de santé publique au 31 mars 2010²¹



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

En 2004, par le truchement du Réseau pancanadien de santé publique, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont établi le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*. Le Plan est le produit d'un dialogue approfondi et d'une collaboration avec des représentants de toutes les provinces et de tous les territoires : les médecins-hygiénistes en chef; des épidémiologistes; des virologistes; des spécialistes des maladies transmissibles; des spécialistes cliniciens, de la santé publique et des laboratoires; ainsi que d'un grand groupe d'intervenants, dont des organisations non gouvernementales, des administrations locales, des planificateurs des mesures d'urgence et des bioéthiciens.

Mis à jour en 2006, le *Plan* est destiné à fournir un large cadre à la réponse de collaboration du Canada à une grippe pandémique et il guide les rôles et les responsabilités de l'Agence de la santé publique du Canada, de Santé Canada ainsi que des provinces et des territoires. Le but du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* est d'aider à réduire le plus possible la maladie grave, les décès et les perturbations sociétales pendant et après une pandémie en appuyant et en facilitant des efforts de planification et d'intervention coordonnés.

RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Le gouvernement fédéral coordonne l'intervention nationale de lutte contre la grippe pandémique, y compris la surveillance, la liaison internationale et la coordination du vaccin²².

Bien que l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada assument des rôles prépondérants, d'autres ministères et organismes fédéraux jouent des rôles précis dans la réponse à la grippe H1N1, dont les suivants :

- Des organismes centraux, tels que le Bureau du Conseil privé, coordonnent les réponses à des problèmes auxquels font face le gouvernement et le pays. À la tête de la fonction publique du Canada, le greffier du Conseil privé sert de lien principal entre le premier ministre et la fonction publique.
- Sécurité publique Canada est responsable du leadership dans la gestion des urgences au Canada en coordonnant les activités de gestion des urgences entre les institutions gouvernementales, en coopération avec les provinces et d'autres entités.
- L'Agence canadienne d'inspection des aliments assume le rôle de premier plan dans l'intervention face aux urgences en santé animale. Elle travaille avec les provinces et les territoires, l'industrie porcine et les vétérinaires du secteur privé à l'amélioration de la surveillance des troupeaux de porcs pour y déceler des signes de maladie et pour maintenir des mesures de biosécurité améliorées dans les fermes de l'ensemble du pays.
- Le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international coordonne la réponse internationale du Canada.
- L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada travaillent également avec la Gendarmerie royale du Canada, l'Agence des services frontaliers du Canada, et Citoyenneté et Immigration Canada pour gérer le dépistage chez les voyageurs et l'inspection des phénomènes de santé à la frontière et aux points d'entrée du pays.

Plan d'intervention d'urgence fédéral

Le *Plan d'intervention d'urgence fédéral* décrit les processus et les mécanismes servant à faciliter une réponse intégrée du gouvernement du Canada à une urgence et à éliminer le besoin que des ministères coordonnent une réponse plus vaste du gouvernement du Canada. Le but du *Plan d'intervention d'urgence fédéral* est d'harmoniser les efforts d'intervention d'urgence déployés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les organisations non gouvernementales et le secteur privé. Dans le *Plan*, la Sécurité publique est établie comme le ministère fédéral chargé de la coordination à qui incombe la responsabilité de faire intervenir les ministères fédéraux pertinents.

Comité de gestion des urgences des sous-ministres adjoints

Le Comité de gestion des urgences des sous-ministres adjoints coordonne la réponse fédérale à une urgence et sert de forum pour échanger de l'information et donner des conseils de façon coordonnée au niveau hiérarchique supérieur avant, pendant et après une urgence. Lors de la pandémie de grippe H1N1, le Comité a mis sur pied un sous-comité sur la grippe H1N1 et, en accord avec le *Plan d'intervention d'urgence fédéral*, a fourni une orientation au Centre des opérations du gouvernement, en plus d'avoir coordonné et fait la recommandation de possibilités d'intervention à l'intention des preneurs de décisions de niveau hiérarchique supérieur.

Partenariat fédéral pour les soins de santé-Groupe de travail sur la planification en cas de pandémie

Le Partenariat fédéral spécial pour les soins de santé-Groupe de travail sur la planification en cas de pandémie a été créé le 11 mai 2009 pour fournir une coordination entre les partenaires et les organisations fédérales qui prodiguaient à ce moment-là des soins de santé aux populations fédérales. Les partenaires fédéraux comprennent : Citoyenneté et Immigration Canada, Service correctionnel du Canada, le ministère de la Défense nationale, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, la Gendarmerie royale du Canada et Anciens Combattants Canada. Le Groupe de travail du Partenariat fédéral pour les soins de santé a été conçu pour répondre aux questions posées par les partenaires et pour fournir une orientation stratégique aux questions liées à la grippe H1N1, à la vaccination et à l'accès à la Réserve nationale de secours et à la Réserve nationale d'antiviraux.

PORTEFEUILLE DE LA SANTÉ

En vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé*, le ministre de la Santé a le mandat élargi de protéger la population canadienne des risques pour la santé et de la propagation des maladies. Les obligations, les fonctions et les pouvoirs du ministre en relation avec la santé comprennent l'enquête et la recherche sur les questions de santé publique, dont la surveillance des maladies. En vertu de la Loi, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada assument diverses obligations et exercent plusieurs fonctions et pouvoirs au nom du ministre.

Le ministre de la Santé est soutenu par le portefeuille de la Santé qui comprend 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 l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée.

Au sein du portefeuille de la Santé, la réponse à la grippe H1N1 a été principalement gérée par l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada avec le soutien en matière de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada.

Groupe de la direction du portefeuille de la Santé

Le Groupe de la direction du portefeuille de la Santé est l'organisme décisionnaire qui ne se réunit que lors d'une urgence ou d'un phénomène de santé publique, comme celui de la grippe H1N1. Le cœur du Groupe de la direction du portefeuille de la Santé est composé de décideurs de niveau supérieur de l'ensemble du portefeuille de la Santé. Au besoin, ce groupe s'agrandit pour inclure des directeurs généraux du portefeuille de la Santé pour traiter de problèmes précis.

Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé

Le Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé est le poste central et la plate-forme de coordination de l'intervention d'urgence de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada. Il fonctionne selon un Système de gestion des incidents pendant les urgences. Le Système de gestion des incidents est conçu pour être une structure souple, à dimension variable, qui peut être agrandie ou réduite pour répondre aux besoins provenant de phénomènes ou d'urgences particuliers. Lors de la pandémie de grippe H1N1, le niveau d'activation est allé du niveau deux (activation partielle) au niveau quatre (activation complète 24/7). Il est fondé sur les fonctions de base de la gestion, des opérations, de la planification, de la logistique et des finances et de l'administration, doté d'un groupe des opérations qui est adapté de façon précise au phénomène. Le Système de gestion des incidents est conçu pour procurer un leadership opérationnel quotidien alors que le Groupe de la direction du portefeuille de la Santé assume le leadership stratégique.

Bureaux régionaux du portefeuille de la Santé

Les Bureaux régionaux au sein de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada dirigent les activités d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé dans les régions. Les activités comprennent les Comités régionaux sur l'état de préparation aux urgences, les Centres régionaux de coordination en cas d'urgence et des arrangements bilatéraux entre les Bureaux régionaux et divers autres ministères gouvernementaux pour veiller à une forte présence interministérielle et intergouvernementale en cas de phénomènes de santé publique comme celui de la grippe H1N1.

Chaque province et territoire est doté d'un Conseil fédéral régional où siège le directeur régional de chaque ministère. Les Conseils fédéraux jouent un rôle de coordination et de communication interministérielles dans chaque région et l'ont assumé dans la préparation et la réponse à la pandémie.

Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé

Le *Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé* est structuré comme un plan couvrant « tous les dangers » pour l'intervention d'urgence, y compris répondre à un phénomène de santé publique comme la pandémie de grippe H1N1. Il définit la portée, le cadre de travail, les rôles et les responsabilités dans lesquels l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada fonctionnent afin d'assurer une intervention appropriée face à une variété d'urgences qui pourraient affecter la santé et le bien-être des Canadiens²³.

Programme de préparation à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe

La nécessité de disposer d'un plan coordonné et détaillé visant à traiter de façon particulière la grippe aviaire et une pandémie de grippe a été établie par le gouvernement fédéral. Le cadre de préparation à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe de 2006 est composé d'une série d'initiatives de préparation à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe entreprises par

l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments. La série d'initiatives comprend les éléments suivants :

- vaccins et antiviraux
- prévention et alerte précoce
- préparation aux urgences
- besoins scientifiques importants et réglementation
- capacité de pointe
- communication des risques
- collaboration fédérale-provinciale-territoriale et internationale.

Rôle de Santé Canada

Santé Canada est responsable du régime de réglementation qui régit la sécurité des produits, y compris celle des : aliments, médicaments, appareils médicaux, produits de santé naturels, produits de grande consommation, produits chimiques, appareils émettant des radiations, cosmétiques et pesticides. Pour remplir son mandat législatif, le ministère participe :

- à la recherche scientifique, à l'évaluation, à l'établissement de normes, à l'élaboration de règlements et de politiques, à la collecte de données, à la surveillance, à l'analyse de la sécurité et de l'efficacité, ainsi qu'à l'éducation et la vulgarisation
- à l'analyse et à l'évaluation de l'information sur la santé, pour améliorer la capacité du Canada à prévenir les situations sanitaires d'urgence et à y répondre
- à la recherche scientifique naturelle et sociale et à l'élaboration de nouvelles méthodes et techniques de laboratoire servant à soutenir la recherche et l'analyse de politiques pour faciliter la prise de décisions
- à la surveillance de la santé, au contrôle et à l'évaluation de l'exposition pour cerner les problèmes qui se présentent et contrôler ceux qui existent déjà
- à la mesure de l'efficacité de notre réglementation et à la surveillance postcommercialisation des produits de santé et des pesticides
- au renforcement de la capacité grâce à la recherche interne et externe et à des activités liées à la recherche pour définir avec exactitude les risques pour la santé, les tendances et les problèmes qui se présentent
- au soutien d'une conception et d'une prestation efficaces de programmes et de services de santé.

Lors d'un phénomène de santé publique tel que la pandémie de grippe H1N1, Santé Canada mobilise et coordonne les efforts entre les partenaires nationaux et internationaux de la santé dans les domaines suivants :

- élaborer un cadre réglementaire visant l'examen, l'homologation et la mise en circulation à des fins commerciales des vaccins contre la grippe pandémique et d'autres produits de santé utilisés dans la prévention ou le traitement de la grippe H1N1
- assurer que les nouveaux vaccins antigrippaux respectent les normes les plus élevées d'innocuité, de qualité et d'efficacité
- entreprendre la surveillance et la gestion des risques des problèmes de sécurité postcommercialisation liés à l'utilisation des produits de santé qui sont utilisés dans le traitement ou la prévention de la grippe H1N1, y compris : les antiviraux, les masques, les désinfectants pour les mains et les désinfectants
- protéger la santé publique dans les moyens de transport (p. ex. : aéronefs et navires) et dans les infrastructures reliées (p. ex. : aéroports et ports de mer) afin de réduire la propagation de la pandémie à l'intérieur, dans l'ensemble et en dehors du Canada.

En reconnaissance du statut unique et des besoins des peuples des Premières nations vivant dans des réserves au Canada, Santé Canada collabore avec les communautés des Premières nations vivant dans des réserves pour s'occuper des barrières à la santé et des menaces de maladie et pour atteindre des niveaux de santé comparables à ceux d'autres Canadiens qui vivent dans des endroits comparables. Il existe un grand degré de variabilité dans la façon dont les services sanitaires courants sont fournis aux communautés des Premières nations au Canada, en fonction de facteurs comme l'emplacement, le niveau d'intégration aux services de santé provinciaux et le degré auquel la communauté gère ses propres services.

Dans la préparation et la réponse à la menace d'une pandémie de grippe comme celle de la grippe H1N1 dans des communautés des Premières nations vivant dans des réserves, Santé Canada est responsable de :

- veiller à ce que les services de santé soient offerts et accessibles aux communautés des Premières nations vivant dans des réserves
- représenter et conscientiser les intervenants du gouvernement national et régional et ceux qui ne font pas partie du gouvernement aux niveaux national et provincial sur les besoins en matière de planification en cas de pandémie des communautés des Premières nations vivant dans des réserves
- travailler étroitement avec les communautés pour donner des conseils et un appui visant l'élaboration, la tenue d'analyses et la révision périodique de leurs plans en cas de pandémie de grippe, qui devraient être intégrés aux plans d'intervention d'urgence qui existent déjà dans la communauté
- fournir aux communautés des Premières nations vivant dans des réserves des ressources qui comprennent du matériel d'enseignement et des occasions de formation, pour faire la planification en vue d'une pandémie de grippe
- participer, en collaboration avec les provinces, à la distribution et à l'administration des vaccins et au signalement des effets secondaires en utilisant les arrangements existants qui sont pris avec les communautés des Premières nations vivant dans des réserves

- participer, en collaboration avec les provinces, à la gestion, à la distribution et à l'administration des médicaments antiviraux et au signalement des effets secondaires en utilisant les arrangements existants qui sont établis avec les communautés des Premières nations vivant dans des réserves
- maintenir une réserve d'équipement de protection individuelle pour les travailleurs de la santé et le personnel de soutien qui aide à la prestation des services de santé
- informer et orienter, suivant les lignes directrices établies par l'Agence de la santé publique du Canada et/ou les provinces, les travailleurs de la santé qui assurent la prestation des services dans les communautés des Premières nations vivant dans des réserves.

Rôle de l'Agence de la santé publique du Canada

L'Agence de la santé publique du Canada est l'organisme directeur fédéral chargé de s'occuper de la préparation et de la réponse à la grippe pandémique. Elle a le mandat de gérer les urgences de santé publique et la coordination régionale des activités fédérales liées aux urgences en santé pour le compte du portefeuille de la Santé.

La *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* est entrée en vigueur en décembre 2006. La création de l'Agence de la santé publique du Canada est le résultat de nombreuses demandes formulées au fil des ans pour avoir un leadership fédéral en matière de coordination des approches fédérale, provinciales et territoriales reliées aux questions de santé publique. Des rapports montrant comment l'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003 a été traitée, dont les *Leçons tirées du SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada* (Rapport Naylor) et le rapport de 2003 du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie intitulé *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir*²⁴, ont fait ressortir le caractère inadéquat de la réponse en santé publique et la nécessité d'améliorer et de renforcer la coordination dans le domaine de la santé publique.

« L'Agence de la santé publique du Canada a été créée en réponse aux préoccupations croissantes relativement à la capacité du système de santé publique du Canada de planifier et de réagir rapidement et efficacement aux menaces pour la santé publique. L'Agence servira de centre de coordination explicite pour le leadership et la responsabilité du gouvernement fédéral en matière de gestion des urgences en santé publique et améliorera la collaboration intra et interprovinciale/ territoriale. »²⁵

Dans la préparation aux urgences, dans la réponse aux répercussions d'une pandémie de grippe pour la santé publique et au cours du rétablissement, l'Agence de la santé publique assume une fonction de coordination de la planification, de la formation et des activités liées aux urgences qui exige la participation de tous les ordres de gouvernement, de même que les secteurs bénévoles et privés. Elle travaille avec des partenaires internationaux, les provinces et les territoires et d'autres partenaires fédéraux pour surveiller la situation de la grippe à l'échelle nationale et internationale et pour mobiliser une réponse pancanadienne aux éclosions de maladies d'envergure nationale ou internationale.

L'Agence de la santé publique du Canada dirige ou entreprend les activités suivantes :

- effectuer de la recherche scientifique visant à mieux détecter, comprendre et suivre le virus
- obtenir de l'information sur la surveillance (ou le suivi) de ses partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et locaux, ainsi que d'organisations non gouvernementales. Chaque semaine, cette information est analysée et interprétée, puis elle est partagée avec le milieu élargi de la santé publique grâce à *Surveillance de l'influenza (FluWatch)* qui est le véhicule de partage de l'information en ligne de l'Agence de la santé publique. La surveillance de la grippe aide à déterminer quand, où et quels virus grippaux circulent, leur intensité, leur propagation et leur impact, ainsi que les groupes de population particuliers qui ont des risques plus élevés de contracter la maladie
- commander suffisamment de vaccins pour la population canadienne, en collaboration avec les provinces et les territoires et surveiller la sécurité du vaccin
- surveiller activement les effets secondaires, de concert avec Santé Canada, à la suite de l'immunisation par le vaccin contre la grippe H1N1 au Canada (avec la collaboration des provinces et des territoires, la Société canadienne de pédiatrie et un réseau de chercheurs)
- donner accès aux fournitures des réserves sous contrôle fédéral (p. ex. : les médicaments antiviraux et les fournitures générales d'urgence) pour aider quant à la capacité de pointe des provinces et des territoires. Faciliter également l'approvisionnement en fournitures d'urgence supplémentaires qui s'ajouteront aux réserves provinciales et territoriales
- donner des conseils en santé publique à l'intention du grand public et de certains groupes tels que les populations vulnérables par la coordination des communications pancanadiennes
- assurer la liaison avec les experts nationaux et internationaux, pendant la gestion de l'éclosion d'une maladie, pour élaborer des conseils et une orientation à l'intention des professionnels de la santé et d'autres intervenants dans des domaines comme les mesures de santé publique, les analyses de laboratoire et la gestion clinique
- soutenir les communications ciblées destinées aux communautés aidées par les organismes autochtones nationaux au moyen de séances d'information par téléconférence et de notifications par courriel; Santé Canada tient le rôle principal de la réponse fédérale dans les communautés des Premières nations vivant dans des réserves en cas de pandémie
- s'occuper de la coordination régionale des activités fédérales d'urgence sanitaire
- gérer les aspects internationaux de la préparation et de l'intervention face à la pandémie, y compris assurer la liaison avec l'Organisation mondiale de la Santé et agir comme centre de coordination de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international
- élaborer et soutenir le processus nécessaire à la mise à jour et au maintien du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*, en coopération avec le portefeuille de la Santé et les représentants provinciaux et territoriaux.



3. CONSTATATIONS

3.1 SURVEILLANCE, SCIENCE ET RECHERCHE

Contexte

L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada sont reconnus comme des organismes à vocation scientifique. En plus d'utiliser une science éprouvée et établie, les deux organismes dirigent et appuient la recherche visant à améliorer les connaissances sur une gamme de sujets concernant la santé. Pour comprendre les menaces à la santé qui nécessitent l'intervention du gouvernement fédéral, ces organismes s'appuient sur leur personnel spécialisé, des experts externes et des systèmes de surveillance mondiaux et nationaux pour se tenir au courant de la propagation de maladies infectieuses nouvelles ou existantes qui pourraient avoir un impact sur la santé des Canadiens. Lors de phénomènes importants en santé publique, comme une pandémie de grippe, la collecte de données sur le comportement d'un virus et le développement des connaissances scientifiques sur la prévention et le contrôle de l'infection sont des facteurs clés qui aident à la prise de décisions²⁶.

Ce qui a bien fonctionné

Grâce à la surveillance, les autorités sanitaires partout dans le monde ont réalisé à la mi-avril 2009 qu'un virus de la grippe H1N1 avait le potentiel de déclencher une pandémie. La situation signalée à Mexico indiquait qu'une source non reconnue d'infection touchait des groupes de la population locale, que les symptômes étaient ceux d'une maladie respiratoire grave, et que la contagion se propageait rapidement par contact avec une personne malade. Munis de ces renseignements, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada ont déclenché une série d'activités scientifiques de surveillance et de recherche à l'échelle internationale, nationale, provinciale, territoriale et locale.

Dès ce moment, les activités scientifiques ont visé à identifier le virus, à étudier son évolution pour déceler des mutations possibles et à analyser comment la transmission se produisait. De plus, les chercheurs ont continué à travailler pour déterminer les facteurs qui rendaient certains groupes plus vulnérables à l'infection et pour évaluer la documentation axée sur la recherche et l'opinion d'experts concernant les meilleures démarches de prévention et de traitement clinique. L'objectif était de guider l'intervention du gouvernement pour :

- mesurer la souche du virus de la grippe H1N1
- évaluer la réaction du virus aux antiviraux et aux vaccins existants
- comprendre comment évoluait la pandémie
- soutenir l'élaboration des directives concernant la prévention et le traitement
- déterminer et financer les secteurs de la recherche.

Les connaissances, l'expertise et l'expérience des employés de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada se sont avérées essentielles à l'intervention internationale contre la pandémie.

Les réseaux, les systèmes et les outils existants ont facilité l'échange rapide d'information sur la science, la surveillance et la recherche

L'Agence de la santé publique du Canada joue un rôle clé dans la détection des éclosions de maladies en reliant l'information entre les cas géographiquement dispersés, mais connexes. Avant l'éclosion de la grippe H1N1, l'Agence de la santé publique du Canada avait travaillé avec les provinces et les territoires pour développer et maintenir des systèmes et des outils pour détecter et signaler les maladies respiratoires. Par exemple, *Surveillance de l'influenza*, le système canadien de surveillance nationale de la grippe a fourni un protocole de surveillance et un formulaire de déclaration des cas pour une détection et un signalement rapides des maladies respiratoires graves d'origine inconnue. En réponse au fonctionnement de la grippe H1N1 et aux taux accrus de maladie grave, l'Agence de la santé publique du Canada a pu rapidement étendre les activités de *Surveillance de l'influenza* pour intégrer les données épidémiologiques recueillies sur les hospitalisations, les admissions aux services de soins intensifs et les décès reliés à la grippe H1N1.

En prévision de la pandémie de grippe H1N1, l'Agence de la santé publique du Canada avait aussi mis en place des systèmes électroniques d'information pour soutenir l'examen, la surveillance et le signalement des phénomènes de santé publique dans tout le pays. Par exemple, le Réseau canadien de renseignements sur la santé publique est un système en ligne sûr employé par les autorités sanitaires locales, les provinces et les territoires et par l'Agence de la santé publique du Canada pour communiquer entre eux, y compris pour afficher des avertissements de santé publique à propos de phénomènes de santé publique qui sont nouveaux ou en évolution. Pour faire le suivi des cas confirmés de grippe H1N1, le Laboratoire national de microbiologie de l'Agence de la santé publique du Canada a institué une base de données nationale qui utilise la plateforme du Réseau canadien de renseignements sur la santé publique. L'Agence de la santé publique du Canada a aussi utilisé le Système canadien de surveillance des effets secondaires suivant l'immunisation. Ce système est soutenu par les professionnels de la santé qui signalent les effets secondaires aux bureaux provinciaux ou territoriaux de santé publique, effets qui sont ensuite transmis à l'Agence de la santé publique du Canada.

Lors de la pandémie de grippe H1N1, l'Agence de la santé publique du Canada a vérifié l'information provenant de sources internationales non officielles, telles que les médias et les agences de presse, pour détecter le virus H1N1 et d'autres problèmes de santé dans d'autres pays qui pourraient affecter la santé des Canadiens. À l'appui de cette fonction, l'Agence de la santé publique du Canada maintient le Réseau canadien de renseignements sur la santé publique pour recueillir des comptes rendus préliminaires d'éclosions de maladie ou d'autres phénomènes préoccupants en santé publique de par le monde, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et dans sept langues : l'arabe, le chinois simplifié et traditionnel, l'anglais, le français, le russe et l'espagnol²⁷. L'Agence de la santé publique du Canada assure ensuite la liaison avec l'Organisation mondiale de la Santé et les autorités sanitaires d'autres pays pour vérifier cette information non officielle afin d'évaluer le risque pour le Canada. Au printemps 2009, le Réseau canadien de renseignements sur la santé publique a joué un rôle crucial en détectant et en communiquant l'éclosion du virus H1N1 alors qu'il n'était qu'une maladie respiratoire inconnue.

L'Agence de la santé publique du Canada a travaillé avec les provinces et les territoires pour faciliter l'utilisation la plus efficace et efficiente des ressources de laboratoire lors de l'éclatement de la grippe H1N1. Le Laboratoire national de microbiologie a appuyé les laboratoires provinciaux par l'intermédiaire du Réseau des laboratoires de la santé publique du Canada pour accroître l'état de préparation du Canada à détecter l'arrivée et la propagation du virus de la grippe pandémique H1N1. En partenariat avec ce réseau, la plupart des provinces disposent maintenant de laboratoires qui peuvent détecter les nouvelles souches de la grippe en utilisant la technologie moléculaire normalisée.

L'Agence de la santé publique du Canada a aidé à détecter, à comprendre et à surveiller le virus H1N1

Dès le début de la pandémie, le Laboratoire national de microbiologie de l'Agence de la santé publique du Canada, qui est reconnue internationalement comme un établissement de pointe, était un chef de file et a aidé à mobiliser l'intervention mondiale. Le laboratoire a été invité à Mexico pour aider à tester des échantillons de personnes, qui présentaient des symptômes d'une maladie respiratoire grave. Pendant six semaines, cinq scientifiques de l'Agence de la santé publique ont participé aux opérations d'analyse à Mexico. Après avoir détecté le virus à la mi-avril, le Laboratoire national de microbiologie a développé et soutenu la mise en œuvre d'un test qui a permis aux chercheurs et aux laboratoires provinciaux et territoriaux de déterminer si la souche testée de la grippe était le virus de la grippe H1N1. Le Laboratoire national de microbiologie a séquencé les souches mexicaines et canadiennes pour mieux comprendre le virus et son impact sur les populations du monde entier. En raison des travaux du Laboratoire national de microbiologie, le Canada a été le premier pays à caractériser la séquence complète du génome du virus de la grippe pandémique H1N1. Ce fut une contribution importante à la compréhension scientifique internationale de cette nouvelle souche.

L'examen de Santé Canada sur l'innocuité du vaccin antigrippal contre la souche H1N1 a été effectué rapidement

L'examen effectué par la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques de Santé Canada respectait les normes les plus élevées pour une approbation accélérée d'un vaccin au Canada, et aucun raccourci n'a été utilisé pour examiner les preuves disponibles. Les avantages de la collaboration internationale ont été démontrés dans le processus d'examen du vaccin par les nombreuses discussions qui ont eu lieu avec les autorités internationales de réglementation pour analyser les préoccupations concernant certaines composantes du vaccin. Des détails supplémentaires sur l'examen des vaccins se trouvent dans la section 3.8 (Vaccin) du rapport.

L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada ont été des leaders en matière de réponse internationale à la grippe H1N1

Le Laboratoire national de microbiologie du Canada a joué le rôle d'un chef de file en appuyant les efforts nationaux et internationaux pour détecter, mieux comprendre et surveiller le nouveau virus de la grippe H1N1. Le succès de l'intervention du Canada à l'échelle internationale face à la grippe H1N1 est dû en partie aux rapports solides préexistants avec des partenaires internationaux importants au niveau des politiques, des spécialistes et des hauts fonctionnaires. Par exemple, la nécessité d'un réseau de liens solides entre le Canada, les États-Unis et le Mexique pour une intervention en cas de pandémie a été prévue et planifiée avant le début de la pandémie.

Pendant la pandémie, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada ont animé et participé pleinement aux consultations et aux échanges internationaux, qui comprenaient une participation de cadres supérieurs à des conférences et téléconférences scientifiques de l'Organisation mondiale de la Santé et des échanges avec les partenaires principaux du Canada. En plus du réseau mondial d'information en santé publique²⁸, plusieurs supports de communication et d'échange ont été utilisés pendant cette période, y compris :

- le Réseau des autorités de réglementation des vaccins de l'Organisation mondiale de la Santé qui a été mis sur pied avant la pandémie et qui regroupe Santé Canada et d'autres partenaires internationaux de réglementation, effectuait deux téléconférences par semaine pendant la pandémie pour discuter en temps réel des questions de réglementation et pour partager des données cliniques et de sécurité sur la grippe H1N1
- l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale, un réseau de pays qui se sont réunis peu après le 11 septembre 2001 pour assurer l'échange et la coordination des pratiques visant à faire face aux nouveaux risques tels que la pandémie de grippe, a facilité la capacité du Canada de recevoir de l'information sur l'épidémiologie de la grippe H1N1 à l'échelle mondiale et sur les stratégies d'atténuation employées par d'autres pays; l'information a contribué à orienter l'intervention nationale du Canada
- un groupe trilatéral d'organismes de réglementation formé par Santé Canada, la Food and Drug Administration des États-Unis et l'Agence européenne des médicaments, qui a coordonné le plan de développement clinique et le plan de pharmacovigilance des vaccins contre la grippe H1N1
- l'échange pilote d'agents de liaison en santé publique entre le Département américain de la santé et des services à la personne et l'Agence de la santé publique du Canada, ce qui a facilité l'échange de renseignements entre les deux pays.

En septembre 2009, l'Agence de la santé publique du Canada a tenu la conférence « Cas graves de grippe H1N1 : prévenir les cas et réduire la mortalité ». L'objectif de cette conférence était de réunir les experts nationaux et internationaux de soins intensifs et de santé publique pour discuter des soins cliniques et de la gestion des cas graves de la grippe H1N1, ainsi que pour se préparer à une vague pandémique prévue pour l'automne.

La conférence a donné l'occasion aux responsables de la santé publique et aux spécialistes des soins intensifs :

- d'obtenir des éclaircissements sur l'épidémiologie des cas graves de la grippe H1N1
- de discuter des stratégies de prévention et de détection précoce des cas graves
- de partager les meilleures pratiques pour les soins cliniques, pour la gestion de la maladie et pour l'utilisation des ressources.

Un des principaux résultats de la conférence était de créer un document d'orientation sur l'épidémiologie et la gestion clinique des cas graves de grippe H1N1 afin d'aider les médecins ainsi que les spécialistes en soins intensifs et en soins d'urgence à se préparer pour la vague pandémique prévue à l'automne.

Ce qui mérite d'être amélioré

En général, la surveillance, la science et les activités de recherche ont soutenu efficacement l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada dans leur réponse à la pandémie de grippe H1N1. Il y a, toutefois, des domaines à améliorer pour accroître l'état de préparation à un phénomène de santé publique ultérieur.

Une surveillance efficace et opportune est essentielle à la capacité du gouvernement et des provinces et des territoires de suivre les cas et de préparer la planification et l'intervention. Le renforcement de la capacité nationale de surveillance a toujours été reconnu comme un défi pour l'Agence de la santé publique du Canada. Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (Rapport Naylor) a déterminé les mesures nécessaires pour renforcer la surveillance. Plus récemment, le Chapitre 5 du *Rapport 2008 du vérificateur général du Canada*, intitulé Surveillance des maladies infectieuses – l'Agence de la santé publique du Canada, a demandé la mise en place d'un système national de surveillance intégré ayant la capacité de soutenir efficacement à l'avenir des efforts d'intervention tant de routine que d'urgence. Depuis la présentation du Budget de 2006, l'Agence de la santé publique du Canada a reçu des fonds pour élaborer une vaste stratégie d'intervention nationale contre la grippe dans le cadre de son Programme de préparation à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe.

Au cours de la pandémie de grippe H1N1, l'Agence de la santé publique du Canada a connu des difficultés par rapport à sa capacité de surveillance, y compris à la fois un manque de données en temps réel sur les principales variables épidémiologiques et de ressources épidémiologiques pour examiner les données de surveillance.

Au début de la pandémie de grippe H1N1, l'absence d'un système global de surveillance de la santé publique était particulièrement évidente dans les communautés des Premières nations et représentait un défi complexe pour le portefeuille de la Santé. Cette situation a eu pour résultat un portrait national incomplet et incohérent et n'a donc pas appuyé la prise de décisions en temps voulu. Pour corriger ce problème, Santé Canada a élaboré et mis en œuvre un système de surveillance régional ad hoc pour suivre l'activité de la grippe H1N1 dans les communautés des Premières nations, ainsi que des mécanismes de surveillance pour les rapports sur la couverture vaccinale.

Mettre au point les accords sur le partage de l'information sur la surveillance entre les secteurs de compétence

Tel qu'il est indiqué dans le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*, la responsabilité de la surveillance est partagée entre les administrations fédérale, provinciales, territoriales et locales²⁹. Bien qu'il fournisse un cadre pour ce genre d'échange d'information, le Plan n'inclut pas les détails opérationnels essentiels à un système de surveillance efficace entre les secteurs de compétence.

Les provinces et les territoires partagent des données avec le gouvernement fédéral dans le cadre des activités de surveillance de routine et de surveillance continue de la santé. Pendant la pandémie, un accord a été élaboré comprenant une annexe sur le partage des données de surveillance (données épidémiologiques et données de laboratoire). Cette annexe a été approuvée par la plupart des secteurs de compétence. Cependant, il n'existe actuellement aucun engagement à partager l'information dans le cas d'une autre pandémie.

Les défis de surveillance éprouvés pendant la grippe H1N1 soulignent l'importance d'infrastructures et de démarches nationales efficaces de signalement et d'échange d'information. La surveillance intégrée pour l'immunisation est traitée à la section 3.8 (Vaccin). Une meilleure coordination nationale des activités de surveillance permettrait également aux intervenants fédéraux et provinciaux de mieux exploiter la capacité et l'expertise actuelles des organismes de santé publique et des autres centres fédéraux et provinciaux.

Étudier des options qui permettraient de mettre en place des mécanismes adéquats pour accélérer la recherche en situation de crise

Les expériences associées à la pandémie de grippe H1N1 ont accentué le fait que les mécanismes actuels ne sont pas suffisamment souples pour lancer rapidement la planification stratégique, le financement et la coordination d'une stratégie de recherche nationale répondant aux menaces de santé publique nouvelles et urgentes, telles qu'un virus de grippe pandémique. En particulier, l'Agence de la santé publique du Canada a fait face aux défis suivants :

- absence d'un processus normalisé pour établir rapidement des priorités de recherche pendant une pandémie et pour évaluer de façon critique les propositions de financement de la recherche par rapport aux priorités
- manque de fonds de prévoyance disponibles pour lancer des projets de recherche rapide
- manque de capacité de ressources humaines pour coordonner et administrer des projets de recherche rapide
- absence d'un mécanisme pour fournir rapidement le financement des propositions de projets (dans des situations d'urgence, les délais liés aux achats habituels, ainsi que les subventions et les contributions, les processus ne permettent pas une capacité de réaction adaptée aux besoins).

Il est suggéré que l'Agence de la santé publique du Canada, en collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada, envisage des options pour l'élaboration de mécanismes normalisés qui faciliteraient l'exécution rapide d'une recherche en situation de crise et permettraient à l'Agence de la santé publique du Canada d'obtenir l'information nécessaire pour prendre des décisions lors d'un phénomène de santé publique. Cette suggestion pourrait être envisagée dans le contexte du plan stratégique de la science et de la recherche de l'Agence de la santé publique du Canada. Les éléments suivants devraient être pris en considération dans l'établissement des options :

- des processus normalisés pour déterminer rapidement les possibilités de recherche, établir les priorités de recherche et faire un examen critique des propositions internes et externes de financement
- des fonds de prévoyance pour lancer des projets de recherche rapide
- les ressources humaines nécessaires pour coordonner et administrer des projets de recherche rapide
- des mécanismes pour fournir rapidement le financement.

Raffiner les approches pour traduire les connaissances scientifiques en information utile à la planification, à la prise de décisions et aux communications

En cas de crise, la disponibilité des connaissances scientifiques est essentielle. Mais il est également important que les fonctionnaires chargés des politiques et de la communication, les cadres supérieurs et les organismes centraux puissent utiliser cette information pour la planification et la prise de décisions, ainsi que pour la communication avec les intervenants et les Canadiens. Il est indispensable d'améliorer la capacité du portefeuille de la Santé à transmettre des informations scientifiques complexes. On trouve plus de détails sur ce sujet à la section 4 (Synthèse et recommandations) du rapport (voir la recommandation 3).

3.2 COLLABORATION AVEC LES PROVINCES ET LES TERRITOIRES

Contexte

L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada collaborent principalement avec leurs partenaires provinciaux et territoriaux sur les questions de santé publique et de préparation en cas de pandémie par le truchement du Réseau pancanadien de santé publique. Ce Réseau, créé en 2005, est composé d'universitaires, de scientifiques, de fonctionnaires fédéraux et de hauts fonctionnaires des provinces et des territoires, de même que de membres des organisations non gouvernementales, et a pour objectif d'offrir une démarche coordonnée en matière de santé publique au Canada. Il s'agit d'un mécanisme intergouvernemental fondamental qui permet aux secteurs de compétence de travailler ensemble sur les questions de santé publique, y compris la planification et l'intervention pour faire face aux pandémies. Le Réseau fournit également des conseils stratégiques et des avis spécialisés à la Conférence des sous-ministres de la santé sur les questions de santé publique.

Par l'intermédiaire du Réseau de santé publique, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont conçu le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza* dans le secteur de la santé, un vaste cadre d'intervention coordonnée en cas de pandémie de grippe et des lignes directrices pour le portefeuille de la Santé fédéral et d'autres gouvernements.

Ce qui a bien fonctionné

Il y a eu un niveau élevé de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux

Le personnel de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada de même que les hauts fonctionnaires des provinces et des territoires sont d'accord qu'il y avait un haut niveau de collaboration entre le fédéral et les provinces et les territoires pendant la pandémie de grippe H1N1.

À la réunion multilatérale des greffiers et des secrétaires du Cabinet des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux les 20 et 21 janvier 2010, les secteurs de compétence ont convenu que la collaboration a été solide entre leurs gouvernements. Il y a eu un effort assidu de la part de toutes les parties pour travailler ensemble afin de minimiser l'effet de la grippe H1N1 sur la population canadienne, et les ministres et les fonctionnaires de partout au pays, tant au sein de leurs gouvernements respectifs que dans leurs communications avec le public, ont fait preuve d'une solidarité qui a permis une intervention efficace et transparente. La collaboration des hauts fonctionnaires s'est produite grâce à des téléconférences quotidiennes de la Conférence des sous-ministres de la Santé, coordonnées principalement par Santé Canada et le Manitoba (coprésident provincial-territorial de la grippe H1N1 lors de la première et de la deuxième vagues), afin de s'assurer que l'information était communiquée au bon niveau entre toutes les parties tout le long de la pandémie de grippe H1N1.

Dans son rapport sur la façon dont l'Ontario a fait face à la pandémie de grippe H1N1, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a déclaré : « *Au Canada, l'intervention fédérale, provinciale et territoriale, même si elle s'est heurtée aux difficultés auxquelles on s'attend habituellement dans une entreprise aussi complexe et importante, a toujours été motivée par un engagement absolu à bien faire les choses au nom des Canadiennes et des Canadiens.* »³⁰

Les mécanismes de base soutenant la collaboration fédérale-provinciale-territoriale étaient en place

Le Comité de la grippe pandémique a été mis sur pied en 2001 en vertu d'un accord de fait fédéral-provincial-territorial. Les membres du Comité de la grippe pandémique comprennent des experts provinciaux et territoriaux en santé publique, d'autres experts en santé publique et en intervention d'urgence, un éthicien, de même que des hauts fonctionnaires de l'Agence de la santé publique. Lorsque le Réseau pancanadien de santé publique a été mis sur pied en 2005, le Comité de la grippe pandémique a été intégré à ce Réseau en tant que groupe thématique sous le Groupe d'experts en contrôle des maladies transmissibles.

Le mandat du Comité de la grippe pandémique, tel qu'énoncé en 2006, était de fournir des recommandations techniques et scientifiques, une capacité de liaison et des opinions d'experts pour appuyer les mandats de santé et de sécurité de tous les ordres de gouvernement à l'égard de la préparation du secteur de la santé en cas de grippe pandémique et de son intervention. Le Comité de la grippe pandémique a fourni les mêmes services en réponse au nouveau virus de la grippe ayant un potentiel pandémique et visait à assurer une collaboration fédérale-provinciale-territoriale dans l'élaboration du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza* dans le secteur de la santé.

En décembre 2007, le Conseil du Réseau de santé publique et le Conseil des médecins-hygiénistes en chef ont convenu de mettre sur pied un organisme central de coordination de la planification pour la grippe pandémique pour améliorer la gestion globale des activités liées à la pandémie, pour améliorer l'efficacité opérationnelle et pour réduire la pression sur les ressources en personnel des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui doivent participer à plusieurs groupes du Réseau de santé publique. Le Comité de surveillance de l'état de préparation en cas de pandémie a été mis sur pied pour obtenir des fonds et aborder des questions relatives aux politiques fédérales, provinciales et territoriales. Ce comité est devenu le Comité de coordination en cas de pandémie en juin 2009, et le Comité de la grippe pandémique a été dissout.

Le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza* dans le secteur de la santé s'est avéré être un outil inestimable comme cadre et base de référence pour l'intervention globale contre la grippe H1N1. Toutefois, le *Plan* était un document-cadre national qui avait été élaboré en prévision de ce qui serait nécessaire pour intervenir en cas de pandémie. Bien que le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza* dans le secteur de la santé ait prévu une structure fédérale-provinciale-territoriale pour contrôler la pandémie de grippe, cette structure de gouvernance fédérale-provinciale-territoriale a évolué au cours de la pandémie pour permettre une prise de décisions rapide sur les questions qui se présentaient. En août 2009, la Conférence des sous-ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux a approuvé une structure fédérale-provinciale-territoriale temporaire pour la gestion et l'organisation de l'intervention d'urgence en santé face à la grippe H1N1 ayant différents domaines fonctionnels codirigés par des représentants des provinces, des territoires et du portefeuille de la Santé du gouvernement fédéral.

De nouvelles structures ont été créées pour répondre aux problèmes qui se présentent

Au cours de la pandémie, les ministres et les sous-ministres de la Santé fédéraux, provinciaux et territoriaux devaient communiquer plus souvent pour échanger l'information et prendre des décisions sur plusieurs nouvelles politiques et questions opérationnelles liées à l'intervention contre la grippe H1N1, tel qu'il est mentionné ci-dessus. Une nouvelle structure temporaire de gestion fédérale-provinciale-territoriale de l'intervention d'urgence en santé a été conçue pour appuyer les sous-ministres et l'ensemble de leurs responsabilités de gestion au cours de la pandémie de grippe H1N1 (Figure 3.2.1). Cette structure de gouvernance a facilité la collaboration dans plusieurs fonctions centrales d'intervention, y compris la planification, les opérations, la logistique, les communications et les services de santé. Un sous-ministre de la Santé était assigné à chacun de ces groupes fonctionnels et était responsable de présenter un rapport régulier à tous les sous-ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux sur les questions qui se présentaient. Pour appuyer la structure de gouvernance de la grippe H1N1, plusieurs groupes de travail fédéraux-provinciaux-territoriaux temporaires ont été mis sur pied, y compris :

- **Le Comité consultatif spécial sur le virus H1N1** : a été mis sur pied en avril 2009 pour apporter une réponse coordonnée à l'échelle nationale et pour offrir des décisions rapides et fondées sur la recherche. Ce groupe comprenait des membres fédéraux, provinciaux et territoriaux à la fois du Réseau pancanadien de santé publique et du Conseil des médecins-hygiénistes en chef. Relevant des sous-ministres de la Santé, le Comité consultatif spécial fournissait des avis concernant les questions techniques et opérationnelles de santé publique telles que les lignes directrices des soins cliniques pour les femmes enceintes et les antiviraux.
- **Le groupe de coordination de la logistique** : examinait la coordination et le soutien de la logistique qui pourraient profiter d'une démarche pancanadienne. Ce groupe de travail a fourni des avis sur des questions telles que : l'entretien des installations essentielles; la capacité de pointe; l'aide mutuelle entre les provinces et les territoires; les réserves d'équipement et de fournitures (p. ex. : les antiviraux); les approvisionnements; les communications opérationnelles et l'échange d'information (p. ex. : les liens avec le secteur bénévole d'urgence).
- **Le groupe de travail sur les communications et les relations avec les médias** : a utilisé une structure fédérale-provinciale-territoriale pour la gouvernance des communications en réponse à la pandémie de grippe H1N1. Relevant à la fois du Comité consultatif spécial et des sous-ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux, ce groupe a permis un meilleur partage de l'information et a coordonné les réactions du public sur les questions qui se présentaient au cours de la pandémie de grippe H1N1. Il a également partagé des produits de marketing social et des outils de communication à utiliser et à adopter par tous les gouvernements (p. ex. : les communications publiques sur les vaccins contre la grippe H1N1 et la grippe saisonnière).

- **Le groupe de travail sur les ressources humaines en santé** : a fourni des conseils aux sous-ministres de la Santé sur des questions stratégiques particulières de ressources humaines en santé au cours de la pandémie de grippe H1N1. Par exemple, ce groupe a offert des conseils sur des questions comme l'utilisation de dispositifs de protection des voies respiratoires, l'affectation d'agents de sécurité, les moyens de faciliter les transferts temporaires de personnel, le droit de refuser un travail dangereux, les dispositions de la législation du travail ainsi que des méthodes entre les provinces et les territoires pour favoriser la vaccination des travailleurs de la santé.
- **Le groupe de travail sur les services de santé contre la grippe H1N1** : s'est concentré sur des questions plus générales du système de santé concernant les soins cliniques et actifs (p. ex. : la capacité des soins intensifs, les meilleures pratiques concernant l'accès et le triage) et la coordination générale des problèmes des services de santé pendant la pandémie de grippe H1N1 (p. ex. : la détection des problèmes de surveillance du système de santé).
- **Secrétariat à la liaison fédérale-provinciale-territoriale** : a fourni un soutien continu aux sous-ministres en cernant les questions qui se présentaient, en gérant les ordres du jour et en coordonnant les activités des différents comités fédéraux, provinciaux et territoriaux liés à la grippe H1N1 à l'aide d'un plan de travail fédéral-provincial-territorial concernant la grippe H1N1.

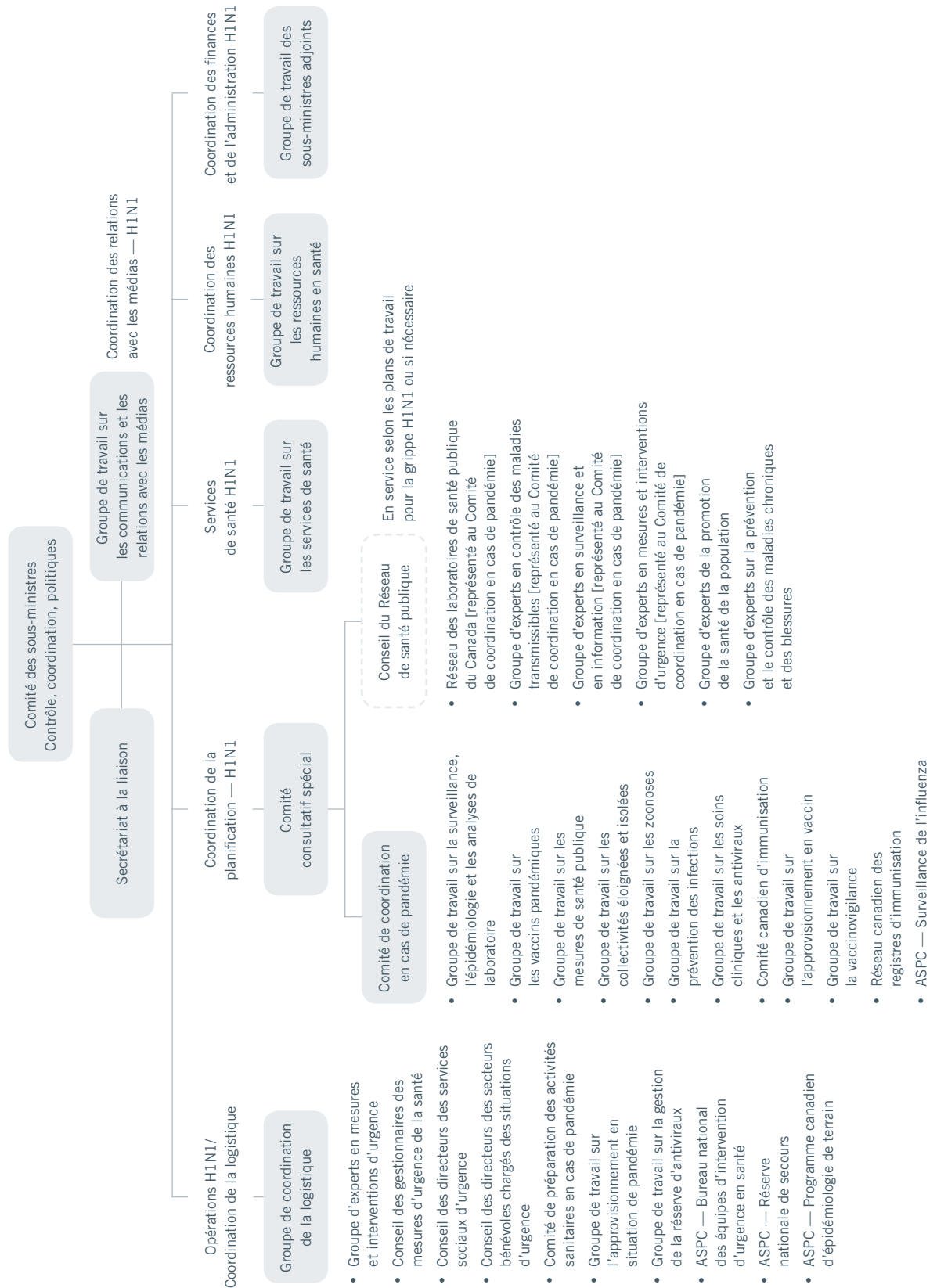
De plus, certains groupes ont été mis sur pied pour appuyer le Comité consultatif spécial :

- Le **Comité de coordination en cas de pandémie** a été mis sur pied en tant que comité intérimaire pour gérer toutes les activités prioritaires de la pandémie de grippe H1N1 à l'échelle nationale en vue de préparer la deuxième vague. Des discussions entre les membres ont eu lieu tous les jours pendant une période prolongée (principalement par téléconférence), permettant l'échange de points de vue et d'information.
- Les **groupes du Réseau de santé publique** qui existaient antérieurement ont permis d'obtenir des conseils stratégiques ou d'expert pour l'élaboration de directives ou de recommandations. Les membres sont des universitaires, des scientifiques, des fonctionnaires et des membres d'organisations non gouvernementales de partout au Canada. Les groupes suivants du Réseau de santé publique ont fourni des conseils lors de la pandémie de grippe H1N1 :
 - le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada [représenté au Comité de coordination en cas de pandémie]
 - le groupe d'experts en contrôle des maladies transmissibles [représenté au Comité de coordination en cas de pandémie]
 - le groupe d'experts en surveillance et en information [représenté au Comité de coordination en cas de pandémie]
 - le groupe d'experts en mesures et interventions d'urgence [représenté au Comité de coordination en cas de pandémie]
 - le groupe d'experts de la promotion de la santé de la population
 - le groupe d'experts sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques et des blessures.

- Les **groupes de travail** temporaires suivants ont appuyé le Comité de coordination en cas de pandémie. Les groupes de travail ont été créés là où aucun autre groupe ni aucune expertise ne pouvaient être trouvés au sein de la structure existante du Réseau de santé publique. Ces groupes étaient composés d'experts techniques et scientifiques de partout au Canada qui étaient responsables de l'élaboration des documents stratégiques, des lignes directrices ou des rapports. Les membres de ces groupes de travail ont offert leur expertise pour répondre aux besoins en matière d'information et de prise de décisions. Certaines personnes ont fait partie de plus d'un groupe de travail. Le mélange des membres entre les groupes de travail a ainsi facilité l'échange d'information et la collaboration. Il y avait des groupes de travail dans les domaines suivants :
 - La surveillance, l'épidémiologie et les analyses de laboratoire
 - Les vaccins contre la grippe pandémique
 - Les mesures de santé publique
 - Les collectivités éloignées et isolées
 - Les zoonoses
 - La prévention des infections
 - Les soins cliniques et les antiviraux.

La Figure 3.2.1 illustre la relation entre les groupes mis sur pied en réponse à la pandémie de grippe H1N1 tels qu'ils étaient en décembre 2009.

FIGURE 3.2.1 Gestion et organisation fédérales-provinciales-territoriales de l'intervention d'urgence en santé face à la grippe H1N1, au 21 décembre 2009 (temps d'intervention contre la grippe H1N1 seulement)



Ce qui mérite d'être amélioré

Bien qu'il soit généralement convenu que la collaboration fédérale-provinciale-territoriale ait bien fonctionné, les sous-ministres de la Santé et les intervenants des provinces et des territoires ont signalé des préoccupations concernant la rapidité de certaines mesures importantes. Voici quelques exemples concernant l'approvisionnement des vaccins et l'encadrement clinique.

Dans son rapport sur la façon dont l'Ontario s'est débrouillé face à la pandémie de grippe H1N1, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a déclaré :

« Nous étions également touchés, et pas toujours d'une façon positive, par les décisions prises ailleurs qui avaient des répercussions importantes sur nous. Par exemple, le contrat entre le gouvernement fédéral et [GlaxoSmithKline] nécessitait la passation d'une commande minimale, ce qui fait que l'Ontario a reçu une plus grande quantité de vaccins que ce dont elle avait besoin. Nous n'avons pas accès à l'information scientifique appuyant l'utilisation des produits avant la réception de ceux-ci, ce qui signifie que le processus de sensibilisation des professionnels et du grand public devait se dérouler en quelques jours. »³¹

Selon le rapport de l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société nationale de spécialistes pour la médecine communautaire,

« Même si le Comité de la grippe pandémique et le Comité consultatif spécial F-P-T sur le virus de la grippe A(H1N1) a cherché à dégager un consensus national, rien n'obligeait chaque province et territoire en particulier à mettre en œuvre l'orientation arrêtée à l'échelon F-P-T. Des mécanismes de consultation et de collaboration à l'échelon F-P-T ont retardé la prise de décisions et entravé directement la capacité des professionnels des premières lignes de répondre aux besoins urgents de leurs patients dans le domaine de la santé. Il en a découlé un sentiment de confusion dans les médias et une perte de confiance dans le public et chez les professionnels de la santé en ce qui concerne la capacité du Canada de répondre à la grippe H1N1. »³²

Le manque de rapidité a été jugé par certains comme étant directement lié à la complexité des structures de gouvernance fédérale, provinciales et territoriales et à l'intensité de leurs activités. L'efficacité et la transparence sont également des préoccupations. Au cours de la préparation de toute intervention future, les questions de gouvernance suivantes devraient être envisagées.

Continuer de travailler avec les partenaires provinciaux et territoriaux à l'examen et à la simplification de la structure de gouvernance fédérale-provinciale-territoriale pour la grippe pandémique.

Bien que les nouveaux comités et groupes de travail aient été importants dans le traitement des questions particulières liées à la grippe H1N1, les nombreuses réunions, et le travail qui en découlait, ont ajouté à la complexité des activités associées à l'intervention. Une personne interrogée a déclaré : *« Globalement, je pense qu'il faut vraiment se pencher sur la nécessité d'avoir tous ces comités et groupes de travail, sur le but qu'ils avaient et sur la quantité des recouvrements. »*

Lors de leur réunion de janvier 2010, les sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont convenu que des améliorations à la structure de gouvernance s'imposaient et que toute structure devrait être assez souple pour s'adapter aux différentes catégories de situations d'urgence qui pourraient affecter le secteur de la santé et être mise en place immédiatement, tout en respectant les responsabilités et les pouvoirs des secteurs de compétence.

Clarifier et communiquer les rôles et les responsabilités des divers groupes consultatifs au sein de la structure de gouvernance de la pandémie.

Pour réagir à la grippe H1N1, il fallait réviser les anciennes structures et établir de nouveaux comités pour s'assurer que les personnes appropriées étaient présentes pour offrir des conseils ou aider à la prise de décisions. La mise sur pied de nouvelles structures en pleine pandémie a cependant ajouté à la confusion sur les rôles et les responsabilités. Par exemple, l'introduction du Comité de coordination en cas de pandémie en tant que nouvelle entité dans la structure de gouvernance pour répondre à la grippe H1N1 a créé plus de confusion au sujet des rôles et des responsabilités. Les groupes et les comités de travail qui existaient à l'époque et accomplissaient des responsabilités semblables, se sont sentis diminués lorsque le Comité de coordination en cas de pandémie a été formé.

Les rôles et les responsabilités des groupes de travail et des comités ne semblaient pas être clairs, ce qui a créé de la confusion et un effort inutile. Par exemple, il y avait de la confusion entre le rôle du nouveau groupe de travail sur les vaccins pandémiques et ceux du Comité consultatif national de l'immunisation déjà en place, dont le mandat, les attributions et la structure hiérarchique étaient établis, et du Comité canadien d'immunisation. En ce qui concerne le rôle d'un groupe d'experts sur les vaccins pandémiques, il aurait pu y avoir une plus grande spécificité par rapport à l'organisme de réglementation pour évaluer le vaccin fabriqué. En outre, le rôle général du groupe de travail et la façon dont les comités antérieurs à l'éclosion de la grippe H1N1 s'intégraient à l'intervention contre la grippe H1N1 n'étaient pas clairs. Par conséquent, l'expertise des structures antérieures à la grippe H1N1 ou des structures en place n'ont peut-être pas été utilisées aussi efficacement que possible.

Dans le cadre du travail fédéral, provincial et territorial de préparation à une pandémie, un protocole d'entente sur les rôles et les responsabilités en cas de pandémie était au stade de la conception avant l'éclosion de la grippe H1N1. Au cours de la pandémie, le gouvernement fédéral et la plupart des ministres de la Santé provinciaux et territoriaux ont accepté en principe une annexe du protocole d'entente sur le partage d'information, mais ont limité sa portée à la pandémie de grippe H1N1 uniquement. Il convient de noter que le Bureau de la vérificatrice générale recommande depuis plus de dix ans l'élaboration d'une entente officielle en matière de partage de renseignements entre le gouvernement fédéral et les provinces et les territoires.

Clarifier les processus de prise de décisions durant une pandémie et les communiquer aux groupes d'experts ou aux groupes consultatifs

La communication entre les décideurs et les groupes de travail a souvent été perçue comme une activité lourde et qui prend beaucoup de temps. Cette perception peut avoir été exacerbée par la sollicitation d'approbations de la part de divers comités.

Pour certains, le processus de prise de décisions ne semble pas avoir toujours fait preuve de transparence parce que ce que les décideurs communiquaient aux groupes de travail n'était pas toujours clair. De plus, les consultations répétées et/ou additionnelles dans le but d'une prise de décisions étaient problématiques pour obtenir des approbations dans des délais raisonnables. Ceci a aussi eu des répercussions sur le temps alloué aux décideurs, qui n'ont pas reçu les documents assez tôt pour effectuer des examens approfondis. C'est aussi vrai pour les consultations nécessaires dans les provinces et les territoires.

3.3 ORIENTATION

Contexte

Depuis le début de la pandémie de grippe H1N1 en avril 2009, le portefeuille de la Santé a reconnu la nécessité de fournir de l'orientation au cours des interventions, dans plusieurs contextes différents.

Ce qui a bien fonctionné

Des documents d'orientation ont été rédigés à l'intention de divers publics cibles

Pour répondre aux demandes des intervenants, y compris des associations nationales de professionnels de la santé, entre avril et décembre 2009, le portefeuille de la Santé a contribué à l'élaboration d'environ 50 documents d'orientation concernant :

- les soins cliniques (p. ex. : le vaccin, la prévention et le contrôle des infections, le traitement et les soins cliniques, les collectivités éloignées et isolées, la formation médicale continue)
- les laboratoires
- les organisateurs d'événements et le public
- les écoles, les garderies, les établissements d'enseignement postsecondaire et les camps de vacances
- la surveillance
- la gestion du virus de la grippe H1N1 dans différents contextes.

En plus des documents d'orientation élaborés par l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments a établi des directives pour les vétérinaires et les éleveurs de porcs et a produit de l'information pour le public canadien sur le virus de la grippe H1N1 et la salubrité des aliments.

Quand les lignes directrices sont devenues disponibles au cours de la période de pandémie, elles ont été distribuées par les autorités sanitaires provinciales et territoriales et affichées sur les sites Web de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada.

Une analyse plus détaillée est proposée à la Figure 3.3.1 à la fin de la présente section³³.

Les experts-conseils ont été efficaces pour aider à l'élaboration de l'orientation

Dans le cadre de la planification et de la coordination de la grippe H1N1, le Comité de coordination en cas de pandémie a été convoqué, et les groupes d'experts du Réseau de santé publique ont été mandatés (avec des sous-groupes thématiques) de superviser l'élaboration de lignes directrices (section 3.2, Collaboration avec les provinces et les territoires, pour obtenir plus de renseignements sur la structure du Comité). Ces groupes ont fourni expertise et conseils pour aider à établir des lignes directrices de haut niveau.

La composition pluridisciplinaire des groupes d'experts du Réseau de santé publique a permis aux experts de partout au pays de partager de l'information sur une foule de questions, y compris la surveillance, l'épidémiologie, la microbiologie, la prévention et le contrôle des infections, la quarantaine et le traitement clinique. Cette partie du processus d'élaboration des lignes directrices a été considérée comme étant efficace puisque les groupes d'experts ont été en mesure :

- de fournir une assistance spécialisée dans des délais raisonnables
- d'accélérer et de faciliter l'échange d'information à l'intérieur du groupe et avec l'Agence de la santé publique
- de faire des recommandations.

Les membres du groupe eux-mêmes estimaient qu'ils avaient bien réussi à faire des recommandations sur la prévention et le contrôle des infections.

Ce qui mérite d'être amélioré

Clarifier le rôle fédéral en élaborant un encadrement clinique

Quelques lacunes ont été établies, telles que la nécessité de lignes directrices cliniques pour les professionnels de la santé de première ligne. Les attentes de certaines provinces et de certains territoires semblent avoir été élevées quant au rôle de leadership que doit jouer l'Agence de la santé publique du Canada, en particulier en ce qui concerne la préparation de documents d'orientation, y compris un encadrement clinique pour les travailleurs de première ligne. L'Agence de la santé publique du Canada a assumé ce rôle : « *On nous a demandé de jouer un rôle de chef de file et nous l'avons fait par l'entremise de nos structures... il n'y avait personne d'autre pour le faire. Nous avons été des facilitateurs.* » Une autre personne interrogée a déclaré :

« Il n'existe aucune structure au Canada qui vise à répondre aux besoins du clinicien et aux salles d'urgence. Parce que nous traitons avec les provinces et les territoires et que les provinces et les territoires sont responsables de leur système de santé, ils ont identifié cette absence de structure assez tôt comme une lacune en même temps que nous recevions des appels des obstétriciens, des salles d'urgence et des autres cliniciens demandant « Alors, que font-ils? » [En réponse,] nous avons ajouté un groupe de cliniciens pour préparer les lignes directrices. »

L'Agence de la santé publique du Canada a instauré un processus d'élaboration et d'approbation de lignes directrices. Un groupe consultatif d'experts composé de cliniciens a élaboré les lignes directrices et coordonné le processus. L'expertise a été sollicitée de groupes comme le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Durant la pandémie, plusieurs ordres de gouvernement ont fourni des conseils semblables, mais non identiques. Ces différences ont créé de la confusion à l'égard des conseils à suivre. Bien que les avis de l'Agence de la santé publique du Canada aient été fondés sur la meilleure preuve scientifique disponible à ce moment, l'application de ces avis variait selon les régions en raison des différences dans la législation et les politiques provinciales. Au cours de la deuxième vague, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont collaboré sur la question des masques et des gants, et ils ont essayé de prendre une décision collective de sorte qu'ils puissent aborder les problèmes de la même manière.

Les renseignements cliniques pertinents et dignes de confiance doivent être fournis rapidement, même si les degrés de sécurité varient. Dans leur rapport *Leçons tirées des premières lignes : Un rapport conjoint sur la grippe H1N1*, l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société nationale de spécialistes pour la médecine communautaire ont demandé une réponse nationale harmonisée pour l'élaboration de lignes directrices cliniques.

Officialiser un processus d'approbation accéléré pour les documents d'orientation

L'Agence de la santé publique du Canada joue un rôle de soutien ou de direction pour coordonner une intervention lorsque l'écllosion d'une maladie touche plus d'une province ou d'un territoire. Des processus officiels accélérés pour approuver les lignes directrices de la santé publique n'existent pas. Cela a créé des problèmes importants lors de la pandémie de grippe H1N1. Une personne interrogée a déclaré : « *l'utilisation de processus qui ne sont pas adaptés, notamment en cas d'urgence, avec le va-et-vient et les efforts de beaucoup de gens pour forger un consensus, et n'en arriver à une entente que un, ou trois, ou six mois plus tard, n'est pas convenable.* »

Le processus d'approbation a pris du temps. C'est en partie dû à la nécessité d'intégrer plusieurs niveaux d'autorité dans le processus de consultation et d'approbation. Par exemple, les lignes directrices ont été distribuées pour être approuvées parmi les groupes consultatifs d'experts, les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux et les médecins-hygiénistes en chef de la Santé dans chaque province et territoire. Au niveau fédéral, en plus des niveaux supérieurs de gestion au sein de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada, le Bureau du Conseil privé et le Cabinet du premier ministre ont également apporté leur contribution aux documents d'orientation. Bien que ces discussions sur la formulation et la valeur de la preuve produite aient pris du temps, il a été observé que les orientations et les recommandations sont généralement restées stables et ont été réédictées moins souvent que celles des autres secteurs de compétence nationaux.

Divers facteurs ont influencé l'élaboration et la distribution des lignes directrices. Parce que le gouvernement fédéral communique avec les Canadiens et les Canadiennes dans les deux langues officielles, les documents doivent être traduits. Ainsi, les futurs processus de planification doivent soigneusement tenir compte du temps nécessaire pour l'exécution de cette tâche. Un autre facteur concernait la décision de publier les documents par lots. Cela signifie que les lignes directrices prêtes à être publiées étaient retenues jusqu'à ce que d'autres soient terminées. À l'avenir, ces facteurs devraient être prévus dans le processus de planification.

Des comparaisons ont été faites entre les Centers for Disease Control and Prevention américains et l'Agence de la santé publique du Canada. Les Centers for Disease Control n'ont pas d'exigences de langues officielles et peuvent faire plus de consultations limitées, tandis que l'Agence de la santé publique doit consulter plusieurs intervenants, ainsi que planifier efficacement la traduction de ses documents d'orientation. Plusieurs témoins clés ont noté que la disponibilité plus rapide du matériel provenant des Centers for Disease Control a eu comme conséquence que certains intervenants ont adopté les lignes directrices des États-Unis plutôt que d'attendre que les lignes directrices canadiennes soient approuvées. « *En fin de compte, il faut peut-être tout simplement accepter d'être en désaccord. Nous n'avons pas le temps de tourner en rond. Les gens sont frustrés, perdent de l'énergie. Nous sommes dépassés par les événements; quand enfin les directives de l'école sont émises, tout le monde est déjà en train de prendre des décisions.* »

Le fait que ça a souvent pris du temps de préparer les documents d'orientation et de les rendre accessibles sur le Web a limité la capacité des conseillers experts de partager des ébauches de documents et d'être d'accord sur les messages importants, ce qui a entraîné des messages incohérents et une répétition du travail. Une personne interrogée a suggéré :

« Il y a eu de la confusion entre les provinces et les territoires pour déterminer quels étaient les groupes prioritaires, et qui devrait se manifester. Un autre exemple, basé sur une recherche inédite, est que certaines provinces ont décidé de ne pas aller de l'avant avec la campagne contre la grippe saisonnière. Cette décision n'a pas été communiquée de manière coordonnée. »

On semble convenir que les administrations fédérale, provinciales et territoriales ainsi que les professionnels de la santé devraient travailler ensemble pendant la période interpandémique pour élaborer une stratégie pancanadienne qui sera utilisée pour les urgences sanitaires, en tenant compte notamment des processus suivants :

- l'élaboration : établir des mécanismes pour procéder sans délai au développement et à la transmission des lignes directrices de traitement clinique pour les cliniciens en cas d'urgence de santé publique
- l'approbation : définir qui doit participer et préciser les rôles et les responsabilités de chaque niveau d'autorité
- la traduction et la publication : un plan pour la traduction et pour déterminer quand il convient de remettre des documents d'orientation.

Comblers les lacunes de l'orientation existante

REVOIR LES LIGNES DIRECTRICES ET TRAITER DES SUJETS QUI NE S'Y TROUVENT PAS ACTUELLEMENT

La recherche indique que certaines questions n'étaient pas abordées dans les documents d'orientation et qu'il n'y avait pas toujours suffisamment de preuves pour prendre des décisions éclairées. Par exemple, des données nationales récentes sur la santé des femmes enceintes, leurs fœtus et leurs nouveau-nés n'étaient pas disponibles de façon continue et systématique. D'autres domaines comptent des protocoles de surveillance de la résistance aux médicaments au cours d'une pandémie et la détermination de la dose et de la durée du traitement approprié pour un nouveau virus.

Bien que Santé Canada reçoive actuellement des rapports d'effets secondaires de la part des fournisseurs de soins de santé, d'autres discussions sont nécessaires concernant les besoins uniques de surveillance de l'utilisation intensive d'antiviraux pendant une pandémie.

EFFECTUER DES RECHERCHES SUR LES BESOINS ET LES RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR LUTTER CONTRE LA PANDÉMIE DANS LES COLLECTIVITÉS ÉLOIGNÉES ET ISOLÉES ET ÉLABORER DES LIGNES DIRECTRICES

L'expérience de la grippe H1N1 a souligné l'importance d'avoir des activités de préparation et d'intervention adaptées pour les communautés éloignées et isolées. Du fait d'être isolées, ces populations ont des besoins particuliers de santé publique, nécessitant une approche qui est différente de celle du grand public³⁴.

Bien qu'un certain nombre de documents d'orientation aient été produits pour les collectivités éloignées et isolées (Figure 3.3.1) il est peut-être nécessaire d'effectuer plus de recherche sur les besoins des personnes résidant dans les communautés éloignées et isolées au cours d'une vaccination de masse pour fournir les preuves nécessaires à l'élaboration de stratégies d'atténuation. Les lignes directrices nationales existantes sur les antiviraux, la surveillance et les mesures de santé publique ne peuvent pas répondre aux besoins particuliers de ces populations, y compris leur accès limité aux travailleurs de la santé, aux médecins et aux approvisionnements.

Utiliser le langage et les supports qui conviennent dans les documents d'orientation

Finalement, certains intervenants ont mentionné que le langage utilisé dans les lignes directrices n'était pas approprié pour les profanes ou même ceux qui travaillent dans des postes de première ligne en soins de santé. Certains intervenants ont décrit les lignes directrices comme « prêtant à confusion » et ont souligné que des documents en « langage clair et simple » faciles d'accès et faciles à comprendre étaient nécessaires. On a également indiqué que les documents d'orientation étaient difficiles à suivre à cause de l'utilisation de sigles, d'abréviations et de tableaux complexes. D'autres consultations avec les professionnels de la santé de première ligne seraient justifiées lors de la production de lignes directrices relatives à la santé. Il convient également de continuer d'être attentifs aux supports ou aux moyens de communication utilisés pour veiller à l'accessibilité et à la pertinence culturelle pour tous les Canadiens.

FIGURE 3.3.1 Aperçu des lignes directrices de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à l'égard du virus de la grippe H1N1

LIGNES DIRECTRICES CLINIQUES

En général

- Grippe pandémique H1N1 : Aide-mémoire à l'intention des cliniciens de première ligne

Vaccin

- L'utilisation du vaccin monovalent inactivé contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009
 - Supplément - Document d'orientation sur l'utilisation du vaccin Panvax^(MD) H1N1 (sans adjuvant)
- Recommandations d'utilisation du vaccin contre la grippe pH1N1 durant la grossesse
- Principes directeurs sur la séquence de la vaccination contre la grippe H1N1
- Questions et réponses concernant le vaccin contre la pandémie d'influenza A (H1N1) de 2009 Arepanrix^(MC) H1N1

Mesures de prévention et de contrôle des infections

- Mesures de prévention et de contrôle des infections pour la gestion de la santé au travail pour tous les établissements de soins de santé
 - Nettoyage
 - Lignes directrices supplémentaires en matière de prévention et de contrôle des infections
- Mesures de prévention et de contrôle des infections à l'intention des travailleurs de la santé dans les établissements de soins de longue durée
- Mesures de prévention et de contrôle des infections à l'intention des travailleurs de la santé fournissant des soins ou des services à domicile
- Mesures de prévention et de contrôle des infections à l'intention des travailleurs de la santé dans les établissements de soins actifs
 - Annexe B : Visiteurs/Types de chambre
- Mesures de prévention et de contrôle des infections pour les soins préhospitaliers
- Lignes directrices supplémentaires de prévention et de contrôle des infections s'appliquant aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et à la période postpartum
- Exigences relatives aux allégations d'efficacité contre le virus de la grippe A pandémique (H1N1) 2009 pour les produits désinfectants pour surfaces dures

Traitement et soins

- Recommandations cliniques pour les patients se présentant avec des symptômes respiratoires au cours de la saison grippale 2009–2010
- Guide de pratique clinique pour la prise en charge du syndrome grippal dans le contexte de la pandémie de grippe H1N1 dans les unités de soins intensifs pour adultes
- Enjeux de la prise en charge clinique : Moment de l'accouchement et méthode à utiliser chez les femmes enceintes nécessitant une hospitalisation en raison du syndrome grippal attribuable à la grippe H1N1
- Utilisation d'antiviraux pour combattre le virus H1N1 (grippe porcine chez l'être humain)
 - Rapport sur les options pour la gestion de la Réserve nationale d'antiviraux
- Lignes directrices cliniques pour les femmes enceintes ou qui allaitent leur enfant et qui présentent des syndromes grippaux dans le contexte du virus grippal pandémique H1N1 2009
- Avis important : Expiration de l'arrêté d'urgence autorisant la vente d'Oseltamivir (Tamiflu^(MC)) pour usage chez les enfants de moins d'un an dans le contexte de la grippe pandémique H1N1 de 2009
- Mise à jour : Possibilité d'erreurs médicales avec la suspension orale Tamiflu^(MC)
- Lignes directrices concernant les soins ambulatoires permettant de traiter le syndrome grippal dans le contexte du virus pandémique H1N1 2009
- Lignes directrices sur la gestion des éclosions du virus pandémique H1N1 2009 dans les établissements fermés

Les collectivités éloignées et isolées

- Lignes directrices à l'intention des collectivités éloignées et isolées dans le contexte d'une éclosion de grippe pandémique (H1N1)
- Prendre soin à la maison d'une personne infectée par le virus de la grippe H1N1 dans une collectivité éloignée et isolée
- Lignes directrices pour la prise en charge clinique des patients présentant un syndrome grippal dans les collectivités éloignées et isolées, dans le contexte de la pandémie de grippe (H1N1) 2009
- Lignes directrices sur les activités de préparation et de gestion relatives aux affections pseudo-grippales, notamment la grippe pandémique (H1N1) de 2009, dans les établissements résidentiels des communautés éloignées et isolées
- Cliniques de vaccination de masse dans les collectivités éloignées et isolées
- Recommandations sur l'hygiène des mains pour les milieux communautaires éloignés et isolés
- Considérations relatives aux définitions des termes « éloigné » et « isolé » dans le contexte de la pandémie (H1N1) de 2009
- Document d'orientation relatif à la planification des services de santé dans les collectivités éloignées et isolées dans le contexte de la grippe pandémique (H1N1) de 2009

Formation médicale continue

- Éclosions de maladies infectieuses : outils et stratégies pour les cliniciens de première ligne
- Guide pratique de vaccination contre la grippe A (H1N1)

LABORATOIRES

- Directives provisoires sur la détection et la caractérisation du virus H1N1 pandémique (2009) en laboratoire
- Virus de la grippe H1N1. Lignes directrices provisoires, le 15 juin 2009 - Avis de biosécurité

ORGANISATEURS D'ÉVÉNEMENTS ET LE PUBLIC

- Comment prendre soin d'une personne infectée par le virus de l'influenza H1N1 à la maison
- Lignes directrices sur les mesures de prévention individuelles et collectives destinées à prévenir la transmission des symptômes grippaux, notamment du virus de la grippe pandémique (H1N1) de 2009, à l'occasion de rassemblements

ÉCOLES, GARDERIES, ÉTABLISSEMENTS POSTSECONDAIRES ET LES CAMPS DE VACANCES

- Document d'orientation en matière de santé publique à l'intention des établissements postsecondaires et des pensionnats au sujet de la prévention et de la gestion des syndromes grippaux y compris le virus de la grippe pandémique (H1N1) de 2009
- Documents d'orientation de la santé publique pour les programmes de garderie d'enfants et les écoles (maternelle à la 12^e année) concernant la prévention et la gestion des cas de syndrome grippal, y compris le virus de la grippe pandémique (H1N1) 2009
- Prévention et gestion des cas de syndrome grippal soupçonnés d'être attribuable au virus de la grippe pandémique (H1N1) 2009 dans les colonies de vacances

SURVEILLANCE

- Protocole de surveillance des maladies respiratoires graves — Surveillance de l'influenza chez les adultes hospitalisés 2009-2010
- Formulaire de rapport des effets secondaires suivant l'immunisation
- Santé Canada : La déclaration d'effets indésirables d'antiviraux lors d'une pandémie de grippe — Lignes directrices pour les professionnels de la santé et les consommateurs
- Définitions de cas aux fins de la surveillance nationale Infection par le virus H1N1
- Formulaire de déclaration de cas du virus de la grippe H1N1 (grippe porcine chez l'humain) pour les 100 premiers cas

GESTION DE CAS DU VIRUS H1N1 DANS DIVERS MILIEUX

- Document d'orientation en matière de santé publique relatif à la prévention et à la prise en charge des cas de syndrome grippal, y compris de la grippe pandémique (H1N1) de 2009, dans les milieux de vie en communauté
- Procédures de désinfection recommandées pour les exploitants de moyens de transport (avions, trains de voyageurs, traversiers, autocars et navires de croisière) et de terminaux (aéroports, gares maritimes [navires de croisière/traversiers], gares d'autocars et gares ferroviaires) ainsi que pour leur personnel
- Pratiques de travail sécuritaires recommandées pour les exploitants de services de restauration en vol et pour leur personnel
- Prévention et prise en charge des cas de syndrome grippal, y compris de grippe pandémique H1N1 de 2009, dans les moyens de transport, notamment les avions, trains, traversiers et autobus
- Prévention et gestion des cas de syndrome grippal pouvant être attribuable au virus de l'influenza H1N1 de 2009 sur les paquebots de croisière
- Lignes directrices intérimaires sur la gestion des éclosions du virus pandémique H1N1 2009 dans les établissements fermés

3.4 MOBILISATION DES INTERVENANTS

Contexte

« La nouvelle vague de pandémie qui pourrait se produire à l'automne sera l'occasion de tester nos capacités comme jamais auparavant. Quoi qu'il puisse se produire, je tiens à souligner que nous surmonterons de manière plus efficace cet obstacle et que nous offrirons de meilleurs services aux Canadiens grâce aux collaborations. »

— L'Honorable Leona Aglukkaq, ministre de la Santé, août 2009³⁵

Dès l'écllosion de la grippe H1N1, la ministre fédérale de la Santé, le sous-ministre de la Santé et l'administrateur en chef de la santé publique s'étaient engagés à une intervention intégrée contre la pandémie. En plus de collaborer avec d'autres pays et des organisations internationales, avec d'autres ministères fédéraux (section 3.9) et les gouvernements provinciaux et territoriaux (section 3.2), le portefeuille de la Santé a mobilisé la participation :

- des organismes autochtones nationaux
- des associations de professionnels de la santé
- des représentants du secteur privé
- des organismes d'intervention d'urgence
- des organisations représentant les populations à risque
- des travailleurs syndiqués (secteur de la santé)
- des chercheurs et des établissements universitaires.

Ce qui a bien fonctionné

Un plan de mobilisation des intervenants a été mis en place

Il était clair pour l'Agence de la santé publique du Canada et pour Santé Canada que la participation de tous les intervenants était essentielle à la réussite de l'atténuation des effets de toute pandémie. La participation des intervenants dans le domaine de la grippe H1N1 était guidée par deux plans. La stratégie intérimaire des relations stratégiques de la grippe H1N1, de l'Agence de la santé publique, approuvée par le Groupe de la direction du portefeuille de la Santé en mai 2009, a décrit une approche stratégique pour faire participer les organisations nationales à l'intervention et établir des mécanismes pour partager l'information pour répondre aux nouvelles questions et préoccupations. Un *Plan (national) des relations stratégiques du virus de la grippe H1N1* a été approuvé par le Groupe de la direction du portefeuille de la Santé en septembre 2009. Ce deuxième plan offrait des précisions sur les genres de mécanismes à utiliser et sur le nombre d'organismes intervenants à mobiliser. L'objectif principal des deux plans était de prendre appui sur des relations déjà en place et de participer et de communiquer de façon proactive et sans délai.

Plusieurs mécanismes de mobilisation ont été élaborés par l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada au cours de l'intervention contre la grippe H1N1, notamment :

- des points de contact à guichet unique (c.-à-d, une seule adresse générale de courriel)
- des notifications électroniques régulières de nouveaux documents sur le site Combatezlagrippe.ca, p. ex. : environ 20 notifications par courriel distribuées à plus de 100 organismes intervenants
- des réunions par téléconférence dirigées par des représentants de l'Agence de la santé publique toutes les 4 à 6 semaines pour offrir des mises à jour, répondre aux questions et entendre les problèmes et les besoins
- des réunions bilatérales et multilatérales
- du travail de collaboration (p. ex. : des projets conjoints pour élaborer des lignes directrices)
- des groupes de travail.

La participation des organismes nationaux importants à l'intervention contre le virus H1N1 a permis à l'Agence de la santé publique du Canada et à Santé Canada de communiquer directement avec ces intervenants pour leur donner de l'information sur le virus. Cette participation a également permis au portefeuille de la Santé de mieux profiter de l'expertise des grands organismes nationaux pour orienter l'élaboration de politiques et des conseils liés à la grippe H1N1.

Tout en respectant les secteurs de compétence, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada devraient continuer de s'appuyer sur les relations existantes avec les intervenants et sur les mécanismes de mobilisation mis en place avant et pendant la pandémie de grippe H1N1 pour la planification et l'intervention en cas de pandémie.

ASSOCIATIONS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

L'Agence de la santé publique du Canada a organisé régulièrement des séances d'information spécialisée par téléconférence avec des associations nationales de professionnels de la santé dans le but de fournir des renseignements sur le virus et de répondre à des questions ou à des préoccupations que les organismes soulevaient au nom de leurs membres et des cliniciens de première ligne. Cet engagement a permis à l'Agence de la santé publique de profiter pleinement de l'expertise des professionnels de la santé pour orienter l'élaboration de directives et de conseils relativement à la grippe H1N1 au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie (voir plus de détails à la section 3.3, Orientation). Des rencontres bilatérales et multilatérales étaient organisées en fonction des besoins pour répondre aux nouvelles questions qui se présentaient.

LES ORGANISMES AUTOCHTONES NATIONAUX

L'Agence de la santé publique du Canada, en collaboration avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, a tenu des séances d'information spécialisée par téléconférence avec 11 organismes autochtones nationaux (l'Association des infirmières autochtones du Canada, l'Assemblée des Premières nations, le Congrès des peuples autochtones, l'Association des médecins indigènes du Canada, Inuit Tapiriit Kanatami, le Ralliement national des Métis, l'Organisation nationale de la santé des Autochtones, l'Association nationale des centres d'amitié, le Centre de collaboration national de la santé autochtone, l'Association des femmes autochtones du Canada et Pauktuutit Inuit Women of Canada). D'autres

réunions bilatérales et séances d'information spécifiques ont eu lieu. L'objectif était de fournir des renseignements essentiels, de répondre aux questions et aux préoccupations afin de permettre à ces organismes de mieux soutenir leurs communautés au cours de l'intervention contre la grippe H1N1.

LE SECTEUR PRIVÉ

L'Agence de la santé publique du Canada a participé à l'atelier de préparation à la pandémie du Conference Board du Canada qui a eu lieu à Ottawa en juin 2009. Tel qu'il est indiqué dans le rapport de l'atelier, une pandémie est une crise qui touche aussi l'économie et la continuité des affaires³⁶. À ce titre, elle nécessite la participation et le leadership de la communauté des affaires ainsi que des spécialistes de la pandémie.

Les mécanismes existants de mobilisation ont également été adaptés pour soutenir l'intervention contre la pandémie de grippe H1N1. Le groupe de travail du secteur privé sur la planification en cas de grippe aviaire et de grippe pandémique (coprésidé par l'Agence de la santé publique du Canada, Sécurité publique Canada et le Conseil canadien des distributeurs en alimentation) a appuyé l'échange d'information au cours de la pandémie de grippe H1N1 grâce à la mobilisation de 90 organismes du secteur privé provenant de 10 secteurs d'infrastructure importants (l'énergie, l'information et les technologies de la communication, le transport, le gouvernement, les soins de santé, la fabrication, les finances, la sécurité, l'eau et l'alimentation). Le mandat du groupe de travail est de promouvoir une approche commune à la planification et à la préparation de la pandémie de grippe par une sensibilisation accrue et des partenariats avec des organismes et des associations du secteur privé.

LES EFFORTS DE COLLABORATION

Le portefeuille de la Santé et les intervenants ont travaillé conjointement pour traiter des aspects particuliers de l'intervention contre la pandémie de grippe H1N1 et des besoins de certaines collectivités.

Voici quelques exemples de cette collaboration :

- L'Agence de la santé publique du Canada a travaillé en collaboration avec des associations de professionnels de la santé comme la Société canadienne de pédiatrie, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, l'Association médicale canadienne, l'Association canadienne de santé publique, la Société nationale de spécialistes pour la médecine communautaire et le Collège des médecins de famille du Canada, pour appuyer l'élaboration de lignes directrices techniques pour les prestataires de soins de santé de première ligne (voir aussi la section 3.3, Orientation).
- Le groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la question de la grippe H1N1 dans les collectivités éloignées et isolées était coprésidé par Santé Canada (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits) et le médecin hygiéniste en chef de l'Alberta, et la participation d'organismes autochtones nationaux. Il a élaboré des directives pour relever les défis uniques auxquels font face les collectivités éloignées et isolées, dont plusieurs sont autochtones.

- Un travail de collaboration a été entrepris entre les partenaires de la santé humaine (Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada, les partenaires provinciaux et territoriaux de la santé) et les partenaires de la santé animale (l'Agence canadienne d'inspection des aliments, les ministères provinciaux de l'agriculture et d'autres experts) pour créer une gamme de documents sur la surveillance, sur l'orientation et sur la gestion des risques pour répondre aux questions de santé là où les sphères humaines et animales se croisent.

L'administrateur en chef de la santé publique a établi un Comité consultatif scientifique composé de chercheurs issus du milieu universitaire

Les membres du milieu universitaire canadien de recherche sur la grippe ont participé au Comité consultatif scientifique du virus de la grippe H1N1 établi par l'administrateur en chef de la santé publique. Ce comité a été créé au début de la pandémie de grippe H1N1 pour fournir des avis scientifiques et des conseils en matière de recherche. Au plus fort de la pandémie de grippe H1N1, le Comité a tenu des téléconférences hebdomadaires. Au total, 24 réunions par téléconférence ont eu lieu entre mai 2009 et février 2010.

Les domaines particuliers sur lesquels des avis ont été demandés sont :

- l'intervention en santé publique
- la mise au point d'un vaccin
- l'élaboration et la mise en œuvre de diagnostics rapides au point de service
- le traitement antiviral
- les soins cliniques
- la surveillance et l'épidémiologie
- les prévisions et la modélisation de la pandémie de grippe.

Les membres du Comité, y compris les représentants de l'Agence de la santé publique, ont indiqué que ce forum a été valable et que l'information communiquée et discutée était pertinente.

Il y a eu une forte collaboration avec d'autres pays et avec des organismes internationaux

Sur le plan international, la ministre fédérale de la Santé et le sous-ministre de la Santé, ainsi que l'administrateur en chef de la santé publique, se sont fortement engagés à communiquer directement avec les principaux partenaires bilatéraux et multilatéraux à l'échelle internationale pour traiter des questions prioritaires et pour promouvoir la collaboration continue avec les principaux partenaires internationaux. Les secteurs de programmes et les spécialistes de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada avaient déjà des relations solides avec leurs homologues internationaux et ils continuent de les maintenir.

S'appuyant sur les leçons apprises dans la première vague, des cadres supérieurs de l'Agence de la santé publique ont élaboré et approuvé une stratégie de mobilisation internationale pour combattre le virus de la grippe H1N1, à l'automne 2009. Cette stratégie a établi des possibilités de se concentrer davantage sur la participation internationale au cours de la deuxième vague de la pandémie.

Au début de la pandémie de grippe H1N1, la mise à profit des relations internationales et des protocoles de communication établis au préalable s'est révélée cruciale.

- Il y a eu de nombreuses relations bilatérales essentielles à l'intervention canadienne. Par exemple, le Canada a collaboré avec l'Australie sur le vaccin sans adjuvant. Pour faciliter et améliorer l'échange d'information, le Canada a travaillé étroitement avec le Mexique depuis le début de la pandémie. Le Canada disposait aussi d'un réseau de liaisons avec le Département américain de la santé et des services à la personne avant et pendant la pandémie.
- Les liens trilatéraux entre les États-Unis, le Mexique et le Canada avaient été favorisés par l'élaboration du *Plan nord-américain pour la grippe aviaire et la grippe pandémique* et ont été essentiels à l'intervention dans ces pays. Dans les premiers stades de la réponse à la grippe H1N1, il y a eu des appels tous les jours entre les États-Unis, le Canada et le Mexique.
- En conformité avec le *Règlement sanitaire international*, les autorités de l'Agence de la santé publique et de Santé Canada ont, à tous les niveaux, continué de travailler en étroite collaboration avec leurs homologues de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'Organisation panaméricaine de la santé sur l'intervention mondiale à la pandémie. Bien qu'il y ait eu quelques problèmes en raison du manque de cohérence dans les communications publiques (étant donné la difficulté de travailler dans un contexte où il y avait de nombreuses sources d'information), le degré de collaboration et de mobilisation a toujours été élevé.
- Misant sur la participation continue du Canada au partenariat international de l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale, y compris la participation au Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale, le Canada a pu mettre en place une intervention contre la grippe H1N1 fortement soutenue par l'accès à une communication rapide et la réaction des autres partenaires internationaux (notamment la France, l'Allemagne, l'Italie, le Japon, le Royaume-Uni et les États-Unis). Cette participation comprend deux réunions ministérielles en 2010 qui ont facilité l'échange d'information et la collaboration pendant l'intervention contre la pandémie de grippe.

Ces liens internationaux ont grandement favorisé le partage rapide de l'information tout le long de l'intervention touchant la pandémie de grippe H1N1. Par exemple, l'existence d'un réseau international d'organismes nationaux de réglementation de la vaccination pour communiquer l'information a permis d'exécuter rapidement l'examen, l'autorisation et la surveillance postcommercialisation des vaccins contre le virus H1N1 au Canada.

Ce qui mérite d'être amélioré

Accroître la coordination de l'information provenant de plusieurs secteurs de compétence à l'intention des groupes d'intervenants

Reconnaissant que dans une fédération, chaque province et territoire prend des décisions pour elle-même et pour lui-même, la coordination des messages transmis aux groupes d'intervenants peut être complexe. Durant la pandémie de grippe H1N1, la cohérence et la rapidité de l'information transmise aux intervenants présentaient un certain défi. Les groupes d'intervenants ont reçu de l'information des gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que du portefeuille

de la Santé. Les renseignements fournis par ces différentes sources manquaient parfois de cohérence et étaient, à l'occasion, contradictoires. De plus, bien que de nombreux groupes d'intervenants aient indiqué que l'information reçue était utile, des préoccupations ont été soulevées au sujet de la rapidité de la diffusion (p. ex. : des outils en ligne tels que Combatezlagrippe.ca). À l'avenir, les stratégies de communication et de mobilisation du portefeuille de la Santé devraient définir clairement les rôles et les responsabilités des différents gouvernements pour aider à améliorer la cohérence et la rapidité de transmission de l'information destinée aux groupes d'intervenants.

Augmenter la capacité de prévoir les problèmes soulevés par les groupes d'intervenants et d'y répondre

L'Agence de la santé publique du Canada n'avait pas les ressources organisationnelles requises, en particulier pendant la première vague, pour répondre à l'augmentation importante des besoins en information des divers intervenants. Cette lacune comprend la capacité de traiter à la fois le volume de la correspondance écrite reçue par l'administrateur en chef de la santé publique ainsi que les lettres et les courriels, et la nécessité d'effectuer des comptes rendus oraux à différents groupes.

La réponse a parfois été perçue par les intervenants comme étant réactive et symbolique. Certains intervenants ont déclaré : « *Dans la première vague, nous n'étions pas impliqués et nous nous sentions marginalisés. Dans la deuxième vague, un bon rayonnement a abouti à une meilleure communication, mais malheureusement elle a été considérée par certains membres comme étant trop peu, trop tard.* » Les questions soulevées par les intervenants doivent être traitées en profondeur dans des délais plus courts.

En ce qui concerne les organismes autochtones nationaux en particulier, les intervenants ont indiqué que l'information aurait pu être transmise plus rapidement et être mieux adaptée à la culture. Il a été suggéré par les intervenants que plus de planification préliminaire était nécessaire, y compris la nécessité de disposer d'information et de mécanismes prêts pour mobiliser directement et rapidement les organismes autochtones nationaux et pour favoriser la communication avec eux.

Au cours de la période interpandémique, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada devraient revoir son plan stratégique des relations en cas de pandémie à la lumière de l'expérience de la grippe H1N1. En particulier, ils devraient examiner les outils, les mécanismes et les ressources humaines nécessaires pour s'assurer qu'ils sont en position de force pour travailler de façon proactive avec tous les intervenants, pour répondre à leurs questions et pour éviter les retards.

Soutenir l'élaboration de documents d'orientation à l'intention des professionnels de la santé

Tel qu'il est indiqué dans la section 3.3 (Orientation), il y a eu une demande accrue de documents d'orientation pour les différents intervenants au cours de la pandémie de grippe H1N1, avec une demande particulièrement élevée chez les professionnels de la santé. L'Agence de la santé publique du Canada et des associations de professionnels de la santé externes ont répondu à cette demande au cas par cas et ont produit divers documents d'orientation et outils de formation.

Bien que les travailleurs de la santé de première ligne aient indiqué avoir apprécié l'encadrement clinique qu'ils avaient reçu, ils ont fait remarquer que parfois, le cheminement de l'information à leur intention n'était pas rapide et ne répondait pas à leurs besoins. Les intervenants ont indiqué que le processus d'élaboration et d'approbation des documents d'encadrement clinique :

- était trop long
- devait être plus souple, afin de refléter l'évolution de la situation et les questions qui se présentaient
- aurait dû intégrer un plus grand éventail d'organismes
- n'a pas pris suffisamment en considération le niveau de langue à utiliser dans la documentation (c.-à-d. qu'il était parfois trop spécialisé, trop détaillé ou peu clair).

Bien que des structures spéciales aient été créées dans le contexte de la grippe H1N1, l'Agence de la santé publique du Canada, en collaboration avec les partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux, devrait envisager d'établir une stratégie de mobilisation particulière pour les professionnels de la santé, y compris les processus établis pour l'élaboration de lignes directrices et d'outils.

Il a été suggéré que l'Agence de la santé publique du Canada devrait mener une discussion (avec ses partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux, d'autres ordres de gouvernement et des organismes de professionnels de la santé) sur la meilleure façon de créer des sources de conseils cliniques directs pour les professionnels de la santé pendant une pandémie. Comme le suggère le rapport indépendant sur la pandémie de grippe du Royaume-Uni, ce rôle pourrait être mieux joué par un ou plusieurs organismes professionnels³⁷.

Revoir la gestion des relations internationales par le portefeuille de la Santé

Au cours de la pandémie de grippe H1N1, il y a eu une augmentation importante du volume des relations internationales pour les cadres supérieurs du portefeuille de la Santé et d'autres employés à propos de questions scientifiques spécialisées et de politiques stratégiques. En raison de la nature de la crise, les appels ont souvent été convoqués à court préavis par d'autres organismes bilatéraux et multilatéraux dans des fuseaux horaires différents, et sans une connaissance claire de l'expertise requise. Il était difficile de déterminer et d'informer les représentants concernés du portefeuille de la Santé pour garantir des discussions mutuellement bénéfiques.

Au cours de la période interpandémique, le portefeuille de la Santé devrait revoir la stratégie de mobilisation internationale à la lumière de l'expérience de la grippe H1N1. Il devrait revoir la désignation des représentants et des suppléants des cadres supérieurs pour faire en sorte qu'il y ait une représentation et des contributions cohérentes, ainsi qu'une utilisation efficace du temps. Afin de maintenir une communication cohérente et un partage de l'information dans toutes les relations bilatérales et multilatérales, il devrait reconfirmer et communiquer à l'échelle de l'organisme le rôle centralisé de la liaison internationale au sein du portefeuille de la Santé en cas de pandémie. Des protocoles ou des mécanismes internes pourraient être mis en place pour veiller au suivi des réunions convoquées par les canaux officiels et non officiels.

3.5 COMMUNICATION AVEC LES CANADIENS

Contexte

Le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* souligne la nécessité des efforts de communication publique durant une pandémie de grippe pour préparer les Canadiens à prendre les mesures qui s'imposent et pour augmenter et maintenir leur confiance dans l'intervention du gouvernement. L'annexe sur les communications (annexe K), élaborée en partenariat avec les administrations fédérale, provinciales et territoriales fournit un cadre permettant de coordonner les communications publiques entre tous les organismes participant à la lutte contre une pandémie.

La planification des communications en cas de pandémie de grippe pour le secteur de la santé repose sur une approche stratégique de la communication des risques conçue pour fournir une communication ouverte sur les risques et les mesures de contrôle possibles de la pandémie de grippe, sur la transparence des décisions prises durant le processus de planification pandémique et sur la compréhension des lacunes et des efforts déployés pour combler celles-ci lorsque les effets sont incertains ou inconnus. L'Agence de la santé publique du Canada était chargée des activités de communication concernant la grippe H1N1 auprès de la population générale, avec l'aide de Santé Canada, qui était responsable des activités de communication auprès des gens des Premières nations vivant dans les réserves, conjointement avec les dirigeants des Premières nations.

En avril 2009, l'Agence de santé publique du Canada, sous la direction du gouvernement du Canada, lançait une campagne de sensibilisation publique pour renseigner les Canadiens sur le virus de l'influenza H1N1. C'est l'Agence de la santé publique du Canada qui a pris la direction des communications fédérales sur le virus. Un des principaux instruments servant à communiquer avec les Canadiens a été la Campagne de marketing pour la préparation des citoyens de l'Agence de la santé publique, une campagne multimédia en plusieurs étapes.

Mise en œuvre par étapes, sur une période de neuf mois, la campagne comprenait des tactiques de marketing et de publicité axées sur les comportements de prévention de l'infection, la préparation personnelle et un appel à l'action aux Canadiens pour qu'ils se fassent vacciner. Elle diffusait principalement des annonces télévisées, imprimées, radiophoniques, ambulantes et en ligne pour inciter les Canadiens à aller chercher l'information dont ils avaient besoin pour prendre les décisions pour se protéger contre le virus de la grippe H1N1 sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (Combattezlagrippe.ca). Cette initiative de publicité a été renforcée par un certain nombre de tactiques de marketing visant à donner plus de force aux messages échelonnés. Elle comprenait : le publipostage d'une brochure à 10 millions de foyers canadiens pour promouvoir le guide de préparation au virus H1N1 de l'Agence de la santé publique; la distribution de 1,7 million de guides de préparation au virus H1N1 par le numéro 1 800 O-CANADA et aux comptoirs de Postes Canada; et les pages du site Web de l'Agence de la santé publique consacrées au virus H1N1.

Malgré ces activités de communication, il est important de reconnaître que le gouvernement fédéral n'est pas la seule source d'information des Canadiens lors d'une crise de santé publique. Plus que jamais les Canadiens disposent de nombreuses sources d'information, puisque celle-ci ne provient plus seulement des administrations locales, nationales et internationales ou des milieux universitaires par le truchement des médias traditionnels comme la télévision et la radio, mais qu'elle provient aussi des médias sociaux où n'importe qui peut afficher de l'information, peu importe qu'il soit ou non un expert ou qu'il ait mené ou non des recherches rigoureuses.

La couverture médiatique de la grippe H1N1 a été vaste et, à l'occasion, écrasante. En octobre 2009, une enquête a révélé que plus des trois quarts des Canadiens (78 %) croyaient que les médias mettaient en vedette et exagéraient la menace du virus H1N1, soit une augmentation de 10 points par rapport aux perceptions de juillet³⁸. Parallèlement, un peu plus de la moitié des Canadiens (53 %) interrogés le même mois (octobre 2009) croyaient que le grand public était trop inquiet, tandis que 4 personnes sur 10 (37 %) étaient d'avis que les inquiétudes étaient à la hauteur des risques réels³⁹.

Dans les messages de santé publique diffusés pendant une crise, l'équilibre peut être délicat entre l'information donnée, d'une part, et les préoccupations ou craintes soulevées inutilement, d'autre part. Il faut ajouter à ces forces contraires l'appétit grandissant et l'attente du public pour plus d'information.

Ce qui a bien fonctionné

La communication avec le public canadien était une priorité fondamentale durant la pandémie

Les initiatives de communication du portefeuille de la Santé fédérale ont été déployées à compter du 24 avril 2009. Une conférence de presse a eu lieu deux jours avant le premier cas confirmé de grippe H1N1 au Canada. Cela se passait quelques jours après que les premiers prélèvements ont été reçus du Mexique pour déterminer la cause de la maladie qui s'y était propagée. Près de 50 conférences de presse ont été convoquées durant toute la pandémie, soit du 24 avril au 15 décembre 2009.

Ces activités répondent directement aux principales recommandations découlant de l'examen indépendant des activités gouvernementales durant l'éclosion de listériose à l'été 2008⁴⁰. À cette époque, on avait critiqué le gouvernement pour sa méthode de communication fragmentée et prenant trop de temps⁴¹. Toutefois, pour la pandémie de grippe H1N1, l'Agence de la santé publique du Canada a été le premier organisme responsable de communiquer avec les Canadiens. On a utilisé les canaux médiatiques, considérés comme les meilleures sources d'information pour la population du pays⁴². Les points de presse donnés régulièrement ont aussi contribué à établir un rapport de collaboration avec les médias pendant cette période, alors que l'on tentait de multiplier les activités de communication en recourant aux médias traditionnels.

Les initiatives de communication et de marketing de l'Agence de la santé publique du Canada comportaient toutes un appel fondamental à l'action pour que les Canadiens se rendent sur son site Web (Combattezl grippe.ca), où ils pourraient trouver l'information nécessaire pour savoir comment se protéger du virus de l'influenza H1N1. La recherche menée par l'Agence de la santé publique sur les activités de marketing montre que les Canadiens ont pris des mesures pour prévenir la propagation de la grippe, y compris se laver les mains ou tousser dans le pli du coude plutôt que dans la main. Les pages sur la grippe H1N1 du site Web de l'Agence de la santé publique ont enregistré 6,4 millions de visites, plus de 20 millions de pages de contenu consultées et plus de 200 000 téléchargements de produits d'information sur la grippe H1N1.

Les avis d'alerte médicale ont aussi joué un rôle important dans les premiers stades de l'intervention de l'Agence de la santé publique du Canada, qui a distribué 4 millions d'avis d'alerte médicale aux voyageurs dans 24 aéroports canadiens du 27 avril au 18 mai 2009. L'information sur les comportements permettant de prévenir l'infection apparaissait sur les écrans des aéroports internationaux du Canada durant la première vague de grippe H1N1. On y a aussi distribué des affiches décrivant les mesures de quarantaine et les pratiques de prévention de l'infection.

Des porte-parole importants, comme la ministre de la Santé et l'administrateur en chef de la santé publique étaient visibles durant toute la pandémie

Une autre recommandation importante formulée à la suite de l'examen indépendant sur la listériose fut le choix d'un porte-parole principal pendant les urgences de santé publique pour faire preuve d'un leadership fédéral cohérent en matière de santé publique. Une analyse médiatique révèle que l'administrateur en chef de la santé publique et la ministre de la Santé ont été mentionnés à de nombreuses reprises dans les médias sur une grande variété de questions touchant le virus H1N1. Ils étaient donc considérés comme de bons communicateurs, crédibles et officiels durant toute la période de la pandémie.

Une planification préalable a permis la mise en œuvre rapide des produits et des activités stratégiques liés à la communication

La Stratégie de communication des risques pour la pandémie de grippe de l'Agence de la santé publique du Canada, élaborée en 2006, a guidé la planification globale de l'intervention des communications et du marketing social durant la crise de la grippe H1N1. Sans les activités stratégiques comme la formation des médias et le développement créatif de la campagne publicitaire, il aurait été très difficile de lancer une campagne en plusieurs étapes et à volets multiples. Pendant la crise, la campagne a aidé les Canadiens à s'informer et les a encouragés à adopter les comportements appropriés pour prévenir l'infection. Dans le cadre de cette stratégie, le travail préparatoire avec les partenaires nationaux et internationaux a permis de créer des liens importants et utiles pendant l'intervention face au virus H1N1.

Des efforts de marketing social ont contribué à modifier les comportements dans le but de prévenir l'infection

Comme nous l'avons mentionné, l'Agence de la santé publique a adopté plusieurs tactiques de marketing social et de publicité durant la pandémie pour inciter les Canadiens à modifier leurs comportements. La première étape de la Campagne de préparation des citoyens était de sensibiliser la population aux comportements de prévention de l'infection, comme : se laver fréquemment les mains, tousser dans le pli du coude plutôt que dans la main et rester à la maison si on est malade. On a par la suite ajouté à ces messages l'information sur la préparation personnelle et sur l'immunisation. Les recherches effectuées montrent que les efforts de marketing et de publicité de l'Agence de la santé publique ont aidé à améliorer les comportements des Canadiens pour prévenir l'infection. Par exemple, parmi la population, les personnes à qui l'on a demandé s'il elles avaient vu des annonces de l'Agence de la santé publique sur la prévention de l'infection diffusées à l'automne 2009, près de la moitié (46 %) ont dit qu'elles avaient pris des mesures après en avoir vu, dont environ 6 sur 10 (59 %) ont déclaré spontanément qu'elles avaient commencé à se laver les mains plus souvent⁴³.

L'information de base sur la prévention de l'infection (se laver les mains, tousser dans sa manche plutôt que dans la main, rester à la maison si on est malade) est appropriée pour la prévention générale des infections tant en situation pandémique que non pandémique pour réduire le risque des maladies infectieuses communes telles que la grippe saisonnière. On devrait diffuser chaque année des messages sur la prévention de l'infection durant la saison de grippe annuelle.

Il y a eu une coordination forte et efficace des activités de communication entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux

Des messages cohérents visant les Canadiens dans tous les secteurs de compétence (fédéral, provinciaux et territoriaux) étaient nécessaires pour maintenir la confiance du public dans la lutte contre le virus de la grippe H1N1. Même si les messages ont parfois manqué de cohérence (comme nous le verrons plus loin), les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont coordonné les démarches, les outils de communication et de marketing, les tactiques et les messages.

Les chefs des communications fédéraux, provinciaux et territoriaux se rencontraient quotidiennement pour partager l'information et les renseignements sur les questions qui se présentaient, les préoccupations et les avis et pour coordonner les efforts de rayonnement et d'éducation de la population. Deux sous-groupes ont facilité la collaboration, soit le sous-groupe des communications et le sous-groupe du marketing social, avec des représentants des provinces, des territoires et du gouvernement du Canada. Le sous-groupe des communications s'est consacré à la gestion des questions d'intérêt et aux relations avec les médias, y compris la création de points communs à faire valoir et d'infocapsules sur diverses questions à l'usage de tous les gouvernements. De son côté, le sous-groupe du marketing social s'est assuré que les Canadiens reçoivent de l'information cohérente de sensibilisation publique et de marketing (par les annonces télévisées, imprimées, radiophoniques, ambulantes et en ligne) dans toutes les régions.

Cette collaboration a été mise en évidence lorsqu'une annonce télévisée sur les comportements de prévention de l'infection (production créative du gouvernement de l'Ontario) a été diffusée à l'échelle nationale (temps d'antenne payé par le gouvernement fédéral) pour le compte des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Cette initiative a permis aux secteurs de compétence de moindre envergure ne pouvant se payer des annonces à la télévision de bénéficier de l'annonce du gouvernement ontarien et de la volonté du gouvernement fédéral de payer pour l'achat d'espace télévisuel.

Ce qui mérite d'être amélioré

« La conflation (confluence de la confusion, c'est-à-dire accumulation de plusieurs éléments confus) est ce que ressent le public face à un flux apparemment sans fin de nouvelles contradictoires au sujet de l'influenza H1N1. »⁴⁴

— André Picard, *The Globe and Mail*, le 9 octobre 2009

Améliorer la cohérence de l'information communiquée aux Canadiens par les différents secteurs de compétence

Comme nous l'avons déjà vu, les divers secteurs de compétence du pays ont consacré de grands efforts pour coordonner l'information transmise aux Canadiens. Cependant, dans certains cas, des messages contradictoires ou légèrement différents ont été diffusés selon les décisions stratégiques fédérales, provinciales et territoriales, ce qui a causé une certaine confusion parmi la population. Prenons pour exemple les différentes approches des gouvernements à propos de la vaccination contre la grippe saisonnière durant la deuxième vague de grippe H1N1, lorsque des provinces et des territoires ont décidé de ne pas administrer le vaccin saisonnier.

Les médias ont rapporté des divergences entre les messages pendant la crise de la grippe H1N1. En Australie, on a constaté le même problème, rapportant que « la complexité de la fédération australienne exigeant la coordination d'un gouvernement central et de huit gouvernements étatiques et territoriaux » a peut-être nui à la cohérence des messages à travers le pays.

Les différences dans la période, l'étendue et la gravité de la pandémie de grippe H1N1 entre les régions — ainsi que les mesures d'intervention distinctes, les différentes capacités des systèmes de santé publique et les diverses structures de gouvernance — limitent la mesure dans laquelle on peut appliquer de façon uniforme les pratiques exemplaires de communication des risques. Il est prévisible que les messages fondés sur les politiques, les voies de communication et les responsabilités individuelles ou gouvernementales puissent entraîner des variations. Toutefois, cela crée une certaine confusion dans le grand public qu'il faudrait éviter le plus possible.

Revoir les stratégies visant à communiquer l'incertitude, le risque et les décalages entre les connaissances scientifiques pour donner confiance au public

Bien que la campagne de prévention semble avoir eu un effet sur l'ensemble de la population, le portefeuille de la Santé doit trouver une meilleure façon de communiquer les incertitudes, les risques et l'évolution des connaissances scientifiques au public canadien. Certains de ces problèmes ne concernent pas uniquement l'intervention du Canada face au virus H1N1. L'une des recommandations formulées suite à l'expérience vécue au Royaume-Uni dans ce domaine consistait à dresser le portrait le plus juste possible de la pandémie, en incluant les niveaux de risque et en assurant une plus grande transparence des résultats scientifiques dans la communication avec les intervenants et le grand public⁴⁵.

Exemples de leçons apprises d'autres pays :

- **Royaume-Uni**

« Communiquer seulement les hypothèses de planification raisonnables pour les pires éventualités signifiait qu'il y avait un écart important entre ce que le gouvernement disait et ce que l'on pouvait observer sur le terrain, c'est-à-dire que la maladie était bénigne dans la plupart des cas et les taux de mortalité étaient faibles. Cet écart aurait pu entacher la crédibilité du gouvernement et miner la confiance du public dans son intervention. »⁴⁶

- **Suisse**

« Afin de sensibiliser la population, il a été décidé de fonder la stratégie de communication sur le pire scénario. Conforme aux rapports de l’OMS sur l’intensification de la pandémie (phases 2, 3, 4, 5, 6), cette stratégie constituait le bon choix, selon de justes raisons. Cependant, faute de coordination entre les divers acteurs, les messages sont devenus assez rapidement confus. Le retard de livraison du vaccin et les longues discussions académiques autour de « quel vaccin à qui? » étaient au cœur de la confusion. Pour corser le tout, la phase d’intensification se transforma ensuite en phase de désintensification, rendant à peu près impossible une communication claire et crédible. »⁴⁷

- **Australie**

« La communication a manqué de cohérence, en partie parce que les différentes régions de l’Australie ont traversé la pandémie à des moments différents et que les dirigeants ont été obligés d’ajuster les mesures d’intervention pour faire face à une infection qui n’a pas été aussi grave que les attentes du scénario de la pire éventualité qui sous-tendaient la planification. »⁴⁸

Comme pour ces pays, au Canada, la communication des risques, des incertitudes et du processus scientifique a influencé l’intervention globale de l’Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada face au virus H1N1. Une recommandation sur l’élaboration de stratégies visant à communiquer ces éléments à divers publics cibles (y compris la population générale, les intervenants et les groupes internes formés de décideurs ou de personnes pouvant les influencer, notamment les organismes centraux) sera abordée de façon plus détaillée à la fin du présent rapport (section 4).

Les questions touchant la pertinence du langage et de la présentation (du support) des documents d’orientation ont été abordées à la section 3.3 (Orientation). En outre, des activités de communication particulières sont présentées à la section 3.2 (Collaboration avec les provinces et les territoires). Pour vous renseigner sur les activités de communication destinées aux communautés des Premières nations vivant dans les réserves, veuillez lire la section 3.6.

3.6 INTERVENTION FÉDÉRALE DANS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS VIVANT DANS DES RÉSERVES

Contexte

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, en collaboration avec les provinces, fournit les services de soins de santé aux communautés des Premières nations vivant dans des réserves, que ce soit dans le cadre d'une prestation directe des services ou d'un financement consenti grâce à des accords de contribution conclus avec des organismes des Premières nations chargés d'offrir les services de santé. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits fournit les soins de première ligne dans les postes de soins infirmiers des communautés des Premières nations vivant dans les réserves éloignées et isolées.

Lors d'une pandémie, c'est la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits qui offre les services de santé aux communautés des Premières nations vivant dans les réserves. Cela comprend l'aide à l'élaboration, à la mise à l'essai et à la révision des plans pandémiques. De concert avec les provinces, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits est aussi chargée de distribuer et d'administrer les vaccins et les antiviraux, de signaler les effets secondaires de l'immunisation et du traitement et de donner des renseignements et des conseils adaptés sur le plan culturel aux travailleurs de la santé dans les réserves.

Bien que leurs conditions s'améliorent, les personnes des Premières nations vivant dans les réserves habitent parfois dans des maisons inadéquates et elles sont plus exposées aux maladies chroniques comme le diabète et la tuberculose⁴⁹. Une étude réalisée en septembre 2009 révélait que, même si le quart des personnes des Premières nations vivant dans les réserves connaissaient au moins un cas confirmé de grippe H1N1, d'autres états de santé tels que le diabète, le cancer, l'usage du tabac, de l'alcool et de la drogue les préoccupaient davantage⁵⁰. D'autres facteurs influant sur les efforts d'intervention face à la pandémie dans les collectivités éloignées et isolées comprennent : les grandes distances à parcourir jusqu'aux hôpitaux pour recevoir des soins de courte durée, les taux élevés de grossesse et, dans quelques collectivités, l'accès limité à l'eau courante. Ces collectivités éloignées ont habituellement plus de difficulté à profiter rapidement de toute la gamme des services de santé.

La perception publique de l'intervention du portefeuille de la Santé au sein des communautés des Premières nations durant la pandémie a été forgée par la couverture médiatique de trois événements importants :

1. Dans les premiers stades de la pandémie au printemps 2009, on a observé une forte incidence d'infections, de cas graves et de décès chez les Autochtones du Manitoba
2. Les médias nationaux ont fait grand cas des représentants du gouvernement fédéral qui ont passé des jours à se demander s'il fallait ou non envoyer des distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool, parce qu'on s'inquiétait de la haute teneur en alcool du produit
3. Enfin, la réaction a été très négative lorsqu'un grand nombre de housses mortuaires ont été livrées dans certaines réserves à l'automne 2009.

Les premiers stades de l'intervention de Santé Canada ont connu quelques difficultés, mais plusieurs pratiques, modifications et activités mises en place à la fin du printemps et au début de l'été 2009 ont permis d'améliorer l'intervention de l'automne. Par exemple, après l'expédition de plusieurs housses mortuaires dans certaines réserves à l'automne 2009, Santé Canada a apporté plusieurs modifications pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise. Les processus d'approvisionnement sont maintenant soumis à des mesures de contrôle centralisées qui fixent les quantités maximales et signalent les commandes inhabituelles. En outre, le personnel régional revoit les habitudes de commande et les niveaux d'approvisionnement en faisant des visites régulières sur le terrain.

De manière générale, les personnes des Premières nations ont été en mesure de prendre des précautions contre le virus H1N1. En septembre 2009, presque 7 Autochtones sur 10 (68 %) vivant dans les réserves ont indiqué qu'ils avaient déjà pris des mesures pour se protéger contre la maladie, précisant le plus souvent que la meilleure façon de le faire était de se laver les mains⁵¹.

Ce qui a bien fonctionné

Le virus H1N1 était présent dans certaines collectivités des Premières nations au début de la pandémie (mai 2009). Les expériences de la première vague ont éclairé plusieurs processus et activités de prise de décisions pour la préparation et l'intervention employées dans la seconde vague. La nature de la pandémie dans les collectivités des Premières nations était telle que l'on ne pouvait pas réellement distinguer la seconde vague de la première, et l'aide de Santé Canada a été nécessaire de façon continue pendant toute la période de la pandémie de grippe H1N1. Ainsi donc, l'intervention a dû être modifiée et adaptée à l'évolution de la situation.

Beaucoup de communautés des Premières nations disposaient de plans de lutte contre la pandémie

Les efforts de planification en cas de pandémie sont financés depuis 2006 dans les communautés des Premières nations vivant dans les réserves. On estime que 80 % des collectivités avaient en place des plans de lutte contre la pandémie au début de la crise. À l'automne 2009, 98 % des collectivités avaient leurs plans et 87 % avaient testé sur maquette au moins une composante de leurs plans, comme les plans de vaccination de masse.

Durant la crise de la grippe H1N1, les représentants de Santé Canada ont continué à donner des conseils sur l'élaboration des plans de lutte contre la pandémie et/ou des précisions sur le sujet, comme le jumelage des collectivités semblables. Dorénavant, Santé Canada pourrait envisager l'examen de tous les plans de lutte contre la pandémie pour voir s'ils peuvent être adaptés et mis à l'échelle de divers scénarios pandémiques.

Les cliniques de vaccination dans les réserves ont généralement connu du succès

Dans l'ensemble, les séances de vaccination tenues à l'automne 2009 dans les communautés "des Premières nations vivant dans les réserves ont bien fonctionné. Le taux de vaccination a atteint 64 %, soit environ 20 % de plus que dans le reste de la population canadienne.

Étant donné la pénurie continue de professionnels de la santé et les plus fortes demandes sur le système de santé, les ressources de santé communautaire étaient parfois débordées. Cela a réduit la capacité d'instaurer des plans communautaires de vaccination de masse. Santé Canada a envoyé d'autres infirmières, médecins et pharmaciens dans trois régions. D'autres collectivités ont reçu des ressources d'appoint de leur système de santé provincial. Encore une fois, il faudrait intégrer aux futurs plans de lutte contre la pandémie les leçons apprises sur les processus et les activités ayant pris place durant cette période.

Des antiviraux étaient préalablement distribués (prépositionnés) dans les communautés éloignées et isolées pour la deuxième vague et de l'équipement de protection individuelle a été acheté

Le Programme des services de santé non assurés de Santé Canada intégrait des médicaments antigrippaux dans son formulaire standard. Parallèlement, Santé Canada et les provinces ont collaboré au printemps et à l'été 2009 pour veiller à ce que des antiviraux soient mis en réserve dans les collectivités isolées et éloignées ou près de celles-ci. Cette activité a été cruciale, en particulier pour les personnes des Premières nations vivant dans les réserves. L'accès immédiat aux antiviraux peut réduire la possibilité d'une maladie grave. Durant la crise de la grippe H1N1, cette stratégie peut avoir réduit le besoin pour certains individus des Premières nations d'être transportés vers des établissements de soins tertiaires pour y recevoir des soins de courte durée. On devrait tenir compte de cette pratique dans les futurs travaux de planification pandémique.

En mai 2009, suite à la propagation du virus H1N1, Santé Canada a mis en place sa modeste réserve d'équipement de protection individuelle, au Drug Distribution Centre d'Edmonton, et dans plusieurs postes de soins infirmiers communautaires et autres établissements de santé des communautés des Premières nations vivant dans les réserves pour l'ajouter à l'équipement habituel de protection individuelle déjà disponible.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a acheté d'autres fournitures de protection personnelle pour répondre aux besoins immédiats et à long terme des travailleurs de la santé des communautés des Premières nations vivant dans les réserves. On a gardé les fournitures et l'équipement dans deux entrepôts distincts afin de pouvoir les distribuer rapidement aux collectivités. Ces dernières pouvaient en commander chaque mois selon les instructions soulignées dans la procédure d'emploi de l'équipement de protection individuelle contre le virus H1N1.

Il y a eu une bonne coopération entre Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, le ministère des Affaires indiennes et du Nord, les provinces et les dirigeants des Premières nations

Plusieurs activités qui ont eu lieu durant l'été et l'automne 2009 ont démontré la coopération entre toutes les parties. Le Groupe de travail sur les collectivités éloignées et isolées du Comité de coordination en cas de pandémie a été mis sur pied pour élaborer et adapter les présentes lignes directrices nationales dans le but « *d'assurer une intervention fédérale, provinciale et territoriale plus efficace et coordonnée en cas de grippe pandémique dans les communautés éloignées et isolées dans le contexte de l'écllosion de grippe H1N1.* ». Le groupe de travail comptait 25 membres représentant l'Assemblée des Premières nations, les gouvernements provinciaux et territoriaux, le Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence, le Conseil des gestionnaires des mesures d'urgence de la santé et le gouvernement fédéral⁵². Cela a permis de créer un cadre pour une intervention concentrée et coordonnée pour lutter contre la grippe H1N1 et pour établir des liens en vue de consultations futures de ce genre.

En outre, d'autres activités comme la signature d'un Protocole de communication en septembre 2009 entre Santé Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada et l'Assemblée des Premières nations visaient à mieux coordonner les activités de communication (dont les communications concernant l'accès à l'eau et au transport pour des fins de santé publique). Cette activité a également vu la présentation d'un Sommet virtuel sur la grippe H1N1 dans les collectivités des Premières nations, qui a contribué à mieux définir les pratiques de contrôle de l'infection pour les Premières nations^{53, 54}.

De surcroît, les activités de communication ont permis d'établir des contacts pour distribuer l'information aux collectivités des Premières nations. On a envoyé des avis et des affiches aux coopératives, aux bureaux des conseils de bande, aux magasins nordiques et aux centres d'amitié. Une fois affichée et distribuée, l'information importante sur la santé était fournie aux dirigeants de 1 400 organismes de santé autochtones comme les groupes de santé communautaire, les pavillons de ressourcement, les centres d'accès à la santé, les centres de traitement de la dépendance et les postes de soins infirmiers⁵⁵.

Les contreparties provinciales de la santé publique ont fourni un support continu aux régions des Premières nations et des Inuits couvertes par Santé Canada, de même qu'aux communautés des Premières nations, que ce soit pour l'achèvement ou l'essai des plans pandémiques, la mise en place rapide d'antiviraux ou la distribution efficace des vaccins aux cliniques de vaccination de masse.

En dernier lieu, les organismes autochtones nationaux représentant les intérêts des Premières nations, des Inuits et des Métis du Canada ont été une composante essentielle des plans de relations stratégiques de l'Agence de la santé publique, auxquels a contribué la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Même s'il fallait clarifier les rôles et les responsabilités de la communication habituelle avec ces groupes, la collaboration avec les organismes autochtones nationaux a joué un rôle significatif dans la stratégie de mobilisation des intervenants tout le long de la pandémie de grippe H1N1.

Santé Canada a nommé un conseiller médical principal pour superviser l'intervention contre la grippe H1N1 dans les réserves

Un certain nombre de changements opérationnels ont été apportés à l'été 2009 pour simplifier l'intervention face au virus H1N1. On a créé un groupe opérationnel à cet effet et clarifié les rôles et les responsabilités. Cela a permis d'améliorer l'intervention durant la seconde vague. On a de plus nommé un conseiller médical principal pour diriger l'intervention auprès des communautés des Premières nations vivant dans les réserves (autorité responsable), et le sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits en est resté l'administrateur financier. Cette nomination a donné de la crédibilité à l'autorité médicale pour les discussions tenues tant au sein du gouvernement fédéral que dans les communautés des Premières nations. Le conseiller médical principal a aussi amélioré les relations avec les médias et la communication avec les Canadiens au sujet de l'intervention du gouvernement fédéral auprès des personnes des Premières nations vivant dans les réserves.

Ce qui mérite d'être amélioré

Après la crise de la grippe H1N1, le degré de préparation dans les réserves a augmenté considérablement. Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour aider à préparer les collectivités des Premières nations à affronter d'autres pandémies ou urgences de santé publique.

Élaborer un encadrement portant sur les aspects logistiques de la mise en œuvre des plans de lutte contre la pandémie

Les représentants de Santé Canada ont remarqué que, même si les plans de lutte contre la pandémie étaient en place, il semblait régner une certaine confusion autour de certains aspects logistiques des plans durant l'intervention; confusion à laquelle il faudra peut-être réfléchir. Nous avons donc besoin de directives sur le moment d'activer les plans pour savoir, par exemple, quand et dans quelles circonstances une collectivité devrait lancer certaines activités. Comme les collectivités des Premières nations sont diversifiées et réparties dans tout le pays, les directives devraient être assez précises pour permettre à une collectivité d'activer son plan au moment le plus opportun pour celle-ci.

Assurer la disponibilité en temps utile de l'encadrement en santé publique destiné aux communautés des Premières nations

Selon une étude menée auprès des communautés des Premières nations en septembre 2009, certaines pratiques de contrôle de l'infection prêtaient à confusion. En effet, la majorité des personnes vivant dans les réserves croyaient que le désinfectant pour les mains était plus efficace que le lavage des mains avec du savon ordinaire et de l'eau pour se protéger contre le virus H1N1. Pour ajouter à la confusion, on semblait se demander si le vaccin saisonnier protégeait de ce virus⁵⁶.

Des directives limpides sur l'emploi de désinfectant pour les mains à base d'alcool en tant que moyen efficace de contrôler l'infection n'ont été émises qu'après un incident très publicisé au sujet du retard dans la livraison du désinfectant pour les mains commandé au Manitoba à l'été 2009. Les intervenants avaient aussi demandé des directives sur l'usage des masques, des blouses et des analgésiques, de même que sur les risques et les avantages des vaccins, pour aider les gens à prendre des décisions éclairées. Enfin, une approche coordonnée des différents gouvernements concernant les directives sur les antiviraux a été nécessaire très tôt dans la pandémie. Pour diminuer la confusion et assurer l'adoption des mesures de santé publique appropriées, il est essentiel d'élaborer rapidement des directives de prévention et de contrôle en matière de soins cliniques de prévention de l'infection et de les transmettre aussitôt aux travailleurs de la santé et à la population.

Répondre aux problèmes locaux grâce aux porte-parole régionaux

Afin d'assurer la cohérence des messages du gouvernement fédéral aux médias, le ministre de la Santé, l'administrateur en chef de la santé publique et le conseiller médical principal de Santé Canada étaient les principaux porte-parole. Toutefois, les représentants de Santé Canada ont évoqué les difficultés causées par l'absence de porte-parole régionaux de Santé Canada pour aborder les préoccupations locales durant la pandémie. On devrait songer à utiliser des porte-parole régionaux de Santé Canada durant une pandémie pour permettre à des employés régionaux qualifiés et formés, qui connaissent bien les conditions locales et qui ont des relations établies, de répondre publiquement aux questions soulevées dans leur région.

Faire tomber les barrières au déplacement des professionnels de la santé durant un phénomène de santé publique

Pour aider les régions et les communautés des Premières nations à tenir les séances de vaccination de masse, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a fourni un personnel d'appoint à des collectivités de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Ontario. Cependant, presque tous les bénévoles de la vaccination étaient autorisés en Ontario et avaient donc besoin d'une autorisation intergouvernementale. Pour régler le problème durant la crise H1N1, on s'est entendu avec les gouvernements de la Saskatchewan et du Manitoba pour qu'ils reconnaissent les autorisations de l'Ontario pour la vaccination seulement et pendant une période limitée. Un service spécial aux Ressources humaines a expédié ces ententes, et des arrangements spéciaux ont été pris pour faciliter les voyages. Reconnaissant que les cliniques de vaccination de masse auront besoin d'une capacité de pointe en cas de futures pandémies, il faudrait réduire les obstacles au mouvement des professionnels de la santé entre les provinces et les territoires afin d'optimiser la capacité d'intervenir rapidement et efficacement lors d'une crise de santé publique.

Les défis posés par la surveillance sont traités dans la section 3.1 (Surveillance, science et recherche). Par ailleurs, les responsables de Santé Canada travaillant dans ce domaine ont soulevé plusieurs questions sur la conduite des opérations, telles que les rôles et les responsabilités et la capacité de pointe, qui sont traitées dans la section 3.9 (Conduite des opérations).

3.7 RÉSERVE DE SECOURS

Contexte

RÉSERVE NATIONALE DE SECOURS

La Réserve nationale de secours est une réserve fédérale de produits pharmaceutiques d'urgence, de fournitures médicales et d'équipement administrée par l'Agence de la santé publique du Canada. Les fournitures médicales et l'équipement vont des lits et couvertures aux respirateurs artificiels pédiatriques perfectionnés. Les produits pharmaceutiques comprennent les antibiotiques et les antiviraux. Ces derniers sont des médicaments utilisés pour la prévention et le traitement précoce de la grippe. Pris peu de temps avant l'apparition de la maladie, ils peuvent en réduire les symptômes, la durée et peut-être les complications graves. Les antiviraux sont efficaces pour affaiblir la capacité du virus de se reproduire, mais ils ne donnent pas d'immunité contre lui. Le virus de la grippe H1N1 peut être traité avec deux antiviraux différents, soit l'Oseltamivir (Tamiflu®) et le Zanamivir (Relenza®).

Les stocks de la Réserve nationale de secours sont conservés dans 10 entrepôts fédéraux et dans environ 1 300 autres centres d'approvisionnement mis en place partout au Canada. Administrés conjointement par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, ces centres sont conçus pour répondre dans un délai de 24 heures à une demande provinciale ou territoriale. La Réserve nationale de secours comprend une réserve fédérale de 24,2 millions de doses de médicaments antigrippaux appartenant à l'Agence de la santé publique du Canada et administrées par celle-ci pour fournir une capacité de pointe aux provinces et aux territoires durant une pandémie.

La Réserve nationale de secours a augmenté ses stocks de médicaments antigrippaux, d'équipement de protection individuelle et de respirateurs artificiels lors de la pandémie de grippe H1N1. Les provinces et les territoires ont fait appel à la Réserve pour obtenir les articles suivants :

- 135 respirateurs artificiels pour adultes
- 198 800 masques
- 24 320 capsules d'antiviraux pédiatriques.

RÉSERVE NATIONALE D'ANTIVIRAUX

En collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, le gouvernement fédéral a créé la Réserve nationale d'antiviraux à l'automne 2004. Cette réserve est une source d'approvisionnement en médicaments antigrippaux sous contrôle fédéral, provincial et territorial capable de traiter 17,5 % de la population canadienne. Les stocks de la Réserve nationale d'antiviraux sont conservés dans des entrepôts provinciaux et territoriaux, et les provinces et les territoires sont chargés de mettre en œuvre la stratégie nationale antivirale et de distribuer les médicaments antigrippaux de la Réserve à l'intérieur de leurs frontières. Les antiviraux de la Réserve sont utilisés pour assurer le traitement précoce en cas d'urgence, ciblant les personnes considérées comme les plus à risque de morbidité et de mortalité. Une entente est intervenue pour que les antiviraux soient distribués aux provinces et aux territoires selon leur nombre d'habitants. Les provinces et les territoires auraient ensuite la responsabilité des soins et du contrôle en vertu des dispositions d'une entente nationale conclue sur l'utilisation des antiviraux. En mai 2009, la Réserve contenait 48,7 millions de capsules d'Oseltamivir pour adultes, 2 millions de capsules d'Oseltamivir pédiatrique et 5 millions de doses de Zanamivir⁵⁷. Quelques provinces et territoires ont décidé d'en acheter des quantités

supplémentaires. La distribution des antiviraux de la Réserve nationale d'antiviraux est déterminée par les provinces et les territoires à titre individuel. Durant la pandémie de grippe H1N1, les provinces et les territoires ont distribué 4,4 millions de doses de médicaments antigrippaux provenant de la Réserve nationale d'antiviraux.

Les réserves antivirales du Canada font périodiquement l'objet d'une réévaluation par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sur le plan de :

- la taille des stocks
- la composition (type d'antiviraux) et la proportion de la réserve à la lumière des nouvelles connaissances scientifiques
- technologies et formulations
- les taux de résistance variables
- l'épidémiologie de la maladie
- populations changeantes.

De plus, tous les médicaments ont une durée de conservation limitée, c'est à-dire une période déterminée par le fabricant pendant laquelle ils sont censés être stables et actifs. Cela nécessite la mise en place d'une gestion des réserves qui prévoit le remplacement régulier des stocks⁵⁸.

Santé Canada réglemente et autorise la vente des produits médicaux, y compris les antiviraux, les désinfectants, les respirateurs artificiels et les masques conservés dans les réserves. Durant la pandémie de grippe H1N1, par exemple, Santé Canada a autorisé des antiviraux comme le Tamiflu® pour les enfants de moins de un an, ainsi que le Programme d'accès spécial pour les produits médicaux non autorisés (Relenza par intraveineuse et Peramivir). Le ministère a aussi élaboré des directives, en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada, sur l'emploi des désinfectants comme l'eau de Javel et le désinfectant pour les mains aux allégations santé, en plus de fournir des directives et des consignes santé réglementées pour les divers masques et respirateurs artificiels.

Ce qui a bien fonctionné

Une planification préalable a assuré la disponibilité des antiviraux et des fournitures médicales d'urgence

Plusieurs personnes interrogées étaient d'accord : « *Il était plus important pour nous de décider quand nous voulions en profiter, si nous en avons besoin. Je pense que c'était un des avantages de ce point de vue dans l'intervention de la première vague.* »

Pendant la pandémie de grippe H1N1, l'Agence de la santé publique du Canada a pris la direction, à l'échelle fédérale, de la création d'une réserve et de la distribution des fournitures de la Réserve nationale de secours aux provinces et aux territoires. Elle a aussi facilité l'acquisition d'autres fournitures d'urgence pour servir de complément aux réserves provinciales et territoriales et, dans la mesure du possible, elle a coordonné les activités de planification et d'intervention fédérales, provinciales et territoriales.

La planification préalable dans l'attente d'une pandémie de grippe a mené à la décision d'acquérir d'autres antiviraux et fournitures médicales, y compris des désinfectants, des respirateurs artificiels et des masques pour la Réserve nationale de secours et la Réserve nationale d'antiviraux. Une personne interrogée a déclaré : « *Nous avons constitué une réserve de gants et de masques, de médicaments, d'antiviraux et d'antibiotiques. Nous avons décidé d'acheter des respirateurs artificiels dès le début — bonne décision parce que nous ne connaissions pas la gravité de ce qui nous attendait au cours de l'hiver.* »

Le Budget fédéral de 2006 consacrait 600 millions de dollars à la planification générale de la pandémie et aux activités de préparation. L'achat des antiviraux figurait parmi les activités du secteur de la santé soutenues par ces fonds.

L'Agence de la santé publique du Canada, avec l'aide des provinces et des territoires, a élaboré des lignes directrices sur la distribution des antiviraux de la Réserve nationale de secours dans le cas où les stocks de la Réserve nationale d'antiviraux s'épuiseraient. Le Comité consultatif spécial a approuvé les lignes directrices le 11 septembre 2009. L'Agence de la santé publique a aussi établi des lignes directrices pour la distribution des respirateurs artificiels qui ont été approuvées par les sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux le 29 octobre 2009. En vertu d'un accord de prêt, deux provinces ont demandé que leur allocation soit mise en place tôt dans la seconde vague.

Cette planification a été profitable, car le Canada a été en mesure de se mobiliser rapidement en réponse à la menace du virus H1N1. La réserve d'antiviraux et de fournitures médicales prête d'avance a permis aux provinces et aux territoires de les distribuer plus rapidement.

Ce qui mérite d'être amélioré

Examiner la Réserve nationale de secours et la Réserve nationale d'antiviraux à la lumière de l'expérience liée à la grippe H1N1

Dans la foulée de l'intervention contre la crise de la grippe H1N1, les trois grands champs d'action suivants ont été déterminés et devront faire l'objet de discussions et de décisions :

STRATÉGIE DE REMPLACEMENT DES STOCKS POUR LES DEUX RÉSERVES

Comme l'inventaire des réserves (dont les antiviraux et d'autres fournitures) a diminué à la suite de son utilisation dans le cadre de la pandémie de grippe H1N1, une stratégie visant à les remplacer est présentement en cours d'élaboration.

RÉSERVES VENANT À ÉCHÉANCE ET RENOUVELLEMENT DES DEUX RÉSERVES

La durée de conservation (5 à 7 ans) des réserves d'antiviraux tire à sa fin. On pourrait adopter un plan d'achat et de maintenance échelonnés pour les antiviraux de la Réserve nationale de secours et de la Réserve nationale d'antiviraux, ce qui garantirait la disponibilité d'une réserve adaptable et « toujours fraîche » d'antiviraux et permettrait de répartir les engagements d'année en année ainsi que de maximiser la capacité d'adapter les stocks à la conjoncture.

DISTRIBUTION RÉGIONALE ÉQUITABLE (PAR POPULATION OU PAR BESOIN)

En collaboration avec les provinces et les territoires, l'Agence de la santé publique du Canada élabore présentement une stratégie d'allocation équitable pour la distribution des antiviraux de la Réserve nationale de secours, alors que les inventaires respectifs des provinces et des territoires de la Réserve nationale d'antiviraux sont épuisés.

L'Agence de la santé publique du Canada avait en outre dégagé comme champs d'action le contenu, la fonction, le cycle de vie et les procédures de distribution lors d'un examen de la Réserve nationale de secours réalisé en 2006.

Envisager des options pour la prescription et la distribution des antiviraux dans les communautés éloignées et isolées durant une pandémie

Durant la crise de la grippe H1N1, on a commencé à se demander s'il fallait permettre aux travailleurs de la santé communautaire, aux ambulanciers et aux autres intervenants de la santé dans les collectivités éloignées et isolées de dispenser les antiviraux aux résidents atteints de la grippe durant une éclosion, particulièrement si un médecin ou une infirmière autorisée n'était pas disponible.

On a affirmé que « *chaque jour où elles [les personnes infectées] ne reçoivent pas d'Oseltamivir, leur santé est davantage mise en danger.* »⁵⁹ Des avis contraires à cette approche avancent plutôt ce qui suit :

- il y a un risque que des personnes reçoivent des antiviraux par erreur si elles ne sont pas correctement diagnostiquées et devraient être traitées pour un autre problème de santé
- cela dépasse l'autorisation de prescrire
- cela laisse entendre que les personnes qui habitent dans les collectivités éloignées et isolées ne reçoivent pas la même qualité de soins.

Il faudrait analyser les pratiques exemplaires nationales et internationales pour la prescription et la distribution des antiviraux. Par exemple, durant la pandémie de grippe H1N1, un gouvernement canadien, appuyé par son association médicale provinciale, a institué des frais temporaires pour permettre aux médecins d'offrir des consultations et de prescrire des antiviraux par téléphone aux patients montrant des symptômes soupçonnés d'être liés au virus H1N1. D'autres pays, comme le Royaume-Uni, ont un programme qui permet aux gens de communiquer avec un centre d'appels, de décrire leurs symptômes et d'obtenir une prescription qu'un membre de la famille ou un ami peut aller chercher.

Une solution possible serait de mettre en place des antiviraux dans les collectivités éloignées et isolées et de les faire distribuer par un responsable local en contact avec des médecins. Un collaborateur de la *Revue de l'Association médicale canadienne* a déclaré : « *Vous en donnez si les gens ont des symptômes et en attendant, vous pouvez commencer à les transporter pour qu'on puisse les évaluer. Dieu seul le sait, mais je crois qu'ils ne devraient pas attendre une semaine pour se faire traiter.* »⁶⁰

Santé Canada réfléchit à plusieurs possibilités avec les provinces et les territoires, comme d'envoyer des médecins par avion sur les lieux d'une éclosion ou d'adapter les pratiques de prescription afin de pouvoir prescrire des antiviraux dans les collectivités éloignées et isolées où il pourrait être difficile de trouver des personnes autorisées à donner des prescriptions.

Solliciter l'autorisation de donner des fournitures de la Réserve à d'autres pays

Comme le mandat actuel de la Réserve nationale de secours ne permet pas à l'Agence de la santé publique du Canada d'utiliser des fournitures des réserves pour apporter de l'aide internationale, l'Agence de la santé publique ne peut pas en donner ou en prêter à cette fin, à moins qu'elles ne soient déclarées comme surplus. Le fondement législatif permet de faire des dons internationaux de vaccins fédéraux dépassant les besoins du Canada, à condition que les dons soient conformes aux exigences réglementaires et contractuelles. Par conséquent, si l'Agence de la santé publique souhaite fournir de l'aide internationale avant que la réserve ne soit déclarée comme surplus, elle pourrait chercher à obtenir les autorisations financières et programmatiques nécessaires pour élargir le mandat de la Réserve nationale de secours. Si elle obtenait de telles autorisations, elle devrait suivre la pratique de l'Organisation mondiale de la Santé et conclure des accords avec les bénéficiaires dans lesquels se trouvent les modalités qui régissent les dons, que les bénéficiaires soient des organismes internationaux ou d'autres gouvernements nationaux. De plus, les politiques d'approvisionnement de l'Agence de la santé publique devraient veiller à ce qu'il n'y ait aucun obstacle aux dons internationaux.

3.8 VACCIN

Contexte

Les Canadiens et les Canadiennes reçoivent beaucoup de vaccins au cours de leur vie, et plusieurs les reçoivent à un âge précoce. Comme un répondant l'a fait remarquer : « À part les aliments, il n'y probablement rien qui ait une plus grande incidence sur la population que les vaccins. Tout le monde en reçoit : ils sont administrés aux personnes en santé; nos enfants reçoivent huit ou neuf vaccins avant même d'atteindre l'âge de un an. »

Au Canada, il existe un partage de responsabilités concernant les activités liées aux vaccins.

Santé Canada

Le Canada, à l'instar de beaucoup d'autres pays dans le monde, exerce une surveillance réglementaire serrée à l'égard des vaccins. Tous les vaccins d'usage humain sont assujettis aux dispositions de la *Loi sur les aliments et drogues* et du Règlement sur les aliments et drogues. Avant d'obtenir une autorisation de mise en marché pour un nouveau vaccin, le fabricant doit présenter dans la demande d'autorisation des preuves scientifiques et cliniques démontrant que les avantages du vaccin pour la santé sont supérieurs aux risques qu'il peut poser et que le vaccin est efficace et de qualité appropriée.

La Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques de la Direction générale des produits de santé et des aliments, en tant qu'administrateur du programme de réglementation des vaccins de Santé Canada, est l'agent de coordination des activités liées à l'examen et à l'homologation des vaccins contre la grippe pandémique avec adjuvant et sans adjuvant.

Étant donné que le vaccin contre la grippe pandémique est par sa nature un vaccin qui n'est pas mis à l'essai, son efficacité, son innocuité et sa qualité doivent être déterminées en temps réel. En ce qui concerne la pandémie de grippe H1N1 de 2009, la mise au point d'un vaccin contre le virus pandémique H1N1 n'a pu être commencée avant la détermination de la souche pandémique au printemps 2009. Vu que l'on avait besoin du vaccin presque immédiatement après sa production, on disposait de temps limité pour effectuer les essais cliniques traditionnels requis pour l'homologation du vaccin en vertu du cadre réglementaire existant.

La Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques avait planifié un processus d'examen accéléré pour le vaccin contre la grippe pandémique, avec une démarche de présentation « progressive » où les données pourraient être examinées au fur et à mesure qu'elles sont disponibles, tout en mettant plus d'accent sur les engagements après la mise en marché.

Les examinateurs de la Direction générale des produits de santé et des aliments ont évalué les risques et les avantages du vaccin dans le contexte de l'éclosion de la pandémie de grippe H1N1. Alors que l'examen a été accéléré, la planification précoce et la collaboration internationale à grande échelle en matière de données, y compris les résultats des essais cliniques, ont permis de faire en sorte que l'innocuité et l'efficacité du vaccin n'ont pas été compromises.

En plus des mesures de réglementation, Santé Canada a également entrepris une surveillance et une gestion des risques se rapportant à des questions de sécurité associées à l'usage des antiviraux après la mise en marché; a élaboré des normes d'ensemble pour l'homologation des vaccins en harmonie avec les Règlements sanitaires internationaux, qui appuient les efforts d'octroi de licence par l'Organisation mondiale de la Santé à l'échelle mondiale; a effectué le suivi et a fait exécuter le retrait des allégations frauduleuses sur Internet relativement aux effets du vaccin sur la santé et a émis des avis à l'égard des produits pour lesquels il existe des allégations relatives aux effets sur la santé, en ce qui a trait à la grippe H1N1.

Agence de la santé publique du Canada

L'Agence de la santé publique du Canada s'occupe de la mise en œuvre de quatre activités principales liées au vaccin contre la grippe pandémique :

- la gestion d'un contrat avec un fabricant local pour mettre au point un vaccin
- la négociation d'un contrat avec Travaux publics et Services gouvernementaux Canada pour l'achat d'une quantité suffisante de vaccins pour la population canadienne au nom des provinces et des territoires (le contrat du gouvernement du Canada avec le fabricant de vaccins prescrit un accès prioritaire au vaccin contre la grippe pandémique produit dans son usine au Canada)
- l'utilisation des principes directeurs relatifs à l'usage du vaccin ainsi que des lignes directrices relatives à la surveillance de son innocuité
- la surveillance des effets secondaires suivant l'immunisation par le vaccin contre le virus H1N1 au Canada en collaboration avec Santé Canada, les provinces et territoires, la Société canadienne de pédiatrie et un réseau de chercheurs.

Provinces et territoires

Les provinces et les territoires sont responsables de la prestation générale des services de soins de santé à la population, ainsi que de la fourniture de vaccins et de la mise en œuvre du programme d'immunisation par le truchement des autorités locales de la santé.

Les collectivités des Premières nations à l'échelle du Canada offrent les services d'immunisation en tant que composante de leur programme obligatoire de lutte contre les maladies transmissibles. La distribution du vaccin contre la grippe H1N1 a démontré que les collectivités des Premières nations disposent de procédures bien établies en matière d'obtention de vaccins, de stockage et de gestion de l'innocuité des vaccins, ainsi que de mise en œuvre de programmes d'immunisation. Les collectivités des Premières nations du Canada mettent en œuvre leurs programmes d'immunisation en fonction des principes directeurs établis par les provinces et les territoires, qui élaborent leurs politiques à la lumière des recommandations d'experts faites par le Comité consultatif national de l'immunisation. Les professionnels de la santé dans les collectivités des Premières nations signalent également les effets secondaires suivant l'immunisation à leurs provinces respectives qui, à leur tour, les envoient à l'Agence de la santé publique du Canada pour analyse.

Ce qui a bien fonctionné

Une planification préalable de la réserve de vaccins a assuré l'accès en temps utile à un vaccin sûr et efficace

Au cours des dix dernières années, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada ont porté une attention significative à l'accès rapide à un vaccin sûr et efficace dans l'éventualité d'une éclosion de grippe pandémique.

MISE EN PLACE D'UN CONTRAT AVEC UN FOURNISSEUR LOCAL POUR GARANTIR UNE QUANTITÉ SUFFISANTE DE VACCINS POUR IMMUNISER TOUTE LA POPULATION CANADIENNE

Le Canada a été l'un des premiers pays au monde à avoir signé un contrat avec un fabricant local pour s'assurer d'être prêt dans l'éventualité d'une grippe pandémique et de garantir l'accès à une quantité suffisante de vaccins pour toute la population canadienne aussi tôt et aussi rapidement que possible en cas de pandémie. Au cours des quelques dernières années, le Canada a fait d'importants investissements pour augmenter la capacité de production de vaccins du fabricant local.

Le Canada a commandé environ 50,4 millions de doses de vaccin avec adjuvant et sans adjuvant contre le virus H1N1 pour la population canadienne, une quantité suffisante pour immuniser tous les Canadiens et Canadiennes qui devaient et qui voulaient se protéger contre le virus H1N1. Un vaccin avec adjuvant est un vaccin contenant une substance qui stimule le système immunitaire d'une personne et accroît la réponse de celle-ci à un vaccin. Le vaccin sans adjuvant ne contient pas d'élément « stimulant ». Les vaccins avec adjuvant sont inclus dans les vaccins ordinaires tels que le vaccin contre le tétanos et le vaccin contre l'hépatite B. L'adjuvant contenu dans le vaccin canadien contre le virus H1N1 est fait à partir d'ingrédients naturels comme l'eau, l'huile de squalène et la vitamine E. Des principes directeurs ont été établis pour la distribution de vaccins avec adjuvant (vaccins contenant un stimulant d'immunité), considérés comme également efficaces et sûrs selon les normes internationales, à la majeure partie de la population. Des vaccins sans adjuvant ont été achetés pour les femmes enceintes⁶¹. Ainsi, des vaccins considérés sûrs et efficaces étaient disponibles pour toute la population canadienne.

MISE EN PLACE DE MÉCANISMES POUR L'EXAMEN RAPIDE ET L'AUTORISATION DE LA COMMERCIALISATION DU VACCIN CONTRE LE VIRUS H1N1

Le défi en matière de réglementation d'un vaccin contre la grippe pandémique requiert la mise en place de mécanismes qui puissent être utilisés pour l'examen et l'autorisation de l'usage au Canada d'un vaccin sûr et efficace, dans les plus brefs délais possibles, et de s'assurer que le vaccin utilisé est le plus efficace possible.

Santé Canada a travaillé en étroite collaboration avec le fabricant avant l'éclosion de la pandémie afin de rassembler les renseignements et les données de sécurité sur les ingrédients du vaccin ou un « vaccin simulé ». Ce processus, qui a débuté en 2005, a porté fruit lors de la pandémie de grippe H1N1. Une fois la pandémie déclarée, Santé Canada disposait d'un temps limité pour l'examen et l'autorisation du vaccin. Cependant, l'expérience acquise avec le vaccin simulé a permis d'accomplir rapidement ce travail. En date du 13 décembre 2009, environ 23,7 millions de doses de vaccin avec adjuvant et 1,3 millions de doses de vaccin sans adjuvant avaient été distribuées aux provinces et aux territoires.

Le taux d'immunisation canadien a été l'un des plus élevés au monde

L'immunisation à l'aide d'un vaccin contre la grippe pandémique sûr et efficace représente la pierre angulaire de la réponse de la santé à la grippe pandémique au Canada. La campagne de vaccination de masse contre le virus H1N1 a été la plus grande campagne de vaccination jamais organisée. Bien que le taux d'administration du vaccin ait varié à l'échelle du pays, le taux de vaccination au Canada était l'un des plus élevés au monde, et selon le portefeuille de la Santé, il se situait entre 40 % et 45 %⁶². « Nous étions l'un des quelques pays au monde qui avaient produit un vaccin et l'avaient administré aux gens avant la fin de décembre. »

Il y a eu une étroite collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé et des organismes de réglementation internationaux

Un répondant a mis l'accent sur les étroites relations de collaboration et a déclaré : « Dans le cadre de nos responsabilités en matière de réglementation, nous avons travaillé de très très près avec nos partenaires internationaux, et dans ce cas particulier, la collaboration a été très étroite. C'était en temps réel avec la communauté internationale. »

Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada ont tous deux des liens bien établis avec les organisations internationales y compris l'Agence européenne des médicaments, le groupe médical de l'Union européenne et la *United States Food and Drug Administration* (l'Administration des aliments et drogues des États-Unis). Par exemple, entre 2006 et 2007 trois colloques internationaux ont été organisés en partenariat avec la *Food and Drug Administration* et l'Organisation mondiale de la Santé afin de définir les données nécessaires pour créer, essayer et approuver un vaccin pandémique à l'échelle mondiale. Ces colloques ont permis de définir les défis réglementaires et politiques qui ont été intégrés dans le plan canadien de mise au point du vaccin contre la grippe pandémique.

Tout le long de la pandémie liée à la grippe H1N1, la communauté internationale et les autorités de réglementation ont continué de se rencontrer régulièrement, soit en personne ou par téléconférence, des fois quotidiennement, ou au moins trois fois par semaine. Une importante rencontre des dirigeants d'organismes de réglementation internationaux s'est tenue au début du mois d'octobre 2009, juste avant l'autorisation du vaccin plus tard le même mois.

À la suite de la réponse à la grippe H1N1, le Canada a continué de jouer son rôle de chef de file dans la collaboration internationale. Dès juillet 2010, le Canada a organisé un colloque en partenariat avec la *Food and Drug Administration* et l'Organisation mondiale de la Santé afin de dégager les leçons apprises de l'épreuve de puissance du vaccin pandémique et :

- d'échanger les connaissances et l'expérience en matière de mise en vente de vaccins et d'immunisation à l'échelle mondiale tout le long de la pandémie de grippe de 2009
- de formuler des plans afin de combler les lacunes dans nos connaissances en matière d'utilisation d'approches de rechange pour évaluer la puissance des vaccins contre la grippe
- de dégager les moyens possibles pour inclure de telles épreuves dans le règlement sur les vaccins contre la grippe⁶³.

Des experts en science, en politiques et en réglementation ont travaillé ensemble en équipe

L'expérience du vaccin contre le virus H1N1 a été une bonne démonstration de la façon dont la science et la réglementation sont entrelacées et de l'avantage qu'elles peuvent toutes tirer du travail d'équipe. Les processus à la fois scientifiques et réglementaires ont dû être adaptés pour faire face à la pandémie de grippe H1N1 sans toutefois compromettre l'innocuité et l'efficacité des produits. Les scientifiques et les experts en politiques et en réglementation de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada continuent de travailler ensemble sur le dossier du vaccin contre la grippe pandémique.

Les arrêtés d'urgence ont été des mesures réglementaires appropriées pour accélérer l'accès au vaccin contre la souche H1N1 de même qu'aux antiviraux pour les enfants de moins de un an

En vertu de l'article 30.1(1) de la *Loi sur les aliments et drogues*, « *Le ministre peut prendre un arrêté d'urgence pouvant comporter les mêmes dispositions qu'un règlement pris en vertu de la présente Loi, s'il estime qu'une intervention immédiate est nécessaire afin de parer à un risque appréciable — direct ou indirect — pour la santé, la sécurité ou l'environnement.* »

Les arrêtés d'urgence abordent les questions qui feraient normalement l'objet de règlement; dans le cas présent, le *Règlement sur drogues nouvelles pour usage exceptionnel* proposé a été publié dans la *Gazette du Canada, Partie I*, mais n'est pas encore devenu une loi.

La ministre de la Santé a émis trois arrêtés d'urgence lors de la pandémie de grippe H1N1 dans le but :

- d'autoriser la vente de Tamiflu® pour son usage élargi en tant que mesure préventive et de traitement des infections causées par le nouveau virus de la grippe A (H1N1) chez les enfants de moins de un an
- d'autoriser la vente des vaccins pandémiques contre le virus de la grippe A (H1N1) du fabricant de vaccins (avec adjuvant et sans adjuvant)
- d'autoriser une petite quantité de vaccin sans adjuvant provenant d'autres sources pour distribution précoce avant l'autorisation du grand approvisionnement par le fabricant de vaccins.

Les arrêtés d'urgence ont apporté la flexibilité nécessaire pour l'autorisation du vaccin à partir d'une quantité limitée de données cliniques, ont imposé des engagements après mise en vente et ont permis le pré-positionnement du vaccin à l'échelle du pays avant son autorisation. Le pré-positionnement du vaccin a facilité un démarrage précoce des programmes de vaccination dans certaines provinces et certains territoires.

Ce qui mérite d'être amélioré

En général, les échéanciers ont été respectés, et un vaccin sûr a été mis à la disposition de la population. Toutefois, comme l'a expliqué un répondant :

« Ce à quoi nous n'étions pas préparés était le moment où la pandémie est survenue. Nous avions pensé que nous aurions plus de temps, car nous nous référons tous à l'épidémiologie de la grippe H5N1, et c'est ce que nous voyions. Alors elle nous a pris au dépourvu en ce sens qu'elle est survenue au moment où on ne s'y attendait pas, qu'elle a commencé dans la partie du monde où on ne s'y attendait pas, que la souche était ce qu'elle était. Ainsi nous n'avions pas pu mettre en place tout ce que nous aurions voulu. Toutefois nous avons défini des mécanismes de soutien parce qu'une partie de la préparation était le fait de reconnaître que l'on ne savait jamais quand une pandémie allait survenir. »

Les quatre secteurs suivants ont été déterminés comme points clés auxquels il est nécessaire d'apporter des améliorations.

Mettre en œuvre un système intégré de surveillance pour l'immunisation, dont la gestion des inventaires, le suivi de la prise du vaccin et la surveillance des effets secondaires

Lors de la pandémie de grippe H1N1, il était impossible de faire pleinement le suivi de l'administration du vaccin et de la couverture de la vaccination, à savoir notamment qui a reçu le vaccin, quelle quantité de vaccin a été utilisée et quelle quantité a été gaspillée. Par exemple, certaines provinces et certains territoires ont accusé du retard dans la saisie et le traitement des données ainsi que dans l'envoi à l'Agence de la santé publique du Canada des données relatives à l'administration du vaccin. Dans certaines provinces et certains territoires, les vaccins administrés par les médecins n'ont pas été comptabilisés par leur gouvernement. On considère que ces deux facteurs ont contribué au fait que la couverture du vaccin contre le virus H1N1 signalée était inférieure à celle prévue. Par conséquent, les données relatives à l'administration du vaccin contre le virus H1N1 à l'échelle du pays sont des estimations et pourraient ne pas représenter avec précision la quantité réelle de vaccin administrée à l'échelle nationale. Le suivi des effets secondaires imprévus en temps réel a également présenté des difficultés en ce qui concerne le partage sans délai d'information sein du portefeuille de la Santé et avec les partenaires.

Un système de surveillance intégré de la santé publique a été proposé en réponse aux leçons tirées de la crise du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)⁶⁴. La capacité des professionnels de la santé de travailler ensemble pour une gestion efficace des cas individuels, des éclosions, des avis, de la vaccination et des stocks de vaccins à l'échelle du pays a été définie comme besoin particulier. Les professionnels de la santé tireront parti de la capacité de prédire et de consigner l'information relative à la vaccination, y compris l'information relative au consentement et aux effets secondaires⁶⁵. Cette capacité est appuyée par les efforts continus de mise en œuvre de dossiers médicaux électroniques⁶⁶.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les autres aspects de la surveillance du vaccin, veuillez vous référer à la section 3.1 (Surveillance, science et recherche).

Revoir l'approche de la livraison fédérale des vaccins aux provinces et aux territoires

FOURNISSEUR UNIQUE DE VACCINS CONTRE LA GRIPPE PANDÉMIQUE

Le contrat du gouvernement du Canada avec un seul fournisseur de vaccins pandémiques résulte du fait qu'au moment de l'appel d'offres ouvert et de l'octroi du contrat en 2001, il n'y avait qu'un seul fabricant intéressé à mettre en place une capacité locale suffisante pour produire la quantité de vaccins requise pour immuniser la population toute entière en cas de pandémie de grippe.

GROUPES PRIORITAIRES (SÉQUENCE)

Plusieurs facteurs ont influencé le calendrier de production du vaccin contre le virus H1N1 et contribué au retard dans la production du vaccin, et par conséquent, au retard initial dans la distribution du vaccin. Alors que le Canada dispose d'une capacité locale de production de vaccins contre la grippe pandémique et la grippe saisonnière, la production de vaccins ne permet pas une production simultanée de ces deux vaccins. De même, le vaccin avec adjuvant et le vaccin sans adjuvant ne peuvent être produits simultanément.

Au stade précoce de la pandémie de grippe H1N1, on ignorait si le virus de la grippe pandémique H1N1 serait la seule souche de grippe à circuler en automne 2009. Par conséquent, conformément à la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé demandant aux fabricants de vaccins de terminer la production de vaccins contre la grippe saisonnière avant d'entamer la production de vaccins contre la grippe H1N1, le gouvernement du Canada a demandé à son fabricant de vaccins de terminer la production de vaccins contre la grippe saisonnière 2009-2010. Le fabricant a entamé la production de vaccins pandémiques immédiatement après avoir terminé la production de vaccins contre la grippe saisonnière. Le remplissage du vaccin avec adjuvant a débuté le 4 septembre 2009. Toutefois, au début du mois d'octobre, la production de vaccin avec adjuvant a été brièvement interrompue pour remplir du vaccin sans adjuvant pour les femmes enceintes conformément à la recommandation du Groupe consultatif d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé demandant d'administrer du vaccin sans adjuvant contre le virus H1N1 aux femmes enceintes, si celui-ci était disponible.

La capacité de production limitée, l'achèvement de la production de vaccins contre la grippe saisonnière et le passage à la production de vaccin sans adjuvant contre le virus H1N1 ont contribué à limiter la disponibilité de vaccin contre la grippe pandémique durant plusieurs semaines au début de la campagne de vaccination. On prévoyait que la commande de vaccins pandémique du Canada serait exécutée en lots au cours de quelques semaines durant la pandémie et qu'elle nécessiterait l'établissement d'un ordre de priorité au sein de la population au fur et à mesure que les doses initiales du vaccin devenaient disponibles. L'établissement d'un ordre de priorité pour l'administration du vaccin pandémique était fondé sur un cadre qui prenait en compte les preuves scientifiques, les considérations éthiques, les questions liées aux programmes et d'autres considérations stratégiques supplémentaires. Conformément à l'objectif du Plan canadien de lutte contre la pandémie de grippe visant à réduire les cas de maladie sérieux et les cas de décès en général, on a déterminé que les personnes qui bénéficieraient le plus de la vaccination seraient les premières à recevoir le vaccin contre la grippe pandémique H1N1 (2009), une fois que celui-ci devenait disponible.

Le gouvernement fédéral et les provinces et les territoires ont travaillé en étroite collaboration à l'établissement d'un ordre de priorité de la vaccination par le truchement du Groupe de travail sur le vaccin pandémique, y compris des principes directeurs particuliers sur la séquence de la vaccination. Toutefois, dès le début, les recommandations sur la séquence de la vaccination variaient d'un endroit à l'autre à l'échelle du pays. Cela a créé une confusion chez une partie de la population canadienne quant aux groupes prioritaires pour la vaccination.

Alors qu'il existait un certain manque de cohérence initial dans l'exécution des principes directeurs sur la séquence de vaccination, certains aspects de cette mesure ont été efficaces. Par exemple, des commentaires positifs ont même été faits à l'égard de la priorité accordée aux régions éloignées et isolées en ce qui concerne la préparation à la grippe H1N1 et la distribution du vaccin. Du point de vue des régions du Nord, la coordination et la collaboration entre le gouvernement fédéral et les provinces et les territoires ont été jugées solides. Il était utile de livrer le vaccin à une seule localité, malgré les difficultés connexes qu'engendre sa distribution à 30 collectivités. Cela est peut-être une preuve du travail important accompli par le Groupe de travail sur les collectivités éloignées et isolées.

MISE EN LOTS ET CONDITIONNEMENT DU VACCIN

Des doses du vaccin ont été livrées aux provinces et aux territoires en lots au fur et à mesure que le vaccin devenait disponible. Parfois la quantité de vaccins livrée aux provinces et aux territoires était insuffisante. Dans son rapport intitulé *British Columbia's Response to the H1N1 Pandemic* (Réponse de la Colombie-Britannique à la pandémie de grippe H1N1), le médecin-conseil provincial en santé publique disait : « *Regardant vers l'avenir, nous avons l'intention de travailler avec le gouvernement fédéral pour voir s'il existe des moyens d'assurer la disponibilité de plus grandes quantités de vaccin le plus tôt possible pour les pandémies futures.* »⁶⁷

Le conditionnement du vaccin a également posé des difficultés.

*« Nous avons reçu le vaccin dans des boîtes de 500 doses, lesquelles étaient beaucoup trop grosses à expédier pour les fournisseurs de soins de santé et les médecins. Il en est résulté des délais en raison du réemballage. De plus, nous ne pouvions commencer le réemballage avant que Santé Canada nous en ait donné l'autorisation, ce qui a entraîné un processus complexe et long visant à garantir l'innocuité et l'assurance de la qualité. Les incertitudes quotidiennes liées à l'approvisionnement en vaccins constituent un autre exemple, ainsi que les recommandations relatives au choix du vaccin contre la grippe à administrer aux femmes enceintes. Dans l'optique d'améliorer les choses pour la prochaine fois, je dirai que le niveau de collaboration était sans égal, mais que la coordination et la communication caractérisant notre réponse nationale doivent être mises au point. »*⁶⁸

Les provinces et territoires ont été autorisés à stocker le vaccin dans leurs centres avant de recevoir l'autorisation de son usage, ce qui est une pratique inhabituelle, car normalement, on n'autorise pas la distribution d'un produit avant que sa commercialisation ne soit approuvée. Cette mesure a été prise dans le but de réduire le retard en raison du reconditionnement nécessaire pour la livraison de petites quantités de vaccins aux petits centres. Cette stratégie a engendré deux problèmes :

- Les responsables de l'Agence de la santé publique du Canada ou des provinces et des territoires n'ont probablement pas prévu la nécessité de reconditionner les envois du vaccin.

- La plupart des provinces et des territoires n'ont pas de licences d'établissement couvrant les activités de reconditionnement. Les centres provinciaux, n'ayant pas de licences et qui autorisaient les activités de reconditionnement, étaient tenus de fournir une assurance que le vaccin serait manipulé dans un milieu contrôlé qui n'aurait pas d'incidence négative sur sa qualité (p. ex. : l'usage d'une installation réfrigérée).

COMMUNICATION RELATIVE AUX TYPES DE VACCINS

Il existait également une confusion quant aux types de vaccins offerts. Cinq types de vaccins étaient disponibles durant la période de vaccination (vaccin avec adjuvant contre le virus H1N1, vaccin canadien sans adjuvant contre le virus H1N1, vaccin australien sans adjuvant contre le virus H1N1 et deux vaccins contre la grippe saisonnière), ce qui a rendu le processus complexe en termes de documentation requise, de formation du personnel et d'accumulation de stocks.

Établir un examen réglementaire permanent en prévision de futurs phénomènes de santé publique

Étant donné la nécessité de répondre rapidement à une pandémie, une capacité de réglementation doit être en place afin de ne pas retarder la livraison de vaccins sûrs et efficaces. La pandémie de grippe H1N1 de 2009 a attiré une attention sans précédent sur les exigences réglementaires relatives à l'octroi d'autorisation de mise en marché des vaccins contre la grippe pandémique.

Plutôt que de s'appuyer sur des mesures réglementaires d'urgence, il est nécessaire de mettre en place un régime réglementaire permanent pour les futurs phénomènes de santé publique. Au cours des trois dernières années, on a travaillé sur la définition des défis réglementaires liés à la mise en marché de vaccins lors d'une situation d'urgence.

Deux projets de modification réglementaire étaient en élaboration afin de recommander de nouveaux cadres par lesquels la vente d'un vaccin pourrait être autorisée sans recours à un arrêté d'urgence :

- Modifications proposées concernant la vente de drogues nouvelles pour usage exceptionnel; ces modifications proposées fournissent des renseignements détaillés sur les critères auxquels une nouvelle drogue devrait satisfaire avant que le fabricant puisse présenter une demande d'autorisation de drogue nouvelle pour usage exceptionnel. Le cadre réglementaire décrit les exigences en matière de présentation de la demande, d'étiquetage, de plans pour l'acquisition de données sur l'innocuité et l'efficacité du produit après la mise en marché, ainsi que de présentation de rapports annuels. Toutefois, le Règlement sur les drogues nouvelles pour usage exceptionnel n'avait pas été publié dans la *Gazette du Canada, Partie I* au début de la pandémie de grippe H1N1 de 2009.
- Modifications proposées concernant la distribution en bloc de médicaments afin de répondre aux situations d'urgence en santé publique; ces modifications continuent d'être élaborées et, par conséquent, n'étaient pas encore adoptées comme loi au début de la pandémie de grippe H1N1 de 2009.

Communiquer efficacement les processus et les mécanismes réglementaires

Il est important que le personnel du portefeuille de la Santé à tous les niveaux comprenne la procédure d'autorisation des vaccins et le rôle de chacun des acteurs importants en termes de communication avec le fabricant de vaccins (p. ex. : le rôle de Santé Canada en tant qu'autorité de réglementation et celui de l'Agence de la santé publique du Canada dans la négociation du contrat).

Certains répondants ont laissé entendre que « *Lorsque la pandémie est survenue, nous avons constaté qu'on en savait pratiquement rien ... et cette situation ne concerne pas seulement le Canada ... les Australiens... de l'administration des médicaments thérapeutiques ... disaient que [leur] plus grand défi était d'expliquer à leur propre ministre ce qu'ils font et qu'il est impossible de produire un vaccin en quelques heures.* »

3.9 CONDUITE DES OPÉRATIONS

Contexte

Les sections précédentes ont abordé ce qui a bien fonctionné et ce qui peut être amélioré dans huit secteurs d'activités d'intervention particuliers. La section 9 aborde la gestion globale des opérations faisant partie de la réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada durant la pandémie, plus particulièrement, les questions de gouvernance, la gestion des situations d'urgence et les services ministériels.

Ce qui a bien fonctionné

Les structures, les ressources, les relations, les plans et les outils essentiels étaient en place

D'importants éléments de base en matière d'intervention ont été mis en place avant l'éclatement de la pandémie, y compris la création de l'Agence de la santé publique du Canada, la nomination de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, l'existence du Laboratoire national de microbiologie et l'élaboration du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza*, du Plan fédéral d'intervention d'urgence, du Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé et du Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé. Des réseaux et outils tels que Surveillance de l'influenza, le Réseau Mondial d'Intelligence Santé Publique, le Réseau canadien de renseignements sur la santé publique, le Système canadien de surveillance des effets secondaires suivant l'immunisation et le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada étaient également opérationnels (tel que c'est décrit dans la section 3.1). Sur le plan international, le Règlement sanitaire international et le *North American Plan for Avian and Pandemic Influenza* ont également aidé à jeter les bases de la réponse du portefeuille de la Santé à la pandémie de grippe H1N1. Un élément récent qui s'est ajouté, le Programme de préparation à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe, une initiative interministérielle fédérale coordonnée par l'Agence de la santé publique du Canada, a joué un rôle important dans la préparation (tel que c'est décrit plus bas dans la présente section).

Le personnel a fait preuve d'un dévouement et d'une endurance remarquables

Il est important de reconnaître le grand engagement, le travail acharné et le professionnalisme du personnel de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada. Pour les personnes qui étaient directement impliquées dans ce travail, cela signifiait des heures de travail extrêmement longues, y compris les soirs, les nuits et les fins de semaine, la nécessité de relever les défis liés à l'ajustement aux heures prolongées, ainsi qu'à l'établissement d'un équilibre entre le travail et les responsabilités et obligations personnelles et familiales. Malheureusement, dans certains cas cela s'est traduit par la fatigue, par un niveau de stress élevé, l'épuisement professionnel et le départ de membres du personnel. D'autre part, les personnes qui n'étaient pas directement impliquées dans ces activités pouvaient ressentir de la frustration devant leur incapacité d'attirer l'attention sur leurs dossiers importants.

« Je ne pense pas que nous étions préparés à la rapidité avec laquelle ce dossier a pris contrôle de nos vies. Mais je pense que ce qui a pris tout le monde au dépourvu, et pas seulement notre groupe, c'était le fait qu'une pandémie a été déclarée si rapidement, qu'elle a commencé en Amérique du Nord et que le Canada savait qu'il était confronté à quelque chose de nouveau, d'un bout à l'autre du pays — en d'autres termes, de la côte Ouest à la côte Est — et qui est survenu du jour au lendemain (...) en l'espace de — ma mémoire pourrait me faire un peu défaut sur ce point — mais en l'espace de six heures, nous sommes passés de la confirmation de l'existence du nouveau virus de la grippe sur la (...) côte Est à la confirmation, six heures plus tard, qu'il avait frappé la côte Ouest. »

— Répondant

La réponse initiale du portefeuille de la Santé à la première vague de la pandémie s'est déroulée à un rythme exponentiel. Le Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé a été rapidement activé et il a fonctionné selon un horaire de 24 heures sur 24 et de 7 jours sur 7 pendant environ trois semaines. Pour témoigner de l'intensité et de l'envergure des efforts pour un seul secteur de l'Agence de la santé publique engagé dans la réponse, la Figure 3.9.1 illustre les niveaux d'activation du Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé et les heures de fonctionnement s'y rattachant, au cours des 237 jours d'activation, du 22 avril 2009 au 10 février 2010.

FIGURE 3.9.1 Description des niveaux d'activation en réponse à la grippe H1N1 dans le Centre des opérations d'urgence (COU)

ACTIVATION EN RÉPONSE À LA GRIPPE H1N1 ACTIVATION 2009-2010											
	22 avril	23 avril	26 avril	15 mai	29 mai	22 juin	29 Oct.	10 fév.	Total		
Niveau d'activation	Niveau d'activation 2	Niveau d'activation 3	Niveau d'activation 4	Niveau d'activation 3	Niveau d'activation 2	Niveau d'activation 2	Niveau d'activation 2	Démobilisation de la réponse à la grippe H1N1			
Nombre de jours au niveau d'activation	1	3	20	15	16	Géré par le groupe de travail 93 jours	69				237
Heures de fonctionnement	08:00 -17:00	08:00-00:00	24 heures sur 24 et 7 jours sur 7	08:00-20:00	08:00-17:00						
	Lundi-vendredi	Rotation 1: 08:00-16:00 Rotation 2: 16:00-00:00	État-major Rotation 1: 07:00-19:00 Rotation 2: 19:00-07:00	Unité générale d'état-major Rotation 1: 07:00-15:00 Rotation 2: 15:00-21:00 Rotation 3: 21:00-07:00	08:00-20:00 avec personne de garde. 16-18 mai inclusivement, le COU a été doté de 09:00-17:00 avec une couverture de personnel en disponibilité 24/7 dans tous les domaines fonctionnels.						
Avec personnel en disponibilité	N° de rotations	N° de rotations	N° de rotations	N° de rotations	N° de rotations	N° de rotations	N° de rotations	Heures			
	1	2	2	3	1	1	1	8,5			
Rotations	1	2	2	3	1	1	1	13,5			
Fonction IMS définie	48		28	4	41	37	13	32			
ETP/jour	96		56	12	41	37	13	32			
Jours-personne	288		1 120	240	615	592	1 209	2 208			
Heures-personne	2 448		12 880	1 920	8 303	5 032	10 276	18 768			

Cet effort n'est qu'une partie de la réponse. Il ne comprend pas : le travail accompli par les Communications, les groupes chargés des politiques et des opérations au sein du Système de gestion des incidents; la Direction des ressources humaines; les membres du Groupe exécutif du portefeuille de la Santé; les spécialistes du Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses; le personnel du Laboratoire national de microbiologie, le travail accompli par les Opérations régionales de l'Agence de la santé publique du Canada dans les centres de la coordination régionale à l'échelle du Canada; ni aucun des efforts déployés par Santé Canada.

Un cadre financier avait déjà été établi pour la grippe pandémique

Dans le Budget de 2006, une somme de 1 milliard de dollars a été allouée sur cinq ans pour améliorer la préparation générale du Canada à réagir en cas de menace de pandémie de grippe. Cette somme comprend 600 millions de dollars pour le Programme de préparation à la grippe aviaire et à une pandémie de grippe et 400 millions de dollars destinés au fonds de prévoyance en cas de pandémie pour l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments afin de gérer les pressions à court terme liées au risque élevé de pandémie de grippe. Ce fonds de prévoyance permet au portefeuille de la Santé d'avoir accès aux ressources nécessaires pour mettre en œuvre des activités supplémentaires d'intervention en cas de pandémie. Des ressources du fonds de prévoyance pour 2009-2010 et 2010-2011 ont été utilisées pour la gestion des première et seconde vagues de la pandémie.

Bien que le cadre stratégique d'accès et d'utilisation des ressources du fonds de prévoyance ait été utile dans l'orientation des principes et des déclencheurs d'accès aux ressources, certaines personnes ont jugé encombrante et longue la procédure d'accès aux ressources du fonds de prévoyance. Par conséquent, des possibilités d'amélioration de l'accès au fonds de prévoyance devraient être étudiées.

Les communications internes avec le personnel ont commencé tôt et étaient fréquentes

La communication interne durant la pandémie de grippe H1N1 a joué un important rôle en permettant d'informer les employés de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada de la situation courante et des attentes relativement aux questions de santé et des priorités au travail. Les activités de communication avec les employés ont débuté le 24 avril 2009 et ont continué jusqu'en 2010. Par exemple, les employés de l'Agence de la santé publique du Canada ont reçu des messages de la part de l'administrateur en chef de la santé publique et du sous-ministre adjoint délégué dans divers formats, et une trousse d'outils à l'intention des employés avait été élaborée afin de leur fournir de l'information relative à l'intervention, aux implications et aux possibilités pour les employés.

Ce qui mérite d'être amélioré

Gouvernance en cas de phénomènes importants de santé publique

Étant donné la participation d'un si grand nombre d'organismes dans cette situation de pandémie de grippe, la coordination du processus décisionnel et du partage d'information était complexe, difficile et coûteuse en temps. Pour les efforts d'intervention à l'avenir, il serait utile de continuer à préciser les structures, les rôles et les responsabilités, ainsi que les procédures de prise et d'approbation de décisions à divers niveaux.

Examiner le Système de gestion des incidents utilisé dans le Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé et l'adapter pour de futures interventions

C'est durant l'intervention face à la pandémie de grippe H1N1 que le Système de gestion des incidents du portefeuille de la Santé a été pour la première fois mis en œuvre par le Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé, géré par l'Agence de la santé publique du Canada (Figure 3.9.2). La Structure de gestion des situations d'urgence est un élément clé du Système. Il est important de préciser les rôles et les responsabilités et de les accompagner de procédures d'opération claires. Une attention particulière devrait être portée à une précision plus poussée du partage des rôles et des responsabilités opérationnels dans tous les aspects de l'intervention en cas de situations d'urgence entre l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada. De façon analogue, il est nécessaire, lors d'un phénomène de santé publique, de revoir et d'officialiser les rôles respectifs du Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé et du Centre des opérations du gouvernement, géré par Sécurité publique Canada. Il serait important également de veiller à une compréhension partagée de la façon dont le Système de gestion des incidents, utilisé lors d'un important phénomène de santé publique, se rapporte aux structures de gouvernance habituelles et aux processus opérationnels.

Élaborer une compréhension commune du processus décisionnel durant une urgence lorsque des problèmes de santé publique et de politique publique se recourent

Il n'est pas surprenant que parfois, au cours de la gestion de la pandémie, certaines des décisions de santé publique à prendre avaient des répercussions politiques. La séquence des principes directeurs est un exemple de situation où les questions de santé publique et de politique se croisaient. Il faudra veiller, à l'avenir, à une compréhension partagée des rôles en matière de prise de décisions, de procédures et de rapidité d'intervention dans les situations d'urgence entre les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada, ainsi que les organismes centraux.

Chercher des occasions de rationaliser les séances d'information et les réunions demandant la participation des cadres supérieurs

Lors de l'intervention contre la pandémie de grippe, les cadres supérieurs ont participé à une myriade de séances d'information et de rencontres pour diverses structures existantes et nouvelles (appelées à l'interne Cycle conjoncturel des cadres supérieurs). Dans certains cas, le nombre de séances et de réunions était plus élevé que prévu.

Par exemple, du 1^{er} mai au 24 décembre 2009 (171 jours civils), huit cadres supérieurs de l'Agence de la santé publique du Canada, très impliqués dans l'intervention face à la pandémie, ont assisté, au total, à 1 030 séances d'information et rencontres. La situation était semblable pour les cadres supérieurs de Santé Canada. Quatre sortes de rencontres liées particulièrement à la gestion de la pandémie exigeaient la plus grande participation des cadres supérieurs :

- Groupe de direction du portefeuille de la Santé (141 rencontres)
- Bureau du ministre de la Santé (94 séances d'information)

- Comité consultatif spécial fédéral-provincial-territorial (74 rencontres)
- « *Four Corners* », qui comprenait les cadres supérieurs de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada, le Bureau du ministre de la Santé, le Bureau du Conseil privé, le Bureau du premier ministre, Sécurité publique Canada et le Bureau du ministre de Sécurité publique Canada (71 rencontres).

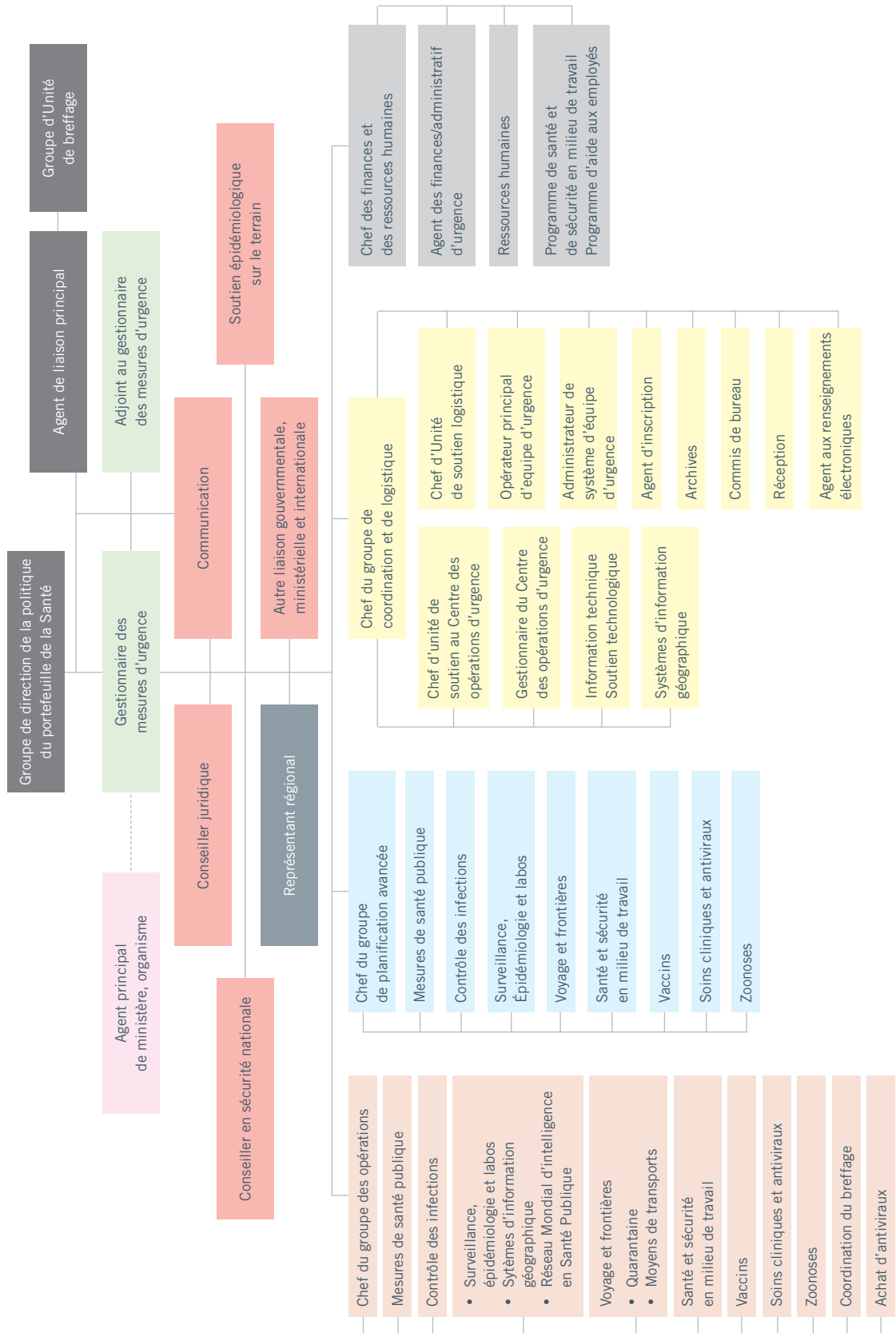
Il est important de noter la nécessité de mettre en place une infrastructure significative de gestion et de maintien du Cycle conjoncturel des cadres supérieurs (élaboration de calendriers, préparation d'ordres du jour et de rapports de décisions, préparation de documents pour les séances d'information). L'horaire journalier était chargé et le laps de temps entre les rencontres et les téléconférences était souvent très serré. Des systèmes efficaces de gestion des ordres du jour, des rapports de discussions et de décisions de rencontres semblaient être en place. Toutefois, il serait nécessaire de travailler davantage sur la précision de l'objectif et des points précis à l'ordre du jour des diverses téléconférences et rencontres. Cet effort permettra de décider quel cadre supérieur ou spécialiste est le mieux placé pour assister à une rencontre, et qui est tenu de le faire. Il faudrait poursuivre, dans la mesure du possible, les efforts de réduire le fardeau des téléconférences et des rencontres qui pèsent sur les cadres supérieurs.

De plus, des rencontres qui n'étaient pas particulièrement liées à la gestion de la pandémie, se poursuivaient. On peut citer, par exemple, la « mise au point quotidienne » qui constitue un forum permanent de discussion et de prise de décisions pour les cadres supérieurs de l'Agence de la santé publique du Canada, relativement aux enjeux qui posent un risque important pour la santé des Canadiens et des Canadiennes, pour le ministre, ou pour l'Agence de la santé publique du Canada et ses employés. Durant la même période, 153 rencontres de mise au point quotidienne ont eu lieu.

Le nombre de rencontres et de séances d'information a atteint son sommet en octobre 2009 lorsque les discussions sur le vaccin battaient leur plein.

FIGURE 3.9.2 Exemple de Système de gestion des incidents

Structure d'intervention d'urgence du Portefeuille de la Santé
(Niveau d'activation 4 — 29 avril 2009 — rotation jour 7 heures, heure de l'est)



De plus, les cadres supérieurs du portefeuille de la Santé ont préparé des séances d'information sur la grippe H1N1 pour le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes et ont participé à des téléconférences avec les membres du Comité. Le Comité a tenu au total 13 rencontres sous le thème « Préparation et réponse au virus H1N1 » entre le 12 août et le 25 novembre 2009. Les rencontres ont commencé par deux comparutions de la ministre de la Santé à l'été 2009 (la Chambre des communes était en vacances parlementaires). L'administrateur en chef de la santé publique du Canada a comparu en tant que témoin dans les deux cas. La plupart des rencontres ont servi de séances d'information générales pour les membres du Comité. Les hauts fonctionnaires de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada comparaissaient habituellement pour une heure pour présenter une vue d'ensemble des activités de la semaine passée et répondre ensuite aux questions des membres du Comité. Au total, les gestionnaires de l'Agence de la santé publique du Canada ont comparu à neuf occasions.

Vingt-sept séances d'information ont été organisées avec la participation des porte-parole de l'Opposition. Des députés ont également visité le Centre des opérations d'urgence du Portefeuille de Santé.

À la lumière de l'expérience acquise dans la réponse au virus H1N1 et d'autres importants phénomènes récents de santé publique (tels que l'éclosion de la listériose en 2008), l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada devraient se préparer à la nécessité d'organiser des séances d'information intensives. À l'avenir, il faudrait également penser à la possibilité de rationaliser et de simplifier la procédure de tenue des séances d'information. De plus, un poste de coordination devrait être créé pour veiller à ce qu'un conseiller expérimenté soit assigné à chaque cadre supérieur à chaque rencontre importante afin d'assurer un partage d'information et un compte rendu à la suite des rencontres, ainsi que le suivi des points d'action soulevés durant les rencontres. La cohérence et la continuité d'un tel soutien aux cadres supérieurs sont essentielles.

Continuer de distinguer les rôles et les responsabilités des membres de la haute direction de l'Agence de la santé publique du Canada

Le chercheur indépendant sur l'éclosion de la listériose en 2008 avait recommandé la création d'un poste de sous-ministre délégué au sein de l'Agence de la santé publique du Canada pour agir en tant que commandant en second et assumer le rôle d'administrateur en chef des opérations « pour permettre à l'Administrateur en chef de la santé publique ... de se consacrer à ses fonctions et ses responsabilités de direction en tant que principal professionnel de la santé du gouvernement du Canada en matière de santé publique »⁶⁹. Un sous-ministre délégué a été nommé à l'Agence de la santé publique du Canada en septembre 2009, et cette nomination a permis d'appuyer la réponse à la seconde vague du virus.

Un phénomène comme la grippe H1N1 requiert, à un certain degré, le temps et l'attention de tous les cadres supérieurs : administrateur en chef de la santé publique (administrateur général), sous-ministre délégué (parfois appelé vice-président administratif et administrateur en chef des opérations), adjoint principal au sous-ministre adjoint du secteur des programmes (à qui l'adjoint au sous-ministre adjoint de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses rend compte), sous-ministre adjoint de la gestion des urgences et des affaires organisationnelles (poste doté en juin 2010). Avec la création de ces postes, il est toutefois important de préciser les rôles du groupe de la haute direction durant les phénomènes majeurs de santé publique et de les communiquer aux intervenants et au personnel.

Par ailleurs, il est nécessaire de préciser davantage les rôles respectifs du directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence et du directeur général du Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses en cas de pandémie. Ce dernier point mène au suivant.

Distinguer les rôles et les responsabilités du groupe de gestion des urgences et du groupe des opérations au sein de l'Agence de la santé publique du Canada

Souvent, il n'existait pas une claire démarcation des rôles et des responsabilités parmi les divers postes au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, tels que le groupe de gestion des situations d'urgence et le groupe des opérations (c.-à-d. dans ce cas, l'immunisation et les maladies respiratoires). Étant donné la nécessité de prendre des décisions rapides et éclairées, le groupe des opérations a souvent apporté une contribution importante dans le processus décisionnel. Toutefois, cette implication pouvait créer une perception d'empiètement sur les rôles et les responsabilités du groupe de gestion des situations d'urgence et, de ce fait, affecter les relations de travail et le moral du personnel. Par conséquent, il est important de procéder à un partage clair et précis des rôles et des responsabilités, avec des limites explicites, entre les composantes de gestion d'urgence et d'opérations/programmes dans la réponse à une pandémie. Un processus décisionnel formel devrait être respecté en tout temps.

Soutien des services généraux lors de phénomènes de santé publique

Mettre en place des mécanismes visant à assurer la capacité de réagir des services généraux de l'Agence de la santé publique du Canada

Certaines activités d'intervention face à la pandémie ont été touchées par l'insuffisance de capacité dans une variété de services généraux tels que les ressources humaines, l'approvisionnement, l'hébergement, la gestion des installations, les évaluations de sécurité, la gestion de l'information et la technologie de l'information, les services de nettoyage et d'entretien et les services de traiteur. Il faut travailler à améliorer la capacité de réagir des services généraux lorsque l'Agence de la santé publique du Canada est appelée à gérer des phénomènes majeurs de santé publique.

Porter une attention particulière aux politiques, aux plans et aux procédures relatifs à la gestion des ressources humaines

Vu que les employés sont au cœur de tout phénomène de santé publique, il est important de mettre en place un modèle de gestion normalisé, mais souple, des ressources humaines en situations d'urgence. Cet effort comprend une gestion rapide mais durable des capacités (désignation, mobilisation et démobilisation du personnel). Le *Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé* décrit certaines responsabilités en matière de gestion des ressources humaines, y compris les suivantes :

- fournir des conseils en matière de dotation, d'heures travaillées, de congé, de disponibilité, de déploiement, d'heures supplémentaires, de droits de garde d'enfants, de gestion du stress et de droit de refuser un travail dangereux lors d'une situation d'urgence
- recruter du personnel occasionnel et temporaire, au besoin

- faire le suivi du temps du personnel impliqué
- traiter les demandes de rémunération
- assurer les services du Programme d'aide aux employés
- assurer l'accès aux services d'intervention en cas d'urgence et de consultation pour les employés, au besoin.

La Direction des ressources humaines de l'Agence de la santé publique du Canada, qui a connu beaucoup de changements avant le début de la pandémie, n'était pas suffisamment dotée. Lorsque la nécessité d'accroître de façon significative la capacité de l'Agence de la santé publique du Canada s'est manifestée pour la première fois durant la pandémie, la Direction des ressources humaines n'était pas en mesure de fournir des services tels que l'appui opportun à la dotation.

Tout au long de la pandémie, la capacité de la Direction des ressources humaines de l'Agence de la santé publique du Canada s'est améliorée, permettant à la Direction de fournir un appui important à l'intervention face à la pandémie, y compris :

- s'assurer que les conditions de travail des employés de l'Agence de la santé publique du Canada étaient respectées et que les employés mutés bénéficiaient de la protection et de l'assurance nécessaires
- mener des consultations avec les représentants des syndicats et les agents de négociation collective
- négocier des ententes avec la Commission de la fonction publique pour des procédures de recrutement accélérées.

Ces contributions de la Direction des ressources humaines étaient essentielles et doivent être prises en compte dans la planification de la gestion des ressources humaines pour les futures interventions en cas de pandémie.

L'Agence de la santé publique du Canada travaille à l'heure actuelle sur la mise en œuvre d'un cadre global de gestion des personnes qui met l'accent sur la gestion des ressources humaines en situation d'urgence. Un certain nombre de points importants doivent être pris en considération, notamment :

- les sources pour la capacité de pointe, y compris du portefeuille de la Santé
- la planification de la relève (y compris les cadres supérieurs ainsi que les experts médicaux et les spécialistes)
- la définition de postes essentiels, critiques et stratégiques
- le suivi des charges financières (pour les activités de préparation et d'intervention)
- la capacité de travail par quarts
- la consultation avec les syndicats
- le Programme d'aide aux employés
- les fournisseurs d'assurance.



4. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

Brève synthèse de ce qui a bien fonctionné

Il est important de reconnaître dès maintenant que les membres du personnel de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada ont travaillé extrêmement fort durant la pandémie. Ils ont fait preuve d'un engagement profond et d'un grand professionnalisme. Leur dévouement aux efforts visant à prévoir les besoins des Canadiens et des Canadiennes et à y répondre a été admirable.

Dans l'ensemble, on considère que la réponse apportée par le portefeuille de la Santé à la pandémie de grippe H1N1 a été efficace. Les piliers cruciaux sur lesquels le gouvernement fédéral s'est appuyé pour apporter une réponse à la pandémie avaient été mis en place avant l'éclosion de la maladie, notamment la création de l'Agence de la santé publique du Canada, la nomination d'un administrateur en chef de la santé publique, l'existence du Laboratoire national de microbiologie, l'établissement d'une Réserve de secours en cas de pandémie, ainsi que l'élaboration du *Plan fédéral d'intervention d'urgence* et la mise sur pied du *Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé* et d'un Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé. Des outils essentiels de connaissance de la situation tels que le Réseau mondial d'information en santé publique étaient aussi en place. De plus, des mécanismes de collaboration avec les provinces et les territoires avaient été adoptés tels que la Conférence des sous-ministres, le Réseau pancanadien de santé publique, le Conseil des médecins-hygiénistes en chef pour le Canada, le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada et le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*. La coopération avec d'autres pays a été facilitée par les relations et les plans déjà établis, par exemple, le *Plan nord-américain contre l'influenza aviaire et la pandémie d'influenza*.

Outre ces structures, ressources, relations, plans et outils de toute importance et déjà en place, un grand nombre de réussites fondamentales ont été enregistrées dans tous les aspects de la réponse à la pandémie du portefeuille de la Santé.

Du point de vue scientifique, il est difficile de prédire une pandémie de grippe. Les réponses doivent être conçues à mesure que les connaissances sur les caractéristiques du virus progressent. Au tout début de la pandémie, l'Agence de la santé publique du Canada a pris une part active dans la réalisation d'une meilleure compréhension du virus qui est apparu au Mexique et de ses répercussions sur les populations de par le monde. Au cours des premiers stades de la pandémie, il a été fait appel au Laboratoire national de microbiologie pour un appui des laboratoires et cinq scientifiques de l'Agence de la santé publique ont apporté leur soutien aux laboratoires mexicains pendant six semaines. Grâce au travail du Laboratoire national de microbiologie, le Canada a été le premier pays à caractériser toute la séquence génomique du virus de la grippe pandémique H1N1, ce qui a contribué de façon significative à la compréhension scientifique à l'échelle internationale de cette nouvelle souche virale.

En termes de réglementation, Santé Canada a accéléré l'approbation du vaccin contre la grippe H1N1, en travaillant étroitement avec le fabricant et en prenant de l'avance sur la pandémie dans le but de déterminer les données et les renseignements en matière de sécurité. Des experts en science, en politiques et en réglementation ont adapté les mesures scientifiques et réglementaires en vue de faire face au caractère unique de la situation de la pandémie de grippe H1N1. Même si les processus ont été accélérés, aucun raccourci risquant de compromettre la santé des Canadiens n'a été pris.

En tant qu'acteurs clés sur la scène internationale, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada ont maintenu des échanges continus avec les principaux partenaires du Canada notamment les États-Unis et le Mexique. Tout au long de la pandémie de grippe H1N1, le Canada a également collaboré étroitement avec l'Organisation mondiale de la Santé, l'Organisation panaméricaine de la santé, l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale ainsi qu'avec d'autres organisations internationales.

Le portefeuille de la Santé a travaillé de concert avec les provinces et les territoires et a créé une structure d'intervention pour la gestion de la pandémie de grippe H1N1 régie par des mécanismes existants tout en ajoutant de nouvelles structures pour répondre aux questions qui se présentaient au fur et à mesure que la compréhension de la pandémie et que la réponse requise évoluaient. De manière générale, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont créé un climat de travail axé sur la transparence et la coopération. Une activité témoignant de cette importante collaboration a été la rédaction de documents d'orientation sur divers sujets et destinés à des publics variés (p. ex. : les cliniciens, les spécialistes en surveillance, les chercheurs de laboratoire, les organisateurs d'évènements et le public, les écoles, les garderies, les établissements d'enseignement postsecondaires et les camps de vacances).

Des avantages de taille ont résulté des mesures de planification préliminaires de la réponse à la pandémie. L'établissement d'un contrat d'une durée de 10 ans avec un fabricant canadien en 2001 a permis d'assurer l'accès rapide à un vaccin sûr et efficace durant la pandémie. Le taux d'immunisation au Canada était le deuxième taux le plus élevé dans le monde, avec la vaccination de près de la moitié de la population. La mise en place de la Réserve nationale de secours et de la Réserve nationale d'antiviraux a permis aux provinces et aux territoires de distribuer des antiviraux et des fournitures médicales rapidement.

Pour ce qui est de répondre aux besoins des communautés des Premières nations qui vivent dans des réserves, plusieurs communautés disposent de plans pour lutter contre la pandémie et de cliniques de vaccination dans les réserves, ce qui a permis des taux élevés d'immunisation. Il y a eu quelques problèmes au début, mais par la suite la coopération au sein de Santé Canada, des provinces et des dirigeants des Premières nations a été efficace.

L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada ont également saisi l'importance d'une politique de communication claire et rapide destinée au public canadien durant la pandémie. Les principaux porte-parole, comme la ministre de la Santé et l'administrateur en chef de la santé publique, étaient visibles tout au long de la pandémie. Une politique de coordination en matière de communication a été favorisée au sein du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Des pratiques en matière de lutte anti-infectieuse instaurées au cours de cette période ont offert l'avantage supplémentaire de réduire l'incidence de toutes les maladies infectieuses.

La participation de tous les intervenants était cruciale. L'information relative à la pandémie était transmise en faisant appel à un éventail de mécanismes d'engagement avec les associations professionnelles de la santé, les organismes autochtones nationaux, le secteur privé, les organismes d'intervention d'urgence, les organismes représentant les populations à risque et les travailleurs syndiqués. Les membres du groupe canadien de recherche universitaire sur la grippe ont, quant à eux, été mobilisés par l'entremise d'un Comité consultatif scientifique.

Recommandations transversales : améliorations requises

Exception faite des forces citées de l'intervention du portefeuille de la Santé, certaines leçons ont été retenues, et des améliorations sont de rigueur. Nous avons déterminé 34 domaines qui méritent d'être améliorés couvrant les neuf secteurs de la réponse apportée à la pandémie et analysés dans le présent examen. Les domaines à améliorer peuvent être regroupés en trois grandes recommandations d'intervention (Figure 4.1). La première recommandation concerne la préparation à la pandémie et la capacité d'intervention, ce qui requiert une collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux et territoriaux. La deuxième recommandation est axée sur le gouvernement fédéral et traite de la gestion des urgences. La portée de la troisième recommandation se limite à l'Agence de la santé publique du Canada et à Santé Canada et elle est axée sur le renforcement des communications à caractère scientifique.

Préparation à la pandémie et capacité d'intervention

Le gouvernement fédéral, soutenu par les partenaires provinciaux et territoriaux, a été à l'origine d'investissements considérables destinés à mettre sur pied les mesures contre la pandémie et la capacité d'intervention durant de nombreuses années. En 2006, à la suite d'un dialogue et d'une collaboration à grande échelle, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont approuvé le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*. Le *Plan* fournit un large cadre d'envergure nationale en vue d'apporter une réponse concertée à la pandémie de grippe au Canada et vise à établir les rôles et les responsabilités de l'Agence de la santé publique du Canada, de Santé Canada ainsi que des provinces et des territoires pendant la pandémie.

Il ne fait aucun doute que cette planification anticipée a porté ses fruits, permettant une démarche privilégiant la collaboration en vue d'apporter une réponse à la pandémie de grippe H1N1. Toutefois, des difficultés sont survenues à l'heure de la mise en œuvre du *Plan* national. Le *Plan* devrait être mis à jour afin de surmonter ces difficultés.

En évaluant le *Plan* à la lumière de la pandémie de grippe H1N1, il est évident qu'il était fondé sur un scénario modérément grave où « en l'absence de vaccins et d'antiviraux, on estime que 15 à 35 % de la population canadienne pourrait tomber malade, que 34 000 à 138 000 personnes pourraient devoir être hospitalisées et qu'entre 11 000 et 58 000 personnes pourraient mourir »⁷⁰. Ce scénario ne s'est pas reflété sur le terrain durant la pandémie de grippe H1N1. Les partenaires au niveau fédéral, provincial et territorial doivent examiner les fondements du *Plan* afin de veiller à ce que tous les scénarios éventuels soient pris en compte, y compris le scénario éventuel d'une propagation rapide du virus, mais accompagnée de taux de morbidité et de mortalité en dessous du seuil « modérément grave ». Les activités et les responsabilités de tous les partenaires pourront donc être adaptées en conséquence.

La réussite repose sur l'instauration de la confiance à l'égard du *Plan* lui-même et des méthodes utilisées pour sa mise au point. Les consultations menées avec toutes les parties concernées devraient constituer une partie intégrante de cet examen. Au sein de la sphère fédérale, cela inclut des services de soutien ministériels dans le cadre du portefeuille de la Santé ainsi que le personnel d'organismes centraux.

Des structures de gouvernance et des processus décisionnels plus clairs devraient être communiqués aux groupes consultatifs. Les structures de gouvernance doivent être acceptées et établies de sorte qu'elles puissent être mises en œuvre immédiatement en cas de future pandémie. Cette mesure permettra de clarifier les rôles et les responsabilités et de rationaliser les processus décisionnels et d'approbation.

Il semble y avoir de grandes attentes de la part de certaines provinces et de certains territoires pour ce qui est du rôle de chef de file que doit jouer l'Agence de la santé publique du Canada, en ce qui concerne notamment l'élaboration de documents d'orientation, y compris l'encadrement clinique destiné aux travailleurs de première ligne. Collaborer avec tous les partenaires qui jouent un rôle dans l'élaboration des directives est fondamental pour que ces documents soient disponibles aux publics cibles respectifs dans sur un support accessible, compréhensible et disponible lorsque nécessaire. Une collaboration renforcée mènera également à une diminution de la multiplicité des messages, souvent jugés déroutants pour les Canadiens et en particulier pour les intervenants, dont les travailleurs de la santé de première ligne.

Une autre considération extrêmement importante est la rédaction définitive et la mise en œuvre d'ententes de partage de données avec les administrations provinciales et territoriales. En outre, il est important de clarifier, avant une urgence provoquée par une maladie contagieuse, les rôles et les responsabilités à tous les niveaux du gouvernement pour ce qui est des services fournis aux membres des Premières nations vivant dans des réserves.

RECOMMANDATION 1

Renforcer davantage la capacité fédérale, provinciale et territoriale pour se préparer et répondre à la grippe pandémique

Mettre à jour le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* en mettant particulièrement l'accent sur :

- la souplesse et la possibilité d'adapter l'envergure des interventions en fonction de différents scénarios de pandémie
- l'efficacité et l'efficacité des structures de gouvernance (c.-à-d. les rôles et les responsabilités de tous les partenaires, la composition des comités et des groupes, de même que l'accompagnement des processus décisionnels et d'homologation)
- les processus de collaboration visant à élaborer et à renforcer les documents d'orientation afin d'assurer la disponibilité, l'accessibilité et la cohérence des messages émis
- l'achèvement et la mise en œuvre d'accords de partage des données avec les provinces et les territoires.

Gestion des urgences

En vertu de la *Loi sur la gestion des urgences 2007*, article 6(1), il incombe à chaque ministre responsable d'une institution fédérale devant le Parlement de déterminer les risques qui sont propres à son secteur de responsabilité ou qui y sont liés, notamment les risques concernant les infrastructures essentielles; il est aussi chargé de mener les activités ci-après conformément aux principes, aux programmes et aux autres mesures établis par le ministre de la Sécurité publique :

- élaborer les plans de gestion d'urgence
- les mettre à jour, à l'essai et en œuvre
- tenir des exercices et assurer la formation à leur égard.

Le portefeuille de la Santé a élaboré un *Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé* décrivant les rôles et les responsabilités des cadres supérieurs de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada. Une version préliminaire de ce plan a été révisée et approuvée en pleine période de pandémie au mois de septembre 2009 (certaines annexes nécessitent toutefois d'être achevées). Le Portefeuille devrait mettre à jour le *Plan*, en prenant en considération les leçons retenues de l'expérience dans son ensemble de la pandémie de grippe H1N1, ainsi que les dernières lignes directrices de la Sécurité publique en matière de planification de la gestion des urgences.

Le portefeuille de la Santé a élaboré une version préliminaire d'une politique relative à l'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé en 2007, qui détermine les rôles et les responsabilités des unités organisationnelles et des régions au sein de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada en matière de mesures d'urgence. Cette politique n'a pas encore été finalisée ni approuvée.

Il faut noter que l'examen des leçons à retenir de l'Agence de la santé publique du mois de décembre 2008 à la suite de l'éclosion de listériose a également recommandé que le *Plan d'intervention d'urgence* ainsi que la politique du Portefeuille soient finalisés et approuvés⁷¹.

Il est nécessaire que le *Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé* reflète la réalité des structures de gouvernance et de gestion opérationnelle. Plus précisément, il devrait garantir que les liens entre la gestion du portefeuille de la Santé d'un phénomène de santé publique et la coordination des mesures d'urgence à l'échelle du gouvernement de Sécurité publique Canada soient transparents. De plus, le *Plan* devrait contenir une description des rôles et des responsabilités du Cabinet du ministre, des organismes centraux et des députés, et tenter de prévoir leurs exigences en matière d'information.

La *Politique d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé* devrait définir les rôles propres à la politique stratégique, la communication, les groupes de programme et opérationnels et les bureaux régionaux, ainsi que souligner le genre de soutien attendu des services ministériels. La durabilité des services d'intervention d'urgence et de la continuité des activités est déterminée par le soutien des services ministériels.

Il faudrait se pencher de plus près sur les normes d'activation et d'intensification du *Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé* afin de s'assurer qu'elles sont à la mesure de la gravité du phénomène.

Une fois que l'information scientifique relative au virus H1N1 a été établie, les implications pour les exigences en ressources humaines du Portefeuille sont devenues de plus en plus claires et « *l'intervention s'est transformée en marathon, plutôt qu'en sprint* ». Il est fondamental que le *Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé* comprenne des principes et des méthodes pour garantir la durabilité de l'intervention à l'aide d'une capacité de pointe.

Des formations et des initiations relatives au *Plan* et à la *Politique d'intervention d'urgence* devraient être dispensées à intervalles réguliers aux employés du portefeuille de la Santé ainsi qu'aux employés du Bureau du ministre et des organismes centraux (au besoin) en vue d'assurer une compréhension commune des structures, des rôles et des responsabilités et des processus décisionnels et d'approbation. Cette initiation et cette formation pourraient également se révéler utiles pour les employés du Cabinet du ministre et des organismes centraux.

Les exercices de simulation de situation d'urgence représentent une des sortes de formation requise. Le portefeuille de la Santé n'a jamais fait l'expérience d'un test « à l'improviste » et devrait envisager la faisabilité d'une simulation d'une situation imprévue en vue de tester le niveau de préparation et la pratique de différents genres de scénarios d'intervention. Cependant, ce genre de simulation mobilise d'importantes ressources et présente des défis d'ordre logistique. Le portefeuille de la Santé devrait par conséquent continuer de miser sur les événements de la vie réelle pour former ses employés. Aussi, des exercices sur « maquette » destinés à la direction du portefeuille de la Santé ainsi qu'aux employés du Cabinet du ministre et des organismes centraux devraient être envisagés.

Enfin, le portefeuille de la Santé devrait penser à une approche davantage intégrée des leçons retenues à travers les exercices tels qu'il a été mentionné dans le rapport de vérification de juin 2010 de l'Agence de la santé publique du Canada sur les mesures et les interventions d'urgence⁷². Bon nombre d'unités organisationnelles ont mené une réflexion sérieuse et rigoureuse tout le long « et à la suite de la période de la grippe H1N1. Elle a pris la forme de rapports d'intervention (analyse après les faits), de « rétroactions immédiates », de bilans et d'autres formes d'études et d'évaluations officielles et non officielles. On devrait féliciter les unités organisationnelles d'avoir effectué ce travail essentiel. Il serait cependant utile d'avoir des mécanismes en place pour :

- adopter une approche plus uniforme à l'égard de ces révisions
- partager les révisions avec les unités organisationnelles
- synthétiser les modèles des leçons retenues en vue de donner une séance d'information aux cadres supérieurs et de s'assurer que les leçons retenues sont également appliquées à l'ensemble de l'organisme
- surveiller la mise en œuvre des améliorations recommandées
- archiver toutes les révisions dans une base centrale de données de référence de manière à ce qu'elles soient accessibles à titre de référence à l'avenir.

RECOMMANDATION 2

Continuer de clarifier, de communiquer et d'exercer les rôles, les responsabilités et les mécanismes fédéraux de gestion des urgences en portant une attention particulière à la durabilité de la capacité d'intervention et des rôles décisionnels

- Achever la politique relative à l'intervention d'urgence du portefeuille de la *Santé et mettre à jour le Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé* en portant attention aux éléments suivants :
 - les rôles et les responsabilités de la prise de décisions et les processus et les échéanciers d'homologation qui les accompagnent
 - les normes d'activation et d'intensification tenant compte de la gravité d'un phénomène
 - les principes et les procédures visant à assurer la durabilité de l'intervention avec une capacité de pointe suffisante.
- Continuer l'orientation et la formation en gestion des urgences.
- Envisager une approche davantage intégrée pour les exercices relatifs aux leçons à retenir.

Communiquer l'information scientifique

L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada sont deux organismes à vocation scientifique. Dans une période de crise sanitaire, comme le cas d'une pandémie, les connaissances scientifiques devraient constituer le facteur principal de la prise de décisions. La communication des propositions à caractère scientifique aux décideurs puis des décisions d'ordre scientifique aux différents publics cibles (tels que les autres ministères du gouvernement fédéral et les autres organismes centraux, les provinces et les territoires, les intervenants, le public canadien ainsi que les médias) peut en revanche s'avérer être un défi à relever qui requiert une préparation préalable à l'activation et à l'intensification de l'intervention.

COMMUNIQUER L'INCERTITUDE

L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada doivent travailler sur la manière de décrire l'incertitude, d'exposer les options de façon claire et de fournir des justifications pour les décisions prises. Pour ces organismes à vocation scientifique, il y aura des situations où la communication aura pour objet d'instaurer la confiance du grand public dans la capacité d'intervention du gouvernement, même si l'on n'a pas de réponse précise.

« Le public pense que vous n'avez aucune idée de ce que vous faites et que vous changez d'avis alors qu'en fait vous saviez pertinemment dès le début que les données dicteraient, au bout du compte, les recommandations à faire... (Il s'agit de) sensibiliser les individus à un certain niveau d'incertitude et de risque, tout en maintenant la confiance en cette période d'incertitude. »

COMMUNIQUER L'INFORMATION CONCERNANT LES RISQUES

Le Comité consultatif scientifique pense que les risques liés à la pandémie pourraient avoir été surestimés et donnent à penser qu'à l'avenir, la science et la recherche devraient davantage veiller à déterminer résolument la virulence de la pandémie avant de faire connaître l'information au public. Il est toutefois important d'affirmer que toute pandémie à venir aura lieu dans un contexte de communication ouvert et que la tactique susmentionnée pourrait par conséquent ne pas être la meilleure approche à adopter avec le grand public. Il finira par recevoir l'information d'une autre source gouvernementale, qu'elle provienne du Canada ou de l'étranger — comme des États-Unis ou de l'Organisation mondiale de la Santé — ou encore des médias sociaux, qui pourraient ne pas fournir une information ou une évaluation exactes de la situation.

À la place, un plan ciblant différentes échelles de la réponse à la pandémie est nécessaire, selon la gravité du virus, mais en reconnaissant que, même lorsque les taux de morbidité et de mortalité sont plus faibles pour certaines souches de la grippe pandémique, il existera toujours des cas tragiques pouvant émouvoir l'opinion publique. Il faut donc que ces paramètres soient pris en compte dans une situation où la pandémie présente de faibles risques. Comme l'explique un sujet interrogé : « *Si vous vous étiez montré plus offensif dans votre évaluation des groupes à risque, davantage de Canadiens auraient pensé NE courir AUCUN risque* ».

La majorité des activités de communication ciblait le grand public avant de s'orienter vers des publics cibles plus tard dans le processus. Une stratégie de communication vaste est essentielle pour que les Canadiens restent informés, mais une approche plus ciblée pourrait également se révéler nécessaire afin de s'assurer que les populations à haut risque reçoivent l'information spécifique et opportune nécessaire à la réponse à la pandémie. Cette approche devrait examiner à la fois le message et le mode de transmission (les médias sociaux ainsi que les sources traditionnelles d'information comme la télévision, les publications, ou les sources fiables comme des professionnels de la santé).

COMMUNIQUER LES AVANCÉES DANS LA CONNAISSANCE SCIENTIFIQUE

L'Agence de la santé publique du Canada a besoin de continuer à être consciente du fait que les décisions peuvent changer en fonction des nouvelles découvertes scientifiques. Tel qu'il a été mentionné précédemment, les premières communications étaient fondées sur un différent type de virus. Au fur et à mesure de l'évolution de l'information scientifique, la communication a été adaptée. Un cadre supérieur a déclaré :

« Vous pouvez exposer le pronostic le plus étudié — plus qu'une supposition —, mais le fait est que l'information scientifique était sur le point de changer en raison de l'évolution de la pandémie et si l'information scientifique prenait en compte un nouvel élément, cela ne signifiait pas qu'une erreur avait été commise en premier lieu. Ils ont considéré le changement dans ce contexte comme étant soit une erreur soit une incapacité à prévoir la suite des événements, indépendamment d'un changement moléculaire au sens littéral. »

Le problème lié à la communication de l'incertitude, des risques et des changements dans la pensée scientifique ne se limite pas au public canadien ou aux intervenants externes. Elle est également problématique lorsqu'il est question de communiquer les résultats, les preuves et les méthodes aux décideurs et à ceux qui influencent les décisions (tels que les organismes centraux affiliés au gouvernement fédéral) dans le but de garantir l'approbation des messages destinés au grand public.

Associer les sciences de la santé et l'incertitude à des processus scientifiques de base faciles à comprendre pour le grand public constitue une tâche de toute importance qui devrait être assignée aux deux organismes. Les outils d'apprentissage destinés à un public cible devraient être disponibles et diffusés avant toute urgence pour accélérer la prise de décisions et garantir que le motif à l'origine de ces décisions relatives aux mesures de santé publique est compris.

RECOMMANDATION 3

Améliorer l'habileté du portefeuille de la Santé à communiquer les aspects scientifiques à divers groupes cibles

- Élaborer des approches servant à acheminer en langage simple, à divers groupes cibles et à diverses fins, les résultats, les processus, les incertitudes, les risques et les fluctuations scientifiques complexes y compris :
 - au personnel du portefeuille de la Santé dans des domaines tels que les politiques, le programme, les communications et les opérations
 - aux décideurs et à ceux qui influencent les décisions (cadres supérieurs et organismes centraux)
 - aux intervenants (associations de professionnels de la santé, organismes autochtones nationaux, le secteur privé, travailleurs de la santé de première ligne, Partenariat fédéral pour les soins de santé, organismes d'intervention d'urgence, organismes représentant des populations à risques, travailleurs syndiqués (secteur de la santé), chercheurs et établissements universitaires)
 - aux médias
 - au grand public.

Prochaines étapes

La planification est un processus continu. Les leçons apprises des expériences vécues avec le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et avec d'autres phénomènes de santé publique significatifs, tels que l'éclosion de listériose de 2008, représentent l'assise des améliorations apportées à la capacité de réponse à une situation de pandémie du portefeuille de la Santé. Dans le cas de la grippe H1N1, les leçons tirées de la première vague ont été appliquées aux activités durant la deuxième vague. On s'attend à ce que les leçons tirées du présent examen mènent à une réponse plus efficace et efficiente à de futures pandémies et à d'autres phénomènes de santé publique d'envergure.

L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada devraient prendre des mesures immédiates pour donner suite aux résultats et aux recommandations établis dans le présent rapport. Les cadres supérieurs devraient superviser l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi continu d'un plan d'action détaillé.

FIGURE 4.1 Domaines qui méritent d'être améliorés et recommandations transversales

RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES			
- 1 - Renforcer davantage la capacité fédérale, provinciale et territoriale pour se préparer et répondre à la grippe pandémique	- 2 - Continuer de clarifier, de communiquer et d'exercer les rôles, les responsabilités et les mécanismes fédéraux de gestion des urgences en portant une attention particulière à la durabilité de la capacité d'intervention et des rôles décisionnels	- 3 - Améliorer l'habileté du portefeuille de la Santé à communiquer les aspects scientifiques à divers groupes cibles	
DOMAINES QUI MÉRITENT D'ÊTRE AMÉLIORÉS (n=34)	RECOMMANDATION		
	1	2	3
1. Surveillance, science et recherche			
1.a Mettre au point les accords sur le partage de l'information sur la surveillance entre les secteurs de compétence	✓		
1.b Étudier des options qui permettraient de mettre en place des mécanismes adéquats pour accélérer la recherche en situation de crise		✓	
1.c Raffiner les approches pour traduire les connaissances scientifiques en information utile à la planification, à la prise de décisions et aux communications			✓
2. Collaboration avec les provinces et les territoires			
2.a Continuer de travailler avec les partenaires provinciaux et territoriaux à l'examen et à la simplification de la structure de gouvernance fédérale-provinciale-territoriale pour la grippe pandémique	✓		
2.b Clarifier et communiquer les rôles et les responsabilités des divers groupes consultatifs au sein de la structure de gouvernance de la pandémie	✓		
2.c Clarifier les processus de prise de décisions durant une pandémie et les communiquer aux groupes d'experts ou aux groupes consultatifs	✓		
3. Orientation			
3.a Clarifier le rôle fédéral en élaborant un encadrement clinique	✓		
3.b Officialiser un processus d'approbation accéléré pour les documents d'orientation	✓		
3.c Comblent les lacunes de l'orientation existante	✓		
3.d Utiliser le langage et les supports qui conviennent dans les documents d'orientation			✓
4. Mobilisation des intervenants			
4.a Accroître la coordination de l'information provenant de plusieurs secteurs de compétence à l'intention des groupes d'intervenants	✓		
4.b Augmenter la capacité de prévoir les problèmes soulevés par les groupes d'intervenants et d'y répondre	✓		
4.c Soutenir l'élaboration de documents d'orientation à l'intention des professionnels de la santé	✓		
4.d Revoir la gestion des relations internationales par le portefeuille de la Santé	✓		
5. Communication avec les Canadiens			
5.a Améliorer la cohérence de l'information communiquée aux Canadiens par les différents secteurs de compétence	✓		
5.b Revoir les stratégies visant à communiquer l'incertitude, le risque et les décalages entre les connaissances scientifiques pour donner confiance au public			✓

Figure 4.1 Domaines qui méritent d'être améliorés et recommandations transversales (suite)

DOMAINES QUI MÉRITENT D'ÊTRE AMÉLIORÉS (n=34)	RECOMMANDATION		
	1	2	3
6. Intervention fédérale dans les communautés des Premières nations vivant dans des réserves			
6.a Élaborer un encadrement portant sur les aspects logistiques de la mise en œuvre des plans de lutte contre la pandémie	✓		
6.b Assurer la disponibilité en temps utile de l'encadrement en santé publique destiné aux communautés des Premières nations	✓		
6.c Répondre aux problèmes locaux grâce aux porte-parole régionaux	✓		
6.d Faire tomber les barrières au déplacement des professionnels de la santé durant un phénomène de santé publique	✓		
7. Réserve de secours			
7.a Examiner la Réserve nationale de secours et la Réserve nationale d'antiviraux à la lumière de l'expérience liée à la grippe H1N1	✓		
7.b Envisager des options pour la prescription et la distribution des antiviraux dans les communautés éloignées et isolées durant une pandémie	✓		
7.c Solliciter l'autorisation de donner des fournitures de la Réserve à d'autres pays	✓		
8. Vaccin			
8.a Mettre en œuvre un système intégré de surveillance pour l'immunisation, dont la gestion des inventaires, le suivi de la prise du vaccin et la surveillance des effets secondaires	✓		
8.b Revoir l'approche de la livraison fédérale des vaccins aux provinces et aux territoires	✓		
8.c Établir un examen réglementaire permanent en prévision de futurs phénomènes de santé publique	✓		
8.d Communiquer efficacement les processus et les mécanismes réglementaires			✓
9. Conduite des opérations			
<i>Gouvernance en cas de phénomènes importants de santé publique</i>			
9.a Examiner le Système de gestion des incidents utilisé dans le Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé et l'adapter pour de futures interventions		✓	
9.b Élaborer une compréhension commune du processus décisionnel durant une urgence lorsque des problèmes de santé publique et de politique publique se recoupent		✓	
9.c Chercher des occasions de rationaliser les séances d'information et les réunions demandant la participation des cadres supérieurs		✓	
9.d Continuer de distinguer les rôles et les responsabilités des membres de la haute direction de l'Agence de la santé publique du Canada		✓	
9.e Distinguer les rôles et les responsabilités du groupe de gestion des urgences et du groupe des opérations au sein de l'Agence de la santé publique du Canada		✓	
<i>Soutien des services généraux lors de phénomènes de santé publique</i>			
9.f Mettre en place des mécanismes visant à assurer la capacité de réagir des services généraux de l'Agence de la santé publique du Canada		✓	
9.g Porter une attention particulière aux politiques, aux plans et aux procédures relatifs à la gestion des ressources humaines		✓	

RÉFÉRENCES

Notes de fin de document

1. Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Liste de contrôle OMS pour la planification préalable à une pandémie de grippe*. Extrait le 23 septembre 2010 de http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/FluCheck_F4web.pdf
2. Agence de la santé publique du Canada. (2009-12-01). *Principaux faits sur le virus de la grippe H1N1*. Extrait le 29 juillet 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/fs-fr_h1n1-fra.php
3. Organisation mondiale de la Santé. (2010-06-10). *La riposte internationale face à la pandémie de grippe : L'OMS répond aux critiques, Grippe pandémique H1N1 2009 : actualités en bref n° 21*. Extrait le 2 août 2010 de http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100610/fr/index.html
4. Organisation mondiale de la Santé. (2009-04-25). *Déclaration*. Extrait le 10 août 2010 de http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090425/fr/index.html
5. Organisation mondiale de la Santé. (2010-02-24). *Qu'est-ce que le virus de la grippe pandémique A (H1N1) 2009? 24 février 2010*. Extrait le 27 juillet 2010 de http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/about_disease/fr/index.html
6. Organisation mondiale de la Santé. (2010-07-23). *WHO Pandemic (H1N1) 2009 Update 110*. Extrait le 27 juillet 2010 de http://www.who.int/csr/don/2010_07_23a/en/index.html
7. Agence de la santé publique du Canada. (2009-05-05). *Surveillance de l'influenza. Du 19 avril 2009 au 25 avril 2009*. Extrait le 5 août 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/08-09/w16_09/index-fra.php
8. Agence de la santé publique du Canada. (2010-04-30). *Surveillance de l'influenza. Du 18 avril 2010 au 24 avril 2010*. Extrait le 5 août 2010 de http://origin.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/09-10/w16_10/index-fra.php
9. Agence de la santé publique du Canada. (2009-09-04). *Surveillance de l'influenza : Sommaire de la surveillance de l'influenza pour la semaine se terminant le 29 août 2009*. Extrait le 5 août 2010 de http://origin.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/08-09/w34_09/index-fra.php
10. Agence de la santé publique du Canada. (2010-04-30). *Surveillance de l'influenza : Sommaire de la surveillance de l'influenza pour la semaine se terminant le 24 avril 2010*. Extrait le 5 août 2010 de http://origin.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/09-10/w16_10/index-fra.php
11. *Ibid.*
12. Bien que l'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé ait pris fin en janvier 2010, la surveillance de l'évolution de la grippe H1N1 a continué jusqu'à la fin avril 2010 dans le contexte de la deuxième vague. Agence de la santé publique du Canada. (2010-05-07). *Surveillance de l'influenza. Du 25 avril au 1 mai 2010*. Extrait le 5 août 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/09-10/w17_10/index-fra.php
13. Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Le rôle de l'OMS dans la santé publique*. Extrait le 16 septembre 2010 de <http://www.who.int/about/role/fr/index.html>

14. Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Alerte et actions*. Extrait le 29 juillet 2010 de <http://www.who.int/csr/alertresponse/fr/index.html>
15. Organisation mondiale de la Santé. (2009-04). *Préparation et action en cas de grippe pandémique : Document d'orientation de l'OMS*. Extrait le 21 juillet 2010 de <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance2009/fr/index.html>
16. Organisation mondiale de la Santé. (2009-07-13). *Recommandations de l'OMS concernant les vaccins contre la grippe A (H1N1)*. Extrait le 16 août 2010 de http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_vaccine_20090713/fr/index.html
17. Partenariat nord-américain pour la sécurité et la prospérité. (2007). *Le Plan nord-américain contre l'influenza aviaire et la pandémie d'influenza*. Extrait le 14 juillet 2010 de http://montebello2007.gc.ca/doc/pandemic_fr.pdf
18. Fédération canadienne des municipalités. (2010). *Lettre ouverte à l'honorable Leona Aglukkaq, Ministre de la Santé*. Extrait le 24 septembre 2010 de <http://www.fcm.ca/Francais/View.asp?mp=1055&x=1176>
19. Agence de la santé publique du Canada. (2008-12-09). *Foire aux questions à l'intention des entreprises : Rôles et responsabilités*. Extrait le 5 août 2010 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/influenza/faq-role-fra.php>
20. Naylor, C. D., Basrur, S., Bergeron, M. G., Brunham, R. C., Butler-Jones, D., Dafoe, G. et al. (2003-10). *Leçons de la crise du SARS : Renouveau de la santé publique au Canada*. (Ottawa : Santé Canada).
21. Réseau pancanadien de santé publique. (2010-08-01). *Rapport annuel couvrant les années financières 2008-2009 et 2009-2010*. Extrait le 24 septembre 2010 de <http://www.phn-rsp.ca/pubs/annrep-rapann-08-10/pdf/PHN-Rapport-annuel-2008-10.pdf>
22. Gouvernement du Canada. (2006-10). Système fédéral de préparation et d'intervention d'urgence, Annexe L. Dans *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*. 3. (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).
23. Portefeuille de la santé. (2009-09). *Health Portfolio Emergency Response Plan*. (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).
24. Kirby, M. J. L., et LeBreton, M. (2003-11-05). *Quatorzième rapport. Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir. Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*. (Ottawa : Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie). Extrait le 5 août 2010 de <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repfinnov03-f.htm>
25. Gouvernement du Canada. (2006-10). Système fédéral de préparation et d'intervention d'urgence, Annexe L. Dans *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*. 3. (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).
26. Agence de la santé publique du Canada. (2009-05-07). *Rôle de l'Agence de la santé publique du Canada et du Laboratoire national de microbiologie : réponse à l'écllosion du virus de la grippe H1N1*. Extrait le 15 septembre 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2009/2009_0507_h1n1-fra.php

27. Agence de la santé publique du Canada. (2004-11-17). *Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP)*. Extrait le 15 septembre 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_gphin-rmispbk-fra.php
28. *Ibid.*
29. Gouvernement du Canada. (2006-10). *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*. (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).
30. King, A. (2010-06). *Pandémie de grippe H1N1 — Répercussions pour l'Ontario. Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario*. p. 11. (Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée).
31. *Ibid.* p. 13.
32. L'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada, la Société nationale des spécialistes pour la médecine communautaire. (2010-07). *Leçons tirées des premières lignes : Le rapport conjoint sur la grippe A(H1N1)*. Extrait le 12 août 2010 de http://www.cfpc.ca/local/files/Communications/News_Releases/LessonsfromtheFrontlines%20-%20FR%20Aug10.pdf
33. Agence de la santé publique du Canada. (2009-12-04). *Cliniques de vaccination de masse dans les collectivités éloignées et isolées*. Extrait le 29 juillet 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/mass_vacc/page1-fra.php
34. Il est à noter que la population des communautés éloignées et isolées est plus large que celle des Premières nations, des Métis et des Inuits et doit donc être traitée séparément. Le terme « éloigné » fait référence à une région géographique dans laquelle vit une communauté, située à plus de 350 km du centre de services le plus proche, accessible toute l'année par voie terrestre. Le terme « isolé » fait référence à une région géographique accessible par des vols réguliers, dotée de bons services téléphoniques, mais sans accès routier à longueur d'année. Il faut noter que les maisons de telles communautés n'ont pas toutes le téléphone et que les vols peuvent être annulés ou retardés par mauvais temps. Agence de la santé publique du Canada. (2009-11). *Considérations relatives aux définitions des termes « éloigné » et « isolé » dans le contexte de la pandémie (H1N1) de 2009*. Extrait le 6 août 2010, de http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/guidance_lignesdirectrices/cdricp-cdeicp-fra.php
35. French, Janet. (2009-08-18). MDs urged to prepare for H1N1's return. *The Leader Post — Regina*. Traduction en français extraite de http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/minist/speeches-discours/_2009/2009_08_17-fra.php
36. Archibald, A., Bassett, M. & Munn-Venn, T. (2009-07). *Ready or Not. Effective Pandemic Response*. (Ottawa: The Conference Board of Canada).
37. Deirdre Hine, D. (2010-07). *The 2009 Influenza Pandemic. An independent review of the UK response to the 2009 influenza pandemic*. Extrait le 3 août 2010 de <http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/416533/the2009influenzapandemic-review.pdf>
38. The Strategic Counsel. (2009-10). *Canadian Attitudes toward H1N1 Swine Flu — Wave 2. A report to the Globe and Mail and CTV*. Extrait le 20 août 2010 de http://www.thestrategiccounsel.com/our_news/polls/GMCTV%20-%20Swine%20Flu%20Poll%20-%20Final-%20October%2025.pdf

39. Ekos Research Associates. (2009-11). H1N1 *Fears “Exaggerated” say many Canadians*. Extrait le 29 juillet 2010 de <http://www.ekospolitics.com/index.php/2009/11/h1n1-fears-“exaggerated”-say-many-canadians/>
40. Weatherill, S. (2009-07). *Rapport de l'Enquêteuse indépendante sur l'écllosion de listériose de 2008*. xix-xxix. (Ottawa : Gouvernement du Canada).
41. Weatherill, S. (2009-07). Comment a-t-on géré les communications? Dans *Rapport de l'enquêteuse indépendante sur l'écllosion de listériose de 2008*. 91-100. (Ottawa : Gouvernement du Canada).
42. Ipsos Reid Public Affairs. (2010-02) *Evaluation of the Citizen Readiness Social Marketing Campaign (General Population) — ACET (multiple waves)*.
43. *Ibid.*
44. Picard, A. (2009-10-09). Stop the Confusion: Here are the H1N1 Facts. *The Globe and Mail*. Extrait le 3 août 2010 de <http://www.theglobeandmail.com/life/health/stop-theconflusionhere-are-theh1n1-facts/article1317237/>
45. Deirdre Hine, D. (2010-07). *The 2009 Influenza Pandemic: An independent review of the UK response to the 2009 influenza pandemic*. Extrait le 3 août 2010 de <http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/416533/the2009influenzapandemic-review.pdf>
46. *Ibid.* 138.
47. Van Tam, J., Lambert, P., Carrasco, P., Tschanz, B. et al. (2010-04). Évaluation de la stratégie de vaccination de la Suisse. Rapport final. (Zurich: Ernst & Young AG sur mandat du Secrétariat général du Département fédéral de l'intérieur). 7. Extrait le 30 juillet 2010 de <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02073/10542/index.html?lang=fr>
48. Sweet, M. (2009-08-22). *Pandemic lessons learned from Australia*. *BMJ*. 339, 424-426. 424.
49. Santé Canada. (2010-05). Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones : Maladies et état de santé. Extrait le 2 août 2010 de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/index-fra.php>
50. Environics Research Group. (2009-10). *2009 Baseline Survey about Pandemic Influenza among First Nations On-Reserve and Inuit*.
51. *Ibid.*
52. Agence de la santé publique du Canada. (2009-11). *Cliniques de vaccination de masse dans les collectivités éloignées et isolées*. Extrait le 6 août 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/mass_vacc/page1-fra.php
53. Santé Canada. (2009-11-10). *À propos de Santé Canada. Virus de la grippe H1N1 : Premier sommet virtuel réussi pour les communautés des Premières nations*. Extrait le 10 août 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2009/2009_183-fra.php
54. Affaires indiennes et du Nord Canada. (2010-08-06). *Document d'information - H1N1 : Travaillons ensemble à la prévention et l'intervention*. Extrait le 17 septembre 2010 de <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/nr/s-d2009/bk000000454-fra.asp>

55. Affaires indiennes et du Nord Canada. (2010-08-06). *Document d'information - Rejoindre les Canadiens autochtones*. Extrait le 17 septembre 2010 de <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/nr/s-d2009/bk000000455-fra.asp>
56. Environics Research Group. (2009-10). *2009 Baseline Survey about Pandemic Influenza among First Nations On-Reserve and Inuit*.
57. Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Rapport sur les options pour la gestion de la Réserve nationale d'antiviraux*. Extrait le 23 septembre 2010 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/antivir/index-fra.php>
58. Gouvernement du Canada. (2006-10). Annexe E : Utilisation des médicaments antiviraux durant une pandémie. Dans *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*. (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).
59. Kondro, W. (2009-10-27). Dispensing antivirals in underserved communities. *CMAJ*. 181(9), E199–E200. E199.
60. *Ibid.*
61. Agence de la santé publique du Canada. (2010-06-22). *Questions fréquentes – Virus H1N1*. Extrait le 5 août 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/faq/faq_rg_h1n1-fvv-fra.php
62. Un examen interne suggère que le taux d'immunisation des Canadiens se situerait possiblement autour de 45%. Les résultats préliminaires (de janvier à avril) de l'enquête de santé aux communautés canadiennes démontre qu'environ 41% des Canadiens (excluant ceux des territoires) âgés de 12 ans ou plus avaient été vaccinés contre le H1N1 en date d'avril 2010. Gilmour, H., et Hofman, N. (2010-10). *Vaccination contre la grippe H1N1*. 1. (Ottawa: Statistique Canada, Catalogue no 82-003-X).
63. Health Canada, United States Food and Drug Administration, World Health Organization. Workshop on lessons learned from potency testing of pandemic (H1N1) 2009 influenza vaccines and considerations for future potency tests. Ottawa, 27-29 juillet 2010.
64. Kendall, P. (2010-06). *B.C.'s Response to the H1N1 Pandemic – A Summary Report*. (Victoria: Office of the Provincial Health Officer).
65. Province de la Colombie-Britannique. (2007-10). *Panorama. Application Overview*. Extrait le 23 juillet 2010, de http://www-03.ibm.com/industries/ca/en/healthcare/files/panorama_application_overview_final.pdf
66. King, A. (2010-06). *Pandémie de grippe H1N1 — Répercussions pour l'Ontario. Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario*. (Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée).
67. Kendall, P. (2010-06). *B.C.'s Response to the H1N1 Pandemic – A Summary Report (Réponse de la C.-B à la pandémie de grippe H1N1 – Rapport sommaire)*. (Victoria: Office of the Provincial Health Officer).
68. King, A. (2010-06). *Pandémie de grippe H1N1 — Répercussions pour l'Ontario. Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario*. p. 13. (Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée).

69. Weatherill, S. (2009-07). Qu'avons-nous appris de plus lors de l'enquête? Dans *Rapport de l'Enquêtrice indépendante sur l'écllosion de listériose de 2008*. 109. (Ottawa : Gouvernement du Canada).
70. Agence de la santé publique du Canada. (2009-05). *Foire aux questions – Préparation en cas de pandémie*. Extrait le 14 septembre 2010 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/influenza/pp-faq-fra.php>
71. Agence de la santé publique du Canada. (2008-12). *Leçons à retenir : Réponse de l'Agence de la santé publique du Canada à l'écllosion de listériose de 2008*. Extrait le 2 septembre 2010 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/fs-sa/listeria/2008-intro-lessons-lecons-fra.php>
72. Agence de la santé publique du Canada. (2010-06). *Rapport de vérification : Mesures et interventions d'urgence*. (Ottawa : Gouvernement du Canada). Extrait le 20 octobre 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/audit/2010/epr-miu-fra.php

Autres documents revus

En plus des documents cités dans le présent rapport, les documents suivants, tous accessibles au public, ont été revus.

PROVINCES ET TERRITOIRES

Embree, J. (2010-08). Pandemic 2009 (A)H1N1 influenza (swine flu) - the Manitoba experience. *Biochemistry Cellular Biology*. 88(4), 589-93.

City of Toronto, Medical Officer of Health. (2010-05-17). *2009-2010 pH1N1 Influenza Pandemic Summary Report*. Extrait le 14 septembre 2010 de <http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2010/hl/bgrd/backgroundfile-30493.pdf>

Middlesex-London Health Unit. (2010-02-18). *Pandemic H1N1 Influenza Final Summary*. Extrait le 14 septembre 2010 de <http://www.healthunit.com/article.aspx?ID=15645>

Office of the Chief Medical Officer of Health of New Brunswick. (2010-06). *Summary Report: 2009 Pandemic H1N1 Mass Immunization in New Brunswick First Nations Communities*. (Fredericton: New Brunswick Department of Health).

York Region Community and Health Services Committee. (2010-05-20). *Review of H1N1 Response. Report No. 4 of the Community and Health Services Committee Regional Council Meeting*. Extrait le 14 septembre 2010 de <http://www.york.ca/NR/rdonlyres/425stinje37snnojhyxb3g7tut2jbdjkzeyafpvnfijf4epgmljuatnlh4rjk4kb4jyex2w72g5fytzkwdoligdqg/rpt+4+cls+2.pdf>

AUTRES ORGANISMES CANADIENS

Canadian Standards Association, Roundtable on Healthcare & Emergency Service Sector Pandemic Preparedness. (2010-06-08). *Voices from the H1N1 Influenza Pandemic Front Lines: A White Paper About How Canada Could Do Better Next Time*. Extrait le 14 septembre 2010 de <http://www.csa.ca/cm?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1241708779869&ssbinary=true>

AUTRES PAYS

Union européenne. (2010-07-01/02). *Conference on lessons learned from the influenza pandemic A(H1N1) 2009*. Bruxelles. Extrait le 14 septembre 2010 de <http://www.influenza.eutrio.be/welcome.html>

Tay, J., Ng, Y.F., Cutter, J.L., and James, L. (2010-04). Influenza A (H1N1-2009) pandemic in Singapore--public health control measures implemented and lessons learnt. *Annals of Academic Medicine Singapore*. 39(4), 313-12.

Córdova-Villalobos, J.A., Sarti, E., Arzoz-Padrés, J., Manuell-Lee, G., Méndez, J.R., and Kuri-Morales, P. (2009-09). The influenza A(H1N1) epidemic in Mexico. Lessons learned. *Health Research Policy Systems*. 7(21).

Health Protection Agency, United Kingdom. (2010-06-21/22). *Pandemic Influenza Conference — H1N1: The world responds to a 21st century pandemic*. Extrait le 14 septembre 2010 de <http://www.hpa-events.org.uk/hpa/frontend/reg/thome.csp?pageID=50322&eventID=110>

Health Protection Agency, United Kingdom. (2010-05-21). Organisational lessons learned from the pandemic (H1N1) 2009 experience: administration logistics and resilience testing. *Health Protection Report: Weekly Report*. 4(20). Extrait le 14 septembre 2010 de <http://www.hpa.org.uk/hpr/emergencies>

Greater London Authority, Health and Public Services Committee. (2010-06-16). *Swine flu - the London response*. Extrait le 14 septembre 2010 de <http://www.london.gov.uk/who-runs-london/the-london-assembly/publications/health/swine-flu>

President's Council of Advisors on Science and Technology, United States of America. (2010-08). *Report to the President on Reengineering the influenza vaccine production enterprise to meet the challenges of pandemic influenza*. Extrait le 14 septembre 2010 de <http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/microsites/ostp/Vaccinology-Backgrounder.pdf>

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Office of the Auditor General of Nova Scotia. (2009-07-28). *Special Report on Pandemic Preparedness*. Extrait le 14 septembre 2010 de <http://www.oag-ns.ca/July%2009%20Special%20Rept.pdf>

Bureau du vérificateur général du Canada. (2008-05). Chapitre 5 – La surveillance des maladies infectieuses – Agence de la santé publique du Canada. Dans *2008 mai – Rapport de la vérificatrice générale du Canada*. Extrait le 14 septembre 2010 de http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_200805_05_f_30701.html

Bureau du vérificateur général du Canada. (2009). Chapitre 7 – La gestion des urgences – Sécurité publique Canada. Dans *Automne 2009 – Rapport de la vérificatrice générale du Canada*. Extrait le 14 septembre 2010 de http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_200911_07_f_33208.html