PRÉPARATION DU CANADA EN CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE

Guide de planification pour le secteur de la santé

Pan-Canadian Public Health Network
Partners in Public Health
Réseau pancanadien de santé publique
Partenaires en santé publique

Also available in English under the title:
CANADIAN PANDEMIC INFLUENZA PREPAREDNESS:
Planning Guidance for the Health Sector

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2015

Cat. : HP40-144/2015F-PDF
ISBN : 978-0-660-03089-0
Pub. : 150078

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE 5

1.0 INTRODUCTION 6

1.1 Historique 6

1.2 But 7

1.3 Portée et public cible 7

1.4 Changements apportés à la présente version 8

2.0 CONTEXTE DE LA PLANIFICATION 9

2.1 Comprendre la grippe pandémique 9

2.1.1 La grippe et l'origine des pandémies 9

2.1.2 Caractéristiques générales des pandémies 10

2.1.3 Répercussions des pandémies 11

2.2 Incertitudes et imprévisibilité 12

2.3 Leçons à retenir de la pandémie de 2009 12

2.4 Comprendre la diversité du Canada 14

2.5 Considérations éthiques 16

2.6 Considérations d'ordre juridique 18

2.6.1 Exigences internationales 18

2.6.2 Lois fédérales 19

2.6.3 Lois provinciales-territoriales 19

3.0 APPROCHE DU CANADA EN MATIÈRE DE GRIPPE PANDÉMIQUE 20

3.1 Buts et objectifs 20

3.2 Approches et principes directeurs 21

3.3 Coordination de la préparation et de l'intervention pancanadiennes 22

3.3.1 Plans et cadres de la gestion des urgences 22

3.3.2 Coordination pancanadienne de l'intervention du secteur de la santé en cas de pandémie 23

3.3.3 Plan nord-américain contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza 23

3.4 Rôles et responsabilités en situation de pandémie 23

3.4.1 Organisation mondiale de la Santé 24

3.4.2 Canada – gouvernements FPT 24

3.5 Approche de la gestion du risque 28

3.5.1 Aperçu 28

3.5.2 Prise en compte de la gestion du risque dans la planification et l'intervention en cas de pandémie 29

3.6 Hypothèses de planification 31
3.6.1 Origine et facteur temps 31
3.6.2 Transmission 31
3.6.3 Épidémiologie de la pandémie. 32
3.6.4 Caractéristiques cliniques. 32
3.6.5 Répercussions et interventions. 32
3.7 Scénarios de planification en cas de pandémie 33
3.8 Phases de la pandémie et éléments déclencheurs 37
3.8.1 Phases de la pandémie selon l'OMS 37
3.8.2 Approche canadienne des phases de la pandémie et des éléments déclencheurs d'intervention 38

4.0 PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE LA PRÉPARATION ET DE L'INTERVENTION EN CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE. 42
4.1 Surveillance 43
4.2 Services de laboratoire 44
4.3 Mesures de santé publique 45
4.4 Vaccination. 47
4.5 Traitements antiviraux 48
4.6 Prévention et contrôle des infections et santé au travail 49
4.7 Services de soins de santé 51
4.8 Lignes directrices de soins cliniques 53
4.9 Communications 54
4.10 Recherche 56

5.0 MESURE ET ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE PRÉPARATION ET DE L'INTERVENTION EN CAS DE PANDÉMIE 58
5.1 Mesure de l'état de préparation 58
5.2 Évaluation de l'intervention en cas de pandémie 59

APPENDICE A – FACTEURS INFLUANT SUR LES RÉPERCUSSIONS DE LA PANDÉMIE. . . .60

APPENDICE B – ÉVALUATIONS DU RISQUE DE PANDÉMIE 63

PRÉFACE

Le document ***Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé*** (PCGP) est un document d'orientation des autorités fédérale, provinciales et territoriales (FPT) qui explique comment celles-ci travailleront de concert pour assurer une approche coordonnée et uniforme à l'échelle du secteur de la santé en ce qui concerne la préparation et les interventions en cas de pandémie. Le PCGP se compose d'un document maître qui décrit les principes fondamentaux, les concepts et les objectifs partagés, et d'annexes techniques qui comportent des plans opérationnels plus détaillés portant sur des problèmes précis.

Le PCGP a été publié pour la première fois en 2004. En 2006, le Conseil du Réseau pancanadien de santé publique (RSP) a approuvé une version actualisée du PCGP comme document évolutif destiné à être mis à jour au besoin. Les efforts de planification de la préparation en cas de pandémie au Canada ont été mis à l'essai pour la première fois en 2009, face à l'émergence de la pandémie de grippe H1N1. Divers groupes d'intervenants aux échelles internationale et FPT ont examiné les leçons tirées de cette pandémie. Cette dernière version du PCGP intègre les données probantes ainsi obtenues, de même que celles associées aux avancées scientifiques.

Un groupe de travail a supervisé les mises à jour apportées au document maître du PCGP. Le Conseil du RSP avait chargé ce groupe de fournir des opinions d'experts et des recommandations techniques et scientifiques au besoin, nécessaires à l'actualisation du PCGP. Le groupe de travail sur le PCGP est composé de spécialistes de divers domaines : pandémie de grippe et grippe saisonnière, planification et intervention en cas de pandémie, gestion des urgences, épidémiologie, santé publique, virologie, bioéthique, immunisation, surveillance, diagnostic en laboratoire.

La nouvelle version du PCGP propose une intervention plus souple et adaptable pour les prochaines pandémies, laissant la possibilité aux provinces et aux territoires (PT) d'adapter leurs plans et leurs interventions aux circonstances locales et régionales. Le titre du document a également été changé, de *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé à Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé*, afin de refléter plus fidèlement son rôle et son usage prévu en tant que document d'orientation.

Le PCGP propose maintenant une approche de gestion des risques avec de nouveaux concepts tels que l'évaluation des répercussions de la pandémie, les descriptions de scénarios de pandémie aux répercussions variées et la caractérisation des éléments déclencheurs d'une intervention canadienne. Il reflète aussi davantage la diversité géographique, démographique, culturelle et socioéconomique du Canada, ainsi que l'obligation pour les planificateurs de tenir compte de cette diversité. Le PCGP a été soumis à un examen approfondi des autorités FPT et a fait l'objet de consultations ciblées de la part des intervenants. Parmi eux, on compte des organisations nationales qui représentent les professionnels de la santé, les acteurs de la préparation aux situations d'urgence et les premiers intervenants, les services communautaires, les représentants du secteur privé et les Autochtones.

Le Conseil du RSP et la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé ont approuvé la version actualisée du PCGP.

1.0 INTRODUCTION

1.1 Historique

Le présent document, *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé* (PCGP), est un guide de planification conçu pour aider les intervenants de la santé à assurer la préparation nécessaire en cas de pandémie grippale, puis à y faire face. Une pandémie grippale (désignée par la suite par le terme « pandémie ») est un événement imprévisible récurrent qui survient lorsqu'un nouveau virus grippal fait son apparition, se propage à grande échelle et entraîne une épidémie mondiale. Il n'est malheureusement pas possible de prédire le moment d'apparition ou les conséquences éventuelles d'une prochaine pandémie.

La planification liée à une urgence sanitaire à grande échelle et de longue durée dont les répercussions sont imprévisibles est difficile, mais essentielle. Elle requiert une intervention « sociale globale » et les efforts coordonnés de tous les ordres de gouvernement en collaboration avec leurs intervenants.

Les activités de planification en cas de pandémie dans le secteur de la santé au Canada ont commencé en 1983. Le premier plan canadien en cas de pandémie a été achevé en 1988, et plusieurs mises à jour ont été effectuées depuis lors. En 2004, le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* a été publié à la suite d'une vaste collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) et autres intervenants. Sa dernière mise à jour remonte à 2006, mais certaines annexes ont été révisées ou ajoutées par la suite.

La pandémie grippale A (H1N1) de 2009 (désignée par la suite par le terme « pandémie de 2009 ») a permis d'effectuer le premier test réel des efforts de planification pour la préparation en cas de pandémie au Canada. La collaboration entre tous les ordres de gouvernement et les intervenants était sans précédent par rapport aux phénomènes antérieurs, tels que l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003. Même si les systèmes de santé publique et de soins étaient surchargés, ils ont été en mesure de gérer la situation dans la plupart des cas. On a eu recours aux réserves d'antiviraux et le vaccin antipandémique a été administré à des millions de Canadiens et de Canadiennes. Cependant, de nombreuses difficultés ont été recensées au cours de cette pandémie.

La planification en cas de pandémie au Canada continue d'évoluer en fonction des recherches, des nouvelles données probantes et des leçons à retenir de la pandémie de 2009. À cet égard, on reconnaît d'emblée l'importance de s'appuyer sur la surveillance de la grippe saisonnière et sur les mesures de lutte antigrippale en place. Le renforcement maximal de ces systèmes et de ces mesures durant la période interpandémique aidera à préparer une réponse solide face à une pandémie.

1.2 But

Le but du PCGP est d'offrir un guide de planification pour le secteur de la santé quant à l'état de préparation et à l'intervention à l'échelle pancanadienne, en vue d'atteindre les objectifs pandémiques du Canada :

> *Premièrement, réduire au minimum la morbidité grave et la mortalité en général et, deuxièmement, atténuer les perturbations sociales que pourraient subir les Canadiens suite à une pandémie d'influenza.*

Le présent document maître du PCGP propose une orientation stratégique et un cadre pour ce qui est de l'état de préparation et de l'intervention en cas de pandémie, tandis que les annexes du PCGP présentent des conseils opérationnels, des directives techniques ainsi que des outils et des listes de vérification. Étant donné qu'il s'agit d'un document évolutif, le PCGP sera mis à jour au besoin pour refléter de nouvelles données probantes et de nouvelles pratiques exemplaires.

Il est important de noter que ce guide n'est pas un plan d'intervention. Il s'agit plutôt d'un document d'orientation axé sur une maladie spécifique, qui servira à appuyer une approche FPT d'intervention sanitaire d'urgence tous risques. Bien que le PCGP vise principalement la pandémie de grippe, la plupart de ses directives s'appliquent également à d'autres urgences en matière de santé.

1.3 Portée et public cible

Le PCGP est un guide pancanadien de planification en cas de pandémie pour le secteur de la santé, élaboré sous la direction d'un groupe d'experts canadiens. Les principaux publics cibles sont les ministères FPT de la Santé, ainsi que les ministères ayant des responsabilités en matière de santé. Alors qu'il est prévu que les orientations et les directives stratégiques du PCGP guideront la planification FPT de façon à assurer une intervention concertée et coordonnée dans l'ensemble des territoires de compétence, les PT ont l'ultime responsabilité de la planification et de la prise de décision dans leurs territoires de compétence respectifs. Le PCGP est également utilisé comme document de référence par d'autres ministères, organisations non gouvernementales (ONG) participant aux questions de santé, et intervenants divers.

Bien que le PCGP présente des directives de planification en cas de pandémie, il ne traite pas de l'état de préparation pour la continuité des opérations ni de la gestion globale de l'intervention sanitaire d'urgence. Ces activités, quoiqu'essentielles pour une intervention efficace en cas de pandémie, sont mieux abordées dans le cadre des plans d'urgence de territoires de compétence ou d'organismes particuliers. Ce guide ne traite pas non plus de l'état de préparation et de l'intervention en cas de pandémie dans les secteurs non liés à la santé (p. ex. services sociaux et communautaires, sécurité du public), quoiqu'une partie de son contenu puisse servir de référence utile.

1.4 Changements apportés à la présente version

La présente version du PCGP a beaucoup changé par rapport à celle de 2006 pour ce qui est du format et du contenu. En effet, on a renforcé la nature stratégique de l'information dans le document maître du guide de planification et on y a intégré les leçons à retenir de la pandémie de 2009. Bien que les objectifs pandémiques généraux demeurent les mêmes, de nouveaux objectifs ont été ajoutés ainsi qu'un ensemble de principes pour soutenir les interventions. On y trouve même une analyse portant sur des considérations éthiques ayant trait à l'état de préparation et à l'intervention en cas de pandémie, ainsi que sur la prise en compte des conséquences de la diversité du Canada et des besoins particuliers des personnes à risque. Les rôles et les responsabilités de chaque ordre de gouvernement font l'objet d'une description plus étendue.

Ce nouveau guide décrit une approche de la gestion du risque permettant d'appuyer une intervention souple et proportionnée. La gestion du risque comprend la mise en place d'un plan d'action optimal dans le cadre d'un environnement incertain, qui s'articule en quatre étapes : la détermination et l'évaluation des risques, les mesures connexes prises et la communication à propos des risques. Des renseignements ont été ajoutés concernant les éléments connus et incertains de la grippe pandémique. On a mis à jour les hypothèses de planification et établi quatre scénarios de planification possibles pour illustrer l'importance de dresser des plans et des stratégies d'intervention qui soient flexibles et adaptables aux circonstances. Le PCGP présente également des éléments déclencheurs d'intervention qui reposent sur l'émergence de nouveaux virus et l'activité pandémique au Canada plutôt que sur le système global de phases de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Enfin, on a mis à jour le contenu dans chaque secteur d'intervention particulier.

Les annexes accompagnants le document maître du PCGP seront renommées selon leurs sujets (p. ex. Surveillance, Vaccin) plutôt que désignées par des lettres. Le processus de mise à jour du PCGP prévoit la révision de chacune de ces annexes au cours des prochaines années.

2.0 CONTEXTE DE LA PLANIFICATION

2.1 Comprendre la grippe pandémique

2.1.1 LA GRIPPE ET L'ORIGINE DES PANDÉMIES

Il existe trois types de virus de la grippe (A, B et C), mais seuls les virus de type A et B causent des éclosions saisonnières chez les humains et, selon nos connaissances actuelles, seul le type A est à l'origine des pandémies. Les oiseaux aquatiques constituent les hôtes naturels des virus de la grippe de type A. Cependant, un éventail d'espèces peuvent être infectées et d'importantes épidémies de la maladie peuvent survenir chez les volailles, les porcs et d'autres espèces. La plupart de ces souches zoonotiques n'entraînent pas de maladie chez les humains, mais une infection humaine peut survenir, généralement à la suite d'un contact étroit avec des volailles ou des animaux infectés.

Les pandémies de grippe ou les épidémies mondiales surviennent lorsqu'un virus de la grippe A, contre lequel la majorité des humains ont peu d'immunité, sinon aucune, acquiert la capacité de se transmettre de manière soutenue d'une personne à l'autre, ce qui donne lieu à des épidémies de grande envergure. Un tel virus peut fort bien se répandre rapidement dans le monde, provoquant ainsi une pandémie[1].

Ces nouveaux virus peuvent apparaître à la suite d'un réassortiment génétique (un processus par lequel les gènes des virus de la grippe humaine et animale se mélangent) ou d'une mutation génétique (lorsque les gènes d'un virus animal changent, ce qui permet au virus d'infecter facilement les humains). Les porcs peuvent contracter des virus de la grippe provenant de différentes espèces et servir de « creuset » pour faciliter le réassortiment des gènes de divers virus.

Les nouveaux virus grippaux n'ont pas tous la capacité de créer une pandémie. Certains nouveaux sous-types, comme le virus de la grippe aviaire de type A (H5N1) causent des infections sporadiques chez les humains de façon continue depuis 1997, mais n'ont pas développé la capacité de se propager facilement d'une personne à l'autre. Comme le taux global de mortalité chez l'humain des infections de type A (H5N1) est supérieur à 50 %[2], certains s'inquiètent de la possibilité d'une pandémie humaine aux répercussions considérables si ce virus acquiert la capacité de se transmettre facilement d'une personne à l'autre.

1 World Health Organization. Pandemic influenza risk management – WHO interim guidance. 2013. Accès : http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management/en/index.html
2 World Health Organization. Influenza at the human-animal interface. 4 juillet 2013. Accès : http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/Influenza_Summary_IRA_HA_interface_03July13.pdf

2.1.2 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PANDÉMIES

Selon les données historiques, les pandémies de grippe se produisent entre trois et quatre fois par siècle. Au cours des 100 dernières années, quatre pandémies ont eu lieu à des intervalles de 11 à 41 ans. Leurs répercussions étaient très variées, évaluées en fonction du nombre de maladies et de décès. La pandémie de 1918-1919 a été particulièrement grave, causant de 30 000 à 50 000 décès au Canada et de 20 à 50 millions de décès dans le monde. Les conséquences des pandémies de 1957 et de 1968 ont été considérées comme modérées, et celles de la pandémie de 2009 ont été plus faibles.

Pandémies des 100 dernières années :

1918-1919 – H1N1 « grippe espagnole »

1957-1958 – H2N2 « grippe asiatique »

1968-1969 – H3N2 « grippe de Hong Kong »

2009 – H1N1 grippe A (H1N1), pandémie de 2009

Bien que chaque pandémie soit différente, on remarque certaines caractéristiques communes :

- Le profil de la maladie dans le cas des pandémies diffère de celui de la grippe saisonnière.
- Les pandémies peuvent avoir lieu en dehors de la saison grippale habituelle et elles sont généralement associées à plus d'une vague de maladie.
- La durée totale probable d'une pandémie est de 12 à 18 mois.
- Au cours d'une pandémie, le nouveau virus pandémique remplace les autres souches de virus grippal en circulation. Par la suite, la souche de virus pandémique fait partie du groupe des virus de la grippe saisonnière de type A, et peut même dominer ces derniers.
- Pendant la grippe saisonnière, la plupart des hospitalisations et des décès concernent des personnes âgées ou ayant des problèmes médicaux sous-jacents. En période de grippe pandémique, on constate une augmentation disproportionnelle des cas de décès et de maladie grave parmi les jeunes et les personnes sans problèmes médicaux sous-jacents[3].
- Il existe un retour graduel à la morbidité et à la mortalité saisonnières types au cours de la décennie suivant la pandémie.

Pendant la pandémie de 1918-1919, 99 % des décès attribuables à la grippe, aux États-Unis (É.-U.), touchaient des personnes âgées de moins de 65 ans, et près de la moitié d'entre elles étaient des adultes en bonne santé âgés de 20 à 40 ans. Au cours des deux pandémies subséquentes, la proportion des décès attribués à la grippe aux É.-U. parmi les personnes de moins de 65 ans était de 36 % en 1957-1958 et de 48 % en 1968-1969[4]. Durant la pandémie de 2009 au Canada, 70 % des décès signalés concernaient des personnes de moins de 65 ans[5].

3 Simonsen L, Clarke MJ, Schonberger LB, *et al*. Pandemic versus epidemic mortality: a pattern of changing age distribution. *J Infect Dis* 1998;178:53-60.

4 *Ibidem*.

5 Helferty M, Vachon J, Tarasuk J, *et al*. Incidence of hospital admissions and severe outcomes during the first and second waves of pandemic (H1N1) 2009. *Can Med Assoc J* 2010;182:1981-7.

2.1.3 RÉPERCUSSIONS DES PANDÉMIES

En ce qui concerne la planification et l'intervention, il est plus valable de décrire les répercussions d'une pandémie sur une population que de discourir sur sa « gravité ». En effet, ce terme est employé à la fois pour décrire la gravité d'une maladie chez des personnes (gravité clinique) et la gravité globale d'une pandémie dans une population. Dans le présent guide, on utilisera le terme *gravité* pour décrire la gravité clinique de la maladie chez des personnes et l'expression *répercussions* pour se référer aux effets d'une pandémie sur la population. Il va sans dire que cet usage peut varier selon les autorités. Ainsi, l'OMS utilise l'expression *gravité pandémique*, alors que le PCGP se réfère aux répercussions, mais ces deux notions sont identiques[6].

La ***gravité*** s'entend de la gravité clinique d'une maladie chez une personne (p. ex. maladie bénigne, modérée ou grave).

Les ***répercussions*** se réfèrent aux effets d'une pandémie sur une population (p. ex. répercussions faibles, modérées ou importantes).

Les pandémies ont des répercussions variables, tout comme les éclosions de grippe saisonnière, mais les retombées des pandémies sont généralement d'une plus grande magnitude. Une pandémie aux répercussions faibles s'apparenterait à des éclosions de grippe saisonnière modérées ou graves, même si son profil épidémiologique serait différent de bien des façons, comme il a déjà été mentionné. Par contre, une pandémie aux répercussions modérées ou importantes pourrait provoquer des taux plus élevés de maladie et de décès dans l'ensemble du pays et mettre à rude épreuve le secteur des soins de santé. Un tel événement pourrait également perturber le fonctionnement normal de la société et rendre plus vulnérables les personnes ayant des ressources ou des systèmes de soutien limités.

De nombreux facteurs peuvent influencer les répercussions d'une pandémie. La liste suivante en donne un aperçu, et ils sont décrits de façon plus approfondie dans l'appendice A :

- Les *facteurs viraux* sont probablement les plus importants. Les caractéristiques du virus sont habituellement décrites sous forme de la transmissibilité (capacité de transmission) ainsi que de la virulence ou de la gravité clinique (capacité de provoquer une maladie grave). La transmissibilité, qui se réfère à l'étendue et à la vitesse de transmission, peut varier selon la saison et le milieu.
- Les *facteurs ayant une incidence sur la vulnérabilité de la population* comprennent une immunité préexistante dans la population, la présence de problèmes médicaux sous-jacents ou de nouveaux facteurs de risque imprévus de maladies graves. Les répercussions peuvent être plus grandes dans des populations vulnérables, y compris les peuples autochtones (Premières nations, Inuits et Métis), ou dans certains milieux tels que les collectivités éloignées, les refuges pour sans-abri et les logements surpeuplés.
- Les *facteurs liés à l'intervention* comprennent l'efficacité des interventions (p. ex. mesures de santé publique, vaccins et antiviraux), l'intervention du système de santé (p. ex. accès, capacités d'intensification) et la communication des risques, ainsi que la mobilisation sociale et le niveau d'acceptation par le public des comportements désirés.

6 World Health Organization. Pandemic influenza risk management – WHO interim guidance. 2013. Accès : http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management/en/index.html

2.2 Incertitudes et imprévisibilité

La grippe est imprévisible et demeure une maladie qui peut surprendre. Chaque saison grippale et chaque pandémie sont différentes. La planification en cas de pandémie reste un défi en raison de ces incertitudes, qui font par ailleurs ressortir le besoin de souplesse et d'adaptabilité. Certains des principaux éléments inconnus de la prochaine pandémie sont les suivants :

- *Moment de la prochaine pandémie* – Même si, historiquement, les pandémies se produisent trois ou quatre fois par siècle, il n'y a pas d'intervalle prévisible. Il ne faut pas supposer que la pandémie de 2009 a accordé un répit et que les efforts de préparation peuvent être ralentis.
- *Endroit où la pandémie apparaîtra* – Bien que la plupart des souches de la grippe saisonnière apparaissent en Extrême-Orient ou en Asie du Sud-Est[7], cela n'est pas le cas pour la grippe pandémique. En effet, la pandémie de 2009 est apparue au Mexique. Une pandémie grippale pourrait apparaître n'importe où dans le monde, et le Canada pourrait ne disposer que de très peu de temps avant d'être considérablement touché.
- *Nature de la transmission* – Les pandémies apparaissent souvent, en premier lieu, en dehors de la saison grippale habituelle (p. ex. à la fin du printemps ou de l'été) et présentent généralement plus d'une vague d'infection. Toutefois, cela n'est pas le cas dans toutes les circonstances ou dans toutes les régions. Une première petite vague pandémique est souvent suivie d'une deuxième plus grande, mais l'ampleur relative des vagues peut différer. La vitesse de transmission peut également varier. Les vagues pandémiques peuvent être intenses ou plus échelonnées dans le temps. Une vague intense exercerait encore plus de pressions sur le système de santé.
- *Caractéristiques de la pandémie* – Les caractéristiques de base du prochain virus pandémique sont inconnues, notamment son type antigénique (p. ex. H2, H5, H7), sa transmissibilité et sa virulence, ainsi que les groupes d'âge et les groupes cliniques les plus touchés.
- *Répercussions de la pandémie* – Les quatre dernières pandémies ont permis de démontrer que les répercussions sur la population peuvent varier de faibles à importantes et ne sont pas les mêmes pour toutes les populations ou tous les milieux. Il est important de prendre en considération toutes les possibilités et d'établir des plans adaptables aux différentes circonstances. Cela permettra de garantir que les interventions sont proportionnelles à l'évolution de la pandémie dans toute communauté déterminée.
- *Répercussions des interventions* – On s'attend à ce que les interventions habituelles contre la grippe saisonnière soient efficaces durant la pandémie. Toutefois, le nouveau virus pourrait être résistant aux antiviraux ou la production du vaccin antipandémique pourrait être retardée ou infructueuse. Le niveau d'utilisation du vaccin et le niveau d'acceptation des mesures de santé publique par le grand public sont également inconnus. Qui plus est, les interventions pourraient entraîner des suites imprévues qui sont très difficiles à prédire.

2.3 Leçons à retenir de la pandémie de 2009

Il y a lieu de prendre en considération de nombreuses *observations épidémiologiques* découlant de la pandémie de 2009 dans la planification et l'intervention futures. Cela comprend la vitesse d'apparition des cas et des éclosions sporadiques au Canada après la première détection du nouveau virus, et l'atteinte précoce de certaines collectivités éloignées et isolées, avec certaines communautés des Premières nations atteintes de maladie grave. Il existait des différences marquantes quant au moment

7 Russell CA, Jones TC, Barr IG *et al*. The global circulation of seasonal influenza A (H3N2) viruses. *Science* 2008;3210:340-6.

et à l'intensité des vagues pandémiques, particulièrement dans le cas de la première vague, dans l'ensemble du pays. Même si les symptômes étaient semblables, les groupes d'âge atteints et les conditions à risque différaient de ceux de la grippe saisonnière. Des répercussions plus importantes ont été constatées parmi les femmes enceintes et les peuples autochtones. De plus, les personnes souffrant d'obésité morbide ont été nouvellement désignées comme courant un risque élevé de complications. Pendant la durée de la pandémie, les souches de la grippe saisonnière ont été remplacées par la souche de la grippe pandémique, mais il n'était pas clair si la dominance de l'unique souche se poursuivrait, comme ce fut le cas pour les pandémies antérieures. Cependant, pendant la saison grippale de 2010-2011, des souches du virus de la grippe A (H3N2) et B ont recommencé à circuler, et le virus pandémique est alors devenu la souche du virus de la grippe saisonnière A (H1N1).

Un certain nombre de *problèmes* ont été décelés dans l'intervention pancanadienne. Les demandes de surveillance ont été très fortes dès le début et ont été exacerbées par le manque de liens entre les systèmes d'information dans certains territoires de compétence, des protocoles de partage d'information peu clairs ainsi que des capacités insuffisantes d'analyse épidémiologique. Le procédé d'accès à la Réserve nationale d'antiviraux (RNA) n'était pas clair et de grandes exigences ont été imposées aux services de soins intensifs à la fois pour les adultes et les enfants atteints, avec une forte demande de ventilateurs. La préparation de lignes directrices nationales concises et l'approbation rapide de celles-ci se sont révélées difficiles. Le programme de vaccination antipandémique a été confronté à des enjeux divers : échéanciers incertains pour l'administration des vaccins, établissement des priorités, logistique des campagnes locales et communication des recommandations changeantes.

En revanche, l'établissement préalable de relations et les processus de planification antérieurs ont donné lieu à une collaboration FPT sans précédent et à de nombreux efforts fructueux pour mobiliser les intervenants. Se sont avérés utiles les systèmes de surveillance existants, tels que le programme Surveillance de l'influenza, et les campagnes sur l'étiquette respiratoire et les produits pour l'hygiène des mains prêts à l'emploi. La modélisation mathématique a été utilisée avec succès pour appuyer la prise de décision dans certains cas (p. ex. les recommandations relatives à l'établissement des priorités en matière de vaccins) et on a repéré d'autres secteurs susceptibles de bénéficier de cette modélisation.

À la suite de la pandémie, le gouvernement du Canada (GC)[8] et la plupart des PT ont mené des examens des leçons à retenir. De plus, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a tenu des audiences poussées sur l'intervention[9]. Des thèmes communs se rejoignent dans ces rapports et des recommandations ont été cernées pour améliorer la préparation, notamment les suivantes :

- Rationalisation de la structure de gouvernance FPT et clarification des rôles et des responsabilités.
- Amélioration de l'adaptabilité et de l'extensibilité de la réponse, avec des éléments déclencheurs permettant d'activer et de désactiver des interventions particulières tout en prenant en considération les moments d'apparition et les répercussions variables de la pandémie dans différentes régions géographiques.
- Élaboration de systèmes électroniques intégrés de gestion de l'information.
- Renforcement des systèmes de surveillance et des capacités épidémiologiques.

---

8 Agence de la santé publique du Canada. *Leçons à retenir : Réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009*. Novembre 2010. Accès : http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2010-2011/h1n1/index-fra.php

9 Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *La réponse du Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009*. Décembre 2010. Accès : http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/rep/rep15dec10-f.pdf

- Établissement de mécanismes de collaboration pour élaborer et renforcer les documents d'orientation à l'intention des professionnels de la santé et autres intervenants afin d'assurer la disponibilité en temps utile, l'accessibilité et l'uniformité des messages ainsi que leur sensibilité aux réalités culturelles.
- Établissement de stratégies visant à communiquer les risques, les incertitudes et l'information changeante.
- Participation active de tous les intervenants à la préparation et à l'intervention en cas de pandémie.
- Renforcement des liens avec les fournisseurs de soins primaires et de services de première ligne.
- Mise en place de mécanismes pour l'établissement des priorités de recherche et le financement rapide, des études intergouvernementales et l'approbation déontologique centralisée en vue d'études multicentriques.
- Mise en place de mécanismes pour transposer les nouveaux résultats de recherche dans une pratique axée sur des données probantes.
- Mise à l'essai rigoureuse des plans à tous les niveaux et de façon régulière.

2.4 Comprendre la diversité du Canada

Les caractéristiques géographiques et la diversité de la population du Canada peuvent poser des défis au moment de préparer une intervention en cas d'urgence en santé publique. Le Canada est un immense pays qui compte des collectivités de taille variée, allant des grandes villes aux petites communautés rurales et éloignées. La proportion des gens au Canada vivant en régions rurales (18,9 %) est basse comparativement à d'autres pays développés et est constamment à la baisse. Toutefois, la taille de la population rurale varie grandement (de 14 % à 53 %) selon la province ou le territoire. Elle est la moins élevée en Colombie-Britannique et en Ontario, et la plus élevée dans les provinces de l'Atlantique et les territoires[10].

Le Canada est diversifié à maints égards : langue, croyances religieuses, origine ethnique, culture et mode de vie. Quant aux peuples autochtones du Canada, ils représentent presque 4 % de la population, soit le deuxième groupe autochtone d'importance en pourcentage dans le monde (après la Nouvelle-Zélande)[11]. Bien que beaucoup d'Autochtones vivent dans des communautés éloignées et isolées du Nord, environ la moitié d'entre eux habitent maintenant dans des régions urbaines. L'âge moyen des Autochtones est considérablement plus bas que celui de la population non autochtone (respectivement 27 ans comparativement à 40 ans)[12].

La proportion de personnes nées à l'étranger au Canada est l'une des plus élevées au monde (20 %)[13], la majorité étant installée dans de grandes villes. Les minorités visibles représentent plus de 40 % de la population à Toronto et à Vancouver, et 16 % à Montréal[14]. En outre, le Canada compte bon nombre de résidents temporaires, tels que des travailleurs et des étudiants étrangers.

10 Statistique Canada. *La population rurale du Canada depuis 1851*. (Modifié le 9 février 2012). Accès : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-310-x/98-310-x2011003_2-fra.cfm
11 Statistique Canada. *Recensement de 2006 : peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, recensement de 2006*. Accès : http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/p2-fra.cfm
12 Statistique Canada. *Annuaire du Canada 2011*. Accès : http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2011000/pdf-fra.htm
13 OCDE. *Panorama de la société 2014 : Les indicateurs sociaux de l'OCDE*. Migrations. Accès : http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-fr
14 Statistique Canada. *Annuaire du Canada 2011*. Accès : http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2011000/pdf-fra.htm

Il se peut que les besoins des *collectivités éloignées et isolées* soient plus grands que ceux d'autres collectivités, en raison de leur isolement géographique ainsi que des facteurs liés à la santé, à l'environnement, à l'économie, à la culture et à la société en général. Cette situation pourrait influer sur l'état de santé de référence et, par conséquent, accroître la vulnérabilité des résidents. De plus, certaines collectivités éloignées et isolées n'ont pas accès à toutes les commodités fondamentales, telles que l'eau courante domestique, qui sont censées être présentes lorsqu'une directive publique (comme l'hygiène des mains) est émise. Il est important de tenir compte de ces facteurs, de même que de l'accès limité aux soins de santé et des problèmes de transport, au moment de planifier tous les aspects d'une intervention en cas de pandémie dans des communautés éloignées et isolées. Des préoccupations semblables peuvent toucher les populations urbaines marginalisées ou vulnérables.

Par ailleurs, dans l'ensemble des PT, il y a des personnes dont les besoins ne sont pas entièrement satisfaits par les services traditionnels ou qui ne peuvent accéder aux ressources normales et les utiliser facilement ou sans danger. Les *personnes vulnérables* comprennent notamment (sans pour autant s'y limiter) celles qui :

- ont une déficience physique ou mentale (p. ex. personne malvoyante ou malentendante, éprouvant une mobilité réduite ou des troubles cognitifs);
- ne parlent ni anglais ni français, ou très peu;
- ont un niveau peu élevé d'alphabétisation;
- sont isolées sur le plan géographique, culturel ou social;
- ont un faible revenu;
- sont médicalement dépendantes ou pharmacodépendantes;
- sont sans-abri ou sont dans la rue;
- sont des personnes âgées frêles ou confinées chez elles;
- sont des nouveaux immigrants ou des personnes réfugiées[15].

D'après des études, il y a un gradient social de risque durant les pandémies de grippe, fondé sur les vulnérabilités sociales susceptibles de mener à une exposition accrue à l'infection, sur le risque que les besoins humains fondamentaux ne soient pas satisfaits, ainsi que sur un soutien insuffisant ou un traitement inadéquat[16]. Les populations vulnérables risquent de se voir encore plus marginalisées si l'on incorpore tout simplement les services de santé liés aux interventions en cas de pandémie aux rouages habituels qui s'adressent à l'ensemble de la population.

Dans le cadre de l'intervention pancanadienne en cas de pandémie, il est important d'accorder suffisamment de souplesse au niveau local pour permettre aux planificateurs de répondre aux besoins uniques de leurs populations vulnérables. Des directives plus détaillées de planification en cas de grippe ont été élaborées pour les populations vulnérables au Canada[17,18]. Les documents cités en référence devraient constituer une bonne source d'information pour les planificateurs FPT, régionaux et locaux.

---

15 Centre international des maladies infectieuses. *La saison de la grippe et les personnes les plus vulnérables : Guide de prévention pour votre organisme, votre personnel, vos bénévoles et votre clientèle en prévision de la grippe saisonnière ou pandémique*. Accès : www.icid.com/files/Marg_Pop_Influenza/Influenza_Preparedenss_Guidebook_French_FINAL.pdf.

16 O'Sullivan T et Bourgoin M. *Vulnerability in an influenza pandemic: looking beyond medical risk*. Oct. 2010. Accès : http://www.icid.com/files/Marg_Pop_Influenza/Lit_Review_-_Vulnerability_in_Pandemic_EN.pdf

17 Centre international des maladies infectieuses. *Op. cit.*

18 Centre international des maladies infectieuses. *Problèmes des interventions contre les pandémies de grippe pour les populations urbaines marginalisées – Constatations et recommandations principales issues des réunions de consultation et des entrevues avec les témoins privilégiés*. Mars 2010. Accès : http://www.icid.com/files/Marg_Pop_Influenza/Issues_in_Pandemic_Influenza_Responses_for_Marginalized_Ubran_Populations_French_FINAL.pdf

Il arrive souvent que la responsabilité de la planification eu égard aux populations vulnérables ne soit pas clairement énoncée; par conséquent, même si le personnel de la santé publique y participe habituellement, il faut recourir à tous les intervenants pertinents pour assurer une planification et une acceptation exhaustives. Il est important que les planificateurs répondent aux besoins uniques du territoire de compétence dont ils relèvent. Cela signifie qu'ils doivent être en mesure de déterminer les populations et les milieux associés à un risque accru de maladies ou de symptômes graves dus à la grippe pandémique, ou encore les personnes qui pourraient avoir besoin de services de prévention et de soins personnalisés pendant une pandémie. Certains aspects de la planification à prendre en considération comprennent les besoins en matière d'information (p. ex. langue, style culturel et méthodes), l'accès aux soins pour ce qui est des évaluations, des traitements (y compris l'accès aux antiviraux) et du soutien en période de convalescence, l'accès aux vaccins ainsi que le besoin d'un soutien pour l'exécution des activités de la vie quotidienne.

2.5 Considérations éthiques

La présente section offre un aperçu des principales questions d'éthique relatives à la planification en cas de pandémie, mais ne constitue pas un cadre déontologique comme tel. Les considérations éthiques sont également abordées plus précisément dans diverses annexes du PCPG avec des outils et des cadres à l'appui, dans la mesure du possible.

Au Canada, l'éthique influe de plus en plus sur les politiques de santé. L'analyse des questions d'éthique aide à déterminer la manière correcte d'agir de façon juste, équitable et transparente. La préparation et l'intervention en cas de pandémie comportent nombre d'enjeux qui visent à atteindre un juste équilibre entre les droits, les intérêts et les valeurs. En voici quelques exemples : les décisions concernant l'allocation des ressources, les lignes directrices visant l'établissement des priorités en matière de vaccins antipandémiques et d'antiviraux, l'adoption de mesures de santé publique susceptibles de restreindre la liberté personnelle, les rôles et les obligations des travailleurs de la santé (TS) et des premiers intervenants médicaux (y compris leurs employeurs), le besoin éventuel d'un triage dans la prestation de soins intensifs, et les responsabilités envers la communauté mondiale[19].

L'application d'une réflexion éthique à l'état de préparation et à l'intervention en cas de pandémie commence par la définition des questions éthiques en cause et par l'établissement de leur ordre de priorité. L'analyse du problème doit comprendre une réflexion sur les aspects éthiques associés aux options, tout en tenant compte des valeurs et des intérêts en jeu de la société par rapport à ceux de la personne. Les tensions liées à l'éthique sont inévitables. Au moment de soupeser les options, il est important de s'inspirer des objectifs canadiens en matière de pandémie.

Puisque les initiatives de planification en cas de pandémie touchent à la santé publique, elles doivent s'inspirer d'un code d'éthique qui diffère des principes d'éthique clinique traditionnels[20]. Tandis que l'éthique clinique porte sur la santé et les intérêts des individus, l'éthique de santé publique est axée sur la santé et les intérêts d'une population. Lorsqu'un risque pour la santé comme une pandémie concerne une population comme telle, c'est l'éthique en santé publique qui prédomine, et une grande valeur est alors accordée aux intérêts collectifs.

19 World Health Organization. *Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza.* WHO/CDS/EPR/GIP/2007.2. 2007. Accès : http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_EPR_GIP_2007_2c.pdf

20 Kenny NP, Sherwin SB, Baylis FE. Re-visioning public health ethics: a relational perspective. *Can J Public Health* 2010;101:9-11.

En termes concrets, cela signifie que l'accent doit être mis sur la *confiance* et la *solidarité*. Des activités fructueuses en santé publique nécessitent l'établissement de saines relations et peuvent contribuer à instaurer et à maintenir la confiance entre les personnes, les populations et les autorités en matière de santé. La solidarité est le principe selon lequel nous faisons partie d'un plus grand tout, qu'il s'agisse d'une organisation, d'une collectivité, d'une nation ou du monde entier. Une autre considération importante est la réciprocité, ce qui signifie que les personnes subissant un fardeau démesuré en protégeant le public (p. ex. les TS et autres travailleurs chargés des soins de santé, tels que les agents de police ou les pompiers qui agissent à titre de premiers intervenants médicaux) bénéficient du soutien de la société, et ce dans la mesure où il est possible de réduire ce fardeau.

Le principe d'*intendance* est également étroitement lié à la confiance. L'intendance fait référence à la planification et à la gestion réfléchies de quelque chose qui est confié à la garde de quelqu'un; elle suppose également une prise de décision responsable et l'intégrité dans l'action, ainsi que l'obligation de rendre compte. La confiance, l'intendance et l'établissement de saines relations signifient également que le pouvoir conféré aux autorités gouvernementales et aux responsables des services de santé ne sera pas mal utilisé. Par exemple, si des restrictions sont considérées comme essentielles à la gestion convenable des risques, elles doivent être efficaces et proportionnelles à la menace, ce qui signifie qu'elles doivent être imposées *seulement* dans la mesure nécessaire pour éviter tout préjudice prévisible. Ces contraintes doivent par ailleurs bénéficier de mesures de contrepoids, de façon à atténuer le fardeau des personnes éprouvées.

Les principes d'*équité* et d'*impartialité* sont très importants aux yeux de la population canadienne. En situation de pandémie, ils entraînent un certain nombre de considérations. Autant que possible, les avantages et les risques doivent être répartis équitablement dans l'ensemble de la population. Toutefois, cela pourrait se révéler difficile dans certaines situations, comme une pandémie ayant une retombée plus importante sur certaines populations, ou encore une pandémie très grave, si les ressources sont rares. Les décisions doivent tenir compte des inégalités en matière de santé et tenter de les surmonter au lieu de les exacerber. L'accès aux soins requis peut être limité en situation de crise sanitaire. Cependant, les ressources disponibles (p. ex. vaccins et antiviraux) doivent être distribuées d'une manière juste et équitable. Pour décider si une répartition est juste et équitable, il faudra tenir compte du contexte, d'où l'importance de la transparence et du caractère raisonnable de la prise de décision.

De *bons processus décisionnels* sont également essentiels à une prise de décision éthique. Ils comprennent les éléments suivants[21,22] :

- Ouverture et transparence – Le processus décisionnel peut faire l'objet d'examens approfondis, et le public a accès à des renseignements sur les motifs et le moment des décisions, et les personnes qui en sont responsables.
- Responsabilité – Être responsable des décisions.
- Inclusivité – Les intervenants sont consultés. Le processus prend en compte les points de vue de même que toute répercussion démesurée sur des groupes particuliers.
- Caractère raisonnable – Les décisions ne devraient pas être arbitraires, mais plutôt rationnelles, proportionnelles à la menace, fondées sur des données probantes et pratiques.

---

21 University of Toronto Joint Centre for Bioethics Pandemic Influenza Working Group. *Stand on Guard for Thee: Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza*. 2005. Accès : http://www.jointcentreforbioethics.ca/publications/documents/stand_on_guard.pdf

22 UK Cabinet Office and Department of Health. *Responding to pandemic influenza: The ethical framework for policy and planning*. 2007. Accès : http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_080751

2.6 Considérations d'ordre juridique

Les considérations d'ordre juridique afférentes à l'état de préparation et à l'intervention en cas de pandémie sont diverses et complexes. Les phases de préparation et d'intervention en cas de pandémie reposeront sur les lois internationales ainsi que sur les lois FPT.

2.6.1 EXIGENCES INTERNATIONALES

Règlement sanitaire international (2005)

Le *Règlement sanitaire international* (2005) [*RSI* (2005)] en application est entré en vigueur en 2007. Il fournit un cadre visant à surveiller et à améliorer les capacités mondiales en matière de santé publique et la communication internationale pour ce qui est d'éventuelles urgences de santé publique de portée internationale (USPPI). Le but du *RSI* (2005) est de prévenir la propagation des maladies à l'échelle internationale tout en limitant l'ingérence dans le trafic et le commerce internationaux. Le *RSI* (2005) permet également d'instaurer un processus qui se veut efficace et transparent, permettant à l'OMS et à ses États membres (notamment le Canada), qui sont parties au *RSI*, de mieux détecter une USPPI et de mieux y faire face. Surtout, ce règlement étend la portée de la collaboration internationale à toute maladie existante, résurgente ou nouvelle susceptible de présenter une menace internationale. On trouvera le libellé du RSI (2005) à l'adresse suivante : http://www.who.int/ihr/fr/index.html

Le RSI (2005) prévoit les obligations suivantes pour les États parties :

- Rehausser les capacités fondamentales de surveillance et d'intervention.
- Établir un centre national de liaison (CNL) qui sera le point de contact de l'OMS pour toutes les affaires touchant le *RSI*.
- Déclarer à l'OMS toute éventuelle USPPI dans les délais convenus.

Pour que le Canada soit en mesure de satisfaire aux exigences du *RSI* (2005), tous les ordres de gouvernement doivent se concerter. Au Canada, les PT utilisent des protocoles établis pour déclarer les cas de grippe de portée internationale à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), laquelle est le CNL pour le Canada. Après avoir effectué une évaluation initiale, moyennant l'obligation d'une notification, l'ASPC communique avec l'OMS. Les événements liés à la grippe qui sont à signaler comprennent les cas de grippe humaine causés par un nouveau sous-type de virus, ainsi que les cas qui pourraient avoir une portée internationale liée à la santé publique et qui répondent aux critères de notification de l'annexe 2 du *RSI* (2005). L'OMS réévalue alors l'événement en cause afin de déterminer s'il s'agit bel et bien d'une USPPI. La grippe pandémique A (H1N1) de 2009 a été la première USPPI déclarée par l'OMS en vertu du *RSI* (2005).

Cadre de préparation à une pandémie de grippe

Le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (PGP), conçu notamment pour faciliter l'échange des virus grippaux, ainsi que l'accès aux vaccins et à d'autres avantages, a été adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2011. Plus particulièrement, il vise à améliorer le partage des virus grippaux à potentiel pandémique et à faire en sorte que les pays ayant besoin de vaccins et de médicaments d'importance vitale, advenant une pandémie, soient en mesure d'y avoir accès de façon plus prévisible, efficace et équitable. Ce cadre peut être consulté à l'adresse suivante (disponible en anglais seulement) : http://www.who.int/influenza/pip/en/

En vertu du Cadre PGP, les États membres, y compris le Canada, sont responsables de :

- partager dans les meilleurs délais les virus grippaux à potentiel pandémique pour les humains avec le système mondial de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS) de l'OMS;
- contribuer au système de partage des avantages lié à la grippe pandémique;
- continuer à appuyer le GISRS

2.6.2 LOIS FÉDÉRALES

En vertu du paragraphe 6(1) de la *Loi sur la gestion des urgences* (2007), chaque ministre responsable d'une institution fédérale devant le Parlement est chargé de déterminer les risques qui sont propres à son secteur de responsabilité ou qui y sont liés, et d'élaborer des plans de gestion des urgences et d'intervention à l'égard de ces risques, de les mettre à jour, à l'essai et en œuvre, de tenir des exercices et d'assurer la formation à leur égard.

Conformément aux responsabilités que la *Loi* lui confère, le ministre fédéral de la Santé est principalement responsable de l'élaboration, de la mise à l'essai et de la mise à jour des plans d'urgence propres au mandat du portefeuille fédéral de la Santé, qui comprend Santé Canada (SC) et l'ASPC. Ces plans décrivent l'intervention fédérale en cas de menaces pour la santé publique ou de phénomènes pancanadiens connexes, tels que des grandes épidémies (y compris une pandémie grippale), ou encore en cas d'effets sur la santé dus à des désastres naturels ou des incidents chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosifs (CBRNE).

De plus, la *Loi sur la mise en quarantaine* (2005) vise à prévenir l'introduction et la propagation des maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur du Canada en conférant au ministre de la Santé le pouvoir de prendre les mesures de santé publique qui s'imposent et de mettre en œuvre des mécanismes d'exécution. La grippe de type A pandémique figure à la liste des maladies inscrites à l'annexe de cette loi.

2.6.3 LOIS PROVINCIALES-TERRITORIALES

La gestion des urgences sanitaires dans les PT du Canada est régie par des lois qui leur sont propres. Ces lois exigent que les PT possèdent des plans d'urgence complets qui respectent l'état de préparation, l'intervention et le rétablissement dans le cas d'urgences et de désastres, y compris les cas pouvant avoir des répercussions sur l'infrastructure essentielle. D'importants pouvoirs de gestion d'urgences de santé se retrouvent également dans les diverses lois relatives à la santé publique.

La pandémie de 2009 a permis de cerner les lacunes ou les problèmes associés aux lois existantes (y compris les lois sur la santé publique) qu'il faudrait combler pour intervenir plus efficacement en cas de pandémie future. Une intervention efficace exige un pouvoir pour établir la direction appropriée d'une intervention coordonnée, ainsi qu'un pouvoir habilitant les PT et les responsables locaux de la santé publique à mettre en œuvre les mesures de contrôle pertinentes. Les planificateurs doivent s'assurer qu'ils possèderont les pouvoirs nécessaires pour déployer une intervention efficace, qu'un état d'urgence ait été déclaré ou non.

3.0 APPROCHE DU CANADA EN MATIÈRE DE GRIPPE PANDÉMIQUE

3.1 Buts et objectifs

Les buts sont très utiles pour orienter l'état de préparation et l'intervention ainsi que pour établir les priorités quant à l'utilisation des ressources, le cas échéant. Les buts du Canada sur le plan de la préparation et des mesures d'intervention en cas de pandémie sont les suivants :

> *Premièrement, réduire au minimum la morbidité grave et la mortalité en général et, deuxièmement, atténuer les perturbations sociales que pourraient subir les Canadiens suite à une pandémie d'influenza.*

Ces buts nationaux ont d'abord été exposés dans le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*, plan qui a été appuyé par les ministres FPT de la Santé en 2004. Ces buts, de même que leur ordre de priorité, ont fait l'objet de délibérations approfondies de la part des planificateurs FPT et d'autres intervenants de la lutte contre la pandémie. Selon un sondage mené dans le cadre du Programme canadien de recherche en l'éthique appliquée à la pandémie (CanPREP), plus de 90 % des participants s'entendaient pour dire que l'objectif le plus important des préparatifs en cas de pandémie de grippe était de sauver des vies[23]. Durant la pandémie de 2009, les objectifs pandémiques ont été d'une valeur inestimable pour orienter les divers aspects de l'intervention.

Voici maintenant les objectifs pour appuyer le secteur de la santé :

A. RÉDUIRE LA GRAVITÉ DE LA MALADIE ET LA MORTALITÉ EN GÉNÉRAL PAR LES MOYENS SUIVANTS :

- Réduire la transmission des infections par la promotion d'actions individuelles et communautaires.
- Protéger la population par l'administration des vaccins antipandémiques et la mise en œuvre d'autres mesures de santé publique.
- Offrir des traitements et un soutien à un grand nombre de personnes tout en maintenant les autres soins de santé essentiels.

B. ATTÉNUER LES PERTURBATIONS SOCIALES PAR LES MOYENS SUIVANTS :

- Favoriser le maintien des soins de santé et d'autres services essentiels.
- Assurer la continuation des activités quotidiennes dans toute la mesure du possible et favoriser un retour au fonctionnement normal de la collectivité dès que possible.

23 Ritvo P, Wilson K, Gibson JL, et al. Canadian survey on pandemic flu preparations. BMC Public Health 2010;10;125.

- Maintenir la confiance par les moyens suivants :
  - Assurer une prise de décision fondée sur des données probantes grâce à la collecte, à l'analyse et à la communication de renseignements sur la surveillance et d'autres données scientifiques.
  - Communiquer des conseils pertinents et en temps opportun aux décideurs, aux professionnels de la santé et au public.
- Assurer une intervention coordonnée grâce à un travail de collaboration avec tous les ordres de gouvernement et les intervenants.

3.2 Approches et principes directeurs

Les principes énoncés ci-après sous-tendent la prise de décision et les activités relatives à la préparation et à l'intervention en cas de pandémie au Canada :

- *Collaboration* – Tous les ordres de gouvernement et tous les intervenants de la santé doivent joindre leurs efforts en vue d'une intervention efficace et coordonnée. Des approches concertées et harmonisées doivent donc être adoptées en matière de planification, d'intervention et de rétablissement. Une prise de décision à l'échelle FPT est également nécessaire. De plus, les intervenants doivent participer à toutes ces étapes.
- *Prise de décision fondée sur des données probantes* – Les décisions doivent être fondées sur les meilleures données disponibles, autant que faire se peut. Par ailleurs, il est reconnu que d'autres facteurs entrent aussi en ligne de compte : contraintes juridiques et institutionnelles, valeurs, coûts et disponibilité des ressources[24].
- *Proportionnalité* – L'intervention en cas de pandémie doit s'ajuster à l'ampleur de la menace.
- *Souplesse* – Les mesures prises sont adaptées à la situation et sont susceptibles de changer en raison de nouveaux renseignements. Même si l'approche pancanadienne doit être uniforme, les autorités régionales et locales devront pouvoir disposer de la souplesse nécessaire quant à l'étendue et au moment de leur intervention, pour pouvoir s'adapter aux profils de transmission de la maladie.

Outre ces principes directeurs fondamentaux, les activités relatives à la préparation et à l'intervention en cas de pandémie au Canada s'inspirent de ce qui suit :

- *Approche préventive/protectrice* – Cette approche s'applique tout particulièrement aux premiers stades de la pandémie, lorsqu'une prise de décision entièrement fondée sur des données probantes n'est pas possible faute de telles données et en raison de la part d'incertitude liée à un événement nouveau. Autrement dit, il s'agit de prendre rapidement des actions préventives appropriées qui soient proportionnelles à la menace et les plus éclairées possible. Il ne faut pas entendre par là qu'il faille prendre toutes les décisions en l'absence de données probantes; mais plutôt qu'à mesure que de nouvelles données réduiront l'incertitude, des actions plus éclairées pourront se substituer aux mesures de précaution prises initialement.
- *Utilisation de pratiques et de systèmes établis, dans la mesure du possible* – Il est très difficile de créer de nouvelles façons de fonctionner pendant une situation d'urgence. Des interventions efficaces en matière de grippe saisonnière facilitent une solide intervention antipandémique, puisque des stratégies et des procédures bien rodées peuvent être rapidement intensifiées pour endiguer la pandémie.

24 Oxman AD, Lavis JN, Lewin S et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Health Res Policy Syst* 2009;7(Suppl 1):S1

- *Prise de décision éthique* – Les principes éthiques et les valeurs sociétales doivent être explicites et intégrés à toute prise de décision, y compris aux processus mêmes de la prise de décision. Il est d'autant plus important de bien veiller à ce que toutes les actions réalisées respectent les lignes directrices d'éthique adaptées aux préoccupations de santé publique, tout en tenant compte des droits de la personne dans toute la mesure du possible.

3.3 Coordination de la préparation et de l'intervention pancanadiennes

La nature mondiale d'une pandémie nécessite une intervention différente de celle associée à beaucoup d'autres types d'urgence. Habituellement, la responsabilité de gérer une urgence repose d'abord sur la personne ou le ménage, qui doit contrôler les effets de l'urgence à mesure qu'ils surviennent. Cette responsabilité se transfère par la suite aux ordres de gouvernement successifs, à mesure que leurs compétences et leurs ressources sont nécessaires. Quand le gouvernement fédéral est appelé à intervenir dans une urgence, il revient à Sécurité publique Canada de coordonner l'ensemble des activités. Dans les PT, un tel mandat est confié au ministère approprié ou à un organisme de mesures d'urgence.

En cas de pandémie, une intervention pancanadienne mettant à contribution tous les ordres de gouvernement est requise, de façon à mobiliser toutes les ressources possibles pour endiguer les effets négatifs de la pandémie sur le plan sanitaire, social et économique. À cet égard, les plans pandémiques de l'ensemble des administrations doivent s'harmoniser. C'est à cette condition que l'on contribuera au succès d'une approche FPT concertée durant une pandémie.

Les sections ci-dessous résument la planification et l'intervention en cas d'urgence sanitaire à l'échelle FPT qui s'appliquent aux pandémies.

3.3.1 PLANS ET CADRES DE LA GESTION DES URGENCES

Le GC dispose d'un système coordonné de cadres de gestion des urgences, ainsi que des dispositifs et des plans d'intervention d'urgence, dont bon nombre sont accessibles sur le site Web de Sécurité Publique Canada (http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/mrgnc-mngmnt/index-fra.aspx). Ces plans, qui font appel à une approche tous risques, reposent sur les quatre composantes du continuum de la gestion des urgences : prévention et atténuation, préparation, intervention et rétablissement. Les plans d'intervention d'urgence du portefeuille fédéral de la Santé font partie de ce système du GC.

Parallèlement au système du secteur fédéral de la santé, le secteur FTP de la santé dispose également d'un système de cadres et de plans d'intervention d'urgence suffisamment complet et flexible pour renforcer tout type d'intervention en cas d'urgence sanitaire pancanadienne. L'élaboration et la mise à jour de certains de ces documents, notamment le PCGP, relèvent du Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique (RSP).

Les plans de gestion d'urgence fédéral et FPT sont appuyés par diverses annexes opérationnelles et documents d'orientation. Tous ces instruments sont intégrés aux plans généraux d'intervention d'urgence tous risques et traitent de menaces plus précises.

3.3.2 COORDINATION PANCANADIENNE DE L'INTERVENTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ EN CAS DE PANDÉMIE

Étant donné qu'une pandémie représente un phénomène de santé important, les ministères FPT de la Santé portent la responsabilité principale de l'intervention du secteur de la santé dans leurs territoires de compétence respectifs et agissent à titre de conseillers auprès d'autres secteurs sur des questions de santé.

Au niveau fédéral, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU), à l'ASPC, est le centre de liaison du portefeuille de la Santé pour ce qui est de coordonner et d'offrir un éventail de services de gestion des urgences en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, les PT, des ONG et le secteur privé. Le CMIU s'occupe du centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS) à Ottawa et de ses réseaux établis avec d'autres centres d'opérations au niveau FPT.

On s'attend à ce que la coordination de l'*intervention du secteur de la santé* à l'échelle FPT en cas de pandémie repose sur une approche FPT d'intervention sanitaire d'urgence tous risques, conçue pour être de nature complémentaire aux systèmes de planification et d'intervention existants des divers territoires de compétence, et pour être utilisée conjointement à ces systèmes. Au niveau stratégique, on prévoit que l'interface FPT découlera d'un corps exécutif FPT. Ce lien de haut niveau est conçu pour garantir que toutes les décisions clés concernant les communications, les ressources et les décisions délicates sur le plan politique sont prises dans le cadre d'un forum FPT.

3.3.3 PLAN NORD-AMÉRICAIN CONTRE L'INFLUENZA ANIMALE ET LA PANDÉMIE D'INFLUENZA

Le *Plan nord-américain contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza* (PNAIAPI) décrit la façon dont le Canada, le Mexique et les É.-U. prévoient collaborer en vue de lutter contre une éclosion de grippe animale ou une pandémie de grippe en Amérique du Nord. Le PNAIAPI porte sur des questions de santé publique et animale, y compris la communication précoce et la surveillance, les enquêtes conjointes sur les épidémies, l'épidémiologie, les pratiques de laboratoire, les interventions médicales comme les vaccins et les antiviraux, l'échange de personnel et les mesures de santé publique. Il traite également des questions liées aux frontières et au transport. Bien que ce plan ne soit pas juridiquement contraignant, il reflète de solides engagements de la part des pays concernés quant à travailler de façon concertée.

3.4 Rôles et responsabilités en situation de pandémie

La collaboration dans la planification et l'intervention en cas de pandémie se voit renforcée par des rôles et des responsabilités clairement définis et bien compris. Même si la présente section porte plutôt sur les responsabilités gouvernementales, il est reconnu que d'autres partenaires jouent également un rôle important face à une pandémie. Ces partenaires sont notamment le secteur non lié à la santé, le secteur privé, les ONG, les municipalités, les autorités locales ou régionales de la santé, et les organisations internationales. De même, l'ensemble des citoyens sont tenus de se tenir informés et de respecter les mesures visant à réduire la transmission des maladies.

3.4.1 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Les rôles et les responsabilités de l'OMS en situation de pandémie sont décrits dans son document d'orientation sur la gestion du risque en cas de pandémie de grippe[25] et comprennent :

- la coordination de l'intervention internationale conformément au *RSI* (2005), y compris la réalisation d'évaluations du risque au niveau mondial;
- la communication de la situation mondiale en utilisant les phases de pandémie mondiale;
- la déclaration d'une USPPI et d'une pandémie en vertu des directives;
- la fourniture de renseignements et de soutien aux États membres touchés;
- la sélection de la souche du vaccin antipandémique et détermination du début de la production de ce vaccin au lieu du vaccin contre la grippe saisonnière;
- la fourniture d'une supervision et d'un soutien en vue de la mise en œuvre du Cadre PGP.

3.4.2 CANADA – GOUVERNEMENTS FPT

La responsabilité liée aux services de santé au Canada est répartie entre tous les ordres de gouvernement. Les rôles et responsabilités de haut niveau des gouvernements FPT sont énoncés ci-dessous. Des renseignements plus précis à cet égard concernant des éléments particuliers de l'intervention sont présentés dans les annexes du PCGP. Il est reconnu que les responsabilités des populations relevant du gouvernement fédéral, qui sont résumées à la fin de la présente section, sont complexes et changeantes.

A. ASPECTS INTERNATIONAUX

Les aspects internationaux de la gestion de la grippe et de la liaison relèvent du *gouvernement fédéral*.

Le *gouvernement fédéral* est responsable :

- d'agir en tant que centre national de liaison pour l'OMS dans le cas de toutes les affaires touchant le *RSI* (2005), et de gérer tous les aspects internationaux de l'état de préparation et de l'intervention en cas de pandémie;
- de fournir des avis de santé et de voyage ainsi que d'autres informations liées à la santé pertinentes en cas de voyages internationaux;
- d'exercer des pouvoirs en vertu de la *Loi sur la mise en quarantaine*, pour protéger la santé publique à l'aide de mesures exhaustives qui contribuent à prévenir l'introduction et la propagation des maladies transmissibles au Canada. De telles mesures comprennent, entre autres, le contrôle, l'examen et la détention des personnes ainsi que des transporteurs (p. ex. avions et navires de croisière), de leurs marchandises et cargaisons, à leur arrivée et à leur départ.

B. COLLABORATION, COMMUNICATION, ÉCHANGE D'INFORMATION ET RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE POLITIQUES

Bien que les gouvernements PT soient responsables des plans de communication et de la transmission des messages au sein du territoire relevant de leur compétence, une intervention en cas de pandémie coordonnée à l'échelle pancanadienne requiert des infrastructures collectives, des capacités d'intervention et des activités coordonnées.

25 World Health Organization. *Pandemic influenza risk management – WHO interim guidance*. 2013. Accès : http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management/en/index.html

Le *gouvernement fédéral* est responsable :

- de s'assurer que les évaluations du risque associé aux nouveaux virus et aux virus pandémiques sont effectuées et divulguées comme il se doit;
- de faciliter la coordination de l'intervention pancanadienne globale en cas de pandémie.

Les *gouvernements FPT* collaboreront en vue :

- de coordonner et de soutenir le processus nécessaire au développement et à la mise à jour périodique du PCGP, de même que de ses annexes, dont l'ASPC agit à titre de responsable;
- d'évaluer les lacunes dans les capacités d'intervention pancanadienne et les combler s'il y a lieu;
- d'harmoniser les plans fédéraux d'intervention en cas de pandémie pour les populations relevant du gouvernement fédéral (voir la section F pour les populations relevant du gouvernement fédéral) avec les plans PT, le cas échéant;
- d'évaluer la capacité, les normes et les protocoles en matière de surveillance et les modifier s'il y a lieu;
- d'évaluer la capacité, les normes et les protocoles des services de laboratoire et les modifier s'il y a lieu;
- d'établir les politiques et les recommandations pancanadiennes sur l'utilisation d'antiviraux et de vaccins pendant une pandémie, et de favoriser leur exécution;
- d'élaborer et de mettre en œuvre des directives en matière de santé publique;
- d'assurer l'élaboration et la divulgation de directives en matière de soins cliniques;
- d'établir une stratégie de communication pancanadienne qui reflète les caractéristiques linguistiques, culturelles et de l'alphabétisme au Canada, et qui assure une harmonisation des messages élaborés par les différentes instances FPT, le cas échéant;
- d'établir des protocoles pour l'échange des renseignements pertinents, y compris, entre autres, les plans et les ébauches FPT, les données de surveillance, les communications, stratégies et messages des territoires de compétence, ainsi que les interventions en cas de pandémie et leurs répercussions;
- de cerner les priorités de recherche d'intervention rapide, de tenir compte de ces priorités et de tirer parti des travaux de recherche qui en découlent.

C. ANTIVIRAUX ET VACCIN ANTIGRIPPAL

Le *gouvernement fédéral* est responsable :

- d'accorder l'autorisation réglementaire pour la commercialisation des antiviraux et des vaccins antigrippaux;
- d'agir à titre de centre de liaison pour les fabricants de vaccins et pour une collaboration internationale en matière de réglementation;
- d'accorder l'autorisation réglementaire pour la réalisation d'essais cliniques;
- de négocier avec les fabricants et d'établir des contrats pour l'achat d'antiviraux et de vaccins à l'échelle FPT, en prévision d'une pandémie;
- d'assurer la surveillance nationale des effets indésirables des antiviraux et des vaccins;
- de fournir des antiviraux et des vaccins aux populations relevant du gouvernement fédéral et qui ne font pas l'objet de dispositions en matière d'approvisionnement par les PT.

Les *gouvernements PT* sont responsables de l'entretien, de la surveillance, de la distribution et de l'administration des antiviraux et des vaccins dans leurs territoires de compétence respectifs. Ils collaboreront en vue de :

- fournir les antiviraux et, lorsqu'ils sont disponibles, les vaccins aux populations proposées;
- communiquer les renseignements concernant la distribution et l'utilisation des antiviraux et des vaccins dans leurs territoires de compétence respectifs;
- surveiller les effets indésirables des antiviraux et des vaccins, et en rendre compte.

Les *gouvernements PT* sont également responsables de la distribution des vaccins et des antiviraux à la plupart des populations relevant du gouvernement fédéral, bien que cela varie selon le groupe de population et les PT (voir la section F sur les populations relevant du gouvernement fédéral).

Les *gouvernements FPT* travailleront de concert en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies visant à atténuer les conséquences d'une pénurie d'antiviraux et de vaccins, ou d'un retard d'approvisionnement, le cas échéant.

D. ÉTAT DE PRÉPARATION ET INTERVENTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ

L'état de préparation et l'intervention du secteur de la santé relèvent de chaque territoire de compétence. Dans certains cas, la responsabilité des services sociaux d'urgence relève également du secteur de la santé.

Les *gouvernements PT* sont responsables de :

- s'assurer que les plans PT de lutte contre la pandémie (ou les plans tous risques selon l'endroit) sont élaborés, mis à l'essai et revus périodiquement;
- tenir compte du contenu et du but du PCGP durant l'élaboration de leurs propres plans;
- communiquer avec le grand public, les médias et les groupes d'intervenants au sujet de leurs plans respectifs, et consulter ces interlocuteurs;
- mettre à exécution les plans PT de lutte contre la pandémie ou les plans tous risques.

Le *gouvernement fédéral* assume des responsabilités semblables pour les ministères fédéraux qui traitent de la santé et pour les populations relevant du gouvernement fédéral en collaboration avec les PT (voir la section F sur les populations relevant du gouvernement fédéral).

E. PRESTATION DE SOINS DE SANTÉ

La prestation des soins de santé, qui constitue un élément essentiel de l'intervention en cas de pandémie, relève principalement des PT.

Les *gouvernements PT* sont responsables :

- d'élaborer des plans visant à accroître la capacité d'intensification afin de pouvoir soigner les personnes atteintes qui relèvent de leur compétence;
- d'offrir des services de santé aux personnes qui relèvent de leur compétence, notamment les populations relevant du gouvernement fédéral, tout en tirant parti des accords en place. La prochaine section traite des populations relevant du gouvernement fédéral et de la responsabilité fédérale;
- d'établir et de tenir à jour des protocoles et des ententes au besoin, préférablement avant l'apparition d'une pandémie, pour faciliter les déplacements transfrontaliers des patients et des professionnels

de la santé autorisés pendant une pandémie, et favoriser d'autres aspects d'aide mutuelle;

- d'élaborer, au besoin, une stratégie pour recueillir et surveiller les données sur l'utilisation des services de soins de santé;
- d'assurer la provision de médicaments, de fournitures et d'équipements nécessaires pour la prestation de services de soins de santé en cas de pandémie;
- de travailler de façon concertée pour établir des protocoles et des lignes directrices concernant l'ordre des priorités à suivre en matière de services de soins de santé en période de forte demande et de pénuries de personnel ou de fournitures dans leurs territoires de compétence respectifs.

Le *gouvernement fédéral* est responsable de :

- veiller à la prestation des services de santé, des médicaments, des fournitures et de l'équipement aux populations ou aux employés désignés qui relèvent du gouvernement fédéral et qui ont habituellement accès aux services de soins de santé fédéraux;
- faciliter l'accès aux capacités d'intensification, notamment aux programmes, aux employés et aux ressources fédéraux, pour soutenir les interventions des PT, s'il y a lieu;
- mettre à contribution les fournitures médicales de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) de façon à ce que les capacités d'intensification appuient les interventions des PT;
- faciliter l'acquisition de fournitures médicales supplémentaires par l'intermédiaire de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada et d'autres organismes fédéraux, au besoin.

F. POPULATIONS RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Les populations relevant du gouvernement fédéral sont celles auxquelles le gouvernement fédéral offre des soins et autres services de santé, des biens et des services divers, ou rembourse les coûts associés à la prestation de soins et autres services de santé. Sauf pour ce qui est des Forces canadiennes, qui disposent de leur propre système de soins de santé pour leurs membres en service actif, les besoins de ces populations relevant du gouvernement fédéral seront pris en compte dans les activités PT de planification en cas de pandémie, ce qui permettra d'établir une intervention complète et coordonnée dans une telle situation.

Les populations relevant du gouvernement fédéral comprennent les personnes suivantes :

- les Premières nations vivant dans les réserves, y compris celles qui se chargent des services de santé dans le cadre d'un accord de transfert;
- les patients des hôpitaux gérés par Anciens Combattants Canada, qui reçoivent des services qui ne sont pas déjà assurés par la province[26];
- les membres actifs des Forces canadiennes;
- les délinquants sous responsabilité fédérale ou les détenus des pénitenciers fédéraux;
- les demandeurs de statut de réfugié, les personnes jouissant d'une protection, les détenus en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, les demandeurs d'asile déboutés et autres populations;
- les employés canadiens en mission à l'étranger.

26 Le seul hôpital actuellement exploité par Anciens Combattants Canada est l'Hôpital Sainte-Anne à Montréal, qui est en train d'être transféré à la province du Québec.

Le gouvernement fédéral est responsable de :

- soutenir l'apport et la distribution des médicaments, des fournitures et de l'équipement aux populations relevant du gouvernement fédéral (citées dans la liste ci-dessus), par l'entremise des systèmes de distribution et d'administration FPT existants.

Le *gouvernement fédéral* travaillera de concert avec les gouvernements PT en vue de :

- s'assurer que toutes les populations relevant du gouvernement fédéral ont accès aux services de santé liés à une pandémie au même titre que les autres résidents du Canada, tout en tirant parti des accords en place. Cela comprend, entre autres, l'accès aux antiviraux, aux vaccins antigrippaux et aux fournitures nécessaires pour la prestation de services de soins de santé en cas de pandémie;

- faciliter la coordination de la planification fédérale pour les populations relevant du gouvernement fédéral qui bénéficient des plans PT de lutte contre la pandémie.

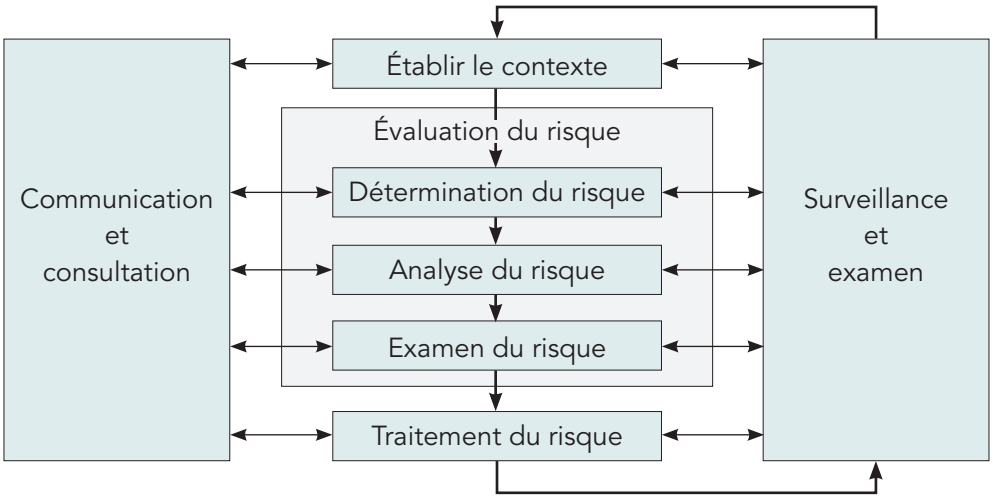
3.5 Approche de la gestion du risque

3.5.1 APERÇU

La *gestion du risque* est une approche systématique permettant d'établir le meilleur plan d'action possible en présence d'un environnement incertain, en cernant et en évaluant les risques, en communiquant sur ces derniers et en prenant les mesures qui s'imposent. Une approche de la gestion du risque offre un cadre utile pour dissiper les incertitudes inhérentes à la planification et à l'intervention en cas de pandémie. La gestion du risque appuie les principes du PCGP en matière de planification, à savoir la prise de décision fondée sur des données probantes, la proportionnalité et la souplesse. La gestion du risque appuie également une approche de prévention ou de protection lorsque l'incertitude règne en début d'événement.

La figure 1 illustre les grandes lignes du processus de gestion du risque tel que l'énonce la norme internationale ISO 31000 en matière de gestion du risque. La figure est suivie d'une brève description des diverses phases de la gestion du risque.

FIGURE 1 - LE PROCESSUS DE GESTION DU RISQUE SELON LA NORME ISO 31000[27]



27 Association canadienne de normalisation. *CAN/CSA-ISO 31000-10. Risk management – Principles and guidelines* (adoption d'ISO 31000 : 2009, première édition 2009-11-15). 2010

L'*évaluation du risque* est une composante essentielle à la gestion du risque. Elle vise à fournir des renseignements fondés sur des données probantes ainsi que des analyses permettant de prendre des décisions éclairées sur la façon d'aborder des risques particuliers et de choisir parmi plusieurs options possibles. L'évaluation du risque comporte trois parties :

- La *détermination du risque* consiste à déterminer des événements futurs ou des situations existantes qui pourraient altérer la réalisation des objectifs de l'organisation ou du système.
- L'*analyse du risque* consiste à évaluer les risques quant à leur probabilité et à leurs répercussions possibles (qui est touché et dans quelle mesure). Une telle analyse permet de déterminer les éléments de la planification et les options possibles, pour chaque composante de l'intervention. Cette analyse doit également évaluer la perception du public face au risque et la façon dont cette perception peut influer sur la gestion du risque, pour que les stratégies de communication et la formulation des messages soient adaptées en conséquence.
- L'*examen du risque* consiste à déterminer l'importance du niveau et du type de risque, pour orienter les décisions concernant les actions futures. Les facteurs éthiques, juridiques et financiers sont parmi les éléments à considérer en vue de la prise de décisions. Les décisions pourraient également devoir tenir compte des besoins et des priorités en matière de traitement, et déterminer les activités à entreprendre ou le parcours à privilégier parmi plusieurs possibles.

Le *traitement du risque* suit l'évaluation du risque; il consiste à déterminer et à recommander des options de traitement du risque (en matière de gestion ou de contrôle). Les options de traitement du risque doivent inclure les étapes à prendre au préalable, ainsi que les mesures possibles à prendre au moment de la pandémie.

La *communication et la consultation du risque* font également partie intégrante de la gestion du risque. Une communication efficace avec les intervenants doit favoriser une bonne compréhension du processus de prise de décisions en matière de gestion du risque, garantir un processus transparent et aider les intéressés à prendre des décisions éclairées. Un plan de communications du risque devrait être élaboré à un stade précoce.

La *surveillance et l'examen* jouent également un rôle important pour ce qui est d'évaluer les facteurs qui peuvent évoluer avec le temps et de consigner l'efficacité des interventions. De tels examens devraient donner lieu à des mises à jour périodiques de l'évaluation du risque.

3.5.2 PRISE EN COMPTE DE LA GESTION DU RISQUE DANS LA PLANIFICATION ET L'INTERVENTION EN CAS DE PANDÉMIE

Vu les nombreuses variables possibles de la planification en cas de pandémie grippale, il est difficile de procéder à une gestion complète du risque. Cela étant, les quatre scénarios décrits dans la section 3.7 devraient pouvoir aider à déterminer le risque : ils offrent un point de départ pour réfléchir aux risques associés aux pandémies aux répercussions variées, ainsi qu'à la portée de ces risques.

Il faudra aussi essayer de prévoir les décisions importantes à prendre pendant une pandémie, afin d'éclairer l'élaboration et l'analyse des options. Il y aurait également lieu de préciser à l'avance, dans la mesure du possible, quels ordres de gouvernement doivent prendre part à quels types de décisions le moment venu. Voici des exemples de décisions importantes :

- Déterminer l'étendue de l'intervention.
- Doit-on accentuer ou réduire une intervention et si oui, à quel moment?
- Quand, quoi et comment communiquer avec le public?

- Quelle quantité de vaccins et quelles formulations doit-on commander?
- Comment établir les priorités quant à l'utilisation des vaccins?
- Quelles interventions de santé publique doivent être utilisées, à quel moment et auprès de quelles populations, et y a-t-il lieu de les adapter au fil du temps?
- Quel type de test diagnostique de la grippe et quelles stratégies thérapeutiques faut-il recommander et y a-t-il lieu de les adapter au fil du temps?
- Quels services de traitement et d'évaluation supplémentaires pourraient être requis et, le cas échéant, à quel moment faut-il y avoir recours ou s'en passer?

L'anticipation des décisions importantes doit comprendre la détermination des types et des sources d'information requise pour la prise de décision. Une surveillance rigoureuse de la grippe saisonnière permet d'établir des points de référence, d'accroître les capacités et de créer une plateforme pour l'intensification de l'intervention pendant la pandémie.

L'anticipation des décisions importantes doit également mener à l'élaboration d'options pertinentes quant au traitement du risque. D'un point de vue de l'état de préparation en cas de pandémie, voici des exemples de traitement du risque : continuité de la planification opérationnelle; établissement de réserves d'antiviraux et d'autres fournitures essentielles; établissement préalable de contrats pour des vaccins antipandémiques; renforcement des systèmes de surveillance de la grippe; amélioration des capacités diagnostiques et analytiques; établissement de protocoles pour la recherche sur les pandémies; création de réseaux de communication pour prévoir des stratégies de communication du risque efficaces et coordonnées.

En cas de pandémie, les scénarios de planification seront remplacés par un événement réel et les activités d'intervention seront orientées par les données disponibles. Durant les premières phases, les répercussions probables de la pandémie et les populations les plus à risque seront sans doute mal connues. Il faudra donc prendre bon nombre de décisions avant d'avoir en main des données solides, puis effectuer des remaniements, au besoin, à mesure que l'on disposera de plus d'information, tout en gardant à l'esprit qu'il n'est pas toujours facile de freiner une intervention. Étant donné que ces données évolueront au fil du temps, la compréhension de la situation se modifiera en fonction des nouveaux renseignements et sera donc toujours à parfaire. Une approche de la gestion du risque sera utilisée tout au long de l'intervention par tous les intéressés. Les évaluations du risque contribueront largement à la prise de décision FPT en permettant de déterminer ce qui est connu à ce moment-là, ce qui peut se produire et à quel moment, ainsi que les principaux domaines d'incertitude.

L'ASPC facilitera l'élaboration d'évaluations du risque opportunes et crédibles pour étayer la prise de décision FPT. Ces évaluations formelles seront effectuées au début de la pandémie pour guider l'intervention initiale, puis périodiquement à mesure que de nouveaux renseignements émergeront (p. ex. à la fin d'une vague pandémique). Les évaluations du risque répondront aux principaux besoins en matière d'information, notamment les caractéristiques du virus, les répercussions prévues ou éprouvées sur le système de soins de santé et sur la collectivité, les groupes d'âge et les groupes à risque les plus touchés, l'apparition d'une résistance aux antiviraux et l'efficacité estimée des mesures de contrôle. Avec la progression de la pandémie, des questions se poseront quant à la probabilité de nouvelles vagues pandémiques, à l'émergence de nouveaux facteurs de risque, ainsi qu'au renforcement ou à l'atténuation de l'intervention. L'appendice B présente les facteurs pertinents à examiner pour effectuer des évaluations du risque pandémique dès le départ, puis de façon continue, et cerne les sources possibles d'information sur ces facteurs.

3.6 Hypothèses de planification

Cette section sur les hypothèses de planification ainsi que la section 3.7 sur les scénarios de planification en cas de pandémie décrivent deux outils importants pour une telle planification. Il s'agit d'instruments distincts, mais complémentaires.

La formulation d'hypothèses de planification constitue un moyen de faire face à l'incertitude. Les hypothèses fournissent un cadre utile, mais *ne doivent pas être considérées comme des prévisions*. Bien qu'elles se fondent idéalement sur des preuves[28,29], elles ne représentent que des estimations éclairées. Avec l'évolution de la pandémie, ce sont les nouvelles données probantes qui orienteront l'intervention. Les hypothèses de planification énumérées ci-dessous puisent leur orientation aux sources suivantes : les lignes directrices intérimaires de 2013 de l'OMS sur la gestion du risque lié à la grippe pandémique, le sommaire scientifique de 2011 du R.-U. sur la grippe pandémique et les mesures d'atténuation, ainsi que les discussions tenues lors de l'atelier canadien de 2011 sur les hypothèses de planification pour la préparation en cas de grippe pandémique.

3.6.1 ORIGINE ET FACTEUR TEMPS

- La prochaine pandémie pourrait apparaître n'importe où dans le monde et à tout moment.
- Le nouveau virus pourrait atteindre le Canada sans aucun délai.
- Le premier pic de maladie dans une région du pays pourrait se produire quelques semaines seulement après la première détection du nouveau virus à cet endroit. Le premier pic de mortalité devrait survenir plusieurs semaines après le pic de maladie.

3.6.2 TRANSMISSION

- Le virus de la grippe pandémique pourrait se comporter comme les virus de la grippe saisonnière à bien des égards :
  - Période d'incubation – elle pourrait être de un à trois jours.
  - Période de transmissibilité – les adultes sont infectieux 24 heures avant et jusqu'à cinq jours après l'apparition des symptômes, et les enfants pourraient l'être jusqu'à sept jours; des périodes de transmissibilité plus longues ont été observées, en particulier chez les personnes immunodéprimées.
  - Méthodes de transmission – principalement par gouttelettes et par contact (direct et indirect); la transmission par voie aérienne est peu documentée.
- La transmission devrait être relativement plus faible au printemps et en été qu'en automne et en hiver (schéma habituel de transmission dans les pays tempérés).
- La transmission est possible par les personnes asymptomatiques, mais elle est plus importante en présence de symptômes, comme la toux, et lorsque le taux d'excrétion virale est élevé (c.-à-d. au début de la période symptomatique).

28 World Health Organization. *Pandemic influenza risk management – WHO interim guidance*. 2013. Accès : http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management/en/index.html

29 Gouvernement de Grande-Bretagne. ministère de la Santé. *Scientific summary of pandemic influenza & its mitigation*. 2011. Accès : http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/DH_125318

3.6.3 ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA PANDÉMIE

- La plupart des collectivités subiront au moins deux vagues pandémiques de magnitudes différentes. La durée d'une vague variera de plusieurs semaines à quelques mois, selon l'endroit.
- Des variations géographiques seront observées en ce qui concerne le moment d'apparition et l'intensité des vagues, même si plusieurs PT pourront être touchés simultanément.
- La pandémie devrait durer de 12 à 18 mois.
- Le nouveau virus devrait remplacer les autres souches saisonnières en circulation pendant la pandémie. Après la pandémie, le virus pandémique continuera à circuler comme une souche saisonnière. Il pourrait complètement remplacer les sous-types de virus de la grippe A saisonnière en circulation ou continuer à circuler parmi d'autres sous-types de virus de la grippe A saisonnière.
- Par rapport à la grippe saisonnière, des cas relativement plus nombreux de maladie grave et de décès devraient survenir parmi les personnes jeunes et celles qui n'ont pas de problèmes de santé sous-jacents.

3.6.4 CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

- Le taux d'attaque clinique prévu dans la population (en moyenne sur toutes les tranches d'âge) devrait être de 25 à 45 % pendant la durée de la pandémie.
- Des symptômes cliniques devraient apparaître chez deux tiers environ des personnes infectées par le virus de la grippe pandémique.
- Le tableau clinique général, hors complications, devrait être identique à celui de la grippe saisonnière : symptômes respiratoires, fièvre et apparition soudaine de douleurs musculaires, de fatigue et de maux de tête ou de douleurs dorsales.
- Les personnes à risque élevé de complications pour la grippe saisonnière[30] devraient également présenter un risque accru de maladie grave et de complications dues à l'infection par la grippe pandémique, même si d'autres groupes à risque pourraient émerger.

3.6.5 RÉPERCUSSIONS ET INTERVENTIONS

- Les répercussions varieront d'une collectivité à l'autre, et il est à prévoir que les populations vulnérables seront plus fortement touchées.
- L'absentéisme au travail pourrait être plus élevé que le taux d'attaque clinique estimé, car il pourrait englober non seulement les travailleurs malades, mais également ceux qui s'occupent de leurs proches eux-mêmes malades et ceux qui s'inquiètent pour leur sécurité personnelle au travail.
- Même si le vaccin ne sera pas accessible pour la première vague, il devrait l'être suffisamment tôt pour avoir des répercussions sur la pandémie globale.
- Les mesures d'hygiène personnelle devraient contribuer à réduire la transmission entre les personnes et, plus particulièrement, dans les ménages et autres milieux.

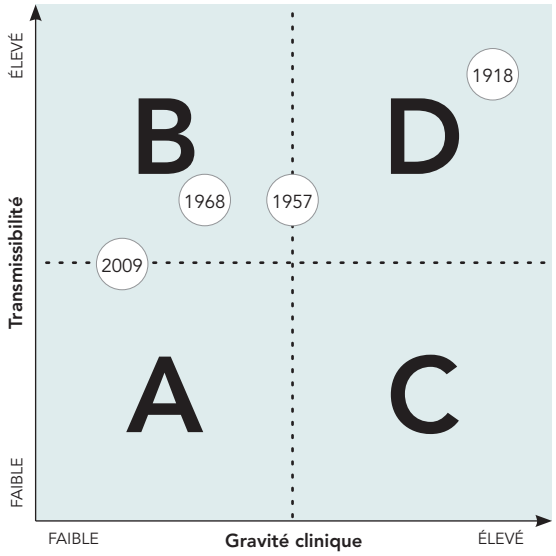
30 Comité consultatif national de l'immunisation. Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2013-2014. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2013, vol. 39 (DCC-4):1-42,. Accès : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/13vol39/acs-dcc-4/index-fra.php

3.7 Scénarios de planification en cas de pandémie

Cette section porte sur un autre outil important de planification en cas de pandémie. L'utilisation de multiples scénarios de planification vise à étayer les principes de planification qui sont la prise de décision fondée sur des preuves, la proportionnalité et la souplesse, ainsi qu'une approche préventive ou protectrice.

De tels scénarios fournissent un point de départ pour aborder les implications et les risques d'une pandémie dont les répercussions varient selon la population. Ils peuvent également servir d'exercices et d'outils de formation dans le cadre de plans en cas de pandémie. Pour faciliter la *détermination des risques*, on a mis au point quatre scénarios qui décrivent les répercussions possibles d'une pandémie, qui varient d'un niveau faible à élevé. La figure 2 présente les quatre scénarios dans un tableau à quadrants et suggère l'emplacement possible des quatre dernières pandémies, selon une analyse menée par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis[31].

FIGURE 2 – TYPOLOGIE DES SCÉNARIOS DE PLANIFICATION, LES PANDÉMIES PASSÉES ÉTANT POSITIONNÉES SELON UNE ANALYSE DES CDC[32]



Scénario A (répercussions faibles) – Ce scénario prévoit un virus grippal présentant une transmissibilité (capacité de se propager) faible et une virulence (gravité clinique) faible. Les répercussions d'une telle pandémie sont comparables à celles des éclosions modérées ou graves de la grippe saisonnière ou à celles de la pandémie grippale H1N1 de 2009. Un tel scénario pourrait exercer une certaine pression sur les services de santé.

Scénario B (répercussions modérées) – Ce scénario prévoit un virus grippal présentant une transmissibilité élevée et une virulence faible. Ses répercussions sont plus fortes que celles associées aux virus de la grippe saisonnière en ce qui concerne le nombre de personnes malades. Un tel scénario exercerait une certaine pression sur les services de soins de santé en raison du nombre élevé de malades. L'absentéisme élevé mettrait tous les secteurs et services sous pression.

31 Reed C, Biggerstaff M, Finelli L, *et al.* Novel framework for assessing epidemiological effects of influenza epidemics and pandemics. Emerg Infect Dis 2013;19:85-91.
32 Ibidem

Scénario C (répercussions modérées) – Ce scénario prévoit un virus grippal présentant une transmissibilité faible et une virulence élevée. Ses répercussions sont plus fortes que celles des éclosions de grippe saisonnière en ce qui concerne la gravité de la maladie clinique. Un tel scénario exercerait une certaine pression sur les services de soins de santé intensifs. La virulence élevée pourrait susciter une forte inquiétude dans la population et pousser les gens à rester à la maison au lieu d'aller au travail ou à l'école.

Scénario D (répercussions élevées) – Ce scénario prévoit un virus grippal présentant une transmissibilité élevée et une virulence élevée. Ses répercussions prévues sont nettement plus fortes que celles des éclosions de grippe saisonnière. Un tel scénario exercerait une pression extrême sur les services de soins de santé, ainsi que sur tous les secteurs et services en raison de l'absentéisme élevé.

Plusieurs points importants sont à noter au sujet des scénarios :

- Quelles que soient les répercussions de la pandémie, le tableau épidémiologique devrait être significativement différent de celui de la grippe saisonnière, dans la mesure où la maladie sera relativement plus grave et la mortalité sera relativement plus élevée chez les personnes jeunes et chez celles qui ne présentent pas de troubles sous-jacents, par rapport à la grippe saisonnière[33].
- Les quatre scénarios de base n'intègrent pas tous les facteurs possibles (les « et si? ») qui peuvent influer sur les répercussions d'une pandémie et qui doivent être pris en compte dans l'évaluation du risque. Certains de ces facteurs concernent l'ensemble de la population et pourraient toucher tous les scénarios (tels que la saisonnalité, l'immunité préexistante ou la résistance aux antiviraux), tandis que d'autres peuvent être propres à un milieu particulier (comme la planification pour une collectivité éloignée). Consulter l'appendice A pour obtenir plus de précisions concernant ces facteurs supplémentaires et leurs répercussions possibles. Des risques supplémentaires peuvent également être mis en évidence à mesure que les planificateurs examineront tous les stades de la pandémie et les éléments de l'intervention proposée.

Le tableau 1 fournit une description supplémentaire des scénarios de planification ainsi que des considérations relatives aux répercussions possibles associées à chacun.

33 Simonsen L, Clarke MJ, Schonberger LB, et al. Pandemic versus epidemic mortality: a pattern of changing age distribution. *J Infect Dis* 1998;178:53-60.

TABLEAU 1 – DESCRIPTION ET RÉPERCUSSIONS POSSIBLES DES QUATRE SCÉNARIOS DE PLANIFICATION EN CAS DE PANDÉMIE

NATURE DES RÉPERCUSSIONS	SCÉNARIO EN CAS DE PANDÉMIE			
	A (RÉPERCUSSIONS FAIBLES)	B (RÉPERCUSSIONS MODÉRÉES)	C (RÉPERCUSSIONS MODÉRÉES)	D (RÉPERCUSSIONS ÉLEVÉES)
CARACTÉRISTIQUES DE BASE DU VIRUS	Transmissibilité faible et virulence faible	Transmissibilité élevée et virulence faible	Transmissibilité faible et virulence élevée	Transmissibilité élevée et virulence élevée
NATURE ET ÉCHELLE DE LA MALADIE	• Nombre de cas similaire à celui d'une éclosion modérée ou grave de grippe saisonnière. • Caractéristiques cliniques légères ou modérées (dans la plupart des cas).	• Nombre de cas supérieur à celui d'une forte éclosion de grippe saisonnière, mais gravité clinique similaire. • Augmentation globale du nombre de personnes ayant besoin de soins médicaux et gravement atteintes par la maladie.	• Nombre de cas similaire à celui d'une forte éclosion de grippe saisonnière, mais maladie plus grave. • Augmentation globale du nombre de personnes ayant besoin de soins médicaux et gravement atteintes par la maladie.	• Nombre élevé de personnes malades. • Forte proportion de personnes gravement atteintes par la maladie.

NATURE DES RÉPERCUSSIONS	SCÉNARIO EN CAS DE PANDÉMIE			
	A (RÉPERCUSSIONS FAIBLES)	B (RÉPERCUSSIONS MODÉRÉES)	C (RÉPERCUSSIONS MODÉRÉES)	D (RÉPERCUSSIONS ÉLEVÉES)
RÉPERCUSSIONS SUR LES SERVICES DE SOINS	• Soins ambulatoires et de courte durée sous pression, mais qui y font face. • Soins intensifs à leur comble. • Services de santé publique et de laboratoire sous pression. • Soins de longue durée pouvant être touchés ou non (en fonction de l'immunité préexistante).	• Soins ambulatoires et de courte durée sous forte pression. • Soins de santé qui ne suffisent plus à la tâche. • Soins intensifs sous forte pression. • Soins de longue durée pouvant être touchés ou non. • Milieux aux capacités d'intensification limitées (p. ex. postes de soins infirmiers) pouvant subir une pression encore plus forte.	• Soins ambulatoires et de courte durée sous forte pression. • Soins de santé qui ne suffisent plus à la tâche. • Soins intensifs sous forte pression. • Soins de longue durée pouvant être touchés ou non. • Milieux aux capacités d'intensification limitées (p. ex. postes de soins infirmiers) pouvant subir une pression encore plus forte.	• Soins de santé pouvant être débordés. • Services ambulatoires utilisés au maximum. • Hôpitaux seulement capables de fournir des services d'urgence. • Triage nécessaire pour les soins intensifs. • Risque d'effondrement des services pouvant entraîner une mortalité plus élevée que prévu. • Milieux aux capacités d'intensification limitées (p. ex. postes de soins infirmiers) pouvant subir une pression élevée.

NATURE DES RÉPERCUSSIONS	SCÉNARIO EN CAS DE PANDÉMIE			
	A (RÉPERCUSSIONS FAIBLES)	B (RÉPERCUSSIONS MODÉRÉES)	C (RÉPERCUSSIONS MODÉRÉES)	D (RÉPERCUSSIONS ÉLEVÉES)
RÉPERCUSSIONS SOCIALES GLOBALES	• Peu de perturbations au travail. • Légères perturbations dans les écoles. • Forte inquiétude du public.	• Absentéisme élevé. • Certains services sous pression. • Perturbations probables dans les écoles. • Quelques problèmes liés aux chaînes d'approvision-nement. • Forte inquiétude du public.	• Absentéisme et perturbations dans les écoles possibles par crainte de l'exposition à la maladie. • Inquiétude considérable du public quant à l'occurrence d'une maladie très grave.	• Absentéisme élevé. • Services et entreprises sous une pression extrême. • Problèmes potentiellement graves liés aux chaînes d'approvision-nement. • Risque d'interruption de la prestation des services de base. • Inquiétude extrême du public.
RÉPERCUSSIONS ÉCONOMIQUES	Minimales, voire nulles.	Baisse potentielle de la productivité.	Baisse potentielle de la productivité.	Très élevées.

Période initiale, lorsque les répercussions ne sont pas connues – Aucun scénario formel n'a été proposé pour la période initiale, lorsque les répercussions potentielles de la pandémie n'ont pas encore été caractérisées. Toutefois, voici quelques-unes des observations possibles pour cette période préliminaire :

- Des cas sporadiques et des éclosions limitées peuvent se produire.
- Les services d'information par téléphone, de soins ambulatoires et de laboratoire seront probablement soumis à une demande élevée.
- Les services de santé publique pourraient être sous pression.
- Une forte inquiétude des médias et du grand public est à prévoir.
- Le commerce et les déplacements internationaux pourraient être perturbés.
- Il pourrait y avoir un nombre accru de demandes et de pénuries de fournitures accessibles au public (p. ex. matériel de contrôle des infections, produits d'urgence de base et antiviraux).

3.8 Phases de la pandémie et éléments déclencheurs

3.8.1 PHASES DE LA PANDÉMIE SELON L'OMS

Les phases de la pandémie avaient été ajoutées aux plans de lutte contre la pandémie pour appuyer la planification et servir d'éléments déclencheurs, soutenant ainsi les principes de souplesse et d'intervention proportionnée. Les précédents plans canadiens de lutte contre la pandémie s'appuyaient sur les phases de la pandémie définies par l'OMS et proposaient des désignations supplémentaires pour déterminer les niveaux d'activité au Canada.

Après la pandémie de 2009, le Comité d'examen du *RSI*[34] a reconnu que les phases de la pandémie définies par l'OMS avaient présenté des difficultés d'interprétation et avaient été utilisées de façons diverses (comme outil de planification, comme méthode pour décrire la situation mondiale ou comme outil opérationnel pour déclencher les interventions). Le Comité a donc recommandé de simplifier la structure de ces phases et de séparer les considérations opérationnelles au niveau national du plan de préparation mondiale de l'OMS et de ses phases.

Le document d'orientation en cas de pandémie de 2013 de l'OMS[35] décrit les quatre phases que l'OMS entend utiliser pour communiquer une vue globale de haut niveau sur la situation évolutive dans le monde. Ces phases reflètent l'évaluation du risque de la situation globale, selon l'OMS, pour chaque virus grippal infectant les humains et ayant un potentiel pandémique. Voici les quatre phases en question :

- Phase interpandémique – La période se situant entre deux pandémies grippales.
- Phase d'alerte – Lorsque la grippe causée par un nouveau sous-type a été décelée chez les humains. Cette phase se caractérise par une vigilance accrue et une minutieuse évaluation du risque.
- Phase pandémique – La période de propagation mondiale de la grippe humaine provoquée par un nouveau sous-type. Des transitions entre la phase interpandémique, la phase d'alerte et la phase pandémique peuvent survenir rapidement ou graduellement.
- Phase de transition – On observe une réduction du risque évalué, ce qui donne lieu à une désescalade des actions mondiales.

Les phases mondiales et leur application à la gestion du risque se distinguent (1) de la détermination d'une USPPI en vertu du *RSI* (2005) et (2) de la déclaration d'une pandémie. Ces deux derniers points reposent sur des évaluations précises et peuvent être utilisés pour communiquer le besoin d'une action collective mondiale, ou utilisés par des entités de réglementation ou dans le cadre d'accords juridiques ou contractuels qui seraient fondés sur la détermination d'une USPPI ou sur la déclaration d'une pandémie[36].

Devant l'émergence de virus pandémiques, les pays doivent faire face à des risques variés à différents moments. Pour la marche à suivre sur le plan local, ils doivent donc s'appuyer sur leurs propres évaluations du risque, éclairées par les phases mondiales. Les actions nationales doivent donc se détacher des phases mondiales puisque, par définition, l'évaluation du risque mondial ne représentera pas la situation particulière d'un pays donné.

3.8.2 APPROCHE CANADIENNE DES PHASES DE LA PANDÉMIE ET DES ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS D'INTERVENTION

L'intervention du Canada pour lutter contre le nouveau virus ou virus pandémique dépendra de la présence et des niveaux d'activité du virus dans le pays, qui ne correspondront pas forcément à la situation mondiale. Par conséquent, les phases mondiales définies par l'OMS ne seront pas utilisées pour décrire la situation au Canada et ne serviront pas non plus d'éléments déclencheurs d'intervention dans les PT. On notera que si les éléments déclencheurs d'intervention décrits ci-dessous peuvent

34 Organisation mondiale de la Santé. *Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009*. A64/10. 5 mai 2011. Accès : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf

35 World Health Organization. *Pandemic influenza risk management – WHO interim guidance*. 2013. Accès : http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management/en/index.html

36 Ibidem

ressembler à certaines des phases mondiales de l'OMS, il ne faut pas s'attendre à une juxtaposition parfaite. Par exemple, le Canada pourrait être au milieu de la première vague de la pandémie avant même que l'OMS n'ait déclaré la phase pandémique mondiale (cela a été le cas pour la pandémie de 2009). Inversement, le Canada pourrait encore attendre les premières éclosions intérieures au moment de la déclaration de la phase pandémique mondiale.

Lors de la pandémie de 2009, une variation considérable de l'activité de la vague pandémique a été observée au Canada et même à l'intérieur des provinces et des territoires, aussi bien du point de vue du moment d'apparition que de l'intensité de la vague. Cette variation a été particulièrement évidente pendant la première vague, rendant inadéquats les éléments déclencheurs, les descriptions ou les interventions qui seraient de nature globale.

DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PANDÉMIQUE

Le Canada utilisera des termes descriptifs tels que le début, le pic et la fin d'une vague pandémique, plutôt que la terminologie des phases, pour décrire l'activité pandémique au pays ou dans une province ou un territoire en particulier. L'activité de la vague pandémique peut être précisée davantage pour les PT, quelle que soit leur taille, à l'aide des définitions du programme Surveillance de l'influenza, à savoir « aucune activité signalée », « activité sporadique », « activité localisée » et « activité étendue »[37].

ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS D'INTERVENTION

Les éléments déclencheurs d'intervention constituent un guide pour le déclenchement des activités FPT et pour leur modification ou leur interruption. L'intervention en cas de pandémie devrait être adaptée à la situation locale, d'où l'importance d'avoir recours à des éléments déclencheurs et des interventions connexes au niveau PT ou régional ou local, selon la situation. Le tableau 2 présente des éléments déclencheurs potentiels d'intervention dans les PT pendant la phase initiale d'alerte et pendant la pandémie proprement dite. Les interventions habituelles énumérées sont des mesures globales; des éléments déclencheurs plus précis sont décrits dans les annexes pour chaque élément d'intervention. Il convient de noter que les éléments déclencheurs ne sont pas nécessairement linéaires. Par exemple, ce ne sera pas tous les PT qui verront leurs capacités débordées et certains de ces territoires de compétence n'auront donc pas besoin d'invoquer un élément déclencheur particulier.

TABLEAU 2 – ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS EN CAS DE PANDÉMIE ET INTERVENTIONS GÉNÉRALEMENT ASSOCIÉES

ÉLÉMENT DÉCLENCHEUR	INTERVENTIONS HABITUELLES À ENVISAGER	REMARQUES
NOUVEAU VIRUS PROVOQUANT DES CAS DE MALADIE CHEZ L'HOMME, DÉTECTÉ QUELQUE PART DANS LE MONDE (TRANSMISSION NULLE OU LIMITÉE)	• Préparatifs pour une surveillance renforcée au Canada • Collecte de renseignements auprès des régions touchées • Communications pertinentes au grand public et au secteur de la santé	• Les communications sur mesure au secteur de la santé et au grand public se poursuivent tout au long de l'intervention.

37 Agence de la santé publique du Canada. *Surveillance de l'influenza. Définitions et calendrier pour la saison courante.* Accès : http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php

ÉLÉMENT DÉCLENCHEUR	INTERVENTIONS HABITUELLES À ENVISAGER	REMARQUES
NOUVEAU VIRUS PRÉSENTANT UNE TRANSMISSION SOUTENUE CHEZ L'HOMME DÉTECTÉ QUELQUE PART DANS LE MONDE	• Surveillance renforcée par les PT • Collecte de renseignements auprès des régions touchées; évaluation préliminaire des risques • Mise au point de méthodes diagnostiques précises de laboratoire • Renforcement des messages de prévention de la maladie et des autres mesures de santé publique (p. ex. hygiène des mains, étiquette respiratoire), s'il y a lieu • Confirmation de l'entente conclue avec le fabricant, concernant le vaccin antipandémique	• La pandémie peut être imminente ou avoir déjà commencé.
NOUVEAU VIRUS OU VIRUS PANDÉMIQUE (PRÉSENTANT UNE TRANSMISSION SOUTENUE CHEZ L'HOMME) DÉTECTÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS AU CANADA	• Poursuite des activités susmentionnées • Activation des protocoles d'intervention sanitaire d'urgence • Études détaillées des premiers cas pour déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques et guider l'évaluation du risque • Prise de dispositions pour l'accès aux antiviraux et le déploiement stratégique de la RNA • Diffusion de lignes directrices cliniques et de conseils de santé publique	• Selon les circonstances, l'activation des protocoles d'urgence sanitaire peut déjà avoir eu lieu.
NOUVEAU VIRUS OU VIRUS PANDÉMIQUE DÉTECTÉ DANS UNE PROVINCE, UN TERRITOIRE OU UNE LOCALITÉ	• Traitement des cas • Accroissement des capacités du secteur de la santé pour faire face au nombre croissant de cas • Mesures de santé publique supplémentaires (p. ex. fermeture d'écoles), s'il y a lieu • Préparatifs pour la distribution, l'administration et la surveillance du vaccin • Surveillance permanente pour évaluer l'activité grippale et analyse épidémiologique pour caractériser la pandémie • Communications pertinentes au grand public et au secteur de la santé	• Les activités s'intensifient à mesure que la pandémie progresse, passant de cas sporadiques à une véritable vague, puis diminuent avec le déclin de la pandémie.
DEMANDE DE SERVICE COMMENÇANT À DÉPASSER LES CAPACITÉS DISPONIBLES	• Nouvelle escalade de la capacité d'intervention • Établissement de priorités ou triage des services, au besoin • Mise en œuvre de mesures de santé publique élargies (p. ex. interdiction des grands rassemblements)	• Il est possible que ce niveau ne soit jamais atteint dans une province ou un territoire ou dans tout le pays.

ÉLÉMENT DÉCLENCHEUR	INTERVENTIONS HABITUELLES À ENVISAGER	REMARQUES
DÉCLIN DE LA VAGUE PANDÉMIQUE ET RETOUR DE LA DEMANDE DE SERVICE À DES NIVEAUX PLUS NORMAUX	• Préparation à une résurgence de la grippe • Réapprovisionnement en fournitures nécessaires en prévision d'une autre vague • Évaluation de l'intervention et révision des plans, au besoin • Préparation du programme de vaccination • Surveillance permanente pour détecter toute résurgence	
DISPONIBILITÉ DU VACCIN ANTIPANDÉMIQUE POUR UTILISATION	• Administration du vaccin dans les plus brefs délais • Surveillance de l'administration, de l'innocuité et de l'efficacité du vaccin	
ARRIVÉE DE LA DEUXIÈME VAGUE PANDÉMIQUE OU DE LA VAGUE SUIVANTE	• Traitement des cas • Poursuite de la vaccination si elle a déjà commencé • Surveillance permanente pour évaluer l'activité grippale, la résistance aux antiviraux et l'évolution des souches	
FIN DE LA PANDÉMIE ET REPRISE DES ACTIVITÉS NORMALES	• Achèvement des études et des rapports sur la pandémie • Évaluation de l'intervention et révision des plans, au besoin • Retour à des activités plus normales • Préparation à la grippe saisonnière postpandémique	• La reconnaissance des leçons apprises et leur intégration à la planification en cas de pandémie constituent des activités essentielles au rétablissement après une pandémie.

4.0 PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE LA PRÉPARATION ET DE L'INTERVENTION EN CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE

Le présent chapitre présente un aperçu global des principaux éléments de la préparation et de l'intervention en cas de grippe. Chacune des sections de ce chapitre décrit le but et la démarche stratégique de l'une des composantes de l'intervention et démontre comment elle contribue aux objectifs globaux de lutte contre la pandémie. Des conseils opérationnels détaillés et des outils pour chaque élément sont fournis dans les annexes respectives du PCGP.

Toutes les composantes du secteur de la santé, notamment la santé publique, seront mises à rude épreuve durant une pandémie. Aussi, une planification, une formation et des exercices d'entraînement préalables aideront le secteur à mieux faire face à une demande accrue de services, de dotation en personnel, de ressources et de matériel, et à aider les personnes atteintes à obtenir les meilleurs résultats cliniques possible. La poursuite des opérations et la planification des capacités d'intensification sont des composantes clés de l'état de préparation du secteur de la santé, conjointement avec de solides programmes de prévention et de lutte contre les infections et de santé au travail dans les divers milieux de soins.

Les autorités de santé publique jouent un rôle de premier plan dans leurs territoires de compétence respectifs pour ce qui est de l'état de préparation, de l'intervention et du rétablissement en cas de pandémie. En outre, elles sont chargées des communications avec le public, le secteur de la santé et les autres intervenants. La réponse de la santé publique en cas de pandémie comprend également la surveillance (épidémiologique et des laboratoires), la fourniture de vaccins antipandémiques et d'antiviraux, et la mise en œuvre de mesures de santé publique telles que la promotion d'une mise à distance d'individus et de groupes pour réduire la propagation dans les ménages et dans la collectivité.

Dans la planification de la prestation des services de santé, il est important de prendre en compte le spectre complet des soins, depuis la première intervention médicale jusqu'aux soins intensifs, et d'inclure les partenaires en santé publique. Il est important d'assurer un lien entre la planification de la prestation des soins de santé, d'une part, et les partenaires en santé publique et de l'ensemble de la collectivité, d'autre part, de façon à reconnaître les interdépendances et à en tenir compte.

Le système de soins comprend des TS de maintes disciplines qui se situeront à différents niveaux de risque au cours d'une pandémie de grippe. D'une façon générale, on entend par TS les personnes qui assurent des soins de santé ou des services de soutien dans un milieu de soins de santé : infirmières, médecins, dentistes, infirmières praticiennes, praticiens ambulanciers, personnel des laboratoires

médicaux et autres professionnels de la santé, travailleurs temporaires régis par des agences, fournisseurs de soins de santé non réglementés, étudiants, bénévoles et travailleurs fournissant des services de soutien (p. ex. repas, lessive, entretien ménager). Les principes et les conseils fournis aux TS s'appliquent également aux autres travailleurs exerçant dans le cadre des soins de santé, tels que les policiers et les pompiers effectuant une intervention médicale d'urgence.

4.1 Surveillance

La surveillance de la grippe pandémique a pour but de fournir aux décideurs les renseignements à jour dont ils ont besoin pour préparer une intervention efficace. La surveillance de la pandémie se fait au moyen de données obtenues dans le cadre d'activités de surveillance systématique et rehaussée (p. ex. données provenant de sources telles que les laboratoires, les partenaires PT, les réseaux hospitaliers et les praticiens sentinelles) ainsi que d'information provenant d'études spéciales, pour obtenir un tableau épidémiologique complet de la pandémie au moment voulu.

Ces programmes de surveillance permettront d'évaluer notamment les paramètres suivants :

- L'étendue géographique du nouveau virus ou du virus pandémique au Canada.
- Les tendances à la hausse et à la baisse de la survenue de la maladie dans chaque PT et dans tout le pays.
- L'intensité et les répercussions de la pandémie (p. ex. cas cliniques, hospitalisations et décès; syndromes cliniques graves et groupes à risque associés; fardeau pour le système de santé).
- Les modifications de l'antigénicité du virus et de sa sensibilité aux antiviraux.

DÉMARCHE STRATÉGIQUE

Pour appliquer une démarche de gestion du risque à une grippe pandémique, il est nécessaire d'avoir accès aux renseignements au moment opportun, analysés et présentés d'une manière qui soit utile aux décideurs. Les données de surveillance épidémiologique et en laboratoire constituent des éléments clés des évaluations formelles du risque qui permettront de guider l'intervention. Un des besoins les plus cruciaux consiste à effectuer une estimation précoce des conséquences potentielles de la pandémie. Un tel exercice permettra de préparer le système de soins de santé et de planifier des interventions proportionnelles à la situation. Les systèmes ou les études servant à produire une évaluation précoce des conséquences et autres renseignements nécessaires doivent être en place avant la pandémie.

La surveillance de la pandémie doit s'appuyer sur les systèmes de surveillance existants pour la grippe saisonnière, lesquels forment un vaste réseau de partenaires en surveillance et sont mis en œuvre chaque année.

Pendant une pandémie, la collecte d'éléments de surveillance supplémentaires peut être nécessaire pour déterminer les facteurs de risque de maladie grave et les populations présentant un risque accru. Des activités de surveillance ciblées peuvent être requises pour les collectivités éloignées et isolées, notamment pour bon nombre des communautés autochtones, afin qu'il soit possible de décrire de façon appropriée les éclosions dans ces régions. D'autres études spéciales, telles que les études sérologiques, seront également requises pour éclairer la prise de décision.

Les activités de surveillance devront être adaptées en fonction de l'évolution rapide des événements; elles pourront être simplifiées, réduites ou amplifiées selon les besoins d'information à des moments particuliers de l'évolution de la pandémie. La portée de la pandémie et l'urgence des besoins d'information exigeront le transfert expéditif et sécuritaire des données électroniques, ainsi qu'une capacité accrue d'analyse et d'interprétation des données.

Pour plus de précisions sur les stratégies et les activités de surveillance de la pandémie, consulter l'Annexe traitant de la surveillance.

4.2 Services de laboratoire

La surveillance en laboratoire fait partie intégrante de la surveillance de l'activité grippale. Étant donné que les signes et les symptômes de la grippe sont similaires à ceux causés par d'autres pathogènes respiratoires, des analyses en laboratoire doivent être effectuées pour diagnostiquer la grippe avec certitude. L'identification rapide d'un nouveau virus de la grippe et le suivi sans délai de l'activité virale pendant toute la durée de la pandémie sont essentiels pour mener à bien la lutte contre la pandémie. Au début d'une pandémie, les services de laboratoire contribuent également au choix d'un traitement clinique approprié.

Les objectifs des services de laboratoire pendant une pandémie sont les suivants :

- Détecter les premiers cas d'une nouvelle souche grippale au Canada.
- Participer à la surveillance de santé publique en contrôlant la propagation géographique de la maladie et les répercussions des interventions.
- Faciliter la gestion clinique en distinguant les patients infectés par le virus de la grippe pandémique de ceux atteints d'autres maladies respiratoires.
- Surveiller les virus grippaux en circulation pour évaluer la résistance aux antiviraux et les caractéristiques de la souche.
- Évaluer la correspondance du virus avec le vaccin antigrippal et appuyer les études sur l'efficacité du vaccin.

DÉMARCHE STRATÉGIQUE

L'intervention des laboratoires en cas de pandémie se fonde sur les principes de collaboration, de souplesse et d'utilisation des pratiques et des systèmes établis. Dans le cadre de la surveillance annuelle de la grippe, tous les laboratoires de santé publique et les autres laboratoires qui effectuent des analyses de routine pour détecter la grippe soumettent, chaque semaine pendant la saison grippale, des données agrégées au Laboratoire national de microbiologie (LNM). Ces données sont rassemblées et diffusées par l'ASPC par l'entremise des programmes Surveillance et détection de virus des voies respiratoires et Surveillance de l'influenza. En outre, les laboratoires de santé publique et les autres laboratoires désignés au pays soumettent des isolats au LNM afin de surveiller les modifications antigéniques des virus en circulation. Ces renseignements sont partagés avec les partenaires internationaux par l'intermédiaire du GISRS. Le maintien de ces relations et le renforcement des capacités du réseau de laboratoires pendant la période interpandémique contribueront à une intervention rapide et efficace en cas de pandémie.

Pendant une pandémie, les laboratoires d'analyse de la grippe participeront aux efforts épidémiologiques pour suivre la propagation et les tendances de l'événement, surveiller la résistance aux antiviraux et aider à la prise en charge clinique. Le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada (RLSPC) prêtera assistance aux laboratoires de santé publique et de diagnostic en leur fournissant des recommandations et des pratiques exemplaires pour les prélèvements d'échantillons et les analyses de détection du nouveau virus grippal. Le LNM partagera les protocoles, les réactifs et les tests de compétence utilisés pour garantir que les méthodes d'analyse permettent la détection du nouveau virus. L'épreuve moléculaire est la principale méthode utilisée pour le diagnostic de la grippe.

La résistance aux antiviraux sera évaluée et les résultats guideront la prise en charge clinique des patients. Les analyses de résistance aux antiviraux s'effectuent principalement au LNM, ainsi que dans certains laboratoires provinciaux.

L'intervention des laboratoires sera ajustée selon la progression de la pandémie. Au début de la pandémie, le LNM travaillera assidûment à la caractérisation du nouveau virus et à la mise au point de réactifs de diagnostic. Durant cette phase initiale, tous les laboratoires doivent prévoir d'importants volumes d'analyses, à mesure que le nouveau virus se propage dans tout le pays. Pendant les périodes de pic, ils devront établir des priorités pour les prélèvements d'échantillons, pour éviter des surcharges. À ce stade, le diagnostic de la grippe dans la collectivité sera essentiellement établi par évaluation clinique. Néanmoins, on devrait s'attendre à ce que se poursuivent les analyses favorisant la prise en charge de certains patients (p. ex. ceux devant être hospitalisés), de même que le dépistage des éclosions et la surveillance. Si la surveillance en continu révèle une augmentation des niveaux de résistance aux antiviraux, des analyses supplémentaires pourraient être nécessaires pour appuyer la prise en charge clinique des patients gravement malades, en particulier ceux qui ne répondent pas au traitement.

Tout au long de la pandémie, les laboratoires de santé publique, de diagnostic et de recherche, notamment ceux qui font partie du Réseau canadien de recherche sur l'immunisation (RCRI), joueront également un rôle important en soutenant les études visant à mieux comprendre le nouveau virus pandémique et ses répercussions.

Pour plus de précisions sur les stratégies et les activités des laboratoires en cas de pandémie, consulter l'Annexe à l'intention des laboratoires.

4.3 Mesures de santé publique

Les mesures de santé publique sont des interventions non pharmaceutiques qui peuvent être mises en œuvre pour prévenir, enrayer ou limiter la grippe pandémique. Il peut s'agir de mesures individuelles (p. ex. hygiène des mains, auto-isolement), de mesures prises dans les milieux communautaires et en milieu de travail (p. ex. renforcer le nettoyage des surfaces « publiques ») ou de mesures qui exigent une préparation importante de la collectivité (fermeture proactive des écoles). De telles mesures visent à :

- limiter la transmission du nouveau virus ou du virus pandémique, ce qui permettra de réduire l'ampleur globale de l'éclosion ainsi que le nombre de cas graves de la maladie et de décès;
- ralentir la transmission du virus pour alléger le fardeau du système de soins de santé et gagner du temps en attendant la mise à disposition d'un vaccin.

DÉMARCHE STRATÉGIQUE

La mise en œuvre des mesures de santé publique s'effectue habituellement au niveau des collectivités locales. Cette responsabilité relève des PT et des autorités locales de la santé publique, qui jouissent d'une compétence législative en la matière. Font exception, à cet égard, les questions afférentes aux voyages internationaux et aux frontières, qui relèvent du gouvernement fédéral. De plus, il appartient aux Services de santé des Forces canadiennes d'appliquer les mesures de santé publique à l'ensemble des établissements, des bases, des escadres et des postes relevant des Forces au pays, ainsi qu'à son personnel en mission à l'étranger.

Au cours de la planification et de la mise en œuvre de telles mesures, il convient de prendre en compte un certain nombre de points. L'application concomitante de plusieurs mesures s'impose pour assurer une protection multiniveau, étant donné qu'une mesure prise isolément peut avoir une efficacité limitée.

Les mesures doivent être adaptées aux répercussions prévues de la pandémie et à la situation locale, et il faut qu'elles souscrivent aux principes de souplesse et de proportionnalité. Certaines mesures, notamment l'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire, s'appliquent à toute pandémie. D'autres mesures (p. ex. la fermeture proactive des écoles et les restrictions concernant les voyages), susceptibles d'entraîner des coûts sociaux et économiques élevés, seront de préférence réservées aux situations aux répercussions modérées ou importantes.

La mise en place d'une gestion des risques permettra de comparer les avantages de certaines interventions à leurs inconvénients et à leurs conséquences non voulues. Les décisions concernant le choix des mesures à adopter soulèvent également d'importants défis en matière d'éthique. Par exemple, lorsque l'on envisage l'application de mesures de restriction, il est important de soupeser l'importance relative du respect de l'autonomie par rapport à la protection de la santé de l'ensemble de la population. Dans ce cas, le recours aux principes de proportionnalité, de réciprocité et de souplesse permet de garantir la liberté individuelle dans la mesure du possible, tout en favorisant la protection contre les conséquences sanitaires et sociales d'une infection grippale.

En présence d'une grippe pandémique, les autorités publiques peuvent envisager plusieurs types de mesures de santé publique :

- *Mesures individuelles* – Des conseils en matière de santé publique seront diffusés pour protéger de la grippe les personnes en bonne santé et prévenir la propagation de l'infection par les personnes atteintes (p. ex. hygiène des mains, étiquette respiratoire et isolement à domicile pendant la durée de l'infection). Les campagnes annuelles de sensibilisation en matière de santé publique devraient déjà avoir sensibilisé la population à ces mesures.
- *Mesures dans la communauté* – Des lignes directrices seront formulées et diffusées pour limiter l'ampleur de la maladie et la transmission de l'infection dans certains milieux (notamment les lieux de travail, les écoles, les établissements d'enseignement postsecondaire, les garderies, les centres d'hébergement communautaires, les collectivités éloignées et isolées, les campements et les paquebots de croisière). Des mesures ou des stratégies d'éloignement social peuvent être mises en œuvre pour limiter les contacts étroits entre personnes dans les lieux publics (p. ex. fermeture proactive des écoles, annulation ou changement de projets de rassemblements publics et examen d'autres modes de travail, notamment le recours à la téléconférence et au travail à domicile). En raison de leurs conséquences sociales potentielles, les mesures d'éloignement de groupes sont surtout applicables en cas de pandémies aux répercussions modérées ou importantes.
- *Mesures concernant les frontières et les voyages* – Ces interventions comprennent la diffusion de conseils sanitaires à l'intention des voyageurs, la vérification des voyageurs et l'imposition de restrictions aux voyages. Les données qui appuient l'efficacité de ces mesures sont limitées. Leur mise en œuvre reposerait sur l'évaluation des risques et l'analyse subséquente des risques et des avantages des interventions envisagées.
- *Mesures de gestion des cas et des contacts* – Dans certaines circonstances, en présence d'un nouveau virus ou d'un virus pandémique, la gestion des cas et des contacts par les autorités de santé publique peut être justifiée (p. ex. cas humains uniques ou groupes infectés par un nouveau virus, cas suspects d'infection humaine associés à une épidémie de grippe animale, ou premiers cas d'infection par le virus pandémique dans le pays ou la région). Les objectifs de l'investigation et les mesures recommandées doivent être réalisables et pertinents à la situation.

Par le passé, la mise en œuvre de mesures drastiques (comme l'utilisation d'antiviraux à grande échelle et la limitation des déplacements) dans le but de stopper ou de ralentir une pandémie à ses stades les

plus précoces était considérée comme possible à partir de résultats d'études de modélisation. Cependant, les leçons tirées de la pandémie de 2009 ont changé la donne, et de telles tentatives sont désormais unanimement jugées irréalistes, voire irréalisables.

Pour plus de précisions sur les mesures de santé publique, consulter l'annexe *Lignes directrices sur les mesures de santé publique*.

4.4 Vaccination

La vaccination antigrippale des personnes sensibles constitue le moyen le plus efficace pour prévenir la maladie et les décès qu'elle provoque. Les objectifs de la stratégie canadienne de vaccination contre la grippe pandémique sont les suivants :

- Mettre un vaccin sûr et efficace à la disposition de l'ensemble de la population canadienne dans les plus brefs délais.
- Attribuer, distribuer et administrer le vaccin de la façon la plus efficace possible.
- Surveiller l'innocuité et l'efficacité du vaccin contre la grippe pandémique.

L'expression « un vaccin pour l'ensemble de la population canadienne » doit être interprétée de façon générale. On entend par là toutes les personnes au Canada (qu'il s'agisse de citoyens ou non), le personnel canadien à l'étranger et les personnes qui leur sont à charge, les employés recrutés sur place dans les missions canadiennes à l'étranger, et le personnel canadien en service actif (membre des Forces canadiennes) à l'étranger.

Pour être efficace, une stratégie de vaccination antipandémique doit reposer sur de solides programmes antigrippaux saisonniers. L'effet global de la stratégie de vaccination antipandémique dépendra de l'efficacité du vaccin et de son utilisation, de même que du délai de mise à disposition du vaccin par rapport à l'activité pandémique. Les technologies actuelles permettent la mise au point et la production d'un vaccin antipandémique en quatre à six mois. Il est donc peu probable qu'un vaccin soit disponible lorsque la première vague de pandémie atteindra le Canada. En outre, le vaccin étant produit par lots, il sera probablement nécessaire d'établir des priorités pour l'administration des doses initiales.

DÉMARCHE STRATÉGIQUE

En 2011, le Canada a signé un nouveau contrat d'approvisionnement de dix ans afin de garantir un accès rapide et prioritaire à des stocks de vaccins avec adjuvant contre la grippe pandémique, produits au pays. Un deuxième contrat prévoit l'accès à un stock de réserve du vaccin antipandémique, au besoin.

Santé Canada a établi une stratégie de réglementation pour assurer l'examen d'un vaccin sûr et efficace et autoriser son utilisation au Canada dans les délais les plus brefs. L'adoption d'une démarche pancanadienne pour la vaccination antipandémique (notamment l'établissement d'un ordre de priorité dans la population lors de la mise à disposition initiale du vaccin) permettra d'assurer un accès équitable optimal et l'obtention des résultats souhaités. Les lignes directrices pancanadiennes comprendront un plan d'attribution visant à assurer la distribution équitable du vaccin, des recommandations sur l'utilisation du vaccin antipandémique ainsi que des recommandations sur l'établissement des priorités quant à l'utilisation des premiers lots de vaccins.

Une stratégie de vaccination pancanadienne peut également comprendre d'autres éléments essentiels, notamment des études sur l'utilisation, les effets indésirables et l'efficacité du vaccin; ces éléments sont fondés sur les systèmes existants, tels que le Système canadien de surveillance des effets secondaires

suivant l'immunisation (ESSI). En outre, on procédera rapidement à des études pour confirmer ou infirmer les inquiétudes concernant l'innocuité du vaccin.

Les PT, les Services de santé des Forces canadiennes et les ministères fédéraux qui disposent d'un programme de vaccination doivent mettre en place des plans pour assurer une administration efficace du vaccin en temps opportun. Une telle pratique permettra notamment de cibler les groupes de population clés et de recueillir des données sur l'utilisation et les effets indésirables du vaccin. Les leçons tirées de la pandémie de 2009 montrent que les registres d'immunisation et les systèmes d'information électroniques de saisie et de transmission de données sont des outils essentiels à l'appui du programme de vaccination.

Pour plus de précisions sur le programme de vaccination contre la grippe pandémique, consulter l'annexe sur les vaccins, qui présente notamment un cadre d'établissement des priorités visant à éclairer la prise de décision en cas de pénurie de vaccins.

4.5 Traitements antiviraux

Les traitements antiviraux (médicaments antigrippaux) peuvent être administrés pour traiter les cas de grippe ou pour prévenir la grippe (prophylaxie) chez les personnes exposées à un risque d'infection. Il s'agit de la seule intervention antigrippale dont on dispose dès le début de la pandémie, faute de vaccin.

La stratégie antivirale du Canada soutient l'accès aux réserves FPT d'antiviraux à des fins d'utilisation lors d'une pandémie d'influenza, notamment pour un traitement précoce et pour la lutte contre les éclosions dans les établissements fermés. On recommande le traitement précoce des cas de grippe, de préférence dans les 48 heures, pour réduire la gravité et la durée de la maladie, et notamment pour limiter les complications, les hospitalisations et les décès liés à la grippe. L'instauration d'un traitement précoce peut également atténuer les répercussions sociales en réduisant la durée et la gravité de la maladie parmi les travailleurs du secteur de la santé et d'autres secteurs infrastructurels cruciaux.

DÉMARCHE STRATÉGIQUE

Le Canada possède deux réserves nationales de produits médicaux :

- La RNA est une réserve FPT qui est détenue et gérée par les PT. La RNA est principalement constituée de deux antiviraux, l'oseltamivir et le zanamivir. Les formulations posologiques de l'oseltamivir sont appropriées pour les adultes et les enfants.
- La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU). La RNSU, propriété du gouvernement fédéral, est une réserve d'approvisionnement d'urgence gardée et gérée par l'ASPC et qui comprend des stocks d'oseltamivir et de zanamivir. Les antiviraux stockés dans la RNSU sont destinés à répondre à une brusque et rapide augmentation de la demande en antiviraux à l'appui des mesures prises à l'échelle PT durant une pandémie.

Des ministères fédéraux, comme les Forces canadiennes (pour le personnel en service actif) et le ministère des Affaires mondiales Canada (pour le personnel en mission outre-mer), détiennent des réserves d'antiviraux pour répondre aux besoins éventuels de leur personnel.

Les PT doivent établir des stratégies visant à faciliter l'accès en temps opportun aux antiviraux, en particulier pour les personnes à risque élevé, notamment les femmes enceintes, les enfants (préparations spéciales), les populations vulnérables et les résidents des collectivités éloignées et isolées. La mise en place de stocks d'antiviraux doit être envisagée pour certaines communautés, ce qui facilitera un accès rapide au traitement (p. ex. pour les collectivités éloignées du Nord).

Des lignes directrices de pratique clinique ont été formulées pour l'utilisation des antiviraux durant la grippe saisonnière [38]; elles seront mises à jour pour inclure la grippe pandémique en temps opportun. L'utilisation d'antiviraux en période pandémique servira essentiellement au traitement précoce des cas de grippe, notamment pour les personnes gravement atteintes ou qui courent un risque élevé de complications ou de maladie grave. L'usage prophylactique d'antiviraux durant une pandémie est limité à certaines indications, principalement pour l'enrayement des éclosions de grippe confirmées en laboratoire et qui surviennent dans des établissements de soins de santé et d'autres établissements fermés où résident des personnes très vulnérables à la maladie.

La distribution et l'utilisation des antiviraux doivent faire l'objet d'une surveillance en temps réel pour optimiser l'utilisation adéquate de ces médicaments, déterminer la nécessité d'un réapprovisionnement durant une pandémie et appuyer les études effectuées après la pandémie qui évaluent l'utilisation et l'efficacité de ces antiviraux. La surveillance des effets indésirables et de la résistance aux antiviraux permet d'informer les décideurs de la nécessité ou non de modifier les recommandations concernant l'utilisation de ces médicaments. Les formulaires de déclaration d'effets indésirables sont recueillis et évalués dans le cadre du programme Canada Vigilance de Santé Canada (Direction des produits de santé commercialisés, ou DPSC). La surveillance continue de la résistance aux antiviraux est assurée par le système de laboratoires de santé publique et les données sont déclarées dans le cadre du programme Surveillance de l'influenza.

Pour plus de précisions sur les antiviraux et leur utilisation durant une pandémie, consulter l'annexe sur les antiviraux, qui présente notamment un cadre d'établissement des priorités visant à éclairer la prise de décision en cas de pénurie d'antiviraux.

4.6 Prévention et contrôle des infections et santé au travail

Une éclosion grippale majeure peut avoir des répercussions importantes sur la capacité des organisations offrant des soins de santé à protéger les fournisseurs et les bénéficiaires de services. Les programmes de prévention et contrôle des infections (PCI) et de santé au travail (ST) doivent œuvrer de concert pour prévenir l'exposition au virus de la grippe pandémique et sa transmission durant la prestation des soins. Pour atteindre ces objectifs, il est essentiel de travailler en étroite collaboration avec les comités de santé et de sécurité au travail. Il est important que les TS et les organisations offrant des soins de santé mettent en œuvre des protocoles appropriés de PCI et de ST pour l'ensemble des milieux de soins, notamment les soins médicaux d'urgence, les soins dispensés dans un cabinet de praticien et autres soins ambulatoires, les soins de courte et de longue durée, et les soins à domicile.

38 Aoki FY, Allen UD, Stiver HG, Evans GA. The use of antiviral drugs for influenza: A foundation document for practitioners. *Can J Infect Dis Med Microbiol 2013;24 Suppl C:1C-15C.*

DÉMARCHE STRATÉGIQUE

La mise en œuvre en temps opportun des mesures d'intervention en cas de pandémie nécessite que l'organisation et son personnel fassent preuve d'une bonne connaissance des protocoles et des pratiques de PCI et de ST, avec de solides programmes à l'appui. Des programmes de PCI bien rodés permettront de prévenir ou de limiter la propagation d'infections nosocomiales parmi les personnes fréquentant les milieux de soins, notamment les patients, les TS, les visiteurs et les entrepreneurs. Pour leur part, des programmes de ST bien rodés permettront de déceler les dangers en milieu de travail et d'appuyer des mécanismes et une formation appropriés visant à garantir que les employés exercent leurs fonctions dans un environnement quasi exempt de risques.

Voici des exemples d'éléments importants des programmes de PCI et de ST, dans le cadre de la préparation et de l'intervention en milieu de soins en cas de pandémie :

- Dotation adéquate de l'organisation de soins de santé en professionnels de la PCI et de la ST, pour l'éducation et la formation du personnel de première ligne.
- Évaluation du risque organisationnel, effectuée de préférence pendant la période interpandémique, destinée à déterminer les mesures de contrôle – mesures techniques et administratives, et équipement de protection individuelle (EPI) – les mieux aptes à protéger les patients, les TS et les visiteurs en milieu de soins.
- Éducation et formation poussées des TS de l'organisation dans les domaines de la PCI et de la ST par rapport à la grippe.
- Évaluation du risque au point de service, effectuée individuellement par les TS avant leur entrée dans l'environnement du patient ou leur prise en charge des patients, afin de déterminer les EPI à utiliser ainsi que les mesures d'isolement et de regroupement à adopter pour un patient, une intervention, une salle, un espace ou un établissement donnés.
- Fourniture de vaccins contre la grippe aux personnes qui travaillent pour l'organisation ou qui sont prises en charge par celle-ci.
- Surveillance continue des infections associées aux soins, notamment les infections respiratoires.
- Programmes de protection des voies respiratoires destinés à garantir que les TS qui pourraient avoir à porter un appareil de protection respiratoire (notamment un masque respiratoire N95) sont formés à son emploi, ont effectué un essai d'ajustement et ont été préparés en vue de son utilisation.
- Vaste éventail de mesures de contrôle à la source, notamment l'instauration d'une distance de 2 mètres entre les sources infectées (p. ex. les patients) et les personnes non infectées (p. ex. d'autres patients), le dépistage à l'admission, le dépistage des visiteurs et la mise en place de programmes élargis d'hygiène respiratoire et d'hygiène des mains pour les TS, les patients et les visiteurs.
- Mise en œuvre de pratiques administratives systématiques permettant de repérer et d'isoler rapidement les patients, les TS et les visiteurs montrant des signes de syndrome grippal (SG).

Pour plus de précisions sur les mesures de PCI et de ST durant une pandémie, consulter l'annexe *Prévention et contrôle de la grippe durant une pandémie pour tous les milieux de soins*.

4.7 Services de soins de santé

Une prestation efficace des soins de santé assure aux patients un niveau approprié de soins au bon endroit et en temps opportun. Durant une pandémie, cela signifie prendre en charge un afflux de cas de grippe tout en maintenant la capacité de gérer les urgences non associées à la grippe. La prudence exige donc que les organisations offrant des soins de santé se préparent à divers scénarios, notamment à ceux associés à un très lourd fardeau de patients et à un taux potentiellement fort d'absentéisme dans les effectifs, puisque la demande de services de soins de santé pourrait excéder les capacités du système existant. Au début d'une pandémie, une évaluation précoce des répercussions prévues permettra au secteur de la santé de mettre en œuvre des plans d'action destinés à gérer la charge de travail prévue.

DÉMARCHE STRATÉGIQUE

La planification de la prestation des soins de santé en cas de pandémie comporte des défis particuliers puisque les capacités excédentaires du système de santé canadien sont limitées, notamment dans les communautés éloignées et isolées. La *planification des capacités d'intensification* est malgré tout une composante essentielle de la préparation en cas de pandémie pour tous les niveaux de soins, notamment les lignes de renseignements téléphoniques, les soins primaires et ambulatoires, les services médicaux d'urgence, les soins hospitaliers et intensifs, les soins de longue durée et palliatifs, les soins à domicile et autres soins communautaires. La planification des capacités d'intensification comporte l'élaboration de stratégies visant à renforcer les niveaux des ressources humaines et matérielles : effectifs et bénévoles, équipements et fournitures et, potentiellement, capacités d'accueil nécessaires pour gérer l'afflux de patients. Ce type de planification implique également l'examen d'approches inédites pour renforcer l'évaluation et les soins. La planification des capacités d'intensification devrait comprendre des composantes régionales, voire provinciales.

La pandémie de 2009 a mis en évidence à quel point il est important d'améliorer l'intégration et la coordination des interventions pour permettre au secteur de la santé d'apporter une réponse intégrée face à une situation d'urgence. L'intégration doit se faire à toutes les étapes des soins dans une même région sanitaire, au sein d'une province ou d'un territoire, et d'une province ou d'un territoire à l'autre. L'intégration sera facilitée si les intervenants à tous les niveaux de soins sont appelés à participer à la planification et aux exercices, notamment les services médicaux d'urgence, les fournisseurs de services communautaires, les organismes bénévoles et les autorités de santé publique. Les systèmes de gestion électronique de l'information sont des outils essentiels pour surveiller la prestation des services et l'utilisation des ressources sur l'ensemble du système de santé ainsi que pour acheminer l'information entre les diverses organisations.

La collecte de données sur la prestation des soins de santé est un élément important de la surveillance de la grippe saisonnière et de la grippe pandémique. Les admissions à l'hôpital et en unité de soins intensifs ainsi que l'utilisation de respirateurs sont de nouvelles composantes qui ont fait l'objet d'une surveillance durant la pandémie de 2009. Une telle surveillance a permis de recueillir des renseignements précieux sur l'épidémiologie des cas graves de la maladie et les facteurs de risque connexes. La surveillance de l'utilisation du service des urgences, par exemple, permet de savoir si les services de santé communautaires ont atteint leurs capacités maximales ou sont proches de le faire, de façon à envisager la mise en œuvre d'autres mesures.

Les pratiques exemplaires et les leçons tirées recommandent que les organismes de soins de santé et les professionnels de la santé assurent la planification de la continuité des opérations et maintiennent les réserves stratégiques d'équipement et de fournitures essentielles. Des plans détaillés régissant le stockage, la distribution et le suivi de l'utilisation du contenu des réserves doivent être établis et appliqués.

Au nombre des enjeux particuliers à une pandémie en ce qui concerne la prestation de soins de santé, on retrouve les suivants :

- *Instructions concernant l'autogestion de la santé* – De telles instructions peuvent renforcer l'autonomie des personnes et des familles, améliorer les soins et optimiser l'utilisation du système de santé. Cette démarche est utile pour gérer tant la grippe saisonnière que la grippe pandémique. Durant la pandémie de 2009, bon nombre d'autorités compétentes ont eu recours aux médias, à des annonces publiques et à des sites Web fiables pour sensibiliser la population à l'utilisation d'outils d'auto-évaluation de la grippe ou d'autogestion de la santé, ou lui indiquant quand consulter un médecin ou se rendre à l'hôpital.
- *Lignes de soutien téléphonique* – Ces lignes ont été fortement utilisées durant la pandémie de 2009 pour fournir des renseignements et des conseils, et faire le tri entre les cas suspects de grippe et les cas d'infections respiratoires non associés à la grippe. Des opérateurs qualifiés orientaient les appelants vers un service d'évaluation clinique et de soins, au besoin, et leur procuraient des conseils sur l'autogestion de la santé à domicile, ce qui a permis d'éviter les visites inutiles aux cabinets médicaux et aux services d'urgence. Une sollicitation massive et parfois écrasante du réseau a renforcé la nécessité de planifier la continuité des opérations et d'assurer ce service 24 heures sur 24, sept jours sur sept durant une pandémie.
- *Soins primaires* – Le secteur des soins primaires aura la responsabilité d'évaluer et de soigner les cas de grippe ambulatoires. Les PT éprouvent des difficultés à mobiliser les praticiens en soins primaires, qui ne sont pas toujours étroitement rattachés au reste du système. Les PT doivent donc œuvrer avec les associations professionnelles à l'élaboration de stratégies de communication, de protocoles et de lignes directrices (p. ex. pour la planification de la continuité des opérations administratives et pour la PCI). Durant une pandémie, les PT doivent prévoir d'informer les praticiens en soins primaires de l'évolution de la situation, de leur fournir des directives sur la prise en charge clinique des cas de grippe et sur les épreuves de laboratoire à effectuer, de leur procurer des renseignements sur le vaccin antipandémique (en indiquant clairement le rôle qui leur revient dans ce domaine) et de leur donner accès à des stocks (additionnels ou mis en place) d'EPI et de fournitures. Il est possible de renforcer les capacités d'intensification du secteur de soins primaires par la mise en œuvre de stratégies à l'échelle des PT, notamment l'établissement de nouveaux codes tarifaires pour les conseils et les ordonnances par téléphone, l'autorisation pour les cabinets médicaux d'élargir temporairement leur accueil à des patients ne faisant pas partie de leur clientèle (lorsque ce n'est pas normalement autorisé) et l'élargissement du rôle des autres professionnels de la santé et des travailleurs non traditionnels (p. ex. autoriser les pharmaciens à prescrire des antiviraux). Lorsque les répercussions pandémiques subies sont importantes, la création de centres d'évaluation de la grippe et d'autres espaces de soins peut être nécessaire dans certaines collectivités. Il est préférable de déterminer à l'avance à qui revient la responsabilité de créer ces centres, pour qu'une planification appropriée puisse se faire.

- *Soins en milieu hospitalier* – Les répercussions sur le secteur des soins de courte durée et sur la demande de soins intensifs seront déterminées par un certain nombre d'aspects qui caractérisent l'épidémiologie de la pandémie : nombre global de cas graves de la maladie, groupes d'âge et groupes à risque les plus susceptibles de contracter une forme grave de la maladie, dynamique de la vague pandémique (limitée ou prolongée), recours précoce aux antiviraux dans la collectivité. La planification des soins intensifs et la préparation en prévision d'une forte demande de respirateurs ou d'autres équipements spécialisés (p. ex. l'oxygénation extracorporelle) doivent faire l'objet d'une attention particulière. Les plans régissant les capacités d'intensification des services de soins intensifs doivent inclure des outils de triage accompagnés de directives et de méthodes déontologiques pour bien gérer l'attribution des lits et l'utilisation des respirateurs. De plus, il faut prévoir les besoins particuliers des patients pédiatriques (y compris les soins intensifs) et des femmes enceintes.
- *Soins de santé dans les communautés éloignées et isolées* – Les collectivités éloignées et isolées pourraient disposer d'une capacité limitée de prestation de soins de courte durée ou connaître une pénurie de matériel et de services médicaux (p. ex. respirateurs et oxygénothérapie) pour traiter les patients très malades. Dans des circonstances normales, ces besoins sont satisfaits au moyen d'évacuations sanitaires vers des services de soins de courte durée dans de plus grands établissements. Il reste qu'une augmentation des évacuations sanitaires risque d'engorger les administrations hôtes. Il faudra donc impérativement assurer une coordination avec ces dernières et faire tout son possible pour déceler sans délai un SG et traiter et retenir les personnes infectées au sein même de la communauté.
- *Autres services de santé* – Il se peut que les services de santé mentale, de soins à domicile, de soins palliatifs ou de longue durée, ou d'autres services sociaux et de santé communautaires ne soient pas efficacement rattachés aux dispositifs régionaux et locaux de planification en cas de pandémie. Bien que souvent négligés dans une telle planification, ces services sont néanmoins essentiels à l'atteinte des objectifs de lutte contre la pandémie. En effet, ils assurent l'instauration d'un traitement précoce en dehors de l'hôpital des patients qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers de courte durée. Il est impératif que ces organisations prennent part à la planification et soient incitées à mettre en place des plans de continuité des opérations pour qu'elles puissent continuer de servir les patients parmi les plus vulnérables avec un minimum d'interruption durant une pandémie.

4.8 Lignes directrices de soins cliniques

Les soins cliniques englobent l'évaluation et le traitement des cas suspects ou confirmés de grippe pandémique. La grippe est une maladie qui présente un large spectre clinique, qui varie de l'infection asymptomatique à la maladie grave entraînant le décès. Les décès sont souvent dus à l'aggravation d'une pathologie chronique sous-jacente ou à une pneumonie bactérienne secondaire. Il se peut que des professionnels de la santé ne connaissent pas certains aspects de la prise en charge de la grippe pandémique et qu'émergent de nouveaux facteurs de risque et de nouvelles manifestations grippales. Les patients gravement atteints pourraient avoir besoin de mesures de soutien exceptionnelles, dont certaines ne seront pas nécessairement disponibles partout dans le cas d'une pandémie aux répercussions élevées.

DÉMARCHE STRATÉGIQUE

Durant une pandémie, les professionnels de la santé auront besoin de lignes directrices de pratique clinique en matière d'évaluation, d'épreuves de laboratoire, de traitement (y compris les antiviraux) et de prise en charge des infections secondaires et des patients gravement atteints. La question particulière des besoins de services pour des populations précises (p. ex. enfants, femmes enceintes) doit être abordée. Il convient également de formuler des lignes directrices pertinentes à la prise en charge clinique de patients résidant dans des collectivités éloignées et isolées, étant donné les considérations particulières liées à ces milieux.

Ces directives de soins cliniques doivent être simples d'emploi et produites en temps opportun à partir de sources jugées fiables selon les praticiens. À cette fin, pour garantir que les dispositifs nécessaires sont en place pour soutenir une intervention en cas de pandémie, il est important d'établir et de mettre à l'essai, dès la période interpandémique, des procédures pour l'élaboration des lignes directrices cliniques.

4.9 Communications

La communication d'information et d'avis est souvent la première et la plus importante des interventions en santé publique lors de situations d'urgence. Il en est notamment ainsi au tout début d'une pandémie, lorsque la modification des comportements est essentielle à la gestion des risques. La diffusion d'une information claire et uniforme sur la maladie, sur le type de personnes atteintes, sur la propagation de la maladie et sur les moyens de réduire les risques est un moyen efficace pour limiter la propagation de l'infection avant la mise à disposition d'autres interventions, notamment la vaccination. Une communication publique libre et franche permet en outre de renforcer la confiance du public dans les autorités de santé publique et contribue à limiter les perturbations socio-économiques.

La planification des communications en cas de pandémie grippale repose sur une démarche de communication des risques[39]. Elle intègre un large éventail de moyens de communication et de compétences : marketing social, consultation des intervenants, recours aux médias sociaux, etc. Elle s'appuie sur la collaboration de tous les partenaires participant à la lutte contre la pandémie pour diffuser des communications cohérentes, complémentaires et efficaces qui répondent aux besoins du public et des intervenants.

DÉMARCHE STRATÉGIQUE

La communication des risques en cas de pandémie incorpore les principes de collaboration, de proportionnalité, de souplesse et d'utilisation des pratiques et des systèmes établis. Les recherches menées pendant et après la pandémie de 2009 ont renforcé l'importance des principes essentiels de la communication des risques, telles que la transparence et la collaboration des intervenants, pour atteindre les objectifs des mesures antipandémiques.[40]

Il est essentiel d'être proactif en matière de communication durant la pandémie en renseignant les médias, le public et les autres intervenants, et en les tenant au courant des événements tout au long de la pandémie. L'information, qui pourrait être limitée au début, évoluera au rythme des nouvelles données et de l'évolution des connaissances scientifiques. Les analyses effectuées après la pandémie de 2009 ont révélé des difficultés à communiquer sur l'incertain et à faire face à la nature changeante de

39 Santé Canada. *Cadre de communication stratégique* des risques. 2005. Accès : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_ris-comm/framework-cadre/index-fra.php

40 Risk Sciences International. *Risk communication for H1N1 pandemic influenza*. 2012. Rapport présenté à l'Agence de la santé publique du Canada (inédit).

l'information, surtout au sujet du vaccin antipandémique. Il est donc crucial d'établir des stratégies destinées à mieux gérer la communication des risques, de l'incertain et de la nature changeante de l'information.

Pour gagner et conserver la confiance du public, il est essentiel d'instaurer une communication empreinte de transparence et de sensibilité culturelle et qui fait appel à un langage clair et simple. En outre, l'expression d'une seule voix de messages cohérents permettra d'instiller la confiance, de favoriser la compréhension et d'éviter le désarroi.

Bien que la communication et les messages dans les territoires de compétence relèvent de la responsabilité des PT, la planification des communications en cas de pandémie doit faire participer tous les partenaires du domaine de la santé. L'intervention FPT en matière de communications sera coordonnée par l'intermédiaire du Réseau de communication du RSP. Il est également important d'assurer la collaboration avec les organisations non gouvernementales, internationales et du secteur privé. Il faudrait considérer les médias comme des partenaires clés et entretenir avec eux des contacts tant durant la période interpandémique que pandémique.

Communication avec le public – La recherche a montré que la perception du risque est l'indicateur le plus fiable de la volonté du public de modifier son comportement en cas d'événement mettant en cause la santé publique, et que cette perception dépend en grande partie de sa réaction émotive dans une telle situation[41]. L'évaluation de la perception du public, de ses besoins d'information et de ses préoccupations joue un rôle important dans la lutte contre la pandémie et elle doit faire l'objet d'une planification. Le recensement et la mobilisation efficaces des intervenants joueront également un rôle important dans cette évaluation. Par ailleurs, en consolidant les relations avec les intervenants au cours de la période interpandémique, on se donnera plus de chances d'obtenir des interactions productives durant la pandémie.

Les plans de communication FPT en cas de pandémie doivent prévoir des dispositions particulières pour atteindre les populations et les personnes vulnérables qui pourraient avoir un accès limité aux médias grand public. Ces groupes pourraient nécessiter une démarche de communication adaptée, faisant appel à un éventail de formats et de mécanismes de prestation (p. ex. recours aux médias ethniques pour atteindre les communautés ethno-culturelles).[42]

Communication avec le secteur des soins de santé – Il y a lieu d'accorder une attention particulière aux communications avec les travailleurs, les organisations et les établissements de soins de santé au cours du processus de planification. Ces intervenants doivent instaurer un dialogue efficace pour s'assurer que les produits et les messages répondent à leurs besoins en matière de communications pertinentes, ponctuelles, claires et concises. Il faut développer les ressources au cours de la période interpandémique, de façon à pouvoir rapidement les adapter une fois la pandémie déclarée.

Pour plus de précisions sur la démarche de communication des risques en cas de pandémie, consulter l'Annexe sur les communications.

41 Ibidem

42 Greenberg J. *Emergency-risk communication for vulnerable populations in Canada*. Avril 2012. Rapport présenté à l'Agence de la santé publique du Canada (inédit).

4.10 Recherche

La recherche est essentielle pour combler le manque de connaissances relatives au virus de la grippe et aux mesures efficaces de prévention, de traitement et de contrôle de la grippe à la fois durant la saison grippale et pendant une pandémie. La plupart des travaux de recherche peuvent être effectués durant la période interpandémique, mais certains ne peuvent être effectués que durant une pandémie. Étant donné que l'intervalle entre les pandémies peut être long, il est important de ne pas manquer de telles occasions, rares mais inestimables, et de planifier une intervention rapide au niveau de la recherche.

DÉMARCHE STRATÉGIQUE

Les composantes clés d'une stratégie de recherche sur la grippe pandémique sont les suivantes : détermination des besoins en matière de recherche, établissement et appui continu de partenariats et de réseaux de recherche, recensement de sources de financement durables, établissement préalable de protocoles et de méthodes rapides d'évaluation déontologique pour cette recherche. À ces composantes s'ajoutent des stratégies d'application des connaissances destinées à communiquer les résultats importants de la recherche aux décideurs d'une façon efficace et en temps opportun.

Détermination des besoins en matière de recherche – Il importe d'évaluer et de hiérarchiser périodiquement les besoins en matière de recherche sur la grippe. Cette information sera utile aux organismes de financement, tels que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et l'ASPC, et servira les projets internationaux similaires d'organismes comme l'OMS. Les annexes du présent document traitent des besoins actuels en matière de recherche dans divers domaines de la lutte contre la grippe, notamment la vaccination et les antiviraux.

Réseaux de recherche – Les réseaux créés pour mener la recherche durant la période interpandémique sont bien positionnés pour faciliter la recherche sur la pandémie. Les organismes de santé publique provinciaux et l'ASPC collaborent de plus en plus à la conduite d'études dans le domaine de l'épidémiologie et d'autres domaines de la santé publique. Le RRIAI a joué un rôle majeur dans l'intervention vaccinale durant la pandémie de 2009. Le nouveau réseau national de chercheurs clés en matière de vaccins RCRI, sera actif dans les projets de recherche en cours sur les vaccins grippaux. Les chercheurs en modélisation mathématique ont créé plusieurs réseaux et entretiennent une collaboration plus étroite avec le secteur de la santé publique. Les chercheurs canadiens en soins intensifs ont établi de nouveaux réseaux cliniques internationaux, tels que l'International Forum for Acute Care Trialists (InFACT), qui établiront des protocoles de libre accès, des mécanismes de partage de données et des cadres déontologiques destinés à simplifier l'intervention en cas de nouvelle maladie ou pandémie. Ces réseaux nécessitent un appui constant. Comme ils ne sont pas nécessairement en mesure de répondre à tous les besoins de la recherche pandémique, il est important d'y apporter une attention constante de façon à garantir l'état de préparation en vue d'une intervention en matière de recherche.

Recherches rapides en réaction à la pandémie – Pour éclairer la prise de décision en cas de pandémie, il va falloir effectuer des études particulières, telles que celles sur la séroprévalence et le rôle des pathogènes bactériens dans les cas graves de la maladie. Comme de telles études doivent être réalisées rapidement, une planification au préalable s'impose pour les mener à bien et en temps opportun. Il est donc essentiel de tirer parti des partenariats déjà en place entre l'ASPC, SC, les organismes provinciaux de santé publique, les établissements et les réseaux cliniques et universitaires, de concert avec les populations d'intérêt pour la recherche comme les IRSC et le RCRI et d'inciter tous ces intervenants à contribuer à la planification d'une exécution rapide des recherches en réaction à la pandémie. Les plans préliminaires doivent inclure des accords préalables avec des chercheurs potentiels ainsi que l'élaboration de protocoles et de stratégies de recherche, pour une approbation rapide par les comités d'éthique et l'obtention d'ententes de financement.

Application des connaissances – Au cours d'une pandémie, de nombreuses décisions doivent être prises rapidement. La prise de décision fondée sur des données probantes exige de solides stratégies d'application des connaissances, qui permettront de prendre en compte les données existantes ainsi que les résultats des nouvelles recherches. Les stratégies habilitantes comprennent la compilation des résultats des recherches menées sur la pandémie de 2009 et l'actualisation des analyses documentaires dans les domaines clés (p. ex. efficacité des mesures de santé publique, études pertinentes sur des vaccins, traitement par antiviraux et résistance associée). Durant la période interpandémique, il faudra établir des mécanismes permettant l'évaluation critique et la diffusion des résultats des nouvelles recherches. On devra également élaborer des stratégies pour aider les décideurs à bien comprendre les données probantes et les résultats de recherches et à les utiliser de façon optimale.

5.0 MESURE ET ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE PRÉPARATION ET DE L'INTERVENTION EN CAS DE PANDÉMIE

La préparation et l'intervention en cas de pandémie s'inscrivent dans une démarche complexe qui exige les efforts coordonnés de tous les ordres de gouvernement et la collaboration de leurs intervenants. Pour assurer l'exhaustivité et l'efficacité des plans de lutte contre la pandémie (ou les plans tous risques, selon le territoire de compétence), les territoires de compétence devraient mesurer leur état de préparation, tester leurs plans régulièrement et évaluer leur intervention en cas de pandémie.

5.1 Mesure de l'état de préparation

L'état de préparation est une responsabilité qui relève autant des particuliers que des organisations et des territoires de compétence, à tous les niveaux. Les PT, pour leur part, sont chargés des activités de préparation qui se tiendront dans leurs territoires de compétence respectifs et ils peuvent également offrir des avis ou un soutien aux autorités régionales et locales. La mesure du niveau de préparation en cas de pandémie permet aux territoires de compétence de surveiller l'avancement de leurs efforts de planification, de recenser les lacunes et d'établir les priorités des futurs efforts de planification. L'utilisation de listes de vérification et, le cas échéant, des visites sur place sont des exemples d'outils permettant de surveiller les niveaux de préparation et les progrès réalisés.

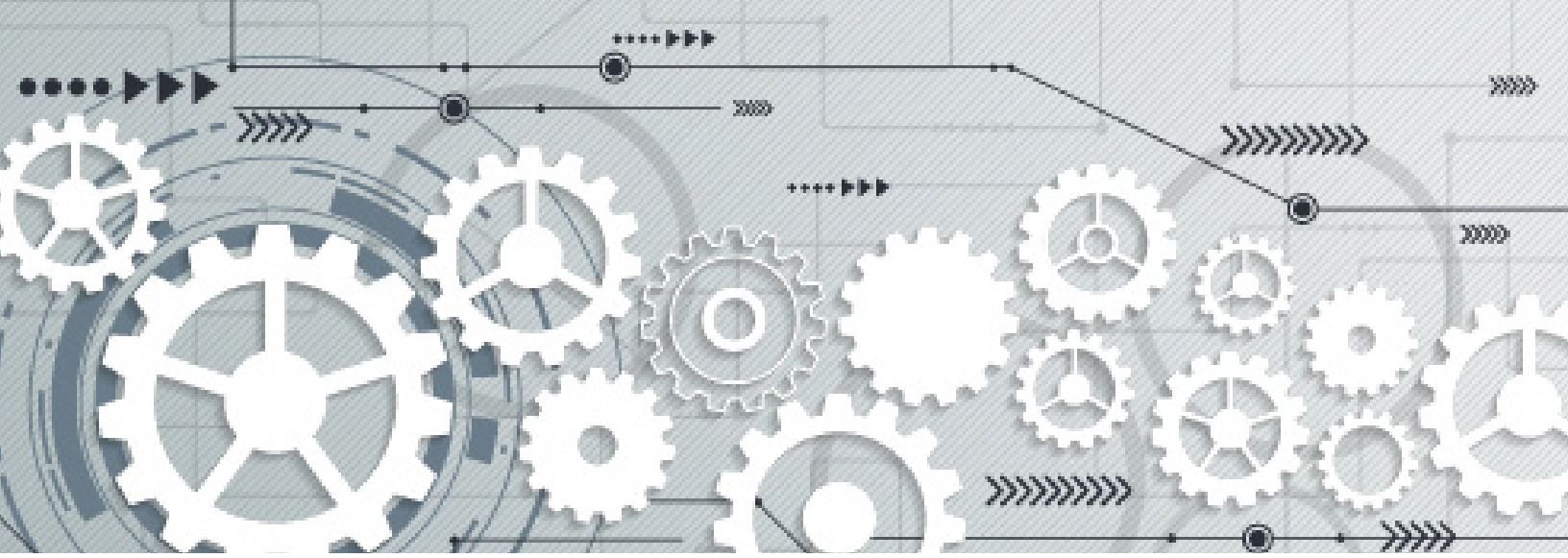
Il est également crucial de déterminer si les plans d'intervention peuvent être mis en œuvre de manière à obtenir les résultats escomptés. La conduite régulière d'activités de formation et d'exercices doit être instaurée pour maintenir le niveau de préparation dans un cycle d'amélioration continue. La formation des nouveaux travailleurs doit également constituer une priorité. Les exercices peuvent revêtir des formes diverses : activités de discussion telles que séminaires et ateliers, ou encore activités d'envergure plus complexes telles que l'activation de plans et la simulation d'interventions. Les organisations ont tout intérêt à évoluer graduellement vers des exercices plus élaborés. Une telle progression leur permettra de mieux comprendre leurs plans respectifs, de repérer les interdépendances, et d'effectuer les changements et les ajustements nécessaires avant d'entreprendre des activités plus vastes. À la suite d'un exercice, il y aurait lieu de préparer un compte rendu post-action officiel, conjointement avec un plan de mise en œuvre pour combler les lacunes cernées. Pour parer aux faiblesses ou aux problèmes repérés, il convient d'effectuer une formation d'appoint ou d'apporter des modifications ou des ajouts aux plans.

Outre les exercices spécialisés qu'elle exige, la grippe saisonnière offre tous les ans la possibilité à l'ensemble des PT de tester certaines composantes particulières d'un plan. Par exemple, la campagne annuelle de vaccination antigrippale permet aux PT de tester la rapidité de distribution du vaccin et des fournitures. De leur côté, les autorités locales peuvent s'exercer à mettre en œuvre des stratégies cliniques collectives et à avoir recours à leurs mécanismes de gestion des urgences sanitaires pour organiser le déploiement des mesures cliniques. D'autres situations d'urgence offrent également l'occasion de roder et de perfectionner les composantes d'une intervention efficace en cas de pandémie, comme les stratégies de commande, de contrôle et de communication.

5.2 Évaluation de l'intervention en cas de pandémie

Pour consultation future, il est important de consigner rigoureusement les activités et les stratégies déployées ainsi que les décisions prises dans le cadre de l'intervention en cas de pandémie, ainsi que les résultats obtenus. L'évaluation de l'intervention permet de s'assurer qu'elle a été déployée comme prévu et qu'elle a donné lieu aux résultats escomptés. Un tel exercice permet de faire en sorte que les leçons tirées de l'intervention réelle soient consignées et puissent être consultées, pour favoriser une révision éclairée des plans d'intervention. L'évaluation comporte une appréciation au moyen d'un compte rendu post-action ou d'un rapport de leçons apprises, à la suite de la pandémie, conjointement avec un plan de mise en œuvre visant à combler les lacunes. La fin de la première vague pandémique procure une occasion cruciale d'évaluer et d'ajuster les mesures d'intervention.

Outre les leçons tirées de l'intervention déployée en cas de pandémie, il est important de préciser dans quelle mesure l'intervention a permis d'atteindre les buts et les objectifs en matière de préparation et d'intervention au Canada. Les leçons tirées seraient axées sur l'évaluation de la démarche stratégique proposée pour les principaux éléments décrits dans le présent document. Une telle évaluation devrait permettre de déterminer dans quelle mesure l'intervention a répondu aux objectifs fixés pour chacun de ces éléments. Cette évaluation formelle plus approfondie de l'intervention en cas de pandémie mobiliserait les partenaires à l'échelle FPT et porterait sur tous les aspects de l'intervention. À cette fin, les territoires de compétence auraient tout intérêt à adopter, en période interpandémique, une approche pancanadienne globale et harmonisée pour évaluer l'intervention en cas de pandémie, de façon à pouvoir en dégager les principaux résultats et les pratiques exemplaires.



APPENDICE A – FACTEURS INFLUANT SUR LES RÉPERCUSSIONS DE LA PANDÉMIE

Le tableau qui suit énumère une série de facteurs qui déterminent les répercussions d'une pandémie et décrit leur portée possible. La prise en compte de ces facteurs et des mesures d'atténuation qu'ils exigent viendront compléter l'utilisation des scénarios de planification élémentaires, et permettront ainsi aux planificateurs de préparer une intervention moins rigide.

TABLEAU – FACTEURS QUI INFLUENT SUR LES RÉPERCUSSIONS D'UNE PANDÉMIE, ET LEUR PORTÉE POSSIBLE

CATÉGORIE	FACTEUR	PORTÉE POSSIBLE
CARACTÉRISTIQUES DU VIRUS		
TRANSMIS-SIBILITÉ	Degré de transmission	Une infectiosité élevée signifie qu'un grand nombre de personnes tomberont malades. Le cas échéant, l'absentéisme s'aggraverait dans les écoles, au travail et dans les milieux de soins. Le système de soins de santé serait plus fortement sollicité. Les soins de base pourraient se voir perturbés si l'absentéisme frappait les infrastructures essentielles.
	Vitesse de propagation	Une vague intense faisant de nombreux malades sur une courte période ferait grimper les taux d'absentéisme et la demande de soins de santé, comparativement au même nombre de cas répartis sur une plus longue période.
	Saison de survenue	La transmission est plus lente au printemps et en été : une vague pandémique pourrait donc être plus petite à ce moment-là. Par ailleurs, il faudrait s'attendre à des répercussions plus élevées en cas de vague à la fin de l'automne ou en début d'hiver, en raison des exigences habituelles à cette époque de l'année dues à d'autres bactéries ou virus en circulation.

CATÉGORIE	FACTEUR	PORTÉE POSSIBLE
VIRULENCE	Gravité clinique	Une virulence élevée signifie une proportion importante de cas graves chez les malades, ce qui met à l'épreuve les soins intensifs et de courte durée. Le fait que généralement, des personnes plus jeunes décèdent durant une pandémie risque également d'accroître l'inquiétude du public. Une présentation clinique atypique pourrait nuire à la prestation des soins intensifs et de courte durée.
VULNÉRABILITÉ DE LA POPULATION		
VULNÉRABILITÉ DE LA POPULATION	Immunité collective préexistante	Une immunité collective préexistante pourrait se rencontrer chez les personnes au-delà d'un certain seuil d'âge, en raison d'une circulation antérieure de souches virales apparentées. Une telle situation pourrait contribuer à réduire le risque d'infection de ces personnes (encore que leur âge puisse accroître le risque de complications graves en cas de maladie). Le fait que les personnes plus âgées soient mieux protégées pendant une pandémie diminuerait les répercussions globales sur les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. Par contre, les répercussions seraient plus élevées si tous les groupes d'âge sont durement frappés.
	Facteurs de risque non prévus	De nouveaux facteurs de risque de maladie grave pourraient signifier qu'un plus grand nombre de personnes auraient besoin de soins. Ces facteurs pourraient également affecter l'établissement des priorités liées au vaccin.
	Groupes et milieux spéciaux	Les répercussions pourraient être plus élevées dans les groupes ou les milieux à risque élevé (p. ex. communautés éloignées, refuges pour sans-abri, logements surpeuplés). Le risque pourrait être élevé en raison de l'âge, de problèmes sous-jacents, d'un accès inadéquat aux soins de santé, de piètres conditions socio-économiques, etc.

CATÉGORIE	FACTEUR	PORTÉE POSSIBLE
ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS		
INTERVENTIONS DE LA SANTÉ PUBLIQUE	Mise à disposition du vaccin, délai, efficacité	Le délai de mise à disposition du vaccin par rapport à l'activité pandémique pourrait influer sur les priorités à établir et l'utilisation du vaccin. Le vaccin jouirait d'une portée moindre si la plupart des gens contractaient la maladie avant sa mise à disposition.
	Disponibilité des antiviraux et résistance à ces médicaments	Les stocks d'antiviraux pourraient se révéler insuffisants face à une pandémie de grande envergure. La résistance aux antiviraux pourrait réduire la disponibilité d'antiviraux efficaces, et leur utilisation devrait alors être soumise à un ordre de priorités. Des enjeux liés à l'approvisionnement pourraient donner lieu à un nombre accru d'hospitalisations, de cas graves et de décès.
	Mesures de santé publique	Dans certaines circonstances (p. ex. un virus à faible transmissibilité), si l'adoption de mesures de santé publique devenait très populaire, il serait possible de réduire grandement la transmission.
INTERVENTIONS DU SYSTÈME DE SOINS	Accès aux soins	Un bon accès aux soins primaires et un traitement précoce aux antiviraux pourraient réduire les taux de complications et d'hospitalisation. Au contraire, un manque d'accès aux soins critiques pourrait accroître le taux de mortalité des patients gravement malades.
	Capacités d'intensification	Une pénurie de capacités d'intensification pourrait nuire aux résultats si la demande de services excédait les capacités disponibles. Le cas échéant, il faudrait procéder à un triage pour les services intensifs. Si les services se révélaient insuffisants, le taux de mortalité pourrait s'accroître pour les patients en situation d'urgence en raison de la grippe ou d'une autre affection.
	Disponibilité des antibiotiques et des autres médicaments, fournitures	Des problèmes d'approvisionnement en médicaments ou une résistance aux antibiotiques pourraient nuire aux résultats cliniques. Des pénuries de matériel de contrôle des infections pourraient contribuer à la transmission du virus et susciter les inquiétudes du personnel soignant.
COMMUNICATIONS DES RISQUES	Réaction comportementale	Plusieurs facteurs pourraient nuire à l'adoption de comportements préventifs et à l'efficacité même du vaccin : niveau de sensibilisation et de compréhension du public, et de sa perception du risque; niveau de confiance envers les autorités sanitaires. Par comportement préventif, on entend des actions de prévention des infections, la mise à distance sociale ainsi que l'utilisation du vaccin et des antiviraux.

APPENDICE B – ÉVALUATIONS DU RISQUE DE PANDÉMIE

Le tableau qui suit fait état de questions à examiner dans le cadre d'évaluations initiales et continues du risque de pandémie et énumère des sources possibles de données en vue de générer l'information requise. Durant une pandémie, l'ASPC préparera les évaluations du risque et communiquera à ce sujet, ou prendra les mesures nécessaires à cette fin.

TABLEAU – ÉVALUATIONS DU RISQUE DE PANDÉMIE

CATÉGORIE	QUELLE INFORMATION EST NÉCESSAIRE?		COMMENT L'APPRENDRONS-NOUS?
	ÉVALUATION DU RISQUE INITIALE	ÉVALUATIONS DU RISQUE SUIVANTES	
INTERVENTION GLOBALE			
NATURE DE L'INTERVENTION	Quelles seront les répercussions globales?	Les répercussions évoluent-elles? Comment y faisons-nous face?	Estimations ou prévisions des répercussions (voir les sections ci-dessous).
CARACTÉRISTIQUES DU VIRUS			
TRANSMISSIBILITÉ	À quelle vitesse se propagera-t-il?	Y aura-t-il plus d'une vague pandémique? La transmissibilité évolue-t-elle?	Études moléculaires et génétiques Période d'incubation et temps de génération Taux de reproduction (R_0) Modélisation en temps réel.

CATÉGORIE	QUELLE INFORMATION EST NÉCESSAIRE?		COMMENT L'APPRENDRONS-NOUS?
	ÉVALUATION DU RISQUE INITIALE	ÉVALUATIONS DU RISQUE SUIVANTES	
	Combien de personnes seront-elles touchées? Voir également la « *vulnérabilité de la population* »	Les vagues suivantes seront-elles plus fortes ou moins fortes? Quel sera le moment d'apparition, de pic et de fin de la prochaine vague?	*Comme ci-dessus* Taux d'attaque sérologique Taux d'attaque clinique dans divers milieux
VIRULENCE (GRAVITÉ CLINIQUE)	Quelle est la gravité de la maladie? Quelle proportion des personnes malades présentera des complications, devra être hospitalisée, décédera? Y a-t-il des tableaux cliniques inhabituels?	La gravité de la maladie évolue-t-elle?	Études moléculaires et génétiques Taux d'hospitalisation, d'admission en service de soins intensifs, d'utilisation de respirateurs Taux de létalité Séries de cas cliniques de personnes gravement atteintes par la maladie Rapports d'éclosions
VULNÉRABILITÉ DE LA POPULATION			
VULNÉRABILITÉ DE LA POPULATION	Toutes les tranches d'âge seront-elles touchées et à quel point?	Comment l'immunité collective évolue-t-elle à mesure que l'éclosion progresse?	Niveaux d'immunité collective préexistante Enquêtes sérologiques périodiques
	Quels sont les facteurs de risque de maladie grave?	De nouveaux facteurs de risque ou groupes à risque apparaissent-ils?	Études épidémiologiques Études de séries de cas cliniques Rapports sur les éclosions

CATÉGORIE	QUELLE INFORMATION EST NÉCESSAIRE?		COMMENT L'APPRENDRONS-NOUS?
	ÉVALUATION DU RISQUE INITIALE	ÉVALUATIONS DU RISQUE SUIVANTES	
	Certaines populations ou certains milieux présentent-ils un risque accru?	D'autres populations ou milieux présentent-ils un risque accru? Les ciblons-nous efficacement dans nos interventions? Quelles répercussions inattendues pourrait-il y avoir par suite de nos interventions?	Études épidémiologiques Réactions des PT et des ONG Données socio-économiques
INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE			
TRAITEMENTS ANTIVIRAUX	Y a-t-il une résistance aux antiviraux? Les antiviraux seront-ils sans danger et efficaces? Pouvons-nous mobiliser efficacement la RNA?	Les schémas de résistance aux antiviraux évoluent-ils? Les antiviraux sont-ils sans danger et efficaces? Dans quelle mesure sont-ils distribués en temps voulu aux bons patients?	Analyse de la sensibilité et de la résistance aux antiviraux Distribution et utilisation des antiviraux Signalements d'effets indésirables Études d'efficacité Rapports de distribution et études spéciales
VACCIN	Le vaccin sera-t-il sans danger et efficace? Quand sera-t-il disponible?	Quand le vaccin sera-t-il disponible? Y a-t-il des changements dans les groupes habituels présentant un risque élevé? Dispose-t-on de capacités adéquates pour une vaccination rapide? Comment peut-on rejoindre les groupes vulnérables? Le vaccin antipandémique est-il sans danger et efficace?	Études épidémiologiques précoces (concernant les groupes à risque élevé) Surveillance et réactions des PT Administration et efficacité du vaccin Rapports sur les ESSI

CATÉGORIE	QUELLE INFORMATION EST NÉCESSAIRE?		COMMENT L'APPRENDRONS-NOUS?
	ÉVALUATION DU RISQUE INITIALE	ÉVALUATIONS DU RISQUE SUIVANTES	
MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE	Quelles sont les répercussions attendues, notamment en matière de transmission?	Les interventions sont-elles acceptables? Sont-elles efficaces?	Mesures de la transmissibilité et de la virulence Modélisation mathématique Recherche sur l'opinion publique Enquêtes dans les communautés
PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)	Les mesures de PCI en place seront-elles efficaces? Sinon, quelles autres précautions doit-on prendre?	Les mesures de PCI en place sont-elles efficaces? Sinon, quelles autres précautions doit-on prendre? Y a-t-il des répercussions inattendues?	Renseignements sur la période d'incubation, l'infectiosité, les voies de transmission, etc.
INTERVENTION DU SYSTÈME			
SANTÉ PUBLIQUE	Quelles seront les répercussions potentielles?	Quelles sont les répercussions sur les services de santé publique et les ressources humaines en santé (RHS)? Sont-ils en mesure d'y faire face?	Mesures de la transmissibilité et de la virulence Surveillance et études cliniques Réactions des PT
SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES	Quelles seront les répercussions potentielles?	Quelles sont les répercussions sur les services de soins de santé et les RHS de la communauté? Sont-ils en mesure d'y faire face?	Mesures de la transmissibilité et de la virulence Surveillance et études cliniques Information sur la résistance aux antiviraux Réactions des PT Surveillance des reportages des médias

CATÉGORIE	QUELLE INFORMATION EST NÉCESSAIRE?		COMMENT L'APPRENDRONS-NOUS?
	ÉVALUATION DU RISQUE INITIALE	ÉVALUATIONS DU RISQUE SUIVANTES	
SERVICES DE SOINS DE COURTE DURÉE	Quelles seront les répercussions potentielles?	Quelles sont les répercussions sur les soins de courte durée et les RHS? Sont-ils en mesure d'y faire face? Quelles complications bactériennes apparaissent? Les stratégies thérapeutiques sont-elles efficaces?	Mesures de la transmissibilité et de la virulence Surveillance et études cliniques Information sur la résistance aux antiviraux et aux antibiotiques Études cliniques Surveillance et réactions des PT Surveillance des médias
SOINS DE LONGUE DURÉE ET AUTRES SOINS EN ÉTABLISSEMENT COMMUNAUTAIRE	Les établissements de soins de longue durée ou les autres établissements résidentiels pour personnes âgées ou défavorisées présenteront-ils un risque important d'éclosions?	Quelles sont les répercussions sur ces établissements et les RSH?	Renseignements sur l'immunité préexistante Surveillance et études sur les éclosions Réactions des PT Surveillance des médias
RÉPERCUSSIONS SOCIALES	Un fort absentéisme au travail ou à l'école sera-t-il enregistré? Les services dans la communauté seront-ils touchés?	Quelles sont les répercussions sur les écoles, les entreprises, l'infrastructure essentielle et les autres services communautaires? Quelles sont les répercussions sur les populations vulnérables? Sur l'économie?	Mesures de la transmissibilité et de la virulence Surveillance de l'absentéisme dans les écoles et sur les lieux de travail Réactions des PT Surveillance des médias et enquêtes publiques
COMMUNICATION DES RISQUES	Quels seront les niveaux de préoccupation publique? Quels problèmes seront les plus préoccupants?	Quels sont les niveaux de préoccupation publique? Quels problèmes sont les plus préoccupants? Nous en occupons-nous efficacement? À quel point le public est-il sensibilisé et informé quant à la situation?	Surveillance des médias traditionnels et sociaux Suivi des demandes de renseignements du grand public Recherche sur l'opinion publique Réactions des parties concernées (PT et ONG)