



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 055



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 2 octobre 2012



Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mardi 2 octobre 2012

•(1100)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bienvenue à cette séance du comité. Je suis heureuse de revoir tout le monde et de pouvoir entreprendre notre discussion sur les listes de vaccination en cas de pandémie, qui s'échelonnent sur quelques semaines.

Nous avons des invités par vidéoconférence aujourd'hui.

De Yellowknife, nous accueillons le Dr André Corriveau. Bienvenue, docteur Corriveau. Nous sommes heureux de pouvoir discuter avec vous.

Docteur Corriveau, m'entendez-vous bien?

Dr André Corriveau (coprésident provincial/territorial, Conseil du Réseau de santé publique): Oui, je vous entends très bien. Merci.

La présidente: Merveilleux.

Nous accueillons également le Dr Robert Strang, du gouvernement de la Nouvelle-Écosse.

Bienvenue, docteur Strang.

M'entendez-vous, docteur Strang?

Dr Robert Strang (médecin hygiéniste en chef, ministère de la Santé et Mieux-être, Gouvernement de la Nouvelle-Écosse): Certainement. Merci beaucoup.

La présidente: Nous avons aussi le Dr Plummer.

Comment allez-vous? Vous nous parlez de Winnipeg.

Dr Frank Plummer (conseiller scientifique en chef, directeur général scientifique, Laboratoire national de la microbiologie, Agence de la santé publique du Canada): En effet. Je suis heureux de me joindre à vous encore une fois.

La présidente: Excellent. Merci d'être là, docteur Plummer.

Nous recevons en personne le Dr John Spika, de l'Agence de la santé publique du Canada.

Nous allons commencer par vous, docteur Spika. Vous avez 10 minutes pour votre présentation.

Bienvenue, et merci de vous joindre à nous.

Dr John Spika (directeur général, Centre de l'immunisation des maladies respiratoires infectieuses, Agence de la santé publique du Canada): Bonjour tout le monde.

Je suis le directeur général du Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses à l'Agence de la santé publique du Canada.

J'ai été appelé à jouer différents rôles lors de la pandémie, tout comme la personne qui m'accompagne, le Dr Frank Plummer, conseiller scientifique principal à l'Agence et directeur général de notre Laboratoire national de microbiologie, à Winnipeg.

Nous sommes ici aujourd'hui pour vous parler de l'épidémiologie des virus grippaux et du rôle que l'Agence joue dans la planification des mesures pour faire face à une pandémie.

Nous parlerons également de la façon dont on décide des personnes qui sont vaccinées lors d'une pandémie et du moment où elles le sont. Nous traiterons aussi à la fin de certaines des leçons tirées de la dernière pandémie et des prochaines étapes en ce qui a trait à nos activités de planification.

Le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan en communiquant aux stratèges de l'information qui les aide à prendre des décisions éclairées sur les efforts d'intervention. Nous travaillons en étroite collaboration avec les provinces et les territoires par le truchement du Réseau de la santé publique et du Conseil des médecins hygiénistes en chef. Comme vous le savez, vous entendrez sous peu les Drs Corriveau et Strang, qui vous feront aussi part de leurs points de vue.

Je commencerai par expliquer l'importance de l'épidémiologie d'une pandémie.

Les gens sont exposés à différentes souches du virus de la grippe à plusieurs reprises au cours de leur existence. Les virus de la grippe évoluent, même si ce n'est que par petits bonds chaque année. Notre système immunitaire peut la plupart du temps s'adapter à ces petites variations grâce à la vaccination ou parce qu'il s'agit généralement d'infections bénignes. Toutefois, trois ou quatre fois par siècle, un virus de la grippe subit une modification importante, ce qui provoque l'apparition d'une nouvelle souche contre laquelle les humains n'ont aucune immunité. C'est ce qui peut entraîner une pandémie, qui suppose habituellement une affection plus grave que la grippe saisonnière.

Trois pandémies d'influenza ont été recensées au cours du XX^e siècle: une en 1918, une en 1957 et une autre en 1968. Nous avons déjà connu la première du siècle actuel, soit en 2009. Chacune de ces pandémies diffère des autres par sa gravité, sa durée et les populations qu'elle touchait le plus.

La grippe espagnole de 1918, par exemple, a été l'une des pires catastrophes naturelles, sinon la pire, de l'histoire humaine. Elle a causé la mort de plus de 50 millions de personnes. Certains estiment qu'elle a peut-être même fait 100 millions de victimes. La plupart d'entre elles étaient de jeunes adultes en santé, alors que la majorité des éclosions de grippe touchent surtout les jeunes, les personnes âgées ou les personnes souffrant de maladies chroniques qui sont plus à risque de contracter des affections graves.

La grippe de Hong Kong de 1968 a fait environ un million de morts dans le monde et a surtout touché les personnes âgées, celles de 65 ans et plus.

Le virus responsable de la pandémie de grippe H1N1 en 2009 était une combinaison de gènes de virus de la grippe aviaire, porcine et humaine. Environ 300 000 personnes sont mortes de cette maladie à l'échelle planétaire. Fait intéressant à souligner, cette maladie a également touché surtout des jeunes, qui étaient au demeurant en santé.

Vous vous souviendrez peut-être du rôle de premier plan joué par le Canada dans la compréhension du virus et dans les mesures de lutte qui ont été prises. Nos chercheurs de laboratoire et nos experts scientifiques ont permis à l'Agence de décoder la constitution génétique de la souche mexicaine du virus de la grippe H1N1.

L'Agence a aussi aidé le Mexique à effectuer des épreuves diagnostiques sur des grappes de cas de maladie respiratoire sévère en avril 2009. Plus de 400 échantillons provenant du ministère de la Santé du Mexique ont été examinés. Peu de temps après, le Laboratoire national de microbiologie a mis au point un test qui permettait aux chercheurs de faire la distinction entre la souche normale commune de la grippe saisonnière et celle du virus de la grippe H1N1.

L'Agence, de concert avec les provinces et les territoires, a ensuite mis en place une base de données nationales afin d'enregistrer les cas confirmés de H1N1 au Canada.

- (1105)

Parallèlement, l'Agence travaillait avec des partenaires internationaux et a dépêché des fonctionnaires au Mexique, notamment des épidémiologistes et des chercheurs de laboratoire, afin d'aider ce pays dans ses recherches sur l'éclosion du virus de la grippe H1N1. Les examens effectués là-bas ont grandement aidé le Canada et d'autres pays à mieux comprendre la transmissibilité du virus.

La réussite de notre intervention contre l'éclosion de H1N1 est en grande partie attribuable à notre travail de planification. En effet, les gouvernements et les organisations de santé publique du Canada prenaient depuis de nombreuses années des dispositions pour se préparer à une pandémie. Le Canada a d'ailleurs été l'un des premiers pays dans le monde à se doter d'un plan de lutte contre les pandémies. Le premier plan du Canada remonte effectivement à 1988.

Les mesures de préparation et d'intervention en cas de pandémie au Canada poursuivent un double objectif: tout d'abord, réduire au minimum la morbidité grave et la mortalité en général et, deuxièmement, limiter au minimum les perturbations dans nos vies quotidiennes.

Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé, que j'appelle le PCLPI, décrit comment le secteur de la santé peut se préparer et réagir à une pandémie de grippe. Il s'agit d'un cadre fédéral-provincial-territorial et l'Agence de la santé publique du Canada en est, en quelque sorte, le dépositaire.

Même si la dernière version, qui comprend un corps principal et 16 annexes, a été publiée en 2006, il est important de noter que différentes annexes ont été mises à jour pas plus tard qu'en 2009. Ces annexes traitent des aspects clés des mesures de planification et d'intervention et abordent, entre autres questions, celles relatives aux vaccins, aux antiviraux, aux communications et à la surveillance.

Le PCLPI de 2006 a été élaboré sous la conduite du Conseil du Réseau pancanadien de santé publique. Il est le fruit d'un dialogue et d'une collaboration poussée entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et un large éventail de parties prenantes.

Le PCLPI peut être consulté sur le site Web de l'Agence de la santé publique. Vous trouverez le lien dans une note d'information

communiquée aux membres du comité, de même qu'une copie de l'annexe D, intitulée: « Préparation de l'intervention axée sur la vaccination en cas de pandémie ». L'annexe date de septembre 2008 et a été mise à jour après la publication du plan initial, en 2006. Elle comprend un cadre d'établissement des priorités, qui présente les facteurs à prendre en considération lorsqu'on met en place des stratégies axées sur l'accès prioritaire, sans toutefois donner la priorité à quelque groupe que ce soit.

Des sous-groupes de la population sont définis dans l'annexe sur les vaccins. Dans les sous-groupes intitulés « décideurs clés dans le domaine social » et « intervenants sociaux en cas de pandémie », il est fait mention des chefs des services d'incendie et des pompiers comme exemples de personnes qui pourraient faire partie de ces groupes.

Étant donné qu'une pandémie évolue, les experts doivent tenir compte de nombreux facteurs lorsqu'ils formulent des recommandations sur l'accès prioritaire à la vaccination. Ces facteurs incluent l'examen de la gravité et de l'épidémiologie de la pandémie — c'est-à-dire quelles sont les personnes les plus susceptibles d'être gravement touchées en termes de maladie, de complications et de décès —, ainsi que le maintien des activités commerciales et sociales et l'examen de la disponibilité du vaccin. Autrement dit, lors d'une pandémie, une approche dite de gestion des risques doit être adoptée afin d'éclairer les décisions. Les recommandations doivent prévoir une certaine latitude et marge de manoeuvre afin de permettre aux différents gouvernements de faire entrer leur situation particulière en ligne de compte.

Lors de la pandémie de grippe H1N1, l'épidémiologie du virus a montré que certains Canadiens — les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et les personnes ayant des troubles sous-jacents — étaient plus susceptibles de développer une maladie grave par suite d'une infection par le virus et d'en décéder. Ce sont ces personnes et leurs donneurs de soins qui ont été inscrits en tête de la liste lors de la formulation des recommandations pancanadiennes.

La liste identifiait des cibles primaires, secondaires et tertiaires. Les personnes les plus exposées faisaient partie des cibles primaires, avec leurs donneurs de soins et les travailleurs de la santé. Les cibles secondaires regroupaient les pompiers; ils venaient tout juste derrière les personnes les plus exposées. Cette liste, qui est datée du 10 septembre 2009, a aussi été communiquée aux membres du comité.

En tenant compte de la liste et des raisons formulées pour justifier l'ordre d'accès au vaccin, les provinces et les territoires ont pris leurs propres décisions en se fondant sur ce qui se passait dans leur champ de compétence.

- (1110)

Le Manitoba et le Yukon ont décidé de permettre aux pompiers de se faire vacciner dès la première semaine de la campagne de vaccination. D'autres provinces ont opté pour la vaccination prioritaire des écoliers.

La pandémie de grippe de 2009 a permis de mettre à l'épreuve pour la première fois le PCLPI et les mesures générales d'intervention anti-pandémie adoptées par le Canada. Il est important de dresser des bilans, car ils permettent de préparer le terrain afin de faire en sorte que nos résultats soient encore meilleurs la prochaine fois. L'un de ces bilans a été entrepris par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie à la demande de la ministre de la Santé.

Le comité sénatorial a conclu, dans l'ensemble, que la planification de la lutte contre la pandémie a été efficace. Il a toutefois recommandé que l'Agence collabore avec les provinces et les territoires à des révisions au PCLPI afin de permettre dans l'avenir une réponse plus graduée, adaptable aux particularités d'une pandémie. De cette façon, il serait plus facile d'adapter le PCLPI à l'ampleur de la pandémie, que celle-ci soit de petite, de moyenne ou de grande envergure.

À cet égard, l'Agence collabore avec les provinces et les territoires à l'examen du PCLPI, qui sera modifié selon les besoins. Ce travail d'examen s'échelonne sur une période de trois ans et comprendra des consultations auprès des principaux acteurs, notamment les services de lutte contre les incendies.

Une fois révisé, le PCLPI sera mis à l'épreuve régulièrement afin de garantir que le Canada maintient sa capacité de préparation et d'intervention face à toute urgence qui pourrait menacer la santé et la sécurité de la population canadienne.

Nous continuerons de dialoguer avec les provinces, les territoires et les principaux acteurs, notamment les organisations représentant les premiers intervenants, afin de nous préparer à une pandémie et de mener à bien nos activités plus générales de planification en cas d'urgence.

Je vous remercie de m'avoir offert l'occasion d'aborder ce sujet aujourd'hui.

• (1115)

La présidente: Merci.

Nous cédon maintenant la parole au Dr André Corriveau, du Conseil du Réseau de santé publique.

[Français]

Dr André Corriveau: Je vous remercie beaucoup de m'avoir invité à participer à cette séance. Je vais parler surtout en anglais.

Je voudrais quand même souligner que je suis en ce moment coprésident du Conseil du Réseau de santé publique du Canada. Il s'agit du mécanisme dont on dispose pour travailler en collaboration avec le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires dans les dossiers de santé publique.

[Traduction]

Je devrais par ailleurs mentionner qu'au moment de la pandémie, je n'étais pas coprésident; j'étais en fait médecin hygiéniste en chef de l'Alberta. J'ai participé à quelques-uns des groupes de travail, parfois comme membre, parfois comme représentant du Conseil du Réseau de santé publique.

J'ai pris part à toutes les étapes du processus. Par exemple, j'ai coprésidé un des groupes de travail, ou groupes d'experts, qui devait se pencher sur les collectivités isolées et éloignées et sur la façon de moduler les interventions dans ce genre de conditions. Il s'agissait de l'un des groupes de travail qui transmettaient de l'information au Comité de coordination en cas de pandémie, qui à son tour informait les membres du Réseau de la santé publique, et finalement la Conférence des sous-ministres de la Santé pour éclairer les décisions qui devaient être prises.

Je n'ai pas grand-chose à ajouter aux commentaires du Dr Spika. Essentiellement, même si le plan de lutte contre la pandémie prévoit des mesures générales d'intervention, nous devons véritablement tenir compte de l'épidémiologie de chacune des pandémies pour déterminer précisément comment il faudra intervenir, de même que pour établir les critères de vaccination prioritaire.

Comme l'indiquait le Dr Spika, ce sont les leçons apprises lors de la première vague de l'épidémie qui nous ont permis de mieux comprendre que certains groupes de la population étaient plus à risque d'être gravement malades. Il s'agissait des femmes enceintes, des personnes atteintes de maladies chroniques, de certains membres des collectivités autochtones et des très jeunes enfants. Le groupe d'experts formé pour nous conseiller à l'égard de la priorisation a pu utiliser ces données au courant de l'été pour formuler les recommandations énoncées par le Dr Spika.

Je vais m'arrêter ici pour le moment. Je vais plutôt attendre vos questions. Je sais que deux autres témoins sont ici pour vous donner plus de détails.

La présidente: Nous entendons maintenant le Dr Robert Strang, médecin hygiéniste en chef du ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse.

Dr Robert Strang: Bonjour à tous. Je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître. Je serai bref.

Comme d'autres témoins vous l'ont mentionné, si notre but premier dans la lutte contre une pandémie est de réduire au minimum les cas graves, il faut de toute évidence dresser une liste des groupes prioritaires à vacciner en fonction des données épidémiologiques dont on dispose sur les gens le plus à risque d'être gravement touchés.

Il faut ensuite tenir compte du fait qu'une pandémie de grippe et notre plan d'intervention ne sont pas des éléments statiques. Pendant toute la durée du plan d'intervention, nous disposerons uniquement de données fragmentaires, et nous devons prendre des décisions en fonction des renseignements que nous avons sous la main et pouvoir nous adapter au fur et à mesure que de nouvelles données viennent s'ajouter.

C'est ainsi que nous avons procédé pour établir la liste des groupes prioritaires lorsque la pandémie de H1N1 a éclaté au printemps 2009, afin de favoriser une intervention coordonnée. Comme vous le savez, deux groupes d'intervention fédéraux-provinciaux-territoriaux étaient en place: le Conseil du Réseau de santé publique et le Conseil des médecins hygiénistes en chef. Ils ont été fusionnés pour former le comité consultatif spécial, ou CCS, et pour nous donner plus de souplesse. Nous avons créé des groupes de travail techniques qui nous faisaient rapport, et nous faisons à notre tour rapport à la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada.

Comme l'a mentionné le Dr Spika, l'élaboration d'une liste de priorités faisait partie des composantes de notre plan d'intervention. La tâche a été confiée à un groupe de travail, qui s'en est acquitté pendant l'été 2009. Le groupe a ensuite soumis ses recommandations, en fonction des données épidémiologiques disponibles, qui ont été approuvées par le comité consultatif spécial, puis par les sous-ministres.

Nous avons donc une liste de priorités. Lorsque la pénurie s'est produite à la fin d'octobre 2009, toutes les administrations provinciales et territoriales et le gouvernement fédéral ont utilisé cette liste de priorités pour mettre en place leurs programmes d'immunisation. La pénurie de vaccins était telle que nous avons dû subdiviser le premier groupe prioritaire. Et comme la mentionné le Dr Corriveau, malgré les efforts déployés au sein du CCS pour assurer l'uniformité, les subdivisions n'ont pas été les mêmes dans toutes les administrations.

Nous avons une procédure qui reposait essentiellement sur les données épidémiologiques. C'est la procédure qui devra être en place pour contrer toute nouvelle pandémie. En Nouvelle-Écosse, les pompiers faisaient partie de notre liste, et nous avons procédé en trois étapes pour vacciner les différents groupes. Les pompiers, comme les policiers, faisaient partie de la liste, mais nous savions que les risques étaient plus grands et plus graves pour d'autres professions. Nous nous apprêtions à les vacciner lorsque la pénurie a pris fin à la fin octobre et que nous avons pu vacciner tous les Néo-Écossais.

● (1120)

La présidente: Merci beaucoup.

Mesdames et messieurs les membres du comité, le Dr Brendan Hanley se joindra à nous par vidéoconférence vers midi. Il ne pouvait pas se libérer avant.

Avant de passer à la période de questions, je tiens à vous rappeler que nous suspendrons la séance à 12 h 45 pour un huis clos de 15 minutes sur les travaux du comité à la fin de la réunion. Cela étant dit, passons aux questions en gardant à l'esprit également que nous nous interrompons à midi pour écouter le Dr Hanley.

Nous commençons par des périodes de questions de sept minutes. Je cède la parole à Mme Davies du NPD.

Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD): Il est bon d'être de retour et de reprendre nos travaux.

Je remercie nos témoins de leur présence, soit par vidéoconférence ou en personne.

Je sais que les précédents comités permanents sur la santé ont obtenu une foule d'informations sur les pandémies et sur l'intervention du gouvernement. Mon ancienne collègue, Judy Wasylcia-Leis, était la porte-parole du NPD pour la santé. Les comités ont obtenu des renseignements très importants.

Il importe que vous sachiez, toutefois, que nous sommes presque tous des nouveaux venus au comité, et que par conséquent, nous manquons un peu d'expérience dans ce dossier. Si certaines de mes questions vous semblent un peu simplettes, c'est tout simplement parce que je ne suis pas aussi au fait du dossier que mes collègues qui étaient présents lors de la pandémie en 2009.

Il semble y avoir déjà une bonne procédure d'établie. Nous avons le Conseil pancanadien du Réseau de santé publique et nous avons l'Agence de la santé publique du Canada. Il semble que tout soit déjà bien en place.

Qui décide en fait qu'il y a une pandémie? Quand passe-t-on d'une épidémie — je ne sais pas si c'est le bon terme — à une pandémie? Quelle est la différence en termes qualitatifs? Est-ce une question qui relève de l'Organisation mondiale de la santé? Y a-t-il un point précis où l'on passe de l'une à l'autre? Je suis curieuse de savoir quel est l'élément déclencheur. Lorsqu'on atteint ce point, avec quelle rapidité les décisions peuvent-elles être prises? Vous avez un plan, mais je présume que ce sont les autorités sanitaires locales qui vous fournissent l'information. Quel est le point de bascule?

De plus, comme le comité examinera la question des dossiers de santé électroniques au cours des prochains mois, et que la plupart des renseignements sur lesquels vous vous appuyez sont sans doute consignés ou se trouvent dans une base de données, j'aimerais savoir à quel point le système est bien développé. Pouvez-vous déterminer rapidement que nous sommes passés d'un scénario à un autre?

Ce sont mes questions, et j'invite tous les témoins à y répondre.

● (1125)

La présidente: Nous allons commencer par le Dr Plummer. Vous étiez avec nous pendant la pandémie, docteur Plummer. Nous avons travaillé en étroite collaboration à cette époque. Vous pourriez peut-être nous dire comment on détermine la présence d'une pandémie.

Dr Frank Plummer: Certainement, je serai heureux de le faire. Merci de poser la question.

Le Dr Spika est sans doute mieux placé que moi pour répondre à certaines questions.

On parle d'une épidémie lorsqu'on constate une augmentation du nombre de cas d'une maladie dans un endroit donné. On parle d'une pandémie lorsque la situation est généralisée, c'est-à-dire lorsqu'il y a épidémie partout. C'est la principale différence entre les deux termes du point de vue épidémiologique.

On en est venu à associer le mot « pandémie » à une éclosion très grave de grippe, comme en 1918, mais ce n'est pas vraiment la définition d'une pandémie. Il ne faut pas nécessairement que ce soit grave. C'est ce qui est à l'origine, je crois, des critiques qui ont été adressées notamment à l'OMS pour avoir utilisé ce mot, parce que la crise n'était pas aussi grave qu'elle aurait pu l'être, et certainement pas aussi grave qu'en 1918.

Je vais demander au Dr Spika ou aux autres témoins de répondre au reste de la question.

La présidente: Docteur Spika, pourriez-vous prendre le relais?

Dr John Spika: C'est une bonne question, et c'est un point qui a été soulevé sur de nombreuses tribunes.

Il y a deux aspects. Une grippe pandémique est causée, tout d'abord, par un nouveau virus. Il ne s'agit pas des virus saisonniers, mais d'un virus qui a subi une mutation radicale, si bien que notre réaction habituelle est plus sévère parce que la plupart d'entre nous n'ont jamais été exposés à cette souche. Il faut, de plus, que ce nouveau virus se transmette facilement d'une personne à une autre, comme la grippe saisonnière, et c'est la raison pour laquelle il se propage rapidement à l'échelle de la planète.

Selon la définition historique de l'OMS, le virus devait se propager dans différentes régions de l'OMS — il y en a six — avant de parler de pandémie. Du point de vue de la planification, nous sommes partis du principe que le nouveau virus viendrait de l'Asie du Sud-Est, d'où proviennent un grand nombre d'entre eux, et que nous n'avions donc pas besoin d'avoir un plan en place, ou que la pandémie serait déclarée avant que le virus n'arrive au Canada.

C'est en fait l'inverse qui s'est passé. Nous avons dû affronter la maladie avant même que l'on constate qu'il s'agissait d'une nouvelle souche, parce que des touristes canadiens se sont rendus au Mexique. Nous en avons eu un bon exemple en Nouvelle-Écosse où des élèves sont allés, je crois, en vacances au Mexique. Des habitants de la Colombie-Britannique y sont également allés. Lorsqu'on s'est rendu compte soudainement qu'il s'agissait d'une nouvelle souche, le virus se propageait déjà au Canada. Du point de vue de l'OMS, il ne s'agissait toutefois pas encore d'une pandémie parce que seule l'Amérique du Nord était touchée. Ce n'est qu'après que d'autres régions de l'OMS ont été touchées, notamment l'Europe, que l'organisation a déclaré officiellement qu'il s'agissait d'une pandémie.

Cela montre, en fait, que notre plan d'intervention doit être souple, et qu'il ne faut pas nécessairement attendre une déclaration officielle de l'OMS pour l'activer.

● (1130)

Mme Libby Davies: Me reste-t-il du temps?

La présidente: Votre temps est tout juste écoulé. Désolée.

C'est maintenant au tour de M. Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je viens tout juste de remarquer, docteur Corriveau, que vous nous quitterez à midi, et je tiens à vous poser une question.

Je sais que vous avez déjà occupé le poste d'administrateur en chef de la santé publique en Alberta. J'aimerais savoir pourquoi il est important, à votre avis, que les provinces et les territoires puissent établir leur propre liste de priorités en matière de vaccination au moment d'une pandémie.

Dr André Corriveau: J'aimerais tout d'abord apporter un complément d'information à ce que le Dr Spika a dit. Même si on parle d'un plan de lutte contre une pandémie, on réagit néanmoins à ce qui se passe sur le terrain.

Nous avons eu aussi, comme en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique, beaucoup de touristes qui rentraient du Mexique. Nous avons déjà déclenché l'alerte entre nous dans une certaine mesure. Dès que nous avons appris qu'une maladie inhabituelle se propageait au Mexique, nous avons organisé des conférences téléphoniques hebdomadaires, puis quotidiennes, pour suivre l'évolution de la situation.

Nous avons reçu des rapports des laboratoires provinciaux, celui de l'Alberta dans mon cas, nous informant que des gens avaient été diagnostiqués avec une nouvelle souche du virus de la grippe. Bien avant qu'on parle officiellement d'une pandémie, donc, nous avions déjà commencé à prendre des mesures. Nous n'avions pas encore de vaccins au moment de cette première vague de cas, naturellement, mais nous savions que nous étions en présence de quelque chose d'inhabituel et que nous devions réagir. Nous l'avons fait à l'échelle du pays. Nous avons élaboré les directives ensemble.

Votre question porte sur la souplesse nécessaire au niveau provincial. Premièrement, je crois que nous sommes frappés différemment. À titre d'exemple, l'Alberta a été la première province où des membres des Premières nations ont été touchés. Nous avons eu le premier décès. Nous avons eu le premier cas de maladie chez les éleveurs de porc. Nous avons connu beaucoup de premières. Il nous a donc fallu adapter le plan en conséquence.

Il s'agissait de réalités régionales, mais elles étaient également liées à la façon dont notre réseau de la santé est structuré. En Alberta, à l'époque, nous venions tout juste d'abolir les régies régionales de la

santé pour n'en former qu'une seule. Par conséquent, notre plan d'intervention était très différent de celui d'une province comme l'Ontario, où le réseau de la santé est organisé très différemment.

Même si nous avons tous adhéré au même plan et avons décidé de mettre en place une liste de priorités, la mise en oeuvre a été quelque peu différente. En Alberta, par exemple, nous avons décidé d'avoir recours aux cliniques de masse pour vacciner les gens, et même si nous précisions dans nos communiqués qui devaient se faire vacciner en premier, suivant le plan national conjoint, il n'y avait personne, au tout début, pour filtrer les cas à l'entrée, si bien que tous ceux qui se présentaient étaient immunisés.

C'est un élément qui peut avoir été différent dans les autres provinces, et ce, même si nous avons fourni les mêmes consignes à nos intervenants de première ligne, et que nous avons utilisé la même liste dans nos communiqués.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup, docteur Corriveau.

Docteur Spika, nous parlons du cadre. Comment le cadre d'établissement des priorités pour la vaccination est-il établi, et comment décide-t-on quels sont les groupes prioritaires?

Dr John Spika: Ce qui est intéressant au sujet du cadre, c'est qu'il n'y a pas de priorités comme telles. Il prévoit en fait des facteurs, tant éthiques qu'épidémiologiques, à prendre en considération pour déterminer quels groupes doivent figurer sur la liste. On parle ici du point de vue épidémiologique, c'est-à-dire ceux qui sont les plus touchés par la maladie, mais aussi ceux qui prennent soin des malades. De toute évidence, les travailleurs de la santé, ceux qui sont en contact direct avec les patients seront parmi les premiers vaccinés. Il faut à tout le moins assurer la prestation des soins. On ne veut pas renvoyer à la maison les gens qui se présentent à l'urgence.

Ce qui est intéressant au sujet des pompiers, c'est de savoir si on les considère comme des premiers intervenants ou comme un élément de l'infrastructure sociétale de base. Ils peuvent être classés à la fois dans les deux groupes suivant leurs responsabilités et la province ou le territoire.

La question est de trouver un équilibre, encore une fois, dans les mesures prises par le réseau de la santé publique. Où se situait surtout le fardeau médical par rapport aux personnes les plus susceptibles d'être touchées? C'était une distinction importante et c'est pourquoi toutes les administrations ont inscrit sur leur liste les femmes enceintes, les habitants des régions éloignées, les enfants en bas âge, car, comme on pouvait le constater, ils étaient souvent gravement atteints. Puis on avait la souplesse de s'adapter en fonction des groupes répertoriés sur le terrain.

● (1135)

M. Colin Carrie: Ces cadres sont-ils toujours utilisés au moment d'une pandémie? Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet? Je sais que ces situations ne se produisent pas souvent.

Dr John Spika: Nous avons déjà une sorte de plan en place depuis 1988, mais c'était après la troisième pandémie du XX^e siècle. Dans les faits, c'était la première fois que nous avons la possibilité de mettre le plan et le cadre à l'épreuve. Nous en avons tiré beaucoup d'enseignements. Ainsi, je suis convaincu qu'à l'avenir, à moins de pouvoir disposer d'un approvisionnement illimité de vaccins pour combattre toutes les souches du virus de la grippe, ou d'avoir les ressources médicales nécessaires pour vacciner tous les gens, nous aurons besoin d'un cadre pour établir, en fonction des données épidémiologiques, les personnes qui doivent être ciblées en premier.

La présidente: Merci beaucoup.

Le Dr Strang doit également nous quitter à midi, alors n'oubliez pas cela si vous avez des questions à lui poser.

Docteure Fry, c'est à votre tour.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Je tiens tout d'abord à remercier les témoins d'être avec nous pour discuter d'une question très importante pour nous tous.

Je sais pertinemment que l'agent causal fait partie des éléments qu'on examine lors d'une pandémie ou d'une épidémie. Vous devez tenir compte du mode de propagation, etc., dans l'application des principes de santé publique pour limiter la propagation ou trouver la meilleure façon de protéger les populations vulnérables.

Je vais vous poser une série de questions.

Avez-vous tiré des enseignements de la façon de réagir à la dernière épidémie de H1N1? Avez-vous le sentiment d'avoir tiré des leçons importantes? Procéderiez-vous différemment à l'avenir?

Si nous devons affronter une nouvelle pandémie, que ce soit de H1N1, de grippe, ou de toute autre maladie, établiriez-vous toujours une liste de priorités pour les gens qui doivent être protégés ou vaccinés? Les premiers intervenants devraient toujours être du nombre, à mon avis. Ce n'est pas seulement en raison du mode de propagation, car dans certains cas, ils ne sont pas susceptibles d'attraper la maladie si le mode de propagation est le contact avec le patient. Toutefois, ils doivent toujours être sur un pied d'alerte et être prêts à intervenir auprès de la population. S'ils tombent malades, cela ne nous aidera pas.

J'aimerais savoir si vous êtes d'accord avec l'idée de placer toujours les premiers intervenants sur la liste de priorités, dans tous les cas d'épidémie, en raison du rôle important qu'ils jouent au sein de la collectivité?

Voilà donc mes questions. Avez-vous tiré des enseignements? Faut-il toujours établir une liste de priorités lorsque survient une épidémie et les premiers intervenants devraient-ils toujours en faire partie compte tenu de la nature de leur travail, peu importe le mode de propagation, afin qu'ils puissent continuer à servir la population?

• (1140)

La présidente: Docteur Corriveau, je crois vous avoir vu lever la main. Voulez-vous répondre?

Dr André Corriveau: Oui, s'il vous plaît.

Nous avons beaucoup appris. La plupart des gouvernements, y compris le fédéral, ont cherché à savoir ce qui s'est produit durant la pandémie de 2009 et 2010, et ont reçu les recommandations de groupes consultatifs. Lorsque j'étais là-bas, le Health Quality Council of Alberta a procédé à cet examen et formulé une série de recommandations qui ont été acceptées par le gouvernement. Des mesures sont prises pour améliorer les choses. Je pense que nous savons tous maintenant comment mieux nous y prendre.

Je dois signaler qu'il s'agissait de la première pandémie pour laquelle nous avons un vaccin. Pour toutes celles qui ont précédé au XX^e siècle, ce n'était pas le cas. Nous avons également dû dresser des listes de priorité pour l'administration des antiviraux, car c'est tout ce qui était disponible lors de la première vague, exception faite des techniques d'isolement pouvant toujours être appliquées dans des cas semblables. Nous avons aussi tiré des enseignements à ce chapitre.

Je veux préciser en terminant que les premiers intervenants figuraient sur la liste. Ils n'étaient tout simplement pas en tête de peloton, car nous avons ciblé certains groupes présentant une

morbidity et des risques de décès plus élevés. Il faut se rappeler que certains malades se sont retrouvés dans une unité de soins intensifs. Plutôt que d'y passer deux ou trois jours chacun, ils pouvaient y séjourner jusqu'à deux ou trois semaines, mobilisant ainsi des lits qui n'étaient plus disponibles pour les autres types d'urgence. Nous avons considéré que c'était notre toute première priorité en matière d'immunisation.

La présidente: Merci, docteur Corriveau.

Voulez-vous que le Dr Spika réponde également?

L'hon. Hedy Fry: Oui, s'il souhaite le faire, mais j'ai encore quelques questions à poser.

La présidente: Allez-y, docteure Fry.

L'hon. Hedy Fry: Vous nous dites que les premiers intervenants figuraient sur votre liste lors de la dernière pandémie, mais il faudrait savoir combien de temps était nécessaire pour aller du haut de la liste jusqu'aux premiers intervenants? Était-ce une question d'une journée ou deux? Combien de temps il fallait attendre pour que les premiers intervenants soient immunisés?

Étant donné la facilité des transports et les déplacements planétaires, nous savons que les pandémies ne seront plus un phénomène isolé. Elles vont malheureusement devenir chose courante. Allez-vous chercher à identifier la cause à partir du moment où vous disposez d'un vaccin, si tel est le cas? Allez-vous désormais toujours prévoir des mesures pour les premiers intervenants? Allez-vous commander suffisamment de vaccins pour que les premiers intervenants grimpent dans la liste des personnes à immuniser en priorité? Estimez-vous cela important?

J'insiste à nouveau sur le fait que les premiers intervenants jouent un rôle essentiel au sein de nos collectivités. Ce sont eux qui éteignent les incendies, par exemple. Ils doivent être en forme et en santé pour accomplir leur travail.

Qu'en pensez-vous? Combien de temps s'est écoulé entre la vaccination des personnes figurant au sommet de la liste prioritaire et l'immunisation des premiers intervenants?

Dr John Spika: Cela pouvait varier d'une région à l'autre. Peut-être que le Dr Strang et le Dr Corriveau pourraient vous indiquer quelle était la situation pour leur part. Je dirais que ça pouvait aller d'une immunisation des premiers intervenants dès la première semaine de disponibilité du vaccin jusqu'à un délai de trois ou quatre semaines dans un cas particulier.

L'hon. Hedy Fry: Est-ce que le Dr Strang souhaite ajouter quelque chose?

Dr Robert Strang: Je pourrais ajouter quelques détails.

En Nouvelle-Écosse, nous avons commencé à vacciner les gens le 30 octobre et toute la population pouvait se faire immuniser à compter du 20 novembre. Je me souviens très bien que nous avons pris les décisions nécessaires en tenant compte des premiers intervenants. Nous n'avons toutefois pas inclus les policiers ou les pompiers dans nos premiers ajouts à la liste prioritaire. Ce n'est pas que ces gens-là ne jouaient pas un rôle important, mais, comme l'indiquait le Dr Corriveau, nous devions protéger en priorité ceux qui risquaient le plus de contracter la maladie. Nous devions préserver le système des soins de santé, mais nous reconnaissons également la nécessité d'immuniser les policiers et les pompiers afin d'assurer la protection de l'infrastructure sociale dès qu'il y aurait suffisamment de vaccins disponibles.

Si nous n'avions pas obtenu suffisamment de vaccins pour assurer l'immunisation de tous les Néo-Écossais à compter du 20 novembre, je peux vous dire que notre prochain geste aurait été d'inclure d'autres sous-groupes parmi lesquels on aurait trouvé les pompiers et les policiers.

• (1145)

La présidente: Merci beaucoup. Si vous pouviez seulement conclure. Nous avons pas mal dépassé le temps alloué.

L'hon. Hedy Fry: D'accord, merci.

La présidente: Nous passons à Mme Block.

Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC): Je veux joindre ma voix à celle de mes collègues pour souhaiter la bienvenue à tous nos invités d'aujourd'hui.

Docteur Corriveau, je crois que c'est vous qui avez dit dans vos remarques préliminaires que la planification de la lutte contre la pandémie est un processus épidémiologique fondé sur les faits, ce qui guide votre prise de décisions. Est-ce que les gouvernements ont élaboré différents plans en la matière?

Dr André Corriveau: Le plan est établi dans une perspective plus générale. Je pense que le Dr Spika a souligné que le plan offre un cadre décisionnel pour l'établissement des priorités. On n'y indique toutefois pas quels groupes viendront en premier, en deuxième et en troisième. Il faut attendre le déroulement des événements et les éléments d'information qui deviennent disponibles au fur et à mesure. La plupart de ceux qui parmi nous ont accès à un laboratoire de santé publique pouvions consulter les résultats des tests dès le matin suivant. Nous pouvions ainsi compter sur un inventaire évolutif. Nous mettions en commun ces renseignements dans l'ensemble du pays. Les gens de la Nouvelle-Écosse savaient pratiquement en temps réel ce qui se passait en Alberta, et vice versa. C'était déjà tout un exploit et la situation ne va que s'améliorer grâce au perfectionnement de nos systèmes d'information. Il s'agissait ensuite de prendre les décisions qui s'imposaient.

Par exemple, si nous avions su en 1918-1919 que le taux de mortalité était plus élevé chez les jeunes adultes de 20 à 35 ans, l'ordre de priorité aurait été bien différent de celui qui a été convenu. Nous avons constaté que des femmes pouvaient être très malades, que de jeunes enfants se retrouvaient aux soins intensifs et que les Autochtones étaient touchés davantage que les autres, comme nous avons pu le voir dans les actualités. La liste définitive a été établie en fonction de ces observations, mais avec un résultat qui aurait pu être différent s'il s'était agi d'un autre virus ou d'une autre forme de maladie.

La présidente: Docteur Plummer, je crois que vous avez levé la main.

Dr Frank Plummer: Non.

La présidente: D'accord, merci. Plus moyen de se gratter l'oreille sans attirer l'attention.

Docteur Spika.

Dr John Spika: À mon sens, c'est l'une des principales leçons tirées de la dernière pandémie. C'est d'ailleurs ressorti très clairement du rapport du Sénat. Notre plan aurait dû être plus souple et évolutif.

Nous nous efforçons d'effectuer les ajustements requis. Plutôt que de nous limiter à un scénario unique, nous en envisageons quatre différents avec un impact global pouvant être faible ou très marqué, de telle sorte que les gouvernements puissent mieux planifier en fonction des divers degrés d'interventions requis.

Mme Kelly Block: Merci beaucoup. C'est une excellente introduction pour la prochaine question que je souhaite vous poser.

Dans vos remarques préliminaires, vous avez fait un bref historique des différentes pandémies avec lesquelles nous avons dû composer. En 1968, c'était la grippe de Hong Kong. Vingt ans plus tard, le PCLPI était établi. J'aimerais savoir ce qui, au cours de ces 20 années, a pu se produire pour inciter le gouvernement fédéral à créer le PCLPI.

Puis en 2009, la grippe H1N1 nous a frappés. C'était la première grande crise de santé publique permettant de mettre à l'essai le PCLPI. Vous nous avez déjà parlé de l'un des enseignements tirés, mais pourriez-vous nous faire part aujourd'hui d'autres leçons apprises de la pandémie de H1N1 avant que le rapport ne soit rendu public?

• (1150)

Dr John Spika: C'est une question intéressante.

Le Canada était parmi les chefs de file en matière de planification de la lutte contre la pandémie. Ce n'est pas comme si nous avions du retard à rattraper par rapport à tout le monde en 1988. Nous avons été les premiers, peut-être avec les gens du Royaume-Uni, à nous pencher sur la question. C'est simplement parce que l'on ne s'était pas arrêté à réfléchir à l'approche à adopter.

Si on veut parler de enseignements tirés, l'un des éléments clés est le plan d'action établi conjointement par Santé Canada et l'ASPC en réponse à l'examen du comité sénatorial. À partir de ce cadre, nous avons pu cerner les secteurs où une intervention était requise.

À titre d'exemple, il fallait renforcer la capacité intergouvernementale. Nous travaillons en ce sens de manière à mobiliser les différentes parties prenantes et à moduler nos interactions avec les gouvernements aux fins de l'élaboration d'un nouveau plan de lutte contre la pandémie.

L'échange de renseignements est un autre exemple. Nous travaillons avec les gouvernements provinciaux et territoriaux en vue de conclure des ententes sur la manière dont les renseignements peuvent être mis en commun, surtout en temps de crise, mais aussi d'une façon générale, car c'est probablement là où on en a le plus besoin. Nous poursuivons les communications et les essais à l'égard de nos rôles et de nos responsabilités en matière de gestion des situations d'urgence à l'échelle fédérale.

Cet examen a en outre soulevé la problématique de notre capacité à communiquer des renseignements complexes à la population de façon compréhensible. Nous travaillons également à apporter des améliorations à ce chapitre.

La présidente: Merci beaucoup. Il vous reste environ 30 secondes.

Mme Kelly Block: C'est bien.

La présidente: D'accord. Merci beaucoup.

Comme je vous le disais tout à l'heure, le Dr Hanley va se joindre à nous. Nous interrompons nos travaux à midi pile, car deux des médecins devront nous quitter et un autre fera son entrée.

Comme il nous reste un peu de temps, nous allons commencer un tour à cinq minutes. Nous débutons avec le Dr Sellah.

[Français]

Mme Djaouida Sellah (Saint-Bruno—Saint-Hubert, NPD): Merci, madame la présidente.

Je remercie de leur contribution à ce très important débat tout d'abord Dr Spika, qui est parmi nous, mais aussi les autres témoins qui participent à la séance par vidéoconférence.

J'ai écouté avec attention ce que disait Dr Spika. Il a mentionné que deux groupes de leadership s'impliquaient en cas de pandémie. On sait qu'il y a le réseau des médecins de santé publique. Il a également parlé des médecins hygiénistes.

Nous avons l'occasion de bénéficier de la présence de Dr Robert Strang, de la Nouvelle-Écosse. Je connais le rôle d'un hygiéniste, mais pour le commun des mortels, j'aimerais que Dr Strang nous explique ce que fait un médecin hygiéniste. Tout le monde connaît peut-être le rôle d'un hygiéniste dentaire, mais pas celui d'un médecin hygiéniste qui interviendrait en cas de pandémie dans le processus de vaccination.

Docteur Strang, pourriez-vous nous éclairer un peu plus à cet égard?

[Traduction]

Dr Robert Strang: Certainement. Les deux groupes en question étaient le Conseil du Réseau pancanadien de santé publique et le Conseil des médecins hygiénistes en chef. Comme je l'ai indiqué, ces deux groupes étaient déjà des chefs de file en matière de santé publique et ont été mobilisés conjointement aux fins de nos interventions.

Chaque province et territoire a son médecin hygiéniste en chef. Nous sommes les premiers responsables de la santé publique dans nos provinces respectives. En vertu de différentes lois en matière de santé ou de protection de la santé, nous sommes dûment autorisés à prendre certaines mesures et à conseiller nos élus. Lorsque la santé de la population est en péril, nous disposons d'une certaine autonomie pour prendre les mesures qui s'imposent. Nous pouvons déléguer une partie de ces pouvoirs à nos médecins hygiénistes et à leurs régies régionales de la santé qui peuvent mandater à leur tour le personnel de première ligne, comme les infirmières et les inspecteurs en santé publique.

• (1155)

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Ma prochaine question s'adresse à tout le monde.

Selon l'appendice de l'annexe D, le cadre de priorisation des vaccins pandémiques du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé précise que « le degré nécessaire de définition de l'ordre de priorité sera directement lié au taux de production du vaccin, ce qui ne sera pas connu avant le début de la production ».

Lors d'une écloison d'influenza, est-ce que l'Agence de la santé publique du Canada publie habituellement une liste officielle des priorités? Le cas échéant, à quelle étape d'une pandémie celle-ci est-elle communiquée? À quelle autorité la liste est-elle expédiée? S'agit-il des gouvernements provinciaux, territoriaux ou locaux? J'aimerais avoir une réponse à cette question, s'il vous plaît.

[Traduction]

La présidente: Qui veut répondre à cette question?

Docteur Spika.

Dr John Spika: En général, ce sont les différents gouvernements qui déterminent la manière dont les vaccins seront distribués dans les collectivités et qui sera vacciné en priorité. Certains gouvernements, comme celui de l'Ontario, n'administrent le vaccin qu'à des groupes sélectionnés, plutôt qu'à l'ensemble de la population, même pour la

grippe saisonnière, alors que d'autres ont des programmes universels d'immunisation.

Dans le cas du vaccin pour l'influenza, nous n'établissons une liste prioritaire qu'en cas de pénurie. C'est une décision qui incombe à chaque gouvernement en fonction de sa situation particulière. Cela soulève une question intéressante en cas de pénurie de vaccins autres que celui pour l'influenza. Les différentes instances doivent alors travailler de concert, et je vous assure qu'elles le font, pour déterminer comment elles vont composer avec cette pénurie. Parfois, il faut essayer d'obtenir le vaccin d'un autre fournisseur. À cet égard, je dois admettre qu'il y a encore du travail à faire. C'est une autre problématique qui a été soulevée dans le cadre de notre réflexion sur notre programme national d'immunisation. Comment pouvons-nous prévoir les mesures nécessaires pour atténuer les pénuries de vaccins et nous ajuster tous ensemble lorsqu'elles se produisent?

Nous avons un cadre d'intervention en cas de pandémie. Pour ce qui est de l'établissement des priorités, nous n'y verrons qu'au moment où la prochaine pandémie se produira.

La présidente: Merci beaucoup. Vous n'avez plus de temps, docteure Sellah. Je vous en ai même laissé un peu plus que prévu.

Le Dr Corriveau et le Dr Strang doivent nous quitter à midi, et il est midi moins une.

Nous vous remercions grandement d'avoir bien voulu participer à notre étude sur ce sujet très important. Nous vous sommes reconnaissants pour le temps que vous nous avez consacré.

Nous allons interrompre nos travaux quelques minutes, le temps que le Dr Hanley se joigne à nous. Nous écouterons la déclaration du Dr Hanley avant de passer à un tour de questions où chacun aura droit à cinq minutes.

Désolée de vous faire attendre, docteur Plummer, mais nous devrions être de retour sous peu.

•

_____ (Pause) _____

•

• (1200)

La présidente: Le comité va reprendre ses travaux.

Le Dr Hanley est en ligne avec nous.

Vous pouvez m'entendre, docteur Hanley?

Dr Brendan Hanley (médecin hygiéniste en chef, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Yukon): Oui, je vous entends très bien.

La présidente: Docteur Plummer, êtes-vous en ligne également?

Dr Frank Plummer: Oui.

La présidente: Merci beaucoup.

Notre comité a repris ses travaux.

Je remercie nos deux témoins pour leur participation à cette importante étude.

Docteur Hanley, comme vous le savez, le comité a entendu les exposés d'autres témoins avant votre arrivée. Nous sommes ensuite passés à un tour de questions en sept minutes avant d'amorcer le tour en cinq minutes. Nous allons poursuivre ce second tour après votre exposé.

Nous sommes très heureux que vous ayez pu participer à notre séance. Vous avez 10 minutes. Nous vous écoutons, docteur Hanley.

Dr Brendan Hanley: Merci de me donner l'occasion de prendre la parole devant vous. Je vais être bref et je ne vous rebattrai pas les oreilles avec des choses que vous avez déjà pu apprendre en consultant le plan national en cas de pandémie et d'autres sources.

Le Yukon a son propre plan général de lutte contre la pandémie que l'on a révisé au cours de celle de H1N1 en 2009 en intégrant les enseignements tirés des premiers moments de cette crise.

Il faut que les membres du comité gardent à l'esprit que nous sommes un territoire qui ne compte que 35 000 résidents. Les Autochtones forment le quart de notre population. Nous n'avons donc pas accès chez nous à une grande capacité de recherche et d'analyse ou à une expertise scientifique locale comme on peut le voir dans les provinces. Nous avons cependant d'excellentes relations de travail avec nos collègues du Sud. La petite taille de notre territoire a par ailleurs pour avantage de permettre l'établissement de liens étroits entre les dirigeants politiques et les responsables et intervenants en santé publique. Bref, nous estimons pouvoir faire le nécessaire lorsque la situation l'exige.

Nous avons participé aux discussions nationales sur l'établissement des priorités de vaccination lors de la pandémie de 2009. Il s'agissait de déterminer la meilleure façon de protéger la population au moyen de quantités limitées de vaccins. Il faut savoir au départ ce qu'on entend par protéger la population. S'agit-il de protéger le bon fonctionnement de la société? Faut-il protéger les plus vulnérables? Est-ce la protection des enfants? Doit-on protéger le plus grand nombre possible d'années de vie dans l'ensemble de la population?

Dans la motion adoptée par le comité permanent, il est question de l'épidémiologie de la pandémie. Quels aspects importants de la pandémie de 2009 faut-il prendre en compte pour établir un ordre de priorité? Je vous dirais qu'il faut considérer les éléments suivants. L'influenza était plutôt bénigne, quoique sévère à l'occasion, surtout pour les personnes ayant des maladies sous-jacentes. Certains indices révèlent une plus grande vulnérabilité chez les Autochtones. Comme il y avait eu une première vague de pandémie, un nombre indéterminé de personnes étaient sans doute déjà immunisées. Les aînés bénéficiaient de l'immunisation résiduelle découlant d'une exposition antérieure à des virus d'influenza semblables.

Vous êtes à même de constater que ces différents éléments peuvent influencer sur l'établissement des priorités. Il faudrait donc en pareil cas porter un intérêt tout particulier aux Autochtones et aux personnes souffrant de maladies sous-jacentes, et peut-être placer plus loin dans la liste les personnes âgées et celles assurant le bon fonctionnement de la société.

Outre l'épidémiologie, il y avait un autre élément déterminant dans le processus. Compte tenu de la quantité de vaccins disponibles, il a fallu mettre les bouchées doubles à l'arrivée de la deuxième vague. Le temps faisait foi de tout en 2009.

Au Yukon, comme dans les autres territoires du Nord, on s'est rendu compte à un moment donné que l'on disposait d'un énorme avantage qui faisait en sorte que nous n'étions pas véritablement partie prenante dans les discussions approfondies et angoissantes au sujet des listes de priorité. En raison de notre faible population, nous avons reçu en un seul envoi tous les vaccins nécessaires pour la pandémie de H1N1 en 2009. De plus, nous avions les dispositifs en place pour pouvoir vacciner les gens très rapidement.

Plutôt que de faire un tri en fonction de la vulnérabilité, de l'âge, du sexe et de la profession, nous avons jugé plus efficace d'offrir le vaccin à toute la population. Nous croyons que notre stratégie a bien

fonctionné. En deux semaines à peine, 50 p. 100 de notre population était vaccinée, et très peu de personnes ont demandé à l'être dans les semaines suivantes.

Comme la motion mentionne expressément les pompiers, je peux vous dire ce qui suit.

D'une manière générale et aux fins de la planification à venir, il convient de trouver le juste équilibre entre la protection des premiers intervenants et des fournisseurs de services essentiels comme les services médicaux d'urgence, la police et les pompiers, et l'immunisation des éléments les plus vulnérables de la population.

L'établissement de l'ordre de priorité dépendra bien évidemment de l'épidémiologie de la prochaine pandémie et d'éléments comme la vulnérabilité accrue de certains groupes d'âge; le degré de transmissibilité; le taux de maladies graves; la demande prévue pour les cliniques et les centres de santé ruraux, les services médicaux d'urgence, les urgences des hôpitaux et les services aux hospitalisés; et le moment où le vaccin sera effectivement disponible en fonction de l'évolution de la pandémie.

Quant à l'importance de protéger le fonctionnement normal de la société, nous devons tous convenir qu'il nous faut continuellement revoir notre définition des services essentiels.

Vous savez peut-être que les communications ont été entièrement coupées au Yukon il y a environ deux semaines. À quoi sert un service 911 en l'absence de lignes téléphoniques, d'un réseau cellulaire ou d'Internet? C'est un exemple qui illustre bien à quel point il peut être complexe d'attribuer des valeurs aux différents rouages de la société. Dans un tel cas, on se préoccupe surtout de la santé des travailleurs chargés de rétablir les communications.

●(1205)

En résumé, je peux vous offrir quelques leçons que j'ai retenues.

Tout d'abord, plutôt que d'être fondée uniquement sur les valeurs, il est essentiel que la priorisation soit fondée sur un cadre éthique doté d'un système de reddition de comptes et soit exempte de parti pris, comme devrait l'être tout bon processus démocratique.

Deuxièmement, la technologie peut tout changer. Le Canada doit être un chef de file dans l'investissement dans les technologies d'immunisation en vue de la prochaine pandémie, peu importe quand elle se déclenche. J'espère que nous n'attendons pas encore que les poulets pondent des oeufs dans lesquels nous pouvons produire les souches virales nécessaires à la mise au point du vaccin.

Troisièmement, même lorsque les approvisionnements sont limités, on devrait se pencher sur les pratiques non efficaces et sur les problèmes sociétaux inhérents à l'attribution de valeurs et de priorités. On peut tirer des leçons du Nord, où l'on a eu la chance de profiter d'une pratique efficace, démocratique et équitable qui a permis l'accès à grande échelle et l'immunisation rapide de la population dans son ensemble.

J'ai terminé. Merci beaucoup.

La présidente: Docteur Hanley, je pense que vous en avez dit beaucoup et que c'était très expressif et pertinent. Merci beaucoup.

Nous allons revenir aux séries de questions de cinq minutes. Monsieur Strahl.

M. Mark Strahl (Chilliwack—Fraser Canyon, PCC): Merci, docteur Hanley. J'aimerais aussi remercier les témoins du premier groupe qui sont toujours avec nous.

Je me souviens de l'épidémie de 2009, surtout parce que j'étais le père d'un enfant de cinq ans; il célèbre d'ailleurs son huitième anniversaire aujourd'hui. Je me souviens qu'à l'époque, la population était très inquiète au sujet des groupes désignés vulnérables. J'étais certainement reconnaissant qu'on ait donné la priorité aux jeunes enfants, ou qu'ils faisaient au moins partie des priorités en Colombie-Britannique.

Étant donné que nous étudions cette motion en lien avec la question des pompiers, si nous rendons obligatoire la vaccination de personnes qui ne sont pas nécessairement vulnérables selon l'épidémiologie, cela ne pose-t-il pas un risque supplémentaire pour ceux qui sont vulnérables?

Encore une fois, si l'on se fonde sur l'épidémiologie et la disponibilité d'un vaccin, et que l'approvisionnement est limité, ne pensez-vous pas que nous devons faire preuve de souplesse, pour veiller à traiter ceux qui en ont le plus besoin et à ne pas rendre impuissants, sur le plan politique, les responsables en matière de santé publique en les obligeant à faire vacciner ceux qui pourraient ne pas en avoir besoin à l'avenir?

La présidente: Je présume que cette question s'adresse au Dr Hanley.

M. Mark Strahl: Au Dr Hanley ou au Dr Spika.

La présidente: Docteur Hanley, aimeriez-vous répondre à la question?

Dr Brendan Hanley: Oui, bien sûr.

À mon avis, le mot clé est « politique ». Je le répète, il faudra atteindre un équilibre entre la préservation de la fonction sociétale et la protection des gens les plus vulnérables. Je ne pense pas qu'il y ait une réponse unique. Ce sont deux fonctions essentielles, et la progression de la pandémie nous aidera à déterminer celle qui sera privilégiée.

Encore une fois, c'est là où nous avons besoin d'un cadre éthique. Nous devons tenir la politique à distance et laisser les responsables en matière de santé publique... Il y aura un débat, mais il faut qu'il soit fondé sur les valeurs de la santé publique et doté d'un cadre éthique en matière de santé publique.

• (1210)

La présidente: Merci, docteur Hanley.

Docteur Spika, étant donné vos connaissances étendues, aimeriez-vous faire un commentaire?

Dr John Spika: La seule chose que j'aimerais ajouter, c'est que dans 10 ans, nous arriverons peut-être à offrir un premier vaccin en 12 semaines plutôt qu'en 22 semaines, comme cela a été le cas en 2009, car la technologie s'améliore.

En effet, dans l'ensemble, notre approche doit être souple pour qu'on puisse l'adapter à ce que nous apprenons au fil des événements.

Je suis d'accord avec vous. Étant donné que la technologie change constamment et que nous ne savons pas comment le virus va évoluer, il faut s'attendre à l'inattendu en ce qui concerne les pandémies de grippe. Cela ne s'applique pas seulement aux pandémies de grippe, mais les événements de 2009 ont défié nos prédictions.

D'une façon ou d'une autre, j'appuie vos commentaires.

La présidente: Il vous reste une minute.

M. Mark Strahl: Dans le même ordre d'idée, si nous cherchons à décider qui fera partie du premier groupe à être vacciné si les vaccins

sont limités, je pense qu'à l'échelon fédéral, il faut veiller à ne pas imposer cette exigence aux provinces et aux territoires.

Après l'examen de 2009, certaines provinces ont-elles dit qu'elles auraient préféré que le gouvernement fédéral établisse les priorités en ce qui concerne les vaccins, ou ont-elles dit qu'elles préféreraient que cette décision leur revienne?

Dr John Spika: Elles n'ont pas fait savoir qu'elles voulaient plus de directives à ce sujet. Je crois que le processus s'est déroulé de façon admirable à l'époque du H1N1, car tous les territoires et les provinces ont collaboré; nous nous sommes entendus sur le cadre stratégique et nous leur avons donné une certaine marge de manoeuvre qui leur a permis de s'adapter à l'échelle locale. En réalité, même si nous avons assez de vaccins, nous pourrions manquer de personnel pour les administrer.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à M. Morin.

[Français]

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Je remercie beaucoup les témoins d'être ici.

Dans le rapport du comité sénatorial intitulé « La réponse du Canada à la Pandémie de grippe H1N1 de 2009 », le comité a formulé la recommandation 15, que voici:

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

À propos de cette recommandation, j'aurais une question à poser à l'un des représentants de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le rapport a été déposé en décembre 2010. Cette recommandation a donc été faite il y a près de deux ans. Quels sont les progrès que vous avez faits à cet égard avec le ministère des Affaires indiennes? Avez-vous pu implanter cela? Cette recommandation a-t-elle fait du chemin?

[Traduction]

Dr John Spika: On collabore certainement avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, mais j'aimerais mieux rediriger la question à Santé Canada, car nous ne participons pas directement à ce projet.

• (1215)

[Français]

M. Dany Morin: D'accord. J'ai posé la question parce que le nom de votre agence y figurait. Toutefois, je vais poser ma question à un représentant de Santé Canada.

Les populations autochtones m'intéressent beaucoup, surtout en ce qui a trait à leur santé. J'ai donc d'autres questions auxquelles la personne la plus compétente pourrait répondre.

Plus tôt, on mentionnait que les...

[Traduction]

La présidente: Monsieur Morin, j'aimerais souligner qu'il s'agit d'une très bonne question. Nous avons invité les représentants du ministère de la Santé à comparaître, et ils nous ont répondu que cela ne relevait pas de leurs compétences. Vous aurez peut-être l'occasion de leur poser la question s'ils comparaissent à nouveau.

Vous avez donné une réponse valable, docteur Spika. Je sais que vous n'essayez pas d'éviter la question; elle ne relève tout simplement pas de vos compétences. Cela pourrait vous aider un peu.

[Français]

M. Dany Morin: Je vous remercie de la suggestion.

Je vais continuer avec mes prochaines questions. Y a-t-il des professionnels autochtones qui sont à la table de discussion concernant la détermination des sous-groupes prioritaires? Puisque les populations autochtones sont différentes et ont des besoins particuliers, car leur santé est plus vulnérable que celle du reste de la population, je suppose que vous avez une approche différente à leur égard. Pourriez-vous m'en parler plus longuement? Comment modifiez-vous les sous-groupes, quand on parle des populations autochtones, surtout au chapitre des modes d'intervention? Évidemment, les gens qui vivent dans une réserve autochtone n'ont pas nécessairement les ressources financières ou humaines qualifiées pour mettre en oeuvre les recommandations et le plan d'exécution relatif à la pandémie.

[Traduction]

Dr John Spika: Ce sont de bonnes questions.

En ce moment, pour ce qui est d'élaborer un nouveau plan de lutte contre la pandémie qui réponde aux préoccupations soulevées dans le rapport du Sénat, nous avons surtout travaillé avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec certains groupes d'intervenants, pour élaborer le corps principal du plan. Nous espérons que cette partie sera envoyée au moins à nos intervenants dans les provinces et les territoires cet automne. Notre approche consiste à faire participer de façon plus générale, au printemps, tous les groupes d'intervenants à la partie principale du document-cadre.

Cela dit, nous donnons aussi la priorité à certains volets du développement, dont l'un est lié aux vaccins, à l'utilisation d'antiviraux — en ce moment, des enjeux liés aux Premières nations et aux groupes autochtones —, ainsi qu'aux volets des communications et des réseaux de laboratoires. À mon avis, ils seront examinés au cours de l'année prochaine.

De notre point de vue, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a certainement participé à ce processus de planification. À ce moment-ci, nous n'avons pas engagé directement les groupes des Premières nations dans cette consultation, mais c'est pour bientôt.

La présidente: Merci, monsieur Morin.

Nous allons maintenant passer à M. Lobb.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Lorsqu'une municipalité planifie le développement d'un lac ou d'une rivière, elle examine les possibilités d'inondation et d'autres facteurs sur une période de 100 ans. Dans vos travaux de planification, je suis certain que vous faites aussi des projections concernant les pandémies sur une période de 100 ans.

Pourriez-vous nous en parler un peu?

Dr John Spika: En général, il y a trois ou quatre pandémies par siècle. Au cours des 400 dernières années, les événements qui

ressemblent à des pandémies se sont produits à cette fréquence. À notre connaissance, elles sont toutes différentes, de l'épidémie la plus grave qui s'est déclenchée en 1918 à celle, peut-être parmi les moins graves, qui s'est propagée en 2009.

J'imagine que dans la version précédente du plan de lutte contre la pandémie, nous avons tenté d'utiliser le scénario le plus probable.

M. Ben Lobb: À mon avis, si vous examinez les occurrences d'un événement sur une période de 100 ans, par exemple, une pandémie, si vous prenez le pire cas — même si vous avez utilisé 1968 comme exemple — et que vous déterminez, de façon pratique, qui se retrouverait sur la liste prioritaire, il y aurait les pompiers, les policiers, les services médicaux d'urgence. Ils sont tous déjà sur la liste prioritaire, et je sais que les services médicaux d'urgence y sont aussi, alors est-ce possible qu'un plan d'une durée de 100 ans ne soit pas suffisant?

Je ne vois aucun militaire sur cette liste. Il est possible qu'on fasse aussi appel à l'aide des militaires dans le cas d'un événement qui se produit tous les 100 ans. J'aimerais savoir pourquoi aucun membre des forces militaires ne se trouve sur cette liste.

• (1220)

Dr John Spika: Le domaine de la santé publique n'est pas responsable des militaires. Ils achètent leurs propres vaccins. Ils ont décidé quels vaccins ils voulaient obtenir. Ils ne sont pas sur la liste de la santé publique, mais ils reçoivent certainement le vaccin et établissent leurs propres priorités.

M. Ben Lobb: Ils vont établir des priorités dans le cadre de leur structure.

Dr John Spika: C'est exact. Certains groupes qui sont...

M. Ben Lobb: En théorie, dans ce cas, et pour clarifier les choses, obtiendraient-ils le vaccin avant les gens qui sont sur la liste prioritaire, ou l'obtiendraient-ils en même temps?

Dr John Spika: En ce qui concerne l'achat du vaccin, ils ont obtenu leur propre approvisionnement. Une partie de l'ensemble des vaccins disponibles était destinée aux militaires.

M. Ben Lobb: Docteur Hanley, supposons que nous avons ajouté les pompiers et les policiers. Supposons que nous avons ajouté absolument tous ceux à qui nous pouvions penser — par exemple, les membres de la Garde côtière, tout le monde. Nous ajoutons tout le monde à la liste prioritaire. Qu'est-ce qui oblige le gouvernement à ajouter tous ces gens à la liste prioritaire? Vous avez la liberté de choisir ceux que vous ajouterez et ceux que vous n'ajouterez pas, n'est-ce pas?

Dr Brendan Hanley: Oui, c'est exact. Je ne comprends pas vraiment votre question.

M. Ben Lobb: Nous avons parlé un peu des aspects politiques liés à la motion. J'imagine que ce que j'allais dire, c'est que si je modifiais la motion du député afin d'ajouter tous ceux qui étaient sur la liste secondaire à la liste prioritaire, vous, en tant que gouvernement du Yukon, ne seriez pas tenu d'accepter cette liste, c'est-à-dire la liste prioritaire sur laquelle on a ajouté tout le monde. Vous avez compétence indépendante à ce sujet, n'est-ce pas?

Dr Brendan Hanley: C'est ce que je crois.

Évidemment, ma position est aussi indépendante de celle du gouvernement du Yukon. D'après ce que je comprends, lors d'une urgence médicale, je donnerais mon avis et mes directives au gouvernement du Yukon et nous prendrions probablement nos propres décisions.

Toutefois, il serait très important d'harmoniser nos interventions avec celles organisées dans le reste du pays, et c'est pourquoi les discussions nationales auxquelles a fait référence le Dr Spika sont importantes; à notre avis, elles ont été menées avec succès en 2009. Si une province ou un territoire fait quelque chose qui est complètement différent des autres, cela devient un problème pour tout le monde et c'est difficile à gérer. Ainsi, même si nous n'y sommes pas obligés, on pourrait être encouragé par les pairs à s'harmoniser avec le reste du pays.

La présidente: Merci beaucoup.

Votre temps est écoulé, monsieur Lobb.

Nous allons maintenant passer à M. Kellway.

M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD): Merci, madame la présidente. Je remercie aussi tous les témoins d'être ici aujourd'hui.

L'une des raisons essentielles qui justifient la nécessité d'une liste prioritaire semble être l'approvisionnement en vaccins. Je me pose deux questions. Quelqu'un pourrait-il m'expliquer comment fonctionne le processus d'approvisionnement?

Docteur Spika, je pense que vous avez parlé de nouveaux virus; je présume donc qu'il faut mettre au point des vaccins en réponse à un virus précis. J'aimerais que vous m'expliquiez très brièvement à quoi ressemble ce processus, et si le plan de lutte contre la pandémie prévoit quelque chose pour accélérer la chaîne d'approvisionnement.

De plus, il y a la question des compétences, c'est-à-dire déterminer si c'est le gouvernement fédéral ou les provinces et les territoires qui contrôlent la chaîne d'approvisionnement et l'obtention du vaccin.

Enfin, décide-t-on où envoyer le vaccin selon un système de priorisation fondé sur des facteurs géographiques? Accordons-nous la priorité à des endroits où le virus de la grippe pourrait entrer au pays?

• (1225)

Dr John Spika: Je vais vous donner un bref cours sur la vaccination.

Lorsque le virus de la grippe émerge, il faut mettre au point un nouveau vaccin. C'est un peu plus compliqué, c'est-à-dire que le virus est un peu différent du virus standard annuel. Il faut passer par un processus d'approbation géré par le régulateur.

En général, si on utilise la technologie fondée sur les oeufs, il faut de 20 à 22 semaines entre l'apparition du virus et la mise en marché du vaccin. Cela s'applique seulement à la technologie fondée sur les oeufs. Il est possible de retrancher environ quatre semaines en utilisant une technologie fondée sur la culture cellulaire. Si nous utilisons certaines des nouvelles technologies fondées sur l'ADN, nous pourrions peut-être réduire ce temps de moitié. En fait, le Canada a été le premier pays au monde à développer une capacité nationale pour mettre au point un vaccin qui répond à ses besoins en cas de pandémie.

Ce ne sont pas tous les vaccins dont nous avons besoin dans une semaine; nous devons attendre que le vaccin soit disponible. La capacité dont nous disposons dans le contrat initial, à l'époque, était d'environ huit millions de doses par mois. Cela a été mis en oeuvre vers 2000-2001. La capacité de production a été augmentée pour

nous permettre de produire environ 12 millions de doses par mois, mais nous n'avons pas atteint 30 millions de doses par mois. Nous n'avons pas assez de vaccins pour tous les Canadiens un mois après la pandémie. Nous avons aussi eu cette période d'attente.

Il faut se rendre compte que même dans une situation dans laquelle nous étions en mesure de produire des vaccins plus tôt, la première vague était déjà passée lorsque le vaccin a été prêt. Nous avons commencé à vacciner la population seulement lorsque la deuxième vague arrivait à son sommet. Il y a eu des délais. La demande était présente. Il fallait aussi avoir l'infrastructure nécessaire pour vacciner les gens.

En ce qui concerne les provinces et les territoires, il est convenu que c'est divisé selon les populations. Les trois territoires représentent la seule exception. Étant donné leur faible population, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont tous obtenu leur vaccin en même temps. Là-bas, le nombre de doses reçues n'a pas donné lieu aux préoccupations liées à la priorisation auxquelles les provinces ont dû faire face. Ces territoires ont reçu toutes leurs doses en une seule fois. Ils devaient seulement prioriser en fonction de leur capacité de vacciner la population selon les mécanismes à leur disposition.

En ce qui concerne la priorisation fondée sur des facteurs géographiques, le virus était déjà partout lorsque le vaccin a été disponible. Si nous avions eu le vaccin plus tôt, il aurait peut-être été possible de modifier... surtout si on avait pu intervenir pendant la première vague, qui est apparue en points isolés un peu partout au pays. Mais lorsque la deuxième vague est apparue, à l'automne, le virus était littéralement partout.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à M. Lizon.

M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC): Je remercie les témoins d'être venus.

Mon collègue, M. Strahl, a parlé de la liste de vaccination prioritaire. Il ne faudrait sûrement pas la politiser. Je crois que la liste dressée pendant la flambée de la grippe H1N1 reposait sur des bases scientifiques, épidémiologiques, mais je pense que nous ne devrions pas en négliger le côté psychologique.

La qualité du travail des premiers intervenants dépend de leur état d'esprit. Comment concilier la crainte du contact avec d'éventuels malades et la nature principale de la tâche, qui est justement d'être en contact avec eux? Disons que ni les pompiers ni les policiers ni personne d'autre ne figurera sur la liste. Nous possédons des faits scientifiques sur les femmes enceintes, etc., mais les autres peuvent attendre. On devrait faire la part des choses, d'après moi, en ce qui concerne la composition de la liste.

Quand vous découvrez une souche, comment faites-vous pour en déterminer les principales victimes? Je suppose que vous vous fondez sur des renseignements connus peut-être après coup.

Pouvez-vous déterminer les groupes qui courent les plus grands risques d'après la nature de la souche virale que vous avez identifiée?

•(1230)

Dr John Spika: Tout d'abord, je pense que le Canada a énormément profité du fait que l'Agence et le Laboratoire national de microbiologie avaient tâté l'épidémie qui s'était déclarée au Mexique bien avant son accession officielle au rang de pandémie. Les symptômes respiratoires se sont aggravés. Très tôt après l'apparition du virus, nous avions des gens sur le terrain, pour s'informer de ce qui se passait au Mexique, le premier pays durement touché.

Ensuite, le vaccin même n'a été disponible qu'après que la première vague ait fini de balayer le Canada. Nous avons disposé de deux ou trois mois pour nous informer sur l'épidémiologie de la maladie, ici, au Canada, ce qui nous a permis de fonder nos décisions sur...

La présidente: Si vous permettez, je tiens seulement à dire que le Dr Plummer veut également intervenir. Sachez qu'il ne nous reste qu'environ une minute et demie.

Dr John Spika: La décision n'a pas été un coup de tête à partir d'un ensemble limité de données. Nous avons eu pas mal de temps pour y penser. Je cède maintenant la parole à Frank.

Dr Frank Plummer: Je préciserai qu'on se fait graduellement une idée. Le virus de la grippe A (H1N1) est un bon exemple. Quand il s'est d'abord manifesté au Mexique, il semblait présenter un problème assez grave, parce que les malades les plus gravement touchés sont les premiers à consulter. Peu à peu, sa virulence nous est apparue, mais la plupart des cas étaient assez légers et leur rétablissement était assez rapide. La perception change constamment et, au départ, on est dans le noir. L'expérience permet de formuler des hypothèses, mais on ne sait pas tant qu'on n'a pas vu.

La présidente: Merci beaucoup.

Docteur Spika, vous avez une trentaine de secondes pour y aller d'autres commentaires.

Dr John Spika: Nous apprenons évidemment beaucoup de notre voisin du Sud. Les États-Unis étaient également touchés. Une masse assez considérable de données épidémiologiques circulait, grâce aux accords en vigueur entre les deux pays ainsi qu'avec les pays d'Europe, en vertu de l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale.

Les décisions se sont fondées sur une réflexion profonde et les meilleures données disponibles. Il y en avait suffisamment pour étayer de bonnes décisions.

La présidente: Merci.

Au tour maintenant de M. Carrie. Monsieur Brown, je pense que vous lui avez cédé une partie de votre temps. Nous allons commencer par M. Carrie.

M. Colin Carrie: Ma question s'adresse aux Drs Plummer et Spika.

Docteur Spika, vous avez dit que la liste profiterait d'un assouplissement, d'une composition plus adaptable. Pendant une pandémie, il s'effectue du travail très important, mais je comprends les difficultés. Je sais, par exemple, que, dans le Nunavut, les premiers intervenants sont ordinairement des infirmières, parce que les pompiers ne sont pas traditionnellement les premiers arrivés sur place, là-bas, dans le Nord.

Si le gouvernement fédéral décidait de la composition de la liste, est-ce que notre plan de lutte contre la pandémie serait plus souple, plus adaptable ou bien est-ce que nous ferions exactement le contraire de ce que l'on nous demande?

Êtes-vous en mesure de nous le dire? Le Dr Plummer peut répondre aussi.

•(1235)

Dr John Spika: Personnellement, je pense que cela rendrait le plan plus rigide, moins adaptable. Visiblement, comme les pandémies sont imprévisibles, on voit mal pourquoi nous voudrions nous faire coincer de la sorte. Ce qui est survenu en 2009 est classique. Notre plan, qui se fondait sur un scénario datant de 1968, était tout à fait inadapté.

La présidente: Docteur Plummer, avez-vous quelque chose à ajouter?

Dr Frank Plummer: Je suis tout à fait d'accord avec le Dr Spika. Je pense que cela nous coïncerait.

La présidente: Monsieur Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente.

Je viens de Barrie, en Ontario, et j'ai discuté de ce problème avec les pompiers locaux. J'ai beaucoup de sympathie pour eux et je partage beaucoup de leurs craintes à ce sujet.

J'ai quelque chose d'intéressant à dire sur les premiers intervenants, qui travaillent tous dans le même domaine. Une infirmière, Kim Sweeney, et un policier, Mark Hyatt m'ont dit que le pourcentage d'infirmières mariées à des agents de police ou à des pompiers de Barrie était incroyablement élevé. Ils m'ont donné une dizaine d'exemples de ces mariages dus aux rapports de collaboration très étroite entre les membres du couple. On organise des soirées du personnel des services médicaux d'urgence. Ces rapports si étroits se tissent souvent, de jour comme de nuit, entre de premiers intervenants. On fait appel à eux dans les mêmes circonstances. C'est la raison pour laquelle, je pense, l'absence des policiers et des pompiers de la liste a soulevé chez eux tant de préoccupations.

Je me rends bien compte qu'on essaie d'accorder un pouvoir de décision aux provinces à ce sujet. Dans les préparatifs pour l'arrivée de la pandémie, jusqu'où sont allées les provinces? Dans le cas de ma province natale, l'Ontario, a-t-on expliqué pourquoi les pompiers ne figuraient pas sur la liste de la province? Je pense que, dans certaines régions du pays, c'est le contraire.

Veillez m'excuser si ma question vous a déjà été posée pendant la première heure de la séance. J'assistais alors à une autre réunion.

Pourriez-vous nous éclairer à ce sujet?

La présidente: Allez-y, docteur.

Dr John Spika: J'ignore si je peux répondre mieux que le Dr Hanley, vu que c'est en quelque sorte du ressort des provinces.

C'est vraiment à elles de décider des pourquoi et des comment de leurs décisions. Notre plan se situe à une échelle plus grande.

La présidente: Avez-vous une réponse, docteur Hanley?

Dr Brendan Hanley: Je peux seulement dire que cela ne figure pas dans notre plan, explicitement. Comme j'ai dit, notre plan de lutte contre la pandémie se situe à une grande échelle et ne comporte pas cette sorte de détail. C'est également une question qui est continuellement révisée. Je pense que cela dépend vraiment des caractéristiques épidémiologiques réelles de la pandémie et du moment où le vaccin devient disponible.

C'est une bonne question. Si différents intervenants se retrouvent au même endroit, habituellement, pourquoi en exclure une partie et pas les autres? Cela dépend vraiment de la gamme des fonctions que les individus mobilisent dans leur travail.

Cela montre également la nécessité, et je réponds ici à certaines questions de l'intervenant précédent, de posséder un plan de communication très solide, sur lequel se sont exprimées toutes les parties.

Certaines de ces questions semblent avoir soulevé beaucoup d'anxiété. Je pense que, en grande partie...

• (1240)

La présidente: Merci, docteur Hanley. Comme le temps presse, nous devons passer à la question suivante.

Monsieur Goodale, je pense que Mme Fry vous a cédé son temps d'intervention.

L'hon. Ralph Goodale (Wascana, Lib.): En effet, madame la présidente, si cela vous agréé. Je vous remercie de l'occasion que vous m'accordez. J'essaierai d'être très bref. J'ai seulement deux ou trois questions très précises.

Docteur Spika, votre déclaration préliminaire se termine par le paragraphe suivant, dont je ne suis pas certain qu'il figurera dans le compte rendu: « Nous continuerons de dialoguer avec les provinces, les territoires et les principaux acteurs, notamment les organisations représentant les premiers intervenants, afin de nous préparer à une pandémie et de mener à bien nos activités plus générales de planification en cas d'urgence. »

À cette fin, avez-vous eu l'occasion de rencontrer les représentants de l'Association internationale des pompiers? Sinon, je présume qu'elle figure sur la liste des groupes que vous consulterez.

La présidente: Docteur Spika.

Dr John Spika: Il existe deux associations: l'association internationale et l'association canadienne. Nos contacts ont été plus nombreux avec l'association canadienne. Nous avons rencontré ses représentants en personne, il y a peut-être un an environ, après un certain nombre de relations moins directes.

Dernièrement, nous n'avons pas eu de contacts, mais l'association figure manifestement en tête de notre liste de consultation. Comme j'ai dit, je pense que la consultation du groupe élargi de joueurs débutera à la fin de l'hiver ou au début du printemps.

L'hon. Ralph Goodale: Bien! Je pense que cette consultation est importante.

Madame la présidente, je tiens à interroger le Dr Spika et, peut-être, les autres témoins sur deux documents: les directives sur le séquençage du vaccin antigrippal H1N1, datées du 16 septembre 2009, dont il a été question plus tôt, et l'appendice de l'annexe D intitulée « Préparation de l'intervention axée sur la vaccination en cas

de pandémie ». Je suis à la page 12, dans un tableau qui, je pense, correspond à l'ordre éventuel de priorités des diverses catégories de la population auquel vous avez fait allusion plus tôt, aujourd'hui.

J'ai deux questions.

La première porte sur la situation juridique de ces deux documents, celui de 2009 que dorénavant, je suppose, le nouveau, l'appendice de l'annexe D remplace. Ces documents, je suppose aussi, ne sont pas contraignants, ils sont plutôt à consulter. Ils visent à aider à coordonner les opérations de la façon la plus utile, dans le contexte d'une urgence nationale touchant la santé publique. Quelle est leur situation juridique? Sont-ils contraignants ou sont-ils destinés à être consultés, en autorisant toujours une certaine souplesse pour s'adapter aux différences locales?

La comparaison des deux documents semble révéler la promotion des premiers intervenants depuis 2009. Concrètement, vu la nature de leur travail sur la scène d'un accident, c'est-à-dire s'occuper de la situation, quelle qu'elle soit, pourquoi ne devraient-ils pas faire partie de la même catégorie générale que les travailleurs ou les intervenants de la santé, par opposition à la catégorie inférieure des travailleurs ou des intervenants sociaux? Pourquoi ne devraient-ils pas faire partie des intervenants de la santé, par opposition aux intervenants sociaux? Sur la scène d'un accident, ils s'occupent de la même sorte de personnes souffrantes, qui ne pourront pas se rendre à l'hôpital et être vues par un médecin, si eux ne font pas bien leur travail.

La présidente: Monsieur Goodale, il ne pourra pas répondre à la question. Docteur Spika, vous disposez de moins d'une minute.

Dr John Spika: Je parlerai vite.

L'annexe D en question découle de la révision consécutive à la pandémie de 2008. Ces annexes sont censées avoir été approuvées par le Conseil du Réseau pancanadien de santé publique ou par la Conférence des sous-ministres de la santé.

L'autre document auquel vous renvoyez, je ne le connais pas. Vous avez dit qu'il était daté du 16 septembre. Il vient du Web. Je devrai...

• (1245)

La présidente: Je suis désolée, docteur Spika, mais le temps est écoulé. Vous pourrez peut-être répondre à la question, et nous communiquerons la réponse aux membres du comité. Vous aurez le temps.

Merci, monsieur Goodale.

Nous allons poursuivre à huis clos. Je demande donc à tous ceux qui ne sont pas membres du comité de se retirer. Dans 30 secondes, la séance se poursuit à huis clos, pour permettre au comité de parachever ses travaux. La séance est suspendue.

[La séance se poursuit à huis clos.]

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les
Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à
l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Additional copies may be obtained from: Publishing and
Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the
following address: <http://www.parl.gc.ca>