



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 030 • 2^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 12 août 2009

Présidente

Mme Joy Smith

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

<http://www.parl.gc.ca>

Comité permanent de la santé

Le mercredi 12 août 2009

•(1415)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):
Bienvenue à vous tous.

Je désire surtout souhaiter la bienvenue à la ministre Aglukkaq, ministre de la Santé. Madame la ministre, votre présence parmi nous aujourd'hui nous honore. Merci infiniment de vous être mise à la disposition du comité en plein été. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Je désire également souhaiter la bienvenue à Mme Woods et au Dr Butler-Jones.

Au cours de la première heure, nous allons entendre les propos de la ministre et ouvrir ensuite la période des questions. Je n'ai pas l'intention de limiter votre temps de parole. Si vous êtes prête à faire votre exposé, madame la ministre, je vous invite à le faire immédiatement, et nous ouvrirons la période des questions quand vous aurez terminé.

Madame la ministre, vous avez la parole.

L'hon. Leona Aglukkaq (ministre de la Santé): Merci infiniment.

Bon après-midi, madame la présidente et membres du comité. Comme toujours, c'est avec plaisir que je me présente devant vous, en compagnie des fonctionnaires du ministère, pour faire le point sur les mesures qu'ont prises jusqu'à présent l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada pour lutter contre l'épidémie de grippe H1N1.

Je suis accompagnée aujourd'hui du Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique, et de Mme Shelagh Jane Woods de la Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits. Il se peut que je fasse appel à eux pour répondre à des questions d'ordre plus technique au cours de la séance de cet après-midi.

Depuis le début de l'épidémie, j'insiste sur l'importance de la collaboration dans toutes les actions menées pour la gérer au nom des Canadiens. Et notre intervention bénéficie justement des contacts systématiques et soutenus que nous entretenons avec l'Organisation mondiale de la santé et d'autres partenaires internationaux.

À l'intérieur de nos frontières, cela se traduit par des efforts concertés et coordonnés pour assurer la mise en commun de l'information et des leçons retenues avec mes homologues provinciaux et territoriaux. Selon moi, cette collaboration reflète un niveau et un esprit de coopération sans précédent. Des experts et décideurs de toutes les administrations et de tous les horizons de la gestion de la santé publique se sont réunis pour assurer une intervention appropriée et opportune face à l'épidémie. Je sais que certains nous reprochent d'en faire trop peu, trop tard et pour trop peu de gens, mais je suis convaincue que les mesures prises jusqu'à présent et que les efforts que nous poursuivons ont été et

continueront d'être bénéfiques pour les Canadiens. Je prends très au sérieux l'engagement de mon gouvernement à appuyer tous les députés fédéraux dans l'exercice de leurs fonctions auprès de leurs électeurs.

Lorsque je me suis présentée devant le comité en février, j'ai indiqué que j'avais l'intention de faire preuve d'ouverture, d'écouter et d'établir de bonnes relations avec les intervenants et mes collègues, tout comme avec ceux et celles qui nous désapprouvent. Après plus de 20 séances d'information aux députés de l'opposition depuis le début de l'épidémie, je crois avoir tenu parole.

Bien que le déroulement de la pandémie ait été inattendu, nous avons montré que nous pouvions nous adapter avec rapidité et efficacité à une situation qui évoluait rapidement. Les efforts du gouvernement fédéral pour se doter d'un plan d'intervention contre la pandémie ont porté leurs fruits. Ce plan repose sur des années de collaboration avec les provinces, les territoires et le milieu médical. Dès que la grippe H1N1 est arrivée au Canada, nous avons mis notre plan en oeuvre.

Informar les Canadiens est une des pierres angulaires de ce plan. Au début mai, nous avons lancé le premier volet d'une campagne d'information, avec la publication de messages dans les quotidiens et hebdomadaires du Canada. Ces messages rappellent aux Canadiens ce qu'il faut faire pour éviter d'être infectés. À ces annonces se sont ajoutées l'information véhiculée sur le site Web de l'ASPC, les affiches installées dans les aéroports canadiens et les consignes affichées dans les transports en commun des grandes villes du Canada. C'est la raison pour laquelle de plus en plus de Canadiennes et de Canadiens savent ce qu'il faut faire — tousser dans la manche, se laver les mains souvent, nettoyer les surfaces propices à la transmission du virus et rester à la maison si on est malade.

Vous entendrez ces messages et d'autres alors que l'automne approche et, avec lui, la prochaine saison grippale. La campagne d'information se poursuivra afin que les Canadiens reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées, se protéger et protéger leurs familles.

Au début de l'épidémie, je tenais des conférences de presse quotidiennes en compagnie de l'administrateur en chef de la santé publique. Les jours ont passé et nous avons constaté que le virus n'était pas aussi virulent que prévu; nous avons alors tenu des conférences de presse hebdomadaires — y compris celle que nous tenions il y a quelques heures à peine. Nous entendons bien faire en sorte que les Canadiens aient toute l'information dont ils ont besoin.

Aujourd'hui, j'ai utilisé à profusion les mots « collaboration », « coopération » et « coordination ». Je suis convaincue que cela est essentiel si nous voulons venir à bout d'une éventuelle recrudescence de la grippe H1N1 cet automne.

Comme le premier ministre Harper et les présidents Obama et Calderón l'ont clairement indiqué cette semaine au Mexique: « Nous resterons vigilants et nous nous engageons à poursuivre et à accentuer notre coopération. Nous collaborerons afin d'apprendre de nos expériences récentes et nous préparerons l'Amérique du Nord en prévision de la saison de grippe à venir. » Il est évident que cela s'applique tout à fait aux efforts que nous avons déployés au Canada, avec les provinces, les territoires, les professionnels de la santé sur le terrain et les dirigeants des premières nations et des Inuits.

•(1420)

Quoi qu'il arrive cet automne, nous sommes prêts. Il y a déjà des poches de virulence plus graves. Il s'agit notamment d'écllosion dans un nombre restreint de premières nations et de collectivités éloignées. Depuis le premier jour, nous travaillons avec les dirigeants des premières nations et les provinces pour que les collectivités aient tout ce dont elles ont besoin, au moment opportun, et nous le faisons en nous basant sur les meilleurs conseils en santé publique.

Je tiens à ce qu'il soit bien clair pour chacun d'entre vous que la planification relative à la pandémie dans les collectivités des premières nations est une responsabilité partagée. Par exemple, Santé Canada fournit des services infirmiers de base dans les réserves. Toutefois, les membres des premières nations qui ont besoin d'être traités pour des symptômes graves de la grippe H1N1 reçoivent les services hospitaliers requis de leur système de santé provincial. Cet arrangement requiert la collaboration de toutes les administrations afin de protéger la santé des collectivités. C'est pourquoi nous entendons maintenir et améliorer les solides relations de travail que nous entretenons avec les provinces et les premières nations afin que tous les Canadiens reçoivent les soins dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin. Naturellement, nous entendons faire en sorte que les premières nations aient le soutien nécessaire pour protéger leurs collectivités. En conséquence, nous fournissons à tous les postes de soins infirmiers dans les collectivités des premières nations des fournitures supplémentaires de protection, comme les gants, les blouses et les masques. Nous constituons également des réserves d'antiviraux de façon à pouvoir les acheminer le plus rapidement possible aux collectivités éloignées, au besoin.

Comme c'était le cas dans le nord du Manitoba, nous sommes prêts à envoyer des infirmières là où les besoins sont les plus criants. De plus, nous formons des infirmières à domicile pour qu'elles puissent administrer le vaccin lorsqu'il sera prêt. Nous continuons d'aider les collectivités à mettre la dernière main à leur plan d'urgence en cas de pandémie et à le mettre à l'essai. Avec le soutien d'Affaires indiennes et du Nord Canada, nous acheminons de l'eau vers les réserves pour aider à prévenir et à contrôler les infections dans les maisons.

À l'approche de l'automne, nous redoublons d'efforts pour que les Canadiennes et les Canadiens qui le veulent et qui en ont le plus besoin puissent se faire vacciner contre la grippe H1N1 et la grippe saisonnière. La semaine dernière, j'ai annoncé que le gouvernement fédéral a l'intention d'acheter à GlaxoSmithKline 50,4 millions de doses du vaccin contre la grippe H1N1. Cela suffira à répondre aux besoins des Canadiens. GSK livrera les doses du vaccin, comme prévu, à la mi-novembre.

En terminant, je tiens simplement à rappeler encore une fois, mon engagement soutenu en matière de collaboration, de transparence et de communication. Ce sont les instruments qui nous permettront de bien travailler avec nos partenaires, à l'étranger et au Canada.

Je crois savoir que le Dr Butler-Jones voudrait maintenant faire quelques brèves remarques liminaires, après quoi je répondrai volontiers à vos questions.

Je vous remercie, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup, madame la ministre. Encore une fois, merci de vous être mise à la disposition du comité pour l'importante réunion d'aujourd'hui.

Je cède maintenant la parole au Dr Butler-Jones.

Vous disposez de sept minutes, docteur. Nous avons hâte de vous entendre.

Dr David Butler-Jones (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Merci, madame la ministre, et merci également, madame la présidente, de nous avoir invités à prendre la parole.

Comme l'a mentionné la ministre, le virus de la grippe H1N1 a présenté certains défis auxquels nous n'avons pas été confrontés jusqu'ici.

•(1425)

[Français]

L'un de nos messages clés durant l'intervention a été que la connaissance est mère de sécurité.

[Traduction]

En complétant les remarques liminaires de la ministre, je compte aborder, à la fois, la question de la façon dont nous obtenons l'information, grâce à notre collaboration avec les partenaires, et aussi la façon dont nous diffusons cette information au public.

S'agissant, tout d'abord, de l'obtention de l'information, l'échange de renseignements et la collaboration avec les autres administrations nous permettent d'en apprendre un peu plus chaque jour à propos de la manière dont le virus se comporte et se propage. Comme vous le savez, la ministre a annoncé ce matin que l'Agence de la santé publique du Canada a mobilisé les responsables de la santé publique, les spécialistes des soins intensifs et les experts médicaux du Canada et d'ailleurs pour partager les pratiques exemplaires et en discuter pour ce qui est des soins cliniques des cas graves de la grippe H1N1 à Winnipeg les 2 et 3 septembre prochains. Cette rencontre donnera aux responsables de la santé publique et aux spécialistes des soins critiques l'occasion de mieux comprendre l'épidémiologie des cas graves de la grippe H1N1, de discuter des stratégies de prévention et de dépistage précoce des cas particulièrement graves et de partager les pratiques exemplaires touchant la gestion de la maladie et l'utilisation des ressources. Voilà qui nous aidera tous à mieux gérer la vague de pandémie automnale qui est prévue.

[Français]

Je ne peux insister assez sur combien critiques les solides liens professionnels concertés que nous avons établis avec nos partenaires en santé publique — nationaux et internationaux — ont été par rapport à notre intervention globale.

[Traduction]

Par exemple, dès le début de l'écllosion, le gouvernement du Canada a mis sur pied le Comité consultatif spécial sur le virus grippal H1N1, composé des médecins hygiénistes en chef, de moi-même et d'autres hauts responsables de la santé publique — d'ailleurs, il existe tout un réseau de comités qui relèvent de lui. Son mandat consiste à fournir des conseils stratégiques et techniques aux sous-ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux de la Santé sur les questions de santé publique liées à l'écllosion du virus grippal H1N1. Ce comité a joué un rôle critique dans la gestion des interventions face à l'écllosion de la grippe H1N1. À mon avis, cette concertation, de même que les nombreuses autres activités qui sont en cours, ont permis au Canada de se démarquer en devenant un véritable chef de file au sein de la communauté internationale en ce qui concerne la gestion en santé publique des interventions face à la grippe H1N1.

J'aimerais également discuter des nombreux efforts en cours au sein de l'Agence pour diffuser l'information — c'est-à-dire la manière dont nous acheminons les renseignements au public. Comme l'a indiqué la ministre, nos démarches de communication sont intenses depuis le début de l'écllosion de la grippe H1N1. Chaque semaine, l'Agence de la santé publique du Canada reçoit en moyenne entre 50 et 70 appels des représentants des médias au sujet de la grippe H1N1 — ce qui équivaut à des centaines de reportages et d'entrevues médiatiques. Je peux vous confirmer qu'aujourd'hui, plus de 20 conférences de presse nationales ont eu lieu et ont été diffusées sur le Web.

Pour vous donner un exemple de la soif de renseignements: 1,8 million de personnes ont consulté les pages sur la grippe H1N1 qui se trouvent sur le site Web de l'ASPC entre les mois d'avril et d'août. Nous transmettons également de l'information à des milliers de Canadiens directement par le truchement de notre ligne téléphonique 1-800 sans frais.

L'Agence de la santé publique du Canada s'est engagée à fournir aux Canadiens les renseignements dont ils auront besoin pour prendre des décisions éclairées sur le virus grippal H1N1 afin de se protéger eux-mêmes et leurs familles. Cela comprend, bien entendu, les communications avec les populations à risque, telles que les femmes enceintes.

Au début de mai, l'Agence a inauguré une vaste stratégie d'information publique que la ministre a mentionnée un peu plus tôt. Je peux vous assurer qu'une planification poussée est en cours en vue de poursuivre ces efforts pendant l'automne et tout au long de la saison grippale. Notre objectif consiste toujours à sensibiliser davantage la population et à mieux renseigner les particuliers et les familles, peu importe qu'ils vivent dans un milieu éloigné ou dans un grand centre, pour qu'ils aient la conviction de disposer des meilleurs renseignements possible de façon à savoir quoi faire dans telle ou telle autre situation.

[Français]

Pour conclure, j'aimerais rappeler au comité que, en tant qu'administrateur en chef de la santé publique, j'ai maintenu une présence publique constante tout au long de ces développements.

Ma priorité absolue a été, et continuera, de m'assurer que l'Agence de santé publique du Canada soit toujours sur un pied d'alerte en prévision de l'automne.

[Traduction]

Je travaille d'arrache-pied, comme de nombreuses autres personnes, à bien maîtriser de nombreux dossiers, depuis l'approvisionnement en vaccins jusqu'à la préparation de documents d'orientation,

en passant par le maintien de consultations étroites avec nos partenaires nationaux, internationaux et multiples, pour que tous ces efforts débouchent sur des résultats concrets. Les Canadiens ont besoin de disposer des connaissances appropriées à propos des soins autoadministrés, des soins familiaux, de l'immunisation contre la grippe H1N1 et de la préparation en cas de pandémie, face à ce qui pourrait être une seconde vague encore plus grave de la pandémie de grippe H1N1 durant la saison grippale 2009-2010.

L'obtention et la diffusion des renseignements — voilà deux aspects déterminants pour notre préparation automnale. Et je crois qu'ensemble, nous y parviendrons.

Je vous remercie, madame la présidente. Voilà qui termine mes remarques liminaires.

La présidente: Merci, docteur Butler, pour un exposé très informatif.

Nous allons maintenant ouvrir la période des questions, et le premier tour sera de sept minutes en tout, c'est-à-dire pour les questions et les réponses. Je compte contrôler très strictement le temps de parole de chacun, pour que tous les membres aient l'occasion de poser toutes leurs questions et d'obtenir les réponses qu'il leur faut.

Pour débiter, la parole est à Mme Bennett.

• (1430)

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci infiniment, madame la ministre, docteur Butler-Jones et madame Shelagh Jane Woods, de votre présence parmi nous cet après-midi.

Je tiens à dire, tout d'abord, que votre présence parmi nous aujourd'hui est très importante. En tant que comité, nous prenons très au sérieux la responsabilité qui nous est conférée par le Parlement. À cet égard, j'espère que vous êtes sensibles à la différence entre le contrôle parlementaire et une séance d'information — en d'autres termes, que vous comprenez qu'il incombe à tous les membres du comité de s'assurer que nous sommes aussi bien préparés que possible à l'automne, et que nous espérons que cette réunion et d'autres du même genre permettront aux Canadiens de réaliser que, en notre qualité de députés qui les représentent au Parlement, nous faisons notre possible pour qu'ils aient la certitude de savoir quoi faire quand la pandémie se déclarera de nouveau à l'automne.

À mon avis, les Canadiens veulent savoir quelles sont les lacunes du système actuel. Dans vos remarques liminaires cet après-midi, vous avez dit que nous pouvons nous sentir rassurés quant à l'état actuel de préparation du gouvernement et à l'exécution continue du plan. Or nous avons fait le tour du pays et savons pertinemment que bon nombre de Canadiens ne savent toujours pas ce qu'ils vont faire — la mère qui sait que son enfant reprendra l'école dans une semaine ou deux, par exemple, ou dont l'enfant fréquentera l'université à l'automne. C'est également le cas des responsables des garderies, et des chefs et conseils de bande. La semaine dernière, la Fédération canadienne des municipalités s'est prononcée sur la question, de même que les premiers ministres provinciaux, qui demandaient que la collaboration avec les autorités fédérales soit immédiate et fructueuse dans la lutte contre le virus grippal H1N1.

À la suite de la crise du SRAS, le rapport Naylor recommandait que l'on mette désormais l'accent sur quatre éléments — les quatre « C », soit la collaboration, la communication, la coopération et la clarté en ce qui concerne les rôles et les responsabilités de chacun. Nous craignons justement que cette clarté soit absente, et nous avons besoin de votre aide pour savoir qui doit faire quoi et dans quelles circonstances, d'après le plan qui est en vigueur. Comment sera-t-il possible pour la population canadienne de comprendre ce que prévoit le plan et quelles sont les responsabilités des uns et des autres?

Madame la ministre, je voudrais savoir quand vous comptez rencontrer vos homologues provinciaux et territoriaux. Les rôles et responsabilités de chacun ont-ils été acceptés par l'ensemble des parties? Quant aux crédits qui sont attendus, les sommes fournies actuellement sont-elles suffisantes? Et pourriez-vous nous dire quelles sont les lacunes actuelles, autrement dit, les problèmes que vous cherchez toujours à solutionner et par rapport auxquels l'aide des parlementaires pourrait éventuellement être utile?

La présidente: Madame la ministre.

L'hon. Leona Aglukkaq: Je vous remercie. Je vais répondre d'abord, et le Dr Butler-Jones pourra ensuite compléter ma réponse, s'il le désire.

En ce qui concerne nos discussions et le travail que nous accomplissons avec les provinces et les territoires, je peux vous dire que nous entretenons des contacts quotidiens avec ces derniers. La semaine dernière, j'ai participé à des téléconférences pour ainsi dire quotidiennes avec les ministres de la Santé de l'ensemble du Canada en vue d'examiner la planification qui est en cours pour l'automne. La réunion fédérale-provinciale-territoriale se tiendra le 18 septembre à Winnipeg, et c'est à cette occasion que nous allons mettre la dernière main à d'autres plans liés à la pandémie qui devront être exécutés dans les prochains mois.

S'agissant maintenant de ce qui est prévu pour l'automne, le Dr Butler-Jones a parlé tout à l'heure du fait que nous élaborons des lignes directrices qui s'appuient sur les plus récentes informations et qui seront bientôt communiquées aux autorités dans toutes les régions. Pendant les mois d'été, bon nombre de médecins hygiénistes en chef étaient bien occupés dans les diverses régions du Canada, puisqu'ils mettaient sur pied des comités devant se charger de l'élaboration de lignes directrices à l'intention des écoles, du secteur privé, des médecins praticiens, etc., et ce travail se poursuit en ce moment.

Ce sont les provinces et territoires qui mettront en oeuvre les lignes directrices. Mais les intervenants clés sont multiples. Les provinces sont chargées d'assurer les services et soins de santé; nous savons déjà cela. Nous devons nécessairement travailler de près avec les provinces puisque ces dernières sont finalement responsables de la prestation des services...

L'hon. Carolyn Bennett: Avez-vous signé un protocole d'entente avec les provinces au sujet des rôles et responsabilités de chacun?

L'hon. Leona Aglukkaq: Le protocole d'entente a déjà été communiqué aux ministres provinciaux et territoriaux et nous sommes en train d'y mettre la dernière main.

L'hon. Carolyn Bennett: Donc, il n'a pas encore été signé.

L'hon. Leona Aglukkaq: Le protocole d'entente qui porte sur... Permettez-moi de vous en donner un exemple. Chaque province a son propre processus en ce qui concerne la reconnaissance des compétences des professionnels de la santé. Chacune prévoit un certain nombre de mesures qui permettront d'établir que telle

infirmière peut exercer son métier ici et, dans chaque cas, c'est un peu différent. Dans le protocole d'entente, par exemple, cette question reste à régler dans le contexte d'une pandémie, puisqu'une poussée peut donner lieu à des soins de santé additionnels dans une province par rapport à une autre — en d'autres termes, c'est le système de soutien qui est en cause. Voilà qui doit faire l'objet d'un accord dans le contexte du protocole d'entente. Nous sommes actuellement en train de mettre la dernière main à ce protocole d'entente. Les provinces et les territoires sont en train de l'étudier et ce processus devrait aboutir très bientôt.

Le Dr Butler-Jones voudrait peut-être vous donner d'autres précisions à ce sujet.

• (1435)

Dr David Butler-Jones: L'ensemble des administrations accepte en principe tous ces protocoles d'entente du point de vue des rôles et responsabilités de chacun en matière d'échange d'information et d'aide réciproque, et nous sommes en train de régler un certain nombre de détails concernant les annexes financières relatives à l'échange d'information. À notre avis, les ministres pourront régler la question à l'automne. Mais, il convient de préciser que cela n'a aucunement ralenti le travail qui est en cours. La réflexion qui sous-tend ces protocoles d'entente représente la matière première en ce qui concerne la coopération, la collaboration et l'échange d'information. Tous ces éléments sont déjà en place et donnent de bons résultats.

Pour ce qui est de votre affirmation selon laquelle tout le monde n'est pas au courant, je suis convaincu que vous avez raison. D'ailleurs, il en est toujours ainsi. Il y a sept ans, bien avant que j'accepte mon poste actuel, je travaillais avec les autorités sanitaires locales, les municipalités — c'est-à-dire, les représentants d'une multiplicité de municipalités — la police, les services de lutte contre les incendies, ainsi qu'avec les responsables des pompes funèbres pour établir un plan de lutte contre la pandémie dans cette région. Il s'agit d'une région qui a probablement déjà pris un grand nombre d'initiatives — puisque nous sommes sept ans plus tard — que d'autres n'ont pas encore prises.

Nous savons, par exemple, que lorsque l'épidémie s'est déclarée, toutes les administrations n'en étaient pas au même point en ce qui concerne leur planification ou leurs communications avec les médecins hygiénistes en chef, les responsables municipaux, les administrateurs hospitaliers, etc. Nous avons justement encouragé ce genre de choses, parce que ce n'est pas courant. La santé publique représente un domaine d'activité locale. L'hôpital est local et tout est local; cela n'empêche pas qu'il peut y avoir de bonnes communications entre les provinces, les territoires et les gouvernements à la fois nationaux et internationaux.

Donc, nous encourageons de tels contacts, le développement des ressources et l'établissement de mécanismes de collaboration qui puissent favoriser ce type d'action mais, en fin de compte, nous parlons d'une responsabilité partagée que chaque palier de gouvernement et chaque administration doit assumer. Donc, s'il y a des questions qui exigent des réponses, il s'agit, entre autres, de commencer par poser les questions; et, si c'est le service local de police ou de lutte contre les incendies qui est en cause, il s'agit d'en discuter avec le médecin hygiéniste en chef de la localité, car c'est à ce niveau-là que le travail doit se faire. La question des lignes directrices générales qu'on communique aux responsables est importante, mais ce sont tout de même des lignes directrices générales qui doivent ensuite être adaptées à la réalité locale.

Pour moi, bon nombre de ces lignes directrices étaient déjà en place avant l'écllosion du virus H1N1, car nous nous intéressons beaucoup à ces questions depuis longtemps, comme les membres du comité le savent déjà. Mais, quand l'épidémie du virus H1N1 s'est déclarée, nous avons compris qu'il fallait les adapter, parce que la situation ne correspondait pas tout à fait à ce à quoi on s'attendait. Nous avons déjà des lignes directrices visant les établissements de soins de santé, etc. Mais pendant les premières semaines de l'écllosion du virus H1, nous les avons adaptées pour qu'elles correspondent à la réalité du virus H1, et nous les avons récemment révisées en tenant compte de nos deux ou trois mois d'expérience.

Ce travail de révision va se poursuivre. Les lignes directrices sont affichées et elles sont communiquées aux intéressés. Parfois l'information n'est pas complète pour tout le monde, car tous les gens ne sont pas toujours au courant de tout en même temps mais, encore une fois, j'insiste sur la nécessité, pour les gens qui ne sont pas au courant, où qu'ils soient, de poser des questions. Nous allons maintenir les communications. Chaque palier de responsabilité communiquera avec la population, mais il est également important de savoir que les citoyens doivent, s'ils le jugent nécessaire, poser des questions, et que la planification doit nécessairement se faire au niveau local.

La présidente: Merci, docteur Butler-Jones.

Je me permets d'interrompre la discussion pour faire savoir à Mme Bennett que son temps de parole est maintenant écoulé. Je vous invite donc à terminer votre réponse et ensuite la parole sera donnée à M. Malo.

Dr David Butler-Jones: Dès le départ, nous avons mis sur pied le Comité consultatif spécial, dont je vous ai parlé tout à l'heure, qui est composé de responsables de la santé publique et d'autres personnes. Nous réunissons également les comités d'experts, etc. De plus, nous organisons des rencontres hebdomadaires de sous-ministres, ainsi que des réunions bilatérales. Par exemple, la semaine dernière, j'ai discuté avec les responsables de chacune des administrations canadiennes.

Pour laisser un peu plus de temps pour les questions, je vais en rester là.

La présidente: Je vous remercie.

Monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, madame la présidente.

Merci beaucoup, madame la ministre et docteur Butler-Jones, d'être ici avec nous.

La semaine dernière, vous avez annoncé l'achat de vaccins. Un peu plus tôt, vous avez annoncé l'achat d'antiviraux, et ce matin, il y a une autre annonce concernant de l'argent qui servira à développer une stratégie pour soutenir les PME. On voit là une série d'annonces publiques qui pourrait ressembler à une stratégie de communication. Cependant, ce sont des annonces isolées. On n'est pas en mesure, à ce stade-ci, de voir le portrait d'une façon beaucoup plus globale.

Dans un avenir assez rapproché, au lieu d'y aller au cas par cas pour annoncer des choses qui, bien sûr, sont importantes, ne pourrait-on pas présenter un portrait d'ensemble et voir, comme Mme Bennett le demandait plus tôt, où il manque un peu de préparation, afin que tout le monde puisse être au même diapason?

• (1440)

[Traduction]

La présidente: Qui voudrait y répondre? La ministre, peut-être.

L'hon. Leona Aglukkaq: Merci, madame la présidente.

Pour ce qui est du plan global qui a été adopté, le plan de lutte contre la pandémie de grippe a été élaboré en 2006 et définit les différents rôles et responsabilités des gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux, etc. Ce dernier aborde un certain nombre d'éléments importants, soit les rôles et les responsabilités des uns et des autres, la mise au point d'un vaccin, et les réserves de vaccins ou d'antiviraux. Tout cela est prévu dans le plan. S'agissant de notre intervention face à la pandémie du virus grippal H1N1, les différentes mesures que prévoit le plan sont mises en oeuvre à différentes étapes, selon la situation que nous rencontrons. C'est un plan qui est modifié ou actualisé en permanence au fur et à mesure que nous nous adaptons à la situation à laquelle nous sommes confrontés. C'est ce plan global qui définit le rôle du gouvernement fédéral, des provinces et territoires, des municipalités et des fournisseurs de soins de santé. Plusieurs organismes participent donc nécessairement à la mise en oeuvre du plan.

L'annonce faite la semaine dernière concernant le vaccin contre le virus H1N1 et la quantité de vaccins qu'il convient d'acheter font partie intégrante du plan; c'est-à-dire que ce dernier prévoit l'achat de quantités suffisantes de vaccins. Mais cela suppose que nous en discutons avec les responsables provinciaux et territoriaux, afin de décider du nombre de doses qu'il convient d'acheter avant de faire la commande. Donc, l'annonce a été faite dès lors que ces décisions ont été prises.

Aujourd'hui nous collaborons avec l'industrie privée pour aider les petites et moyennes entreprises à s'organiser face au virus H1N1, à mieux se préparer et à se renseigner de façon à pouvoir continuer à gérer leurs activités commerciales cet automne.

Donc, le plan aborde tous ces divers éléments, et nous y donnons suite à différents moments au fur et à mesure de définir notre intervention face au H1N1 — et, dans chaque cas, l'état d'avancement est différent. Donc, à mesure que nous obtenons d'autres renseignements au sujet de l'épidémie, nous les communiquons à nos partenaires. À mesure que nos connaissances se développent, certaines activités sont déclenchées. À l'automne, les lignes directrices à l'intention des écoles, des fournisseurs de soins de santé, l'industrie privée, etc., indiquant quelles catégories de personnes seront les premières à recevoir le vaccin et pourquoi, seront disponibles. Ce travail, et le moment où tout cela se fera, seront connus au fur et à mesure que la situation progresse. Encore une fois, cela suppose des recherches et un travail coopératif avec les provinces et les territoires.

Un autre exemple est le travail accompli par le Laboratoire national de microbiologie de l'Agence de la santé publique du Canada en partenariat avec les unités de soins intensifs d'un bout à l'autre du Canada, afin d'en savoir plus long sur les cas les plus graves pour que, lorsque nous publierons les lignes directrices à l'automne, les personnes qui en ont le plus besoin seront les premières à recevoir le vaccin. Voilà qui permet aux intervenants de prendre une décision éclairée sur la priorité à donner aux différentes catégories de personnes, etc., lorsque le vaccin sera disponible à l'automne. Voilà un exemple de notre collaboration avec les provinces et les territoires en vue de l'élaboration des lignes directrices qui seront diffusées à l'automne.

Le Dr Butler-Jones voudrait peut-être ajouter quelque chose. Mais, je répète que la mise en oeuvre du plan de lutte contre la pandémie progresse à différents rythmes, selon la question précise qui est en cause par rapport au virus grippal H1N1.

[Français]

Dr David Butler-Jones: Merci.

Nous avons un plan national, que vous avez lu. Chaque territoire, province et municipalité a un plan d'urgence en cas de pandémie, mais la préparation et les besoins varient d'une ville à l'autre. La planification est très importante à chaque niveau. Nous considérons que notre plan est transparent et nous serions disposés à discuter des mesures prévues dans ce plan, qui s'étend du début de l'été à l'automne.

M. Luc Malo: Madame la ministre, comme je ne sais pas quand j'aurai l'occasion de vous revoir, vous me permettez de vous parler brièvement d'un autre dossier.

La crise des isotopes médicaux fait en sorte que cela va coûter plus cher aux provinces. Hier, le ministre du Québec a demandé une compensation financière, comme son homologue de l'Ontario.

Allez-vous exercer toutes les pressions nécessaires sur le président du Conseil du Trésor afin que le Québec et les provinces reçoivent une juste compensation pour les coûts supplémentaires engendrés par la crise?

• (1445)

[Traduction]

La présidente: Monsieur Malo, permettez-moi de vous interrompre. J'avais cru comprendre que la réunion de cet après-midi devait porter sur le virus viral H1N1; pourrais-je donc vous demander de vous en tenir à ce sujet-là et de garder vos autres questions pour une autre fois? Avez-vous une question à poser sur le H1N1?

[Français]

M. Luc Malo: Docteur Butler-Jones, lorsque nous nous sommes rencontrés cet hiver, il y avait des risques que le H1N1 évolue et mute. Je ne sais pas où vous en êtes par rapport au suivi du virus à proprement parler, mais qu'advierait-il des vaccins, si l'on s'apercevait que le H1N1 subit des modifications au cours de l'automne, par exemple?

Dr David Butler-Jones: C'est une bonne question.

Présentement, le virus est le même; il n'a pas changé. Il est avantageux d'acheter un vaccin qui contient un adjuvant. Les expériences sur le virus H5 ont démontré que les vaccins avec adjuvant peuvent protéger contre les modifications, les changements au virus. Si ça continuait, ce serait une bonne chose pour nous.

[Traduction]

La présidente: Merci, monsieur Malo.

Madame Wasylycias-Leis, vous avez la parole.

Mme Judy Wasylycia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci, madame la présidente.

Merci à vous tous de votre présence cet après-midi.

Je tiens à dire, tout d'abord, que nous apprécions grandement les séances d'information régulières dont nous avons pu profiter jusqu'à présent. Nous savons que cela représente un investissement de temps et nous sommes reconnaissants envers le Dr Butler-Jones, Mme Woods, la Dre Grondin et d'autres qui ont pu nous faire profiter de leur temps, même s'il faut bien dire que cela ne peut aucunement remplacer un véritable dialogue avec les parlementaires pas plus que cela ne peut remplacer un échange d'idées et l'occasion,

pour nous, de vous faire part des préoccupations qui ont été communiquées.

Madame la ministre, je sais bien que, d'après vous, nous faisons de la politcaillerie en tenant cette réunion, puisqu'il n'est pas du tout nécessaire de tenir une réunion en plein été. Vous et d'autres avez fait ce genre d'affirmations. Mais le fait est qu'il y a des colonies de vacances qui envisagent maintenant de fermer leurs portes. Les écoles essaient de se préparer pour l'automne. Les entreprises s'inquiètent et se demandent quoi faire. Des femmes enceintes nous appellent pour nous demander conseil. Donc, voici ma première question: si vous êtes d'avis qu'il ne convient pas de discuter de cette situation en plein été, selon vous, quand faudrait-il en discuter?

Évidemment, je ne suis pas là pour critiquer tout ce que vous faites, mais cela n'empêche que nous avons tous un peu l'impression qu'il n'existe pas un plan national parfaitement bien coordonné qui aurait évolué pendant l'été en fonction de la situation et que vous êtes prête à nous communiquer aujourd'hui. C'est la raison même de la réunion d'aujourd'hui.

Permettez-moi donc de vous poser quelques questions bien précises.

Qui est en charge du centre de commandement et de contrôle des interventions? Qui est en charge? Qui fait partie du comité? Quels ministères y participent? Comment assurez-vous la coordination des activités au sein du gouvernement même? Et, si la planification est à ce point avancée, comment se fait-il que nous n'ayons pas déjà établi une liste des catégories de personnes jugées prioritaires pour recevoir le vaccin avant les autres, dès qu'il sera prêt, comme c'est le cas aux États-Unis, où le CDC a préparé une telle liste il y a 15 jours? Les gens nous posent des questions à ce sujet. Si vous avez autant travaillé cet été, peut-être pourriez-vous nous dire combien de nouveaux employés ont été recrutés afin de vous aider à répondre aux besoins et à vous préparer à l'automne? Quelles nouvelles affectations budgétaires êtes-vous prête à envisager, étant donné qu'au moment où la pandémie va se déclarer, si elle se déclare, l'incidence sur les systèmes de soins provinciaux et territoriaux sera considérable, sans parler de la société en général...

La présidente: Madame Wasylycia-Leis, si vous voulez que la ministre réponde à vos questions, il faudrait que vous vous arrétiez là. Quand elle aura fini de répondre à ces questions, s'il vous reste encore du temps, vous pourrez en poser d'autres.

Madame la ministre, vous avez la parole.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Pourriez-vous donc répondre à ces quatre questions?

L'hon. Leona Aglukkaq: Merci pour vos questions.

Pour ce qui est d'une réunion en été, je comprends l'importance d'un dialogue et d'une discussion sur la question. D'ailleurs, nous avons fait l'effort de communiquer un maximum d'informations aux Canadiens ainsi qu'aux membres du comité en réponse aux questions qui sont soulevées.

S'agissant de la situation actuelle et de l'affirmation selon laquelle aucun travail n'a été accompli pendant l'été, je peux vous garantir que beaucoup de gens dans les provinces et territoires travaillent très fort pour planifier les mesures à prendre dès l'automne, qu'il s'agisse d'évaluer les progrès, de mieux comprendre les cas les plus graves ou de savoir pourquoi telle personne est décédée. Voilà le travail qui est fait actuellement en prévision de l'automne, qu'on parle du Laboratoire de microbiologie qui collabore avec les unités de soins intensifs, de la mise au point d'un vaccin ou des lignes directrices que nous devons élaborer. Tout cela est en cours à l'heure actuelle. Les mois d'été représentent une période critique pour la préparation de cette information. C'est un travail auquel participent les provinces qui sont responsables de la prestation des soins, les médecins hygiénistes en chef, les régies de la santé, etc. Donc, énormément d'activités de coordination sont menées par l'Agence de la santé publique du Canada, de même que mon cabinet.

La semaine dernière, il y a eu des discussions quotidiennes avec tous les ministres provinciaux de la santé afin de planifier les activités de l'automne. Qui est en charge...

• (1450)

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je vous ai posé quatre questions bien précises.

L'hon. Leona Aglukkaq: Quant à savoir qui est chargé des activités de mise en oeuvre dans les provinces et territoires, ce sont les ministères de la santé provinciaux et territoriaux qui le sont.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Et qui est en charge du centre fédéral de commandement et de contrôle des interventions? Pouvez-vous indiquer aux membres du comité le nom de cette personne et quels ministères participent à ses activités?

Dr David Butler-Jones: Je pourrais peut-être répondre à cette question, madame la ministre. Merci.

Le ministère de la Sécurité publique a la responsabilité générale de coordonner les activités du gouvernement...

Mme Judy Wasylycia-Leis: Permettez-moi de vous interrompre.

La présidente: Non, madame Wasylycia-Leis. Veuillez permettre...

Mme Judy Wasylycia-Leis: C'est une question bien précise, et afin de gagner du temps...

La présidente: Pourrais-vous demander de permettre au Dr Butler-Jones de terminer sa réponse, et vous pourrez continuer ensuite?

Mme Judy Wasylycia-Leis: Certainement, à condition qu'on me donne des réponses précises.

La présidente: Vous avez la parole, docteur.

Dr David Butler-Jones: La ministre de la Santé est la ministre responsable des interventions liées au H1N1.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Et qui est le bureaucrate responsable?

Dr David Butler-Jones: C'est moi.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Donc, c'est vous qui dirigez le centre de commandement et de contrôle des interventions?

Dr David Butler-Jones: S'agissant du centre de mesures et d'interventions d'urgence, la responsabilité relève de l'Agence de la santé publique du Canada, de Morris Rosenberg qui, comme vous le savez, est le sous-ministre de la Santé, et du Bureau du Conseil privé. Pour ce qui est des interactions avec les autres ministères, nous nous en chargeons directement; pour ce qui est de rassembler les

intervenants clés, ce dernier convoque des réunions régulières de sous-ministres, y compris moi, représentant l'ensemble des ministères fédéraux afin de coordonner les efforts du gouvernement. En tant qu'administrateur en chef de la santé publique, je suis le haut fonctionnaire principal responsable de la santé publique.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je vous remercie.

Si vous me permettez, je voudrais maintenant en revenir à la question des coûts et de l'engagement fédéral en matière de financement des interventions liées à la pandémie.

Nous savons que vous négociez avec les provinces depuis un moment. Mes collègues ont déjà mentionné le fait que vous payez, si je ne m'abuse, 60 p. 100 des coûts du vaccin. Pourquoi ne payez-vous pas la totalité des coûts du vaccin?

C'est vous qui allez signer un contrat avec GSK. C'est vous qui faites toutes ces démarches. Dans d'autres cas, qu'on parle du papillomavirus ou de la méningite à méningocoque qui touche les enfants, vous avez payé la totalité des frais. Grâce à votre plan de relance économique, vous avez suffisamment d'argent pour faire venir Bill Clinton au Canada; pourquoi n'avez-vous pas assez d'argent pour payer un vaccin qui peut nous protéger contre une pandémie grippale? Pourquoi ne suivez-vous pas au moins l'exemple des États-Unis, où le gouvernement fédéral paie le vaccin et a déjà dressé une liste de catégories de personnes qui seront les premières à recevoir le vaccin?

La présidente: Madame la ministre, désirez-vous répondre?

L'hon. Leona Aglukkaq: Oui. Pour ce qui est du coût du vaccin, normalement les provinces et territoires achètent leurs vaccins pour le programme régulier d'immunisation à l'automne...

Mme Judy Wasylycia-Leis: Mais là nous ne parlons pas d'une grippe dite saisonnière.

L'hon. Leona Aglukkaq: Je n'ai jamais dit que c'est de cela qu'il s'agit.

Ce genre de choses relève de notre responsabilité. Mais, dans le contexte actuel, il y a eu des discussions depuis environ 2006 sur la possibilité d'une formule 60-40 pour le partage des coûts. Quand nous avons acheté les antiviraux, c'était cela la formule: 60-40 avec les provinces et territoires. Au nom des provinces, nous avons également signé un contrat avec GSK. Nous avons investi environ 17 millions de dollars en vue de signer un contrat avec GSK, au nom des provinces et territoires, pour l'achat du vaccin ici au Canada.

Quant à la situation aux États-Unis pour ce qui est de leur échéancier, etc., en réalité, nos échéanciers au Canada et aux États-Unis sont très semblables. Comme je vous l'ai déjà dit, nous avons la possibilité ici au Canada d'examiner la situation et les caractéristiques des cas qui se sont présentés au Canada, du point de vue notamment de leur virulence, et ce pour être en mesure de bien comprendre la priorisation qui s'impose pour l'obtention du vaccin.

C'est un élément très important. Il ne faut donc pas précipiter les choses.

• (1455)

Mme Judy Wasylycia-Leis: Très bien. Je comprends.

L'hon. Leona Aglukkaq: Nous avons encore deux mois pour élaborer les lignes directrices à ce sujet, et le vaccin sera prêt à l'automne.

Mme Judy Wasylycia-Leis: J'ai une dernière question au sujet de la priorisation...

La présidente: Je vous remercie.

La parole est maintenant à M. Carrie.

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

Je voudrais commencer par remercier personnellement le ministre pour sa présence parmi nous aujourd'hui et pour les explications qu'elle nous fournit. À mon avis, les Canadiens sont heureux de savoir que notre gouvernement a adopté une approche proactive dans ce domaine dès 2006, en décidant de mettre de côté 1 milliard de dollars, et que nous sommes bien avancés comparativement à d'autres pays du monde.

Je sais que vous venez d'un milieu où priment le consensus et la collaboration, et j'estime par conséquent que vous êtes bien placée pour prendre en charge cette situation; d'ailleurs, je tiens à vous remercier d'avoir adopté une telle approche. Je suis, moi aussi, ce qui se dit dans les médias, et je suis un peu déçu de constater que la tendance actuelle semble être à la politiaillerie, alors que, dans un dossier aussi important que celui-ci, les Canadiens s'attendent, me semble-t-il, à ce que tous les agents publics travaillent ensemble.

D'ailleurs, je voudrais vous remercier d'avoir joué un rôle de chef de file à cet égard car, lorsque j'étais membre du Comité de la santé en tant que membre de l'opposition, jamais on ne m'a offert de participer à une séance d'information donnée par le ministère. Je n'ai jamais eu accès à un ministre dans les mêmes conditions d'accessibilité que vous avez établies dans ce contexte. Je vous suis donc très reconnaissant d'avoir organisé ces 20 séances d'information pour les membres de l'opposition. Selon moi, c'est sans précédent. De même, les 20 conférences de presse ou plus que vous avez organisées constituent, selon moi, un véritable précédent.

Donc, je vous remercie infiniment de l'approche que vous avez adoptée dans ce dossier très important et de bien vouloir collaborer étroitement avec tous les paliers de gouvernement pour que nous mettions en oeuvre ce plan et que nous soyons en mesure de l'adapter au fur et à mesure qu'évolue la situation. C'est justement à ce sujet que j'ai des questions à vous poser.

Nous avons appris beaucoup de choses depuis le printemps. Peut-être pourriez-vous indiquer aux Canadiens quels enseignements nous avons pu tirer des expériences du printemps et de quelle façon cela orientera la planification qui est faite actuellement en prévision de l'automne?

L'hon. Leona Aglukkaq: Merci beaucoup.

Dans l'ensemble, l'expérience canadienne de la première vague d'infection due au H1N1 nous a permis de constater, me semble-t-il, que, même si nous avons déjà d'excellents plans de lutte contre une pandémie de grippe, il est toujours possible d'améliorer nos capacités pour ce qui est de mettre en oeuvre ces plans en temps réel et de voir où il existe des lacunes. Pour nous, le plus important des éléments consiste à mettre en oeuvre le plan au fur et à mesure que nous apprenons davantage sur le comportement du H1N1. Nous ne savions rien du H1N1 jusqu'au mois d'avril; donc, en améliorant progressivement nos connaissances au sujet du virus, nous devons réagir et interagir avec les provinces et territoires et communiquer en temps réel avec ces derniers pour leur permettre d'intervenir à leur tour. Nous allons d'ailleurs continuer à faire cela. Selon moi, nous avons compris au cours des premiers mois que ces éléments seront essentiels à l'automne si nous souhaitons garantir l'efficacité de nos interventions. Nous ignorons la gravité des cas qui se présenteront à ce moment-là, si bien que nous devons continuer d'être vigilants et de prendre les mesures prévues.

Comme les autres administrations et pays qui sont touchés, nous reconnaissons que ce problème ne connaît pas de frontières et qu'il

faut réagir en conséquence de concert avec les provinces et territoires. La coopération est essentielle, de même que les communications. Nous avons également appris que nous devons travailler en très étroite collaboration avec le Mexique, les États-Unis et l'OMS dans le cadre de notre planification. Notre plan ne concerne pas uniquement le Canada. Les responsables de la santé publique travaillent très fort, et j'ai eu des rencontres avec des responsables américains de même que des représentants des services de santé mexicains, justement pour nous permettre de bien nous positionner et de bien planifier les interventions de l'automne.

Voilà le travail que nous devons continuer à faire — c'est-à-dire des évaluations en permanence de l'efficacité de nos interventions. Nous apprenons également grâce à l'expérience des autres pays, notamment en ce qui concerne la mise au point d'un vaccin, et voilà qui nous aidera à prendre la meilleure décision en temps réel concernant les personnes qui ont le plus besoin de recevoir le vaccin contre le H1N1, à quel moment, etc. L'information que nous réunissons, et le temps que nous avons cet été pour le faire, sont tout à fait essentiels si nous voulons nous assurer de posséder les meilleurs renseignements les plus importants, qui s'appuient sur les cas concrets et les situations réelles auxquels nous avons été confrontés au Canada, et ce pour être bien préparés pour l'automne.

Nous devons améliorer nos systèmes de surveillance dès l'automne. Dans ce contexte, notre stratégie de communications sera critique et, encore une fois, cela suppose la collaboration des provinces et territoires. Il y a un grand nombre d'intervenants clés — tels que les municipalités — et cela exige énormément de coordination; il y a beaucoup d'organismes différents qui participent à la préparation. Ce n'est pas la responsabilité d'une seule agence. De même, en tant que particuliers, nous avons également un rôle, soit de communiquer avec les membres de nos familles et nos amis, etc.; mais, pour que les Canadiens puissent prendre les meilleures décisions possible en s'appuyant sur les meilleurs renseignements qui existent, il nous semble critique de créer les conditions qui vont leur permettre de prendre des décisions éclairées sur ce qu'il faut faire pour éviter la propagation du H1N1.

Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question. Docteur, vous aimeriez peut-être ajouter quelque chose.

• (1500)

Dr David Butler-Jones: J'aimerais simplement vous citer quelques petits exemples rapides. S'agissant de l'administration du centre de mesures et d'interventions d'urgence, la tradition voulait qu'on y recoure aux directeurs généraux, aux hauts fonctionnaires et aux spécialistes pour diriger ce centre, alors que nous avons constaté qu'il était préférable que ces derniers continuent à administrer leurs activités ministérielles plutôt que d'être chargés de gérer l'éclosion. Par conséquent, nous sommes en train de former d'autres personnes pour effectuer ce travail.

Au niveau provincial, les gens reconnaissent que... Nous présumons que les hôpitaux savent quoi faire, étant donné qu'il existe depuis des années des lignes directrices sur la gestion des cas d'infection respiratoire; or, tout d'un coup, comme il s'agit du H1N1, les hôpitaux s'adressent à l'Agence de la santé publique en nous disant: « Dites-nous quoi faire. » Mais, en réalité, ce sont eux les spécialistes des maladies respiratoires et ils n'ont qu'à appliquer les connaissances qu'ils ont déjà acquises. C'est exactement la même chose. Encore une fois, nous avons pu profiter de ces enseignements et réorienter notre action au fur et à mesure. Parfois c'est quelque chose d'extrêmement simple et fondamental comme ce que je viens de vous décrire; dans d'autres cas, c'est plus compliqué, car il faut s'assurer que chacun sache où trouver ce qu'il lui faut, car même quand nous pensons que les gens sauront nécessairement où chercher ou ce qu'ils ont déjà, nous constatons qu'il faut constamment le leur rappeler.

M. Colin Carrie: Docteur, on dirait que, à mesure que nos connaissances se développent, vous réussissez à les communiquer — comme vous l'avez dit tout à l'heure, vous recevez l'information et vous la diffusez aussitôt. On dirait que vous réussissez bien à obtenir les renseignements qu'il vous faut, à prendre une décision et les diffuser aussitôt aux intervenants.

Comme il a été question de diverses affirmations qui ont été véhiculées par les médias, et comme quelqu'un aurait déclaré que le gouvernement essaie de vous bâillonner, je voulais vous donner l'occasion de réagir. Parlez nous franchement. Nous sommes en comité, et j'aimerais que vous nous disiez, premièrement, si vous avez l'impression d'être bâillonné par rapport aux décisions que vous avez à prendre? Et, pourriez-vous également faire savoir aux Canadiens comment vous avez trouvé la démarche jusqu'à présent?

Dr David Butler-Jones: Ma réaction, je suppose, serait de vous dire que j'ai toujours eu la conviction que mon intégrité est la seule chose qui m'appartient réellement. C'est quelque chose que je vais toujours préserver. Ceux et celles qui ont travaillé avec moi à différents paliers de gouvernement, et dans d'autres contextes, savent que, lorsqu'une question me tient à coeur, je ne suis pas facilement bâillonné. J'accepte volontiers d'entendre les suggestions des autres et je suis toujours prêt à dialoguer. Depuis toujours nous discutons de ce qui est important et de ce qui ne l'est pas. Il me tient à coeur de connaître tous les points de vue possibles et imaginables dans ce contexte mais, en fin de compte, je dois assumer mes responsabilités en prenant moi-même la décision.

La présidente: Merci, docteur.

Madame la ministre, je crois savoir que vous ne pouviez nous consacrer qu'une heure, étant donné que vous devez assister à d'autres réunions, et que vous devez maintenant nous quitter. J'aimerais donc vous remercier encore une fois de votre présence. Je sais que le Dr Butler-Jones pourra rester encore un certain temps pour répondre à d'autres questions, mais je tenais absolument à vous remercier d'avoir participé à la réunion de cet après-midi. En tant que comité, nous vous sommes très reconnaissants.

Je vais vous laisser le temps de partir, et nous poursuivrons ensuite la période des questions.

Nous allons entamer un deuxième tour de questions de cinq minutes, en commençant par le Dr Duncan. Peut-être pourrions-nous commencer tout de suite, pour ne pas perdre de temps.

Docteur Duncan, vous avez la parole.

L'hon. Carolyn Bennett: J'invoque le Règlement, madame la présidente.

Nous n'avons pas été informés du fait que la ministre ne devait passer qu'une heure avec nous. Certaines de nos préoccupations les plus graves concernent les peuples autochtones, qui ne relèvent pas de la responsabilité ni du Dr David Butler-Jones ni de Shelagh Jane Woods. La situation des peuples autochtones relève directement de la responsabilité du gouvernement du Canada, et je suis donc très déçue de voir que la ministre nous quitte maintenant.

D'abord, une heure ne suffit pas, à mon avis, pour traiter cette question, un point c'est tout, et je comprends mal que la réunion à laquelle doit assister la ministre maintenant puisse être plus importante que celle-ci. Deuxièmement, si l'activité qu'a prévue la ministre est effectivement urgente, il faut nous en informer. Nous aurions pu à ce moment-là changer l'ordre de nos questions. C'est tout à fait inadmissible, et j'espère qu'il sera possible, dès maintenant, d'obtenir de la ministre un engagement à assister à une réunion complète sur la situation de nos peuples autochtones dès la semaine prochaine.

À mon avis, il est inadmissible de nous traiter nous, parlementaires, de cette façon car c'est l'une des raisons les plus importantes pour lesquelles nous avons décidé de convoquer cette réunion. Vu l'expérience de mes collègues à l'égard des réserves du Canada, étant donné qu'ils ont rencontré les dirigeants autochtones, ont assisté à la réunion de l'Assemblée des Premières nations — d'ailleurs, nous étions tous présents — nous avons de graves préoccupations, et il était prévu que nos deuxième et troisième questions les plus prioritaires portent là-dessus.

Je suis donc extrêmement déçue que vous, madame la présidente, n'avez pas jugé bon de nous informer de cela au début de la réunion. C'est aux comités parlementaires eux-mêmes de prendre ce genre de décisions. Je trouve cela tout à fait inacceptable, et j'espère que...

• (1505)

La présidente: Excusez-moi de vous interrompre, madame Bennett. Ce n'est pas un rappel au Règlement. Il me semble tout à fait clair...

L'hon. Carolyn Bennett: Au contraire, c'est un rappel au Règlement légitime. Pourquoi la ministre doit-elle partir?

La présidente: Madame Bennett, votre intervention est contraire au Règlement et je vais devoir suspendre les travaux du comité si vous ne nous permettez pas de continuer.

Je tiens à vous rappeler — et j'insiste là-dessus — que tous les membres qui s'intéressaient à la question se sont présentés aujourd'hui, et nous avons tous voulu nous assurer d'être présents lorsque les membres du comité ont demandé que cette réunion très importante soit convoquée. La ministre elle-même a accepté d'interrompre ses autres activités pour être sûre de pouvoir assister à la réunion de cet après-midi. C'est un dossier très important, et le Dr Butler-Jones qui travaille en étroite collaboration avec la ministre, accepte de rester une demi-heure de plus.

Je pense que nous sommes tous d'accord pour reconnaître qu'il s'agit là d'une question extrêmement importante qui mérite d'être examinée par le comité, mais je ne pense pas qu'il soit approprié de continuer cette discussion, alors que nous avons justement à examiner cette question très importante.

Madame la ministre, merci infiniment de votre présence aujourd'hui. Je sais que vous devez partir.

Nous allons donc entamer le deuxième tour...

Mme Judy Wasylcia-Leis: J'invoque le Règlement.

La présidente: L'autre point n'était pas un rappel au Règlement, et je n'ai pas l'intention de vous donner la parole, madame Wasylycia-Leis, pour parler de quelque chose qui n'est pas non plus un rappel au Règlement.

Mme Judy Wasylycia-Leis: J'ai un rappel au Règlement.

Étant donné que la ministre doit nous quitter, j'aimerais...

La présidente: Oui, effectivement.

Mme Judy Wasylycia-Leis: ... lui demander de nous revenir avec des renseignements précis au sujet des données scientifiques et preuves sérieuses laissant entendre que les membres des premières nations sont plus gravement touchés que d'autres par le H1N1, et ce de façon aiguë. Nous aimerions savoir avec exactitude en quoi consiste le plan du gouvernement à l'égard des membres des premières nations et des Inuits, étant donné que ces derniers sont plus gravement touchés par cette grippe que d'autres.

La présidente: Merci pour cette suggestion. Je vais demander une réponse écrite et je communiquerai à ce sujet avec les membres du comité ultérieurement.

Nous allons maintenant entamer notre deuxième tour, qui sera de cinq minutes pour les questions et les réponses.

Madame la ministre, je voudrais vous remercier, encore une fois, d'avoir eu la gentillesse d'assister à la réunion de cet après-midi.

Nous allons commencer par Mme Bennett.

Voulez-vous intervenir, madame la ministre? Vous avez la parole.

L'hon. Leona Aglukkaq: Je vous remercie.

Très rapidement, je voudrais préciser que je suis prête à participer n'importe quand à une discussion sur la santé des membres des premières nations et des Inuits. Je suis moi-même d'une collectivité inuite, si on peut l'appeler ainsi — c'est-à-dire, l'une des 25 collectivités isolées se trouvant sur le territoire du Nunavut. Nous avons des fonctionnaires ici qui travaillent en étroite collaboration avec les provinces et les territoires dans le domaine de la prestation des soins de santé.

Comme je vous l'ai dit précédemment, la santé des membres des premières nations constitue, dans l'ensemble des provinces et territoires, une responsabilité partagée, car dès lors que l'on quitte sa collectivité pour travailler dans un hôpital, on relève de la responsabilité des autorités provinciales; c'est donc une question de coopération. Je suis disposée à en discuter avec vous, et je peux vous affirmer que le personnel ici présent a grandement collaboré avec les collectivités des premières nations. De plus, je compte rencontrer le nouveau chef pour parler de la planification à faire en prévision de l'automne, des communications et d'autres questions importantes.

Mais, en ce qui concerne mon territoire du Nunavut et des plans qui sont en place là-bas, où habitent 85 p. 100 des Inuits, le Dr Butler-Jones a visité le territoire tout récemment et il pourra également vous en parler. Si vous avez d'autres questions par la suite, nous pourrions toujours en discuter. Je suis tout à fait ouverte à cette possibilité-là.

En même temps, pour ce qui est des données scientifiques et des renseignements que nous examinons cet été, voilà qui va nous aider à comprendre ce qu'il en est par rapport à la question soulevée par Mme Wasylycia-Leis. Le Dr Butler-Jones est très bien placé pour répondre aux questions à ce sujet.

Je voudrais donc remercier les membres du comité de m'avoir accordé ce temps aujourd'hui, et je vais en rester là pour aujourd'hui.

Dr David Butler-Jones: Madame la présidente, si vous me permettez, concernant cette demande et les données scientifiques, il est encore très tôt pour ce qui est de déterminer si cela est vrai ou non et pour quelles raisons, étant donné que nous n'observons pas les mêmes résultats dans d'autres collectivités autochtones.

Quant à savoir si ce qui s'est produit dans le nord du Manitoba était lié au fait que c'était le tout début de l'éclosion, de telle sorte qu'il y a eu un certain retard avant que des mesures ne soient prises, contrairement à d'autres collectivités, dans quelle mesure cette situation est le résultat de facteurs de risque sous-jacents qui augmentent le risque que les effets de la maladie soient plus graves — par exemple, le diabète, les maladies pulmonaires chroniques, le tabagisme, l'obésité, la grossesse, etc., ou dans quelle mesure il y avait un fondement génétique, eh bien, nous n'en savons rien pour le moment, et il va nous falloir un certain temps pour y voir clair. Il ne sera pas possible d'obtenir rapidement une réponse à cette question.

Il est certain que, dans les collectivités inuites, les effets de la maladie sont moins graves. En fait, il y a eu très peu d'évacuations sanitaires et très peu d'hospitalisations par rapport au nombre de personnes touchées. Nous n'avons pas encore toutes les réponses, mais je peux vous affirmer que nous examinons la situation avec grand soin — l'Agence de la santé publique du Canada, la DGSPNI et les provinces et territoires — et un comité a été chargé d'examiner les problèmes qui touchent notamment les collectivités éloignées et la nécessité éventuelle d'adapter certaines interventions pour répondre à leurs besoins.

Donc, peu importe votre origine ethnique, si vous êtes à risque, il faut que nous soyons en mesure d'intervenir et de répondre à vos besoins. Il convient de rassurer la population au sujet des vaccins et des traitements à l'aide d'antiviraux: nous avons des plans que nous exécutons actuellement afin de faire le nécessaire et d'intervenir en conséquence lorsque les gens sont gravement malades — si cela leur arrive.

● (1510)

La présidente: Merci beaucoup.

Je souhaite que nous puissions tous travailler en étroite collaboration dans ce dossier, madame la ministre, car je sais à quel point cette situation vous préoccupe et l'importance critique que revêt ce dossier pour nous tous. Le comité désire simplement s'assurer de n'avoir rien négligé.

Permettez-moi donc de vous remercier d'avoir eu la gentillesse de répondre.

Docteur Butler-Jones, je sais que vous restez encore parmi nous pour répondre à d'autres questions. La prochaine intervenante sera la Dre Duncan. Peut-être voudrait-elle poser un certain nombre de ces questions.

Merci infiniment, madame la ministre. Désolée de vous avoir un peu retardée.

Nous entamons maintenant un tour de cinq minutes; je précise que les cinq minutes comprennent les questions et les réponses. La parole est à Mme Duncan.

Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je désire aussi remercier les hauts fonctionnaires de leur présence parmi nous cet après-midi.

D'abord, je tiens à insister sur le fait que ce n'est pas la politiquaillerie qui a motivé les membres du comité à convoquer cette réunion. Nous avons la possibilité maintenant — et c'est sans précédent — de nous préparer pour une pandémie, en vue de réduire ses conséquences économiques et sociales et le nombre de victimes, d'hospitalisations et de décès. Nous ne savons pas ce qui arrivera à l'automne. Nous devons donc nous préparer, et cette préparation constitue en quelque sorte notre police d'assurance.

J'ai de nombreuses préoccupations dont je voudrais vous faire part. Au mois de juin, j'ai inscrit presque 35 questions au *Feuilleton*, dont une question qui comportait 35 éléments distincts. La Dre Bennett et moi-même avons fait parvenir une lettre le 16 juin à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits qui contenait 17 questions. Nous attendons toujours qu'on nous fournisse des réponses à ces questions. Mme Bennett a également rédigé une lettre ouverte à la ministre, et elle attend toujours qu'on lui transmette les renseignements demandés. Il est donc temps d'ouvrir un véritable dialogue avec les Canadiens et de leur fournir de vrais renseignements, sans pour autant être alarmiste.

Par exemple, quand faut-il se faire soigner d'urgence et quand peut-on se dire qu'il n'y a pas de raison de s'inquiéter? Les gens doivent toujours être vigilants, mais ce n'est qu'un mot. Que signifie ce mot « vigilant »? A-t-on examiné la question des communications entre intervenants clés? Dans quelle mesure le public a-t-il été sensibilisé à l'importance de cette situation et, d'après ce qu'on a observé, les Canadiens sont-ils inquiets ou plutôt insoucians? Il faut à mon avis encourager les collectivités et les populations vulnérables à bien se préparer.

Nous sommes allés visiter des collectivités autochtones. Nous sommes allés dans une collectivité qui se trouve à cinq minutes d'une autre dont la préparation est déjà très bien avancée, alors que celle-là n'avait pas encore commencé à faire sa planification. Ils ne savaient même pas où commander des fournitures. Nous savons maintenant que le gouvernement compte aider les commerces à s'organiser.

Mais, ce qui m'inquiète le plus, c'est la possibilité d'un éventuel laps de temps entre le moment où le vaccin sera prêt, vers la mi-novembre, et une autre vague d'infections, si cette dernière devait se manifester plus tôt à l'automne. Donc, ma question porte surtout sur le vaccin. Premièrement, pourquoi faut-il attendre la mi-novembre? Deuxièmement, qu'allons-nous faire entre-temps, si la situation s'aggrave plus tôt?

Je vous remercie.

La présidente: Docteur, vous avez la parole.

Dr David Butler-Jones: Je présume que cette question m'était adressée, et pour ce qui est de vos listes de questions, nous avions l'impression — et je m'en excuse — que grâce aux séances d'information régulières qui étaient organisées, où les participants avaient la possibilité d'obtenir des réponses, toutes ces questions avaient déjà reçu une réponse. Comme il semble évident que vous souhaitez obtenir une réponse officielle, nous allons vous répondre. Je ne suis pas sûr d'être au courant des 35 questions que vous avez inscrites au *Feuilleton*, mais je vous assure que nous vous ferons parvenir les réponses à toutes vos questions dans les plus brefs délais.

S'agissant du vaccin, c'est à la mi-novembre que, d'après notre calcul, tout devrait être prêt — en d'autres termes, l'organisme de réglementation concerné sera satisfait, les essais seront terminés, etc. — si bien que nous pourrions à ce moment-là lancer les programmes d'immunisation. Si tout se passe comme prévu, nous aurons en main en ce moment-là entre 15 millions et 20 millions de

doses de vaccin déjà prêtes dans les flacons et prêtes à utiliser dans nos programmes d'immunisation, contrairement aux autres pays du monde.

Mme Kirsty Duncan: Mais, docteur, il y aura nécessairement un laps de temps.

Dr David Butler-Jones: J'y arrive. J'essaie de répondre à vos questions. Merci.

Donc, nous aurons déjà le vaccin, ce qui veut dire que nous devrions être en mesure d'administrer au moins une dose du vaccin à tout le monde avant Noël. En temps normal, nous l'aurions après Noël seulement. Ce qui est intéressant, c'est que les essais menés aux États-Unis, en Australie et ailleurs ne vont pas vraiment permettre d'obtenir le vaccin plutôt que cela, auquel cas nous aurions pu avancer plus vite. Si c'est prévu pour novembre dans l'hémisphère Nord, c'est parce que l'OMS a demandé à toutes les compagnies de s'assurer de terminer d'abord leur production de vaccins pour la grippe dite saisonnière. Donc, ces dernières n'ont pas pu commencer à produire le vaccin contre la grippe H1N1 avant que l'autre production ne soit terminée.

• (1515)

Mme Kirsty Duncan: Oui, je comprends. Mais il reste qu'il y aura un laps de temps.

Dr David Butler-Jones: Cet élément fait partie de la réponse.

S'agissant justement de la période intérimaire, ce laps de temps est lié en partie à la nature de notre planification, qui englobe énormément d'activités. Il ne s'agit pas uniquement de prévoir la production du vaccin; il faut également définir les autres mesures, telles que l'éloignement des gens des sources d'infection et d'isolement au domicile, qui vont permettre de ralentir la propagation de la maladie, de même que les lignes directrices destinées aux écoles. Et nous avons suffisamment d'antiviraux pour traiter quiconque tombe malade.

Mme Kirsty Duncan: Pourrais-je vous poser une question au sujet des antiviraux dans ce cas-là? Nous sommes au courant du plan et des mesures qui sont à prendre. Mais, s'agissant des antiviraux, j'ai des questions importantes à poser. Pourquoi ne fournissons-nous pas le même degré de protection aux intervenants d'urgence, tels que les pompiers, les policiers, le personnel paramédical et des organismes comme la Croix-Rouge? Ces derniers vont nécessairement jouer un rôle critique dans ce contexte.

Dr David Butler-Jones: C'est la même chose pour tout le monde: au printemps, étant donné que la saison grippale tirait à sa fin et qu'il planait encore des incertitudes concernant la possibilité qu'une résistance au vaccin se développe, il a été admis universellement que le produit à privilégier pour les personnes ayant des facteurs de risque sous-jacents qui pouvaient donner lieu à des symptômes plus graves de la maladie était soit le Tamiflu, soit le Relenza. C'était ça la recommandation, et tout le monde y avait accès. Par contre, nous n'avons pas mis à la disposition des fournisseurs la réserve mixte à des fins d'usage général — encore une fois, parce que nous ne voulions pas qu'on s'en serve d'une manière qui aurait pu favoriser le développement d'une résistance. Mais, dès l'automne, peu importe qui vous êtes, vous aurez accès au traitement indiqué si vous en avez besoin. Que vous soyez pompier ou agent d'accueil chez Wal-Mart, vous aurez exactement le même accès aux antiviraux. Donc, cela ne devrait poser aucun problème, et si jamais des problèmes se présentent, nous allons nous y attaquer directement.

La présidente: Merci beaucoup, docteur.

La parole est maintenant à M. Clarke.

M. Robert Clarke (Desnethé—Missinipi—Rivière Churchill, PCC): Merci, madame la présidente.

J'aimerais remercier les témoins de leur présence aujourd'hui.

Premièrement, je suis membre d'une première nation et 62 p.100 des habitants de ma circonscription électorale sont également membres d'une première nation. Plus tôt cet été, j'ai fait le tour de ma circonscription électorale, y compris la partie la plus au nord, soit la collectivité de Fond Du Lac. Il s'agit d'une localité éloignée qui est accessible uniquement par hydravion. Cette dernière relève de la région sanitaire d'Athabasca. L'une des questions qui a été soulevée concernait leur état de préparation. Sont-ils préparés? Eh bien, la réponse à cette question, d'après ce qu'ils m'ont dit, est oui. C'est une réserve autochtone, et ils m'ont montré leurs réserves de fournitures pour l'éventualité d'une deuxième vague d'infection pandémique, si jamais elle se concrétise.

Aujourd'hui, certains parlent des membres des premières nations et des populations autochtones mais, selon moi, nous devons avoir une vue d'ensemble. Nous sommes tous Canadiens. L'ethnie n'intervient pas dans ce contexte. Nous sommes tous réunis ici en tant que membres du Comité de la santé au nom de la population canadienne et en vue de solutionner les problèmes. Cela me dérange un peu, car ma femme n'est pas Autochtone et nous formons donc une famille d'origine mixte. Il reste que nous nous considérons comme des Canadiens.

La question que j'aimerais poser est celle-ci: pour les 62 p. 100 d'habitants de ma circonscription électorale qui sont Autochtones, y a-t-il une réserve suffisante de médicaments antiviraux et dont peuvent se prévaloir les membres des premières nations? Pouvez-vous garantir au comité qu'il existe déjà ou qu'il existera bientôt une réserve suffisante?

Deuxièmement, les membres de premières nations seront-ils visés par un plan national de lutte contre la pandémie qui comprend des mécanismes permettant de rejoindre les localités éloignées, de même qu'un programme complet d'information publique?

Je vous remercie.

Dr David Butler-Jones: Merci. Je vais commencer et Shelagh Jane pourra compléter ma réponse.

S'agissant des antiviraux, les provinces et territoires possèdent collectivement une réserve de 55 millions de doses. De plus, le gouvernement fédéral possède 20 millions de doses supplémentaires qui font partie de notre réserve nationale de secours. Voilà qui devrait être amplement suffisant pour traiter quiconque ayant besoin de traitement au Canada à l'automne. Peu importe votre ethnie et que vous soyez pompier, policier ou agent d'accueil chez Wal-Mart; il existe une réserve suffisante d'antiviraux pour traiter tous ceux qui en ont besoin et qui en voudraient.

D'ailleurs, il en va de même pour le vaccin, comme je l'ai dit tout à l'heure. Nous ne faisons pas de distinction, si bien que nous sommes en train d'acheter suffisamment de vaccins pour traiter tous ceux qui en veulent et qui pourraient en avoir besoin.

Par rapport à la planification et à nos autres activités, un comité spécifique a été mis sur pied pour examiner la situation dans les collectivités rurales et éloignées de façon à cerner les besoins de ces dernières et de trouver des solutions pour y répondre. Shelagh Jane copréside ce comité avec André Corriveau, qui était autrefois dans les Territoires du Nord-Ouest et travaille actuellement en Alberta.

Je vais m'arrêter là pour céder la parole à Shelagh Jane.

• (1520)

Mme Shelagh Jane Woods (directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé): Merci.

Je dois dire que votre expérience chez vous ne m'a pas tellement surprise, car nous savons déjà que plus de 90 p. 100 des réserves des premières nations possèdent déjà un plan de lutte contre la pandémie en bonne et due forme.

Comme vous le savez sans doute, nous travaillons depuis fort longtemps — plusieurs années, en réalité — avec les collectivités autochtones afin de nous assurer que ces dernières élaborent leurs propres plans et aussi — et c'est un élément important — qu'elles établissent les passerelles nécessaires avec les autres composantes du système de soins provincial, car c'est tout à fait critique.

De plus, lorsque le virus H1N1 a commencé à se manifester, avant de savoir exactement de quoi il s'agissait, même si nous avions l'impression qu'il pourrait potentiellement être grave, nous avons commencé à fournir des antiviraux à tous les postes de soins infirmiers car nous savions déjà que le délai de réaction — c'est-à-dire le moment auquel on commence à les administrer — est relativement court. Nous sommes tout à fait conscients des problèmes d'accès qui peuvent se présenter dans les collectivités éloignées et isolées. Par conséquent, nous avons pris les devants en fournissant à l'avance des médicaments antiviraux. Nous avons également fourni de l'équipement de protection personnelle à l'ensemble des travailleurs de la santé qui sont sur la première ligne, c'est-à-dire aux postes de soins infirmiers et centres de santé des réserves.

La présidente: Il ne vous reste plus qu'une demi-minute. Vous devrez parler très vite.

M. Robert Clarke: D'accord.

Je me souviens de l'époque au début des années 2000, alors que j'étais policier, où j'ai dû travailler à l'élaboration d'un plan de lutte contre la pandémie à l'intention des collectivités autochtones, non-autochtones et métisses du nord de la Saskatchewan de concert avec les organismes de soins de santé, les hôpitaux et les ambulanciers, et je me souviens aussi des vêtements de protection qui ont été fournis au personnel en prévision d'une pandémie. Je suis donc très content de voir que c'est la même chose aujourd'hui.

Dr David Butler-Jones: Je suis content de le savoir. À l'époque, j'étais médecin hygiéniste en chef pour la province. C'est ce que nous essayons de faire.

La présidente: Merci beaucoup.

La parole est maintenant à M. Dufour.

[Français]

M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ): Merci beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais remercier nos témoins et la ministre — qui était présente plus tôt — de s'être déplacés pour cette rencontre du comité.

Docteur Butler-Jones, j'ai écouté la conférence de presse que vous avez donnée avec la ministre concernant les annonces que vous avez faites. Vous avez offert un contrat de 926 000 \$ au Centre international pour les maladies infectieuses, qui travaillera en partenariat avec la Chambre de commerce du Canada afin d'élaborer une stratégie de communication visant à entrer en contact avec les 300 000 PME du Canada et à s'assurer qu'il n'y ait pas trop de problèmes. C'est extrêmement important, car le virus H1N1 représente un problème de santé qui aura en plus des conséquences économiques.

Quand on fait le calcul, on arrive à environ 3 \$ par entreprise. A-t-on été assez généreux? Serait-il possible d'injecter plus d'argent, d'avoir un plan plus précis par rapport aux entreprises? Par la même occasion, avez-vous discuté avec le ministère de l'Industrie des impacts que cela pourrait avoir?

Dr David Butler-Jones: Nous collaborons avec les autres ministères du gouvernement. On a aussi préparé des outils en français, en anglais ou dans une autre langue. C'est une ressource qui est mise à la disposition de toutes les entreprises afin de faciliter leur planification. Nous tentons de les aider à améliorer leurs plans d'urgence. Il est plus facile pour nous de les aider maintenant, étant donné qu'il y a beaucoup de ressources pour les activités des entreprises et des organismes publics. On met l'accent sur l'amélioration de la situation.

M. Nicolas Dufour: Au fond, la somme de 926 000 \$ va surtout servir à élaborer une stratégie de communication, mais allez-vous vous limiter à la communication des entreprises? Y aura-t-il un peu plus que des lignes directrices ou autre chose? Va-t-on effectuer des visites auprès des entreprises afin de voir avec elles comment on peut leur donner un coup de main concret?

•(1525)

Dr David Butler-Jones: Il s'agit d'un ajout aux activités locales, des gens de la santé publique locale, les affaires locales, etc. Il y a aussi un service de consultation par téléphone et sur le Web. Ce n'est pas une solution complète pour tous, mais c'est un apport important.

M. Nicolas Dufour: Plus tôt, on a parlé du choix des antiviraux. Selon Danielle Grondin, de Santé Canada, on ne sait pas encore, par exemple, combien d'injections seront nécessaires pour protéger les gens contre le virus H1N1. Dans 80 p. 100 des cas, on va utiliser le Tamiflu. Or, selon certaines études qui ont été faites à l'étranger, le Tamiflu pourrait entraîner des complications, par exemple chez les enfants.

Des gens ont exprimé certaines craintes à l'égard du choix des antiviraux. Pourriez-vous nous dire globalement pourquoi?

Dr David Butler-Jones: Il faut toujours évaluer les bénéfices et les risques que comportent les médicaments. Dans le cas du Tamiflu, les bénéfices sont plus élevés.

Je vais poursuivre en anglais pour pouvoir donner plus de précisions.

[Traduction]

Le problème, en ce qui me concerne, est que nous savons pertinemment que le Tamiflu et le Relenza sont des médicaments efficaces. Ils ne sont pas toujours aussi efficaces que nous le souhaitons, mais il n'existe aucun autre traitement. Nous savons qu'ils sont efficaces et peuvent être utilisés en toute sécurité chez les enfants. De même, le profil des risques est positif — en d'autres termes, les risques sont faibles et généralement d'importance mineure. Face au choix entre la grippe, qui comporte le risque de tomber gravement malade et même d'en mourir, et le risque

théorique minime lié aux antiviraux, encore une fois, on sait ce qui fait pencher la balance. Mais, encore une fois, il y a un choix à faire, et ce choix clinique s'exerce dans le milieu des soins.

Je précise également que les études en question portaient sur la grippe saisonnière et non pas le H1. J'en ai discuté avec des pédiatres et d'autres qui évaluent et examinent les enfants infectés, et ils m'ont dit que, même s'il n'existe pas d'études pour le moment, d'après leurs observations, les enfants qui se font soigner rapidement à l'aide du Tamiflu s'en sortent mieux que ceux qui ne le font pas.

Donc, face à cette expérience et ces faits, si je devais faire un choix, notamment dans un contexte où le sujet est relativement gravement ou encore très gravement malade, je n'hésiterais aucunement à avoir recours au Tamiflu.

La présidente: Merci, docteur Butler-Jones.

Monsieur Uppal, c'est à vous.

M. Colin Carrie: Puis-je le remplacer?

La présidente: Oui, absolument, docteur Carrie.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup, madame la présidente.

Docteur Butler-Jones, j'étais très impressionné tout à l'heure quand vous parliez des renseignements que vous recevez constamment et que vous diffusez aussitôt après et en me rendant compte de l'immense réseau d'information qui nous lie aux autres pays du monde et qui favorise le développement de nos connaissances. Nous pouvons profiter des expériences de pays comme l'Australie, dont la saison grippale est déjà terminée.

Je me demande donc si vous pourriez nous donner des exemples du processus par lequel vous recevez les renseignements les plus récents de nos partenaires internationaux et des moyens que vous prenez pour diffuser cette information, mettons, aux localités dans l'ensemble des provinces. Le gouvernement fédéral que peut-il faire en collaboration avec ses partenaires provinciaux pour améliorer les communications avec les petites localités et les collectivités des premières nations?

Dr David Butler-Jones: Merci beaucoup.

Votre question touche de nombreux aspects de notre action. Il est très intéressant, à mon avis, de voir ce qui se passe dans le monde. La grippe est une maladie tellement variable. En 1918 et dans le contexte d'autres épidémies, il est arrivé que l'impact sur deux collectivités situées côte à côte soit très différent; au sein même d'une collectivité, une maladie peut avoir des effets différents. Et même si les facteurs de risque généraux devraient normalement s'appliquer, le fait est qu'ils ne s'appliquent pas dans tous les cas, en raison de la variabilité de ce virus.

Par exemple, différentes régions de l'Australie ont été beaucoup plus durement touchées que d'autres. Comme renseignement, ce n'est pas particulièrement utile, si ce n'est du point de vue des questions que cela peut susciter chez le grand public, mais c'est au contraire un renseignement très utile au fur et à mesure que nous faisons notre planification et que nous regardons vers l'avenir. Un autre exemple serait l'Argentine qui, contrairement au Chili, a pris toutes sortes de mesures — les écoles ont été fermées, les concerts annulés, etc. Une comparaison de l'approche adoptée au Chili, par rapport à celle de l'Argentine, laisse entendre, d'après nous, qu'il n'est sans doute pas bien utile de fermer les écoles et de tout annuler. C'était vrai dans le cas de l'Argentine. Donc, tous ces différents éléments d'information nous aident beaucoup au fur et à mesure que nous élaborons nos lignes directrices.

S'agissant maintenant de communications, je dirais que, dans un sens, il ne peut jamais y avoir trop de communications. Je suis frappé par la différence entre les diverses localités, différences qui s'expliquent en partie par le niveau d'activités des autorités locales de la santé publique. Parfois, c'est un commerce local qui s'intéresse à la situation.

Je suis revenu à Ottawa du Nunavut plus tôt que prévu pour assister à cette réunion, et je dois vous dire que, ce qui m'a frappé au Nunavut, une région peu densément peuplée, c'est qu'il existe une véritable collaboration entre le gouvernement du Nunavut, le gouvernement du Canada et la population locale. Il est impossible d'entrer dans un bar, un restaurant, un hôtel ou un autre établissement de ce genre sans voir des affiches illustrées, indiquant la façon de tousser, ce qu'on doit faire si on tombe malade, comment se laver les mains, etc. Même les petits commerces ont ces affiches avec cette information. Par conséquent, les gens sont sensibilisés au problème et discutent entre eux de la façon de prévenir la propagation. Nous avons préparé des documents en inuktitut et dans toute une série d'autres langues, et cette information peut être adaptée pour d'autres langues également, si besoin est.

Donc, il ne peut y avoir trop de communications. Nous continuons donc nos efforts en ce sens. Arrivera-t-il un jour où les communications seront suffisantes? Je n'en suis pas sûr mais, encore une fois, ces rencontres, ces forums et les questions que vous posez sont tous des moyens importants d'aider les citoyens à comprendre qu'il existe des mesures pratico-pratiques qu'ils peuvent prendre et à savoir quelles mesures les gouvernements et les différents organismes prennent de leur côté pour lutter contre une éventuelle pandémie. À présent les gens comprennent mieux ce phénomène qu'il y a trois mois ou six mois, et je suis convaincu qu'à l'approche de l'automne, tous ces efforts porteront leurs fruits.

C'est tout à fait étonnant. On m'a posé une question plus tôt aujourd'hui au sujet d'un changement de culture, et je trouve intéressant de voir la façon dont les choses ont évolué. Je me rappelle que, à l'époque où le virus H5 sévissait, nous parlions beaucoup de la nécessité de se laver les mains, etc.; à cette époque, il était rare de voir quelqu'un quitter les toilettes sans s'être lavé les mains. Mais, par la suite, les gens ont recommencé à se laisser aller. Maintenant, l'autre attitude se manifeste à nouveau. Quand quelqu'un tousse en public, les gens le regardent de travers ou lui demandent de partir. Donc, pour moi, ces indices sont de bon augure en ce qui concerne notre capacité de réduire les effets, non seulement d'une pandémie, mais de toute une série d'autres infections aussi.

Je vous remercie.

• (1530)

M. Colin Carrie: Merci beaucoup pour cette réponse.

Je voudrais vous inviter maintenant à nous parler un peu de la situation dans le reste du monde. Le gouvernement a adopté une approche proactive en 2006 en élaborant un plan de lutte contre la pandémie ici au Canada. Comment cela a-t-il aidé le Canada, comparativement à d'autres pays qui n'avaient pas élaboré de plan et qui n'avaient pas agi de façon proactive?

Je sais que je vous demande une opinion objective en quelque sorte, mais j'aimerais savoir comment nous sommes positionnés, par rapport à d'autres pays du monde, au niveau de notre démarche dans ce domaine. J'entends parler de résultats tout à fait extraordinaires qui ont été obtenus au Canada — par exemple, le fait que, lorsque le virus a été découvert pour la première fois, nous avons réussi à en établir la carte génétique. Comment cet investissement d'un milliard

de dollars en 2008 nous a-t-il permis de devenir des chefs de file dans le monde?

Dr David Butler-Jones: Plusieurs mesures ont été prises. Les leçons que nous devons obligatoirement tirer de la crise du SRAS ont obligé le Canada à prendre des mesures, et les personnes assises à cette table ont d'ailleurs participé au débat et aux discussions qui se sont soldés par la création de l'Agence. Les investissements, le fait de concentrer l'activité au sein d'un organisme spécialisé et la planification effectuée en 2006 ont permis au Canada de centrer son action, alors que peu d'autres pays l'ont fait; c'est tout cela, le réseau de santé publique, la collaboration permanente entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, la définition des plans, le fait que nous sommes le premier pays à s'être doté d'un plan national de lutte contre la pandémie et à avoir continué à y travailler aux niveaux régional et local, le contrat que nous avons signé pour obtenir du vaccin, l'établissement d'une réserve d'antiviraux, etc. — tous ces éléments, lorsqu'on les met ensemble, font que la situation du Canada est assez unique — peut-être pas totalement unique, mais très rare dans le monde. Nous avons de la chance, mais c'est surtout grâce à beaucoup de gens beaucoup plus sages que moi, me semble-t-il.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup pour vos réponses. Je sais que tous les membres du comité vous sont reconnaissants d'avoir accepté d'être présent malgré le peu de préavis que vous avez reçu; d'ailleurs, je désire remercier tous les témoins.

La présidente: Merci, docteur Carrie.

La parole est maintenant à Mme Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci beaucoup, madame la présidente.

Je voudrais reprendre la discussion que j'avais entamée avec la ministre.

À la fois la ministre et vous, docteur Butler-Jones, nous avez beaucoup parlé des plans qui vont être définis à l'automne. Mais il nous est difficile d'accepter cela, étant donné que, dès le mois de juin, vous étiez au courant et avez même parlé de la possibilité que le virus mute et qu'il y ait une éclosion grave à l'automne. Donc, nous nous attendions à ce qu'il y ait une planification plus intensive pendant l'été, de sorte que nous soyons maintenant en mesure d'entendre parler de plans spécifiques et de propositions concrètes pour régler le problème de la plus forte fréquence des infections dans les collectivités autochtones et pour répondre aux questions que nous posent les citoyens concernant les effets indésirables des vaccins.

Premièrement, pour reprendre l'expression de Gary Doer, premier ministre du Manitoba, c'est un camion qui va nous heurter de plein fouet à l'automne. Or on dirait que nous ne sommes pas vraiment prêts. Donc, que va-t-il se passer s'il y a une éclosion importante à l'automne? Nous n'avons pas encore de vaccins, nous n'avons pas de listes de priorisation et nous n'avons pas de plan de circonstance en cas d'infection massive dans les collectivités des premières nations ou éloignées; donc, qu'allons-nous faire? Comment allons-nous solutionner ces graves problèmes?

• (1535)

La présidente: Docteur Butler-Jones, je vais vous donner l'occasion de répondre. Mais, nous avons une autre série de témoins à entendre et on vient de me faire savoir que nous avons dépassé le temps prévu pour cette partie de la réunion. Mais puisqu'on vous a posé cette question, je vous donne la parole pour répondre.

Dr David Butler-Jones: Je ne sais pas si c'est parce que c'est un peu comme pour un canard, en ce sens que les pattes dans l'eau, mais qu'on ne voit pas, bougent beaucoup plus vite, alors qu'à la surface, l'eau semble calme, mais je peux vous garantir qu'il y a énormément de travail qui se fait actuellement. Les plans sont déjà en place. Nous n'avons pas besoin de prioriser l'accès aux antiviraux, étant donné que nous en avons suffisamment pour traiter tout le monde. Personne ne sera obligé de faire la queue.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Est-ce que tout sera prêt en même temps ou faudra-t-il faire des choix?

Dr David Butler-Jones: Non, les antiviraux — c'est-à-dire le médicament prévu pour traiter la grippe — sont déjà stockés dans les entrepôts provinciaux et ont déjà été fournis aux localités éloignées.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Parlons maintenant du vaccin.

Dr David Butler-Jones: En ce qui concerne le vaccin, la liste des priorités sera prête en septembre. Nous allons recevoir le vaccin en novembre, mais la planification est déjà en cours.

Certaines choses sont évidentes. Par exemple, les habitants des collectivités éloignées qui ont des facteurs de risque sous-jacents, les travailleurs de la santé et les travailleurs essentiels auront nécessairement un niveau de risque plus élevé. Mais, dans une localité de 300 habitants, il est évident qu'on ne va pas immuniser seulement la moitié des résidents. Tout le monde sera vacciné dans ce contexte-là.

Donc, encore une fois, le travail de logistique est en cours, de même que les autres mesures: l'amélioration des lignes directrices, la publication de nouvelles lignes directrices, la mise en place des mesures de surveillance et les négociations. Le rythme est vraiment effréné en ce moment. La situation actuelle est complètement différente en ce qui concerne l'efficacité de notre intervention. Cela ne veut pas dire que le degré de progrès est le même pour tout le monde. Il y a encore beaucoup de gens qui ont la tête dans le sable, mais cela ne veut pas dire pour autant qu'un travail phénoménal est en cours. En fait, comme vous le disais Shelagh Jane, 90 p. 100 des réserves ont déjà un plan et l'ont même mis à l'essai.

Il est donc faux de dire qu'il n'y a pas beaucoup d'activités en cours. C'est tout à fait l'inverse. Est-ce que tout est absolument prêt? Non. Mais, le fait que certaines collectivités attendent toujours que quelqu'un vienne faire le travail pour eux représente, à mon avis, un problème d'un tout autre ordre.

Des conseils sont disponibles, de même que des lignes directrices; la capacité existe. Il s'agit donc d'appliquer les consignes, de trouver des solutions et de poser des questions. Quand les gens ne sont pas sûrs, ils doivent poser des questions, car nous avons des réseaux locaux en place qui permettront de trouver les réponses nécessaires.

La présidente: Merci.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Pourrais-je poser une question?

La présidente: Non, madame Wasylycia-Leis. Trois autres personnes m'ont déjà demandé la permission de poser une série de trois autres questions; je vais donc mettre un terme à la discussion immédiatement.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Pourrions-nous obtenir d'autres renseignements au sujet des études menées sur les vaccins dont parlait Arthur Schafer...

La présidente: Maintenant nous allons...

Mme Judy Wasylycia-Leis: ... dans ses observations au sujet du vaccin?

La présidente: Je vais devoir suspendre nos travaux en attendant que l'ordre soit rétabli, parce qu'il n'est pas question que la réunion se déroule de cette façon. Nous sommes réunis pour parler d'une question très importante.

Docteur Butler-Jones, je vous cède la parole pour faire quelques remarques finales, et nous passerons ensuite à notre prochaine série de témoins.

Dr David Butler-Jones: Je voudrais simplement insister sur le fait, comme tous l'ont dit, qu'il s'agit d'une question importante. Il y aura toujours des gens qui n'acceptent pas l'opinion de la majorité, il y aura toujours une personne sur 100 qui pense que tous les autres ont tort. Cette personne a peut-être raison. Cela n'arrive pas très souvent, mais c'est possible. Donc, poser des questions, c'est une chose; les questions sont effectivement très importantes. Mais les prétendus experts doivent également écouter les réponses.

Je crois savoir que nous allons discuter de nouveau de ce dossier. Je serai très heureux de revenir à n'importe quel moment ou encore, comme nous l'avons fait au printemps, organiser des réunions d'information, par opposition à une réunion de comité, à laquelle seraient invités les membres du comité et d'autres députés que la question intéresse pour pouvoir discuter de tous ces éléments aussi longtemps qu'il le faudra. Je serai ravi d'organiser une telle réunion, afin de compléter les autres éventuels travaux du comité.

La présidente: Docteur Butler-Jones, je pense que vous avez certainement compris aujourd'hui l'intérêt que portent tous les membres du comité à cette question, de même que leurs préoccupations au sujet de la situation actuelle. Je tiens à vous féliciter docteur, de même que la ministre et Shelagh Jane Woods d'avoir assisté à la réunion de cet après-midi et d'avoir été aussi accommodants afin que nous puissions obtenir des réponses à ces questions. En tant que présidente du comité, j'essaie toujours de faire comparaître tous les témoins importants. En fait, ce sont les membres de l'opposition qui ont proposé de faire venir ces témoins, et je veux m'assurer d'être juste pour que tous aient l'occasion de présenter leurs vues. Je vous remercie, surtout de votre offre généreuse de vous mettre à notre disposition.

Nous allons donc suspendre nos travaux pendant 30 secondes, le temps de permettre aux autres témoins de s'installer.

Merci.

● (1540)

(Pause)

● (1545)

La présidente: Nous allons reprendre nos travaux avec notre deuxième série de témoins.

Nous accueillons donc cet après-midi le Dr John Maxted, du Collège des médecins de famille du Canada, ainsi que le Dr Jan Kasperski, du Collège des médecins de famille de l'Ontario. Ils vont partager leur temps de parole. Chaque groupe aura droit à 10 minutes en tout.

Ensuite, nous entendrons les représentants de la Fédération canadienne des municipalités, qui disposeront de 10 minutes. Il s'agit de Berry Vrbancovic, deuxième vice-président, et d'Alain Normand, directeur des mesures d'urgence pour la Ville de Brampton. Je crois savoir qu'ils vont également partager leur temps de parole, soit 10 minutes en tout.

Commençons donc par le Collège des médecins de famille du Canada.

Docteur Maxted, merci de votre présence.

• (1550)

M. John Maxted (directeur exécutif associé, Politiques en matière de santé publique, Collège des médecins de famille du Canada): Merci beaucoup, madame la présidente.

D'abord, si j'ai bien compris vous nous accordez 20 minutes pour nos exposés et je vous en remercie. J'avais compris que Mme Kasperski et moi-même aurions chacun cinq minutes, plutôt que 10. C'est bien cela?

La présidente: Cinq plus cinq égale dix. Il fallait que je vous le dise. Cela nous aidera beaucoup. Merci.

M. John Maxted: C'est nous qui vous remercions de nous avoir invités à comparaître cet après-midi.

Je suis médecin de famille et directeur exécutif associé chargé des politiques en matière de santé publique au Collège des médecins de famille du Canada, et je suis ravi d'avoir l'occasion de vous rencontrer et de discuter de ce que le Collège a appris au cours des derniers mois dans le contexte de ces interventions pour lutter contre une pandémie du virus H1N1.

Le CMFC est le porte-parole des médecins de famille du Canada. Il représente plus de 22 000 médecins de famille et, en tant qu'organisation professionnelle, il se charge d'élaborer des normes de formation et d'accréditation, d'assurer l'apprentissage permanent des médecins et de défendre et de promouvoir la médecine de famille en tant que spécialité. Le CMFC se veut le champion du droit de chaque Canadien de recevoir des soins de santé de qualité exceptionnelle.

À la suite de l'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère, appelé communément le SRAS, en 2003, suivi de l'apparition du virus H5N1, parfois appelé la grippe aviaire, le CMFC a publié un document intitulé *The Role of the Family Doctor in Public Health and Emergency Preparedness*. Bon nombre des recommandations du document en question insistaient sur la nécessité de garantir l'efficacité des communications dans le contexte d'une urgence de santé publique.

S'il est un message essentiel que nous désirons vous communiquer aujourd'hui, c'est celui-ci: il faut de constantes communications en temps voulu avec les fournisseurs de soins de première ligne, y compris les médecins de famille. Les communications doivent être réciproques. Ainsi il convient non seulement d'informer les médecins de famille des interventions les plus appropriées face à une urgence de santé publique, mais aussi de leur donner l'occasion de poser des questions aux spécialistes de l'Agence de santé publique du Canada, aux responsables des ministères de Santé provinciaux ou territoriaux et aux autorités locales de santé publique.

À ce chapitre, les communications dans le contexte de la pandémie du virus H1N1 sont à présent plus efficaces, par rapport à la situation qui prévalait lors de la crise du SRAS, et c'est tout à l'honneur du gouvernement; je précise, cependant, qu'elles auraient pu être meilleures. D'ailleurs, les inconnues qui accompagnent nécessairement l'écllosion d'une maladie infectieuse, qui est en voie de se transformer en pandémie, devraient inciter les gouvernements et les autorités de santé publique à viser des stratégies de communications optimales.

Lors de la récente réunion du Conseil de la fédération, le premier ministre du Manitoba a dit que le virus H1N1 est comme un camion qui fonce vers nous et risque de nous écraser. En réfléchissant à sa caractérisation, le *Globe and Mail* a étendu la métaphore en parlant de la possibilité d'un carambolage. À la fin de l'éditorial, l'auteur déclarait que le Canada n'a pas intérêt à s'endormir au volant dans ce contexte.

En juillet de cette année, le Collège royal des omnipraticiens au Royaume-Uni a fait part des vues de ses membres face à une éventuelle pandémie grippale. Sur les 11 catégories de préoccupations qui étaient mentionnées, la majorité portait sur la nécessité d'intensifier et d'améliorer les communications. Par exemple, la toute première préoccupation des omnipraticiens était le manque d'information et les conseils contradictoires.

D'après notre expérience, les communications au sujet du H1N1 étaient fort variables. Certaines provinces ont transmis à leur population une multitude de renseignements, émanant de sources multiples, qui ont créé le risque que les messages ne soient pas clairs, alors que d'autres n'ont pas suffisamment renseigné les intervenants clés, de sorte que les médecins de famille travaillaient dans l'incertitude.

La responsabilité en matière de communications doit être bien définie et coordonnée afin que l'on sache, par exemple, qui est chargé de conseiller les médecins de famille sur les meilleures procédures de contrôle des infections et la progression des normes de précaution et d'isolement des sujets en milieu clinique. Le CMFC souhaite jouer un rôle de chef de file en ce qui concerne les communications avec les médecins de famille, mais il ne souhaite pas leur communiquer des messages incohérents qui n'arrivent pas en temps opportun.

Les médecins de famille du Canada ont posé de nombreuses questions au sujet de l'accès aux ressources pendant l'écllosion du H1N1 — par exemple, quels masques devaient être utilisés et la procédure à suivre pour le triage des patients dans les différents milieux d'exercice. Les réponses pratiques à ces questions peuvent varier d'un endroit à l'autre, mais il est essentiel qu'elles tiennent compte de la situation des populations vulnérables qui sont le plus à risque. Nous pouvons continuer à nous interroger sur les raisons pour lesquelles les collectivités autochtones du Canada ont été durement touchées, mais le fait que les résultats de la recherche ne soient pas encore connus ne devrait pas nous empêcher de respecter dès maintenant notre engagement à intervenir de toute urgence pour répondre aux besoins des membres des premières nations et des autres personnes vulnérables en établissant un plan d'action clair et bien défini.

Pour résumer, le CMFC recommande ce qui suit.

L'information relative à la pandémie doit être fournie en temps opportun et de manière cohérente et uniforme à l'ensemble des médecins de famille et aux fournisseurs de soins de première ligne. Voilà qui est critique pour la prise en charge des patients qui s'adressent d'abord à leurs médecins de famille, à leurs cabinets ou en milieu de soins primaires, dans le contexte d'une pandémie et qui pourraient avoir contracté la grippe H1N1.

Des ressources et fournitures de santé publique doivent être facilement accessibles en temps opportun; il s'agit, entre autres, des écouvillons, masques et antiviraux appropriés. Si les autorités locales de santé publique ne sont pas en mesure de fournir les ressources nécessaires pendant la pandémie de H1N1, qu'arrivera-t-il lorsque deux fois plus de Canadiens demanderont à être vaccinés contre le H1N1 cet automne, comparativement aux volumes habituels durant la saison dite grippale? Et rappelons le contexte: une crise potentiellement plus grave créée par un virus H1N1 ravivé.

Les médecins de famille désirent participer aux décisions concernant les interventions qui conviennent face à une pandémie. Ils veulent entretenir des contacts réguliers avec les autorités de santé publique et les médecins-conseils en santé publique de leur localité. Ainsi le CMFC désire aider à l'élaboration et à la distribution des renseignements les plus appropriés qui sont destinés aux médecins de famille et aux autres fournisseurs de soins de première ligne, y compris des lignes directrices sur les pratiques cliniques liées à la préparation et aux interventions face à la pandémie.

• (1555)

Je précise, en terminant, que la CFMC et les médecins de famille du Canada sont convaincus que, en travaillant avec les responsables locaux, provinciaux, territoriaux et fédéraux, aux différents paliers de gouvernement, nous pourrions collectivement améliorer nos interventions en santé publique face à une pandémie. Les Canadiens s'attendent à rien de moins de notre part.

Merci beaucoup, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup beaucoup, docteur.

Madame Kasperski, vous avez la parole.

Mme Jan Kasperski (présidente-directrice générale, Le Collège de médecine de famille de l'Ontario): Je vous remercie.

Je représente 9 000 médecins de famille dans la province de l'Ontario. Nous étions à la surface zéro pendant la crise du SRAS. En 2003, à la suite de l'écllosion du SRAS à Toronto, le Collège des médecins de famille de l'Ontario a été invité à faire un exposé devant la Commission Campbell en Ontario ainsi que devant le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Notre document de réflexion, intitulé « The Mushroom Syndrome: SARS and Family Medicine », et un deuxième document, rédigé avec nos partenaires communautaires, intitulé « SARS and Community Care: Impact and Opportunities », faisaient le point sur les luttes que nous avons dû mener à Toronto pendant l'écllosion du SRAS et l'héroïsme des médecins de famille, de nos collègues spécialistes, des infirmières et des autres professionnels de la santé qui ont travaillé sans relâche dans une atmosphère de confusion en raison de l'absence d'une capacité d'appoint, de fournitures et de bons systèmes de communications permettant de nous transmettre les conseils et directives dont nous avions si désespérément besoin au cours de cette épisode tragique. Les recommandations de ces documents portent principalement sur les besoins des médecins de famille et des professionnels communautaires dans le contexte de la planification des interventions face à une pandémie. En même temps — et c'est tout aussi important, elles mettent l'accent sur la nécessité de combler les lacunes de notre système de soins et de mieux articuler unités de santé publique, médecins de famille et services communautaires.

Lorsque la nouvelle au sujet du H1N1 a fait la une des grands quotidiens nationaux, la communauté de soins de Toronto, et notamment les omnipraticiens, ont eu une réaction de panique contrôlée. Nous revivions l'expérience du SRAS. Voyez-vous, pendant la crise du SRAS, le public était pris de panique, et nous aussi. Chaque fois qu'une personne avait le nez qui coulait, elle craignait d'être atteinte du SRAS. Les gens avaient peur de se présenter à l'urgence ou à une clinique de traitement du SRAS. Par conséquent, ils se sont adressés en grand nombre aux cabinets de leurs médecins de famille.

Je me permets de vous faire remarquer que les médecins de famille ne travaillent pas uniquement à leur cabinet; ils travaillent également à l'urgence, ils font des accouchements, ils soignent les gens à l'hôpital et dans les établissements de soins prolongés, et ils s'occupent de patients à domicile qui reçoivent des soins palliatifs ou

sont confinés à la maison. Lors de la crise du SRAS, ils ont continué à s'acquitter de toutes ces tâches. Ils dirigeaient également les cliniques de traitement du SRAS et assumaient la direction des services d'urgence et des unités de soins intensifs quand d'autres médecins, atteints du SRAS, étaient gravement malades. Mais personne ne songeait à leurs besoins ni à ceux de leur famille. Ils s'inquiétaient de la possibilité d'exposer leurs familles à cette maladie meurtrière, et leurs familles s'inquiétaient pour eux. L'aspect le plus inquiétant était le fait que bon nombre de nos patients pendant la crise étaient nos propres collègues —des personnes avec qui nous travaillions jour après jour. Nous qui pensions que les professionnels de la santé étaient invincibles avons compris en fin de compte que ce n'était pas le cas.

En général, les patients atteints du SRAS étaient soignés dans les hôpitaux à Toronto, mais le seul médecin qui soit mort du SRAS l'a contracté en pratiquant la médecine de famille. C'est seulement quand cet omnipraticien n'était plus en mesure de soigner ses patients que le système a commencé à comprendre le rôle critique des médecins de famille dans le contexte de la crise du SRAS. Il a fallu que notre collègue et les médecins de famille eux-mêmes interviennent pour que les gens s'intéressent à eux. Je peux vous assurer que les efforts qu'il a fallu déployer pour se faire remarquer ont causé bien de la fatigue et du stress.

Depuis la crise du SRAS, beaucoup de planification a été effectuée dans le secteur de la santé. Nous sommes beaucoup mieux préparés maintenant que nous ne l'étions à l'époque. D'ailleurs, les médecins de famille participent directement à la planification en Ontario. Nous avons d'abord été invités à participer aux discussions aux côtés de dentistes, de pharmaciens, de directeurs de pompes funèbres et d'autres personnes dont le rôle peut être important dans le contexte d'une écllosion, sans pour autant correspondre au rôle critique que jouent les médecins de famille. Il est malheureusement possible que les responsables de la planification sanitaire croient toujours que les écllosions concernent surtout le milieu hospitalier, si bien qu'ils oublient le rôle central que jouent les médecins de famille dans notre système de soins, notamment lorsqu'il est question de grippe.

Pendant les toutes premières semaines qui ont suivi l'écllosion du H1N1 au Mexique et dans les diverses régions du Canada, les communications étaient concises et faites rapidement. Mais, étant donné qu'il n'existe pas une seule liste de tous les médecins de la province pouvant servir à diffuser toute l'information, les communiqués de l'Agence de la santé publique du Canada, du ministère de la Santé et de notre agence de protection et de promotion de la santé passaient par divers organismes, si bien que l'on recevait le même message plusieurs fois. Heureusement les messages étaient généralement concis et cohérents, mais il est évident qu'il doit y avoir un meilleur moyen de transmettre les bonnes informations aux médecins au bon moment. Ces dernières doivent émaner de quelqu'un qui occupe un poste digne de confiance. En ce qui concerne les médecins, l'information doit émaner d'un médecin ayant le pouvoir de dire: « Voilà ce que vous devez faire et vous devez le faire tout de suite. »

•(1600)

Le système auquel nous avons eu recours prévoit jusqu'à un certain point des communications réciproques. Le CMFO communique régulièrement avec ses membres et ils ont l'habitude de nous renvoyer un courriel pour nous poser des questions, nous faire part de leurs préoccupations ou nous proposer des solutions. Nous avons reçu énormément de courriels au tout début de l'éclosion du H1N1, et nous les avons fait suivre au ministère. Ce dernier a ensuite établi une ligne téléphonique d'urgence afin de renseigner le public et les professionnels de la santé. Les personnes qui répondaient au téléphone étaient sûres de ce qu'elles avançaient et certainement bien intentionnées, mais il n'a pas fallu attendre bien longtemps avant que les médecins de famille se rendent compte que leurs interlocuteurs n'étaient pas en mesure de répondre aux questions d'ordre clinique qu'ils leur posaient. Nous avons donc aidé le ministère de la Santé à recruter des médecins de famille retraités et certains de nos membres qui étaient alors en congé de maternité pour que ces personnes puissent constituer une source précieuse d'information par voie téléphonique. Cette stratégie a justement permis au ministère de la Santé de savoir ce qui se passait sur le terrain et les communiqués devenaient alors le moyen de répondre aux questions qui émanaient des praticiens sur le terrain. Les services de médecine familiale dans les hôpitaux jouent également un rôle tout à fait critique pour ce qui est de soutenir et de renseigner leurs membres.

Nous avons encore beaucoup de travail à faire en prévision de l'automne si nous espérons pouvoir améliorer le système de communications réciproques. Il faut mettre l'accent sur la sensibilisation du public et les messages qui lui sont communiqués, et ce le plus rapidement possible. Même si nous ne voulons certainement pas alarmer les citoyens, on a un peu l'impression que le public et les professionnels se sont laissé convaincre que le H1N1 n'est pas vraiment digne d'intérêt. Or il faut absolument faire comprendre aux gens qu'il est possible d'avoir une réaction très grave au virus, et qu'il y a donc lieu...

La présidente: Je suis désolée de vous interrompre, madame Kasperski, mais vous avez déjà dépassé de deux minutes le temps qui vous était imparti. Je me demande si vous êtes sur le point de finir. Je souhaite que tous aient l'occasion de présenter leurs vues.

Mme Jan Kasperski: Je me contente donc d'insister sur le fait que nous avons besoin de fournitures et d'information, et qu'il nous faut également des ressources humaines pour être en mesure de garder ouverts les cabinets de médecin.

La présidente: Merci beaucoup. Vous pourrez évidemment répondre aux questions des membres par la suite.

Nous accueillons maintenant les représentants de la Fédération canadienne des municipalités, et le premier intervenant sera M. Vrbanovic.

Vous disposez de 10 minutes. Je crois savoir, cependant, que vous comptez partager votre temps avec M. Normand. C'est bien cela?

M. Berry Vrbanovic (deuxième vice-président, Conseiller, ville de Kitchener, Fédération canadienne des municipalités): Non, je compte parler pour nous trois.

La présidente: Très bien; je vous cède tout de suite la parole dans ce cas. Merci.

M. Berry Vrbanovic: Merci beaucoup, madame la présidente et membres du comité. Je suis honoré d'avoir aujourd'hui l'occasion de vous faire part de nos vues au sujet d'un problème pressant auquel le

Canada est actuellement confronté, à savoir la pandémie de grippe H1N1.

Je m'appelle Berry Vrbanovic, et je suis vice-président de la Fédération canadienne des municipalités et conseiller pour la Ville de Kitchener, en Ontario. Je suis accompagné aujourd'hui d'Alain Normand, qui travaille au service des mesures d'urgence et de sécurité générale de la Ville de Brampton, et de Joshua Bates, conseiller en politiques auprès de la Fédération canadienne des municipalités.

La Fédération canadienne des municipalités, ou FCM, est le porte-parole national des gouvernements municipaux de ce pays depuis 1901. Forte de ses 1 800 membres, la FCM défend les intérêts des municipalités sur des questions qui touchent les politiques et programmes qui sont du ressort fédéral. Nos membres comprennent les plus grandes villes du Canada, de petites collectivités urbaines et rurales et 18 associations municipales, provinciales et territoriales. Collectivement, nous représentons presque 90 p. 100 de la population canadienne.

Le virus grippal H1N1 génère une pandémie mondiale qui ne respecte ni les frontières, ni les limites juridictionnelles. Cette souche meurtrière de la grippe a déjà tué plus de 60 personnes au Canada, et les spécialistes de la santé laissent entendre qu'une deuxième vague d'infection virale pourrait donner lieu à beaucoup plus de décès au cours de la prochaine saison grippale.

La question essentielle pour tous les paliers de gouvernement au Canada est celle-ci: sommes-nous aussi bien préparés que possible, de façon à pouvoir bien gérer l'éclosion du virus H1N1 et protéger les Canadiens?

De l'avis de la FCM, un plan national de lutte contre la pandémie est incomplet tant qu'il ne comprend pas des dispositions visant à garantir que les services municipaux essentiels continueront d'être assurés, même dans les circonstances les plus difficiles. Ainsi nous demandons au gouvernement fédéral de concevoir et de mettre en oeuvre un plan national tenant compte de l'avis des municipalités qui garantira que les travailleurs essentiels de première ligne pourront continuer à travailler en toute sécurité. Cela suppose une bonne planification dès maintenant afin que les travailleurs municipaux essentiels de première ligne, tels que les policiers, les pompiers, les équipes routières, les exploitants des services de transport en commun, les travailleurs des usines de traitement d'eaux résiduaires et les professionnels municipaux de la santé publique continuent à travailler, même pendant la pire période de la pandémie. En l'absence de ces travailleurs, l'ensemble du système d'intervention nationale face à la pandémie sera compromis, quelle que soit la robustesse des autres éléments du plan.

À l'heure actuelle, 270 000 hommes et femmes travaillent dans ces domaines de services critiques au Canada, et ce pour plus de 3 600 gouvernements municipaux. Or, à l'heure actuelle, nous n'avons ni la stratégie nationale, les lignes directrices ou les ressources requises pour nous permettre de garantir que ces travailleurs auront accès en temps opportun au vaccin contre la grippe H1N1, à une quantité suffisante de médicaments antiviraux, ou à des équipements de protection personnelle; de plus, il n'existe ni le financement, ni les ressources et l'expertise nécessaires pour nous permettre d'intervenir efficacement face à une crise pandémique, s'il le faut. Seul le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de chef de file et assurer la coordination nationale qui est nécessaire pour combler cette lacune.

Une pandémie mondiale comme celle du H1N1 exige une coordination internationale et nationale, de même que la mobilisation de tous les ordres de gouvernement. Le Canada ne doit pas se contenter d'un ensemble de mesures d'intervention régionale disparates face à cette pandémie. De St. John's à Whitehorse, il convient de rassurer les villes et les collectivités canadiennes quant au fait que leurs citoyens et les services essentiels dont elles dépendent seront protégés grâce à une stratégie nationale efficace qui s'appuie sur des lignes directrices nationales.

Depuis le printemps, la FCM dialogue avec les responsables fédéraux de la Santé, y compris la ministre Aglukkaq, au sujet de ces mêmes problèmes et inquiétudes. Nous sommes conscients du fait que le gouvernement fédéral a déjà pris d'importantes mesures en vue de protéger les Canadiens contre l'éventualité d'une pandémie. La définition d'un plan national visant à protéger le secteur de la santé a permis de renforcer la coordination fédérale-provinciale-territoriale dans ce domaine tout en fournissant un cadre de travail qui peut s'étendre au secteur municipal. Les initiatives qui ont été prises en vue d'accroître la réserve nationale d'antiviraux et de garantir l'approvisionnement en vaccins sont également positives et sont grandement appréciées. Par contre, l'éclosion du virus H1N1 a permis de mettre en relief une lacune dans la stratégie globale de préparation pour une pandémie du gouvernement fédéral, lacune qui n'a cessé d'exister au cours d'une succession de gouvernements différents, soit la définition d'un plan national permettant d'aider les villes et les collectivités à protéger leur personnel critique de première ligne et de garantir que les employés en question disposent des ressources et de l'expertise nécessaires pour jouer le rôle d'intervention qui leur a été imposé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. En tant que pays, nous devons protéger la santé des hommes et des femmes qui seront en première ligne et à qui incombera la responsabilité, dans le contexte d'une pandémie, de bien administrer les affaires de nos villes et collectivités, tout en protégeant le public.

Une interruption importante des services critiques, comme les services policiers, la gestion des déchets ou les services de santé publique, donnerait lieu à l'échec du plan d'intervention canadienne face à la pandémie, de sorte que nos villes et collectivités cesseraient de fonctionner. Par exemple, s'il n'y a pas suffisamment de travailleurs des transports en commun pour faire le travail requis, le service d'autobus et de trains légers est susceptible d'en pâtir et la saturation du réseau routier n'ira qu'en s'aggravant. À ce moment-là, les médecins, les infirmières et les travailleurs de la santé publique auraient du mal à se rendre aux hôpitaux, aux cliniques et aux centres provisoires de traitement de la grippe.

• (1605)

L'établissement d'une stratégie visant à protéger et à équiper les travailleurs essentiels constitue une priorité de longue date des municipalités. Bien avant l'apparition du virus H1N1, de nombreuses municipalités ont adopté des plans détaillés en vue de minimiser les effets sanitaires et économiques d'une pandémie.

Plus récemment, les municipalités ont intensifié leur travail de préparation en formant leur personnel, en préparant les centres locaux de traitement de la grippe, en mettant en oeuvre des stratégies de communications permettant de communiquer rapidement de l'information aux employés et aux citoyens et en accélérant l'acquisition de matériel de protection personnelle qui puisse être ajouté aux réserves actuelles. Le groupe de travail de la FCM chargé de la préparation à une pandémie, mis sur pied en avril 2008, est composé de travailleurs de la santé publique, de responsables des

services et interventions d'urgence et de fournisseurs de services d'urgence de première ligne de toutes les régions du Canada.

Nous avons la chance d'avoir parmi nous aujourd'hui Alain Normand, responsable des mesures d'urgence pour la Ville de Brampton et membre du groupe de travail en question. Ce dernier communique au gouvernement fédéral les renseignements qu'il récolte au sujet de faits récents, de pratiques exemplaires et de problèmes sur le terrain, mais il est certain que les gouvernements locaux ne peuvent pas faire cavalier seul dans ce domaine. Pour que les villes et les collectivités puissent continuer à bien fonctionner pendant une pandémie, les travailleurs municipaux de première ligne doivent pouvoir accéder à la réserve nationale de vaccins, de médicaments antiviraux et d'équipement de protection personnelle, ainsi qu'aux ressources générales et à l'expertise des spécialistes.

Je vous fait remarquer qu'en 2008, un groupe de travail de l'Agence de la santé publique du Canada a recommandé que cette dernière collabore avec tous les paliers de gouvernement afin de déterminer quels travailleurs sont rattachés à l'infrastructure essentielle et de garantir que ces derniers peuvent rapidement être évalués et soignés. Tout dernièrement, des responsables fédéraux ont déclaré publiquement que les travailleurs essentiels devraient avoir la priorité pour l'accès au vaccin contre le virus H1N1.

Les dirigeants municipaux trouvent encourageantes un certain nombre de récentes déclarations publiques qui laissent entendre que le gouvernement fédéral comprend la nécessité de protéger les employés essentiels de première ligne, mais il faut, selon nous, élaborer et mettre en oeuvre une norme ou stratégie nationale concernant l'équipement et la protection à fournir à de tels travailleurs, et il faut que les municipalités soient consultées par le gouvernement fédéral et participent à l'élaboration d'un tel plan.

À présent, le vrai défi consiste à joindre le geste à la parole et donc à agir rapidement. Les villes et les collectivités du Canada sont prêtes à aider les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à recenser les employés municipaux essentiels et à protéger ces derniers. À l'approche de la saison grippale, nous avons encore le temps de corriger ce problème, mais il n'y a pas de temps à perdre.

Vu l'urgence de la situation actuelle, nous demandons au gouvernement du Canada de donner suite aux quatre recommandations que voici: premièrement, définir et mettre en oeuvre un plan national, de concert avec les municipalités, en vue de protéger la sécurité des travailleurs essentiels de première ligne et de s'assurer qu'ils pourront continuer à travailler; deuxièmement, mettre sur pied un groupe de travail sur les médicaments antiviraux qui devraient être recommandés en prophylaxie afin de mobiliser tous les paliers de gouvernement et de les amener à prendre les mesures qui s'imposent afin de garantir que les travailleurs rattachés à l'infrastructure essentielle puissent rapidement être évalués et soignés; troisièmement, s'assurer que les travailleurs rattachés à l'infrastructure essentielle aient un accès prioritaire au vaccin contre la grippe H1N1; et, quatrièmement, s'assurer que les municipalités aient accès à l'expertise et aux ressources dont elles ont besoin pour s'acquitter des responsabilités qui leur sont conférées par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en ce qui concerne les mesures d'intervention à prendre face à la pandémie.

Merci, mesdames et messieurs. Mes collègues et moi sommes à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

• (1610)

La présidente: Merci beaucoup pour votre exposé.

Nous ouvrons maintenant un tour de sept minutes pour les questions et les réponses, et la première intervenante sera Mme Neville.

Une voix: N'aviez-vous pas l'intention de mentionner le Dr Kendall?

La présidente: Oui, je devrais en parler. Merci de me l'avoir rappelé.

Le Dr Kendall fera son exposé à 16 h 30 en vidéoconférence, et il faut donc garder cela à l'esprit. Je vais essayer de faire avancer la discussion avec efficacité, pour que nous respections notre horaire.

Madame Neville, vous avez la parole.

L'hon. Anita Neville (Winnipeg-Centre-Sud, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je voudrais, tout d'abord, remercier chacun d'entre vous de votre présence parmi nous cet après-midi, surtout que vous avez eu très peu de préavis, me semble-t-il. Merci aussi pour vos exposés.

Vous soulevez plusieurs questions importantes. L'un d'entre vous a parlé de la variabilité des interventions d'une région à l'autre du pays et je voudrais donc dire publiquement, madame la présidente, pour que ce soit consigné au compte rendu de la réunion, que le groupe précédent de témoins nous a fourni ce que je crois être des renseignements inexacts, notamment en ce qui concerne les collectivités des premières nations et leur état de préparation.

J'ai eu l'occasion lundi de rencontrer les responsables des premières nations relevant du Traité 3 pour discuter de questions de santé et il est tout à fait manifeste qu'un tiers des collectivités concernées n'ont pas encore élaboré de plans. De plus, bon nombre des plans qui existent ailleurs ne sont pas à jour et ont besoin d'être actualisés. Donc, en ce qui me concerne, cette information n'est pas exacte puisque nous parlons de mesures d'intervention tout à fait disparates d'un bout à l'autre du pays. Je suis parfaitement au courant de ce qui se fait et de ce qui ne se fait pas dans la province du Manitoba et, encore une fois, je trouve inquiétant de voir qu'il existe autant de variabilité au niveau des interventions, notamment dans les collectivités des premières nations, mais peut-être aussi, dans l'ensemble du Canada.

Je tiens à transmettre mes remerciements à vos deux organismes parce que ce que vous avez fait, chacun à votre façon, c'est recenser les lacunes que vous avez pu repérer dans les plans actuels. Chaque groupe a parlé des recommandations qui ont été faites à la suite de la crise du SRAS, et j'invite donc les porte-parole des deux groupes à nous fournir d'autres détails au sujet de ces lacunes, telles que vous les percevez, et le type de participation et de consultation que vos organismes respectifs jugent souhaitable afin de les combler.

Mme Jan Kasperski: Il est important que le comité comprenne que le virus H1N1 et la grippe dite saisonnière sont des infections communautaires qui sont surtout traitées par les médecins de famille en Ontario. Le SRAS touchait principalement l'environnement hospitalier; il s'agissait d'une maladie très grave, et les victimes devaient donc être hospitalisées.

Là nous parlons d'éclotions qui touchent les collectivités, et notamment les personnes qui y habitent et qui y travaillent. Selon moi, on n'a pas mis autant l'accent sur la nécessité de fournir aux médecins de famille de première ligne et aux infirmières de la santé publique l'équipement, les ressources humaines et l'information qu'il leur faut pour bien se préparer à traiter des cas de grippe saisonnière et de grippe H1N1.

À chaque saison, il faut faire vacciner autant de personnes que possible contre la grippe saisonnière. Voilà qui met à rude épreuve

les services de santé publique et les médecins de famille. Cet automne, nous devons administrer, presque simultanément, un vaccin pour deux souches différentes de grippe — d'abord pour la grippe saisonnière et ensuite pour la grippe H1N1 — alors qu'en même temps, nous devons prendre en charge dans la collectivité des patients très malades. Nous sommes très inquiets en ce qui concerne notre capacité de supporter une telle charge de travail.

Nous n'avons pas reçu les fournitures dont nous avons besoin, ni...

• (1615)

L'hon. Anita Neville: Pourrais-je vous interrompre? Je m'intéresse également à la question de votre participation éventuelle à la planification et à la préparation fédérales.

Mme Jan Kasperski: Je ne peux vous parler que de ce qui s'est fait en Ontario. Il y a un médecin de famille qui collabore avec l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, et un autre collabore avec le ministère. Ce dernier nous consulte de temps à autre, mais je ne dirais pas que notre participation à la planification a été particulièrement décisive. Je pense que nous en sommes maintenant à l'étape où cette participation doit absolument s'intensifier.

L'hon. Anita Neville: Mon temps de parole est limité, car je ne dispose que de sept minutes. J'aimerais aussi entendre le point de vue des municipalités.

Ce qui m'inquiète beaucoup, ce sont les mesures concrètes dont peuvent profiter vos organismes. Les mères doivent envoyer leurs enfants à l'école, qu'on parle du jardin d'enfants ou des garderies, du niveau élémentaire ou des études postsecondaires. Il nous faut savoir que des plans d'intervention sont en place à tous les niveaux et que les organismes hôtes ou ceux qui se trouvent sur le terrain ont leur mot à dire au sujet des renseignements qui sont communiqués au public.

M. Berry Vrbanovic: Je vous remercie.

Madame Neville, nous demandons tout simplement au gouvernement fédéral de définir et de mettre en oeuvre, de concert avec les municipalités, un plan national qui permettra de protéger les travailleurs essentiels de première ligne et de garantir qu'ils pourront continuer à travailler pendant une pandémie. En réponse à votre question au sujet des discussions qui ont pu avoir lieu, depuis fort longtemps nous dialoguons avec le gouvernement fédéral sur la nécessité d'élaborer un tel plan. Lors de l'écllosion du virus H1N1, nous avons de nouveau soulevé la question dans une lettre adressée par notre président à la ministre de la Santé au début mai. Depuis lors, notre personnel a discuté de la question avec divers responsables fédéraux, y compris l'administrateur en chef de la santé publique, et nous trouvons encourageantes les récentes déclarations laissant entendre que les autorités fédérales comprennent la nécessité de répondre aux besoins des travailleurs essentiels de première ligne, même si, à notre connaissance, il n'existe pas encore de plan national permettant de le faire.

Mon collègue, M. Normand, voudrait peut-être vous donner le point de vue des employés municipaux.

M. Alain Normand (directeur, mesures d'urgence et sécurité générale, Ville de Brampton, Fédération canadienne des municipalités): Oui, madame la présidente. Nous-mêmes avons été touchés par la crise du SRAS et nous avons été obligés d'intervenir. Un certain nombre de situations se sont présentées pour lesquelles nous n'étions pas préparés, étant donné que l'attention des uns et des autres était axée exclusivement sur l'aspect santé et les hôpitaux. Entre-temps, nos conducteurs d'autobus ont menacé de débrayer en masse parce qu'ils estimaient ne pas bénéficier d'une protection suffisante pendant la crise du SRAS. Nous savons qu'ils n'avaient pas vraiment besoin d'équipement spécial; cependant, les travailleurs de première ligne n'avaient pas obtenu suffisamment d'information pour leur permettre d'évaluer correctement leur situation. Nous avons donc dû intervenir et rapidement réunir toutes sortes de renseignements à transmettre à nos travailleurs de première ligne.

Ce n'est qu'un exemple parmi d'autres. Pendant cette crise, on s'intéressait surtout à ce qui se passait dans les hôpitaux, alors qu'à l'arrière-plan, l'infrastructure requise pour que les hôpitaux puissent continuer à fonctionner était totalement ignorée. Par conséquent, nous souhaitons que les municipalités participent beaucoup plus à l'élaboration des plans, afin que, lorsqu'il y aura une prochaine écloison du H1N1, nous ayons la capacité de réagir plus efficacement que pendant la crise du SRAS.

La présidente: Merci.

La parole est maintenant à M. Malo.

L'hon. Carolyn Bennett: Je pense que M. Maxted voulait intervenir.

La présidente: Monsieur Malo, nous avons déjà deux minutes de retard. Peut-être pourriez-vous continuer la discussion en posant une question au Dr Maxted, si vous le désirez. C'est à vous de voir, monsieur Malo. Vous avez la parole.

[Français]

M. Luc Malo: Madame la présidente, j'aurais une demande particulière à vous faire. Puisqu'il y a un témoin que nous n'avons pas encore entendu, serait-il possible de prendre seulement la moitié du temps et de reprendre la deuxième moitié du temps après la présentation du prochain témoin?

• (1620)

[Traduction]

La présidente: Excusez-moi, j'étais en train de consulter la greffière. Allez-y, monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo: Madame la présidente, puisqu'il y a un témoin que nous n'avons pas entendu, me permettez-vous de prendre la moitié du temps à ce stade-ci et de prendre l'autre moitié du temps une fois que j'aurai entendu le témoignage du dernier témoin, de façon à avoir un tour de parole plus complet?

[Traduction]

La présidente: J'essaie de m'assurer que nous respectons l'horaire. Une autre personne voudrait poser une question; souhaitez-vous que ce soit pris sur votre temps de parole, monsieur Malo?

[Français]

M. Luc Malo: Je prendrais trois minutes et demie maintenant et trois minutes et demie plus tard.

[Traduction]

La présidente: Oui, bien sûr. Pas de problème. Merci.

[Français]

M. Luc Malo: Je m'adresse aux représentants de la Fédération canadienne des municipalités. Puisque les villes relèvent plus directement des provinces, ce manque de communication que vous avez ciblé est-il généralisé, ou y a-t-il des endroits où ça va mieux que d'autres? Êtes-vous en mesure de répondre à cette question?

[Traduction]

M. Berry Vrbanovic: En réponse à votre question, je dirais qu'il faut se rappeler que les pandémies ne connaissent pas de limites juridictionnelles, qu'on parle des autorités municipales, provinciales, territoriales ou fédérales. Le fait est qu'il nous faut un plan exhaustif qui tienne compte de la situation de chaque Canadien, d'un bout à l'autre du Canada et permette de garantir que les besoins de l'ensemble des collectivités soient pris en compte — notamment, dans le cas des municipalités, les besoins des travailleurs de première ligne — afin que nous puissions tous intervenir positivement auprès de nos citoyens si la situation s'aggrave.

[Français]

M. Luc Malo: Vous dites donc que dans l'élaboration du plan d'action, les municipalités sont peu ou pas consultées. Est-ce bien cela?

[Traduction]

M. Berry Vrbanovic: Comme je l'ai indiqué dans une réponse antérieure, depuis que notre président a adressé une lettre à la ministre au début mai, nous avons dialogué avec des responsables fédéraux à ce sujet. Au cours des dernières semaines, nous avons trouvé encourageantes un certain nombre d'annonces et de déclarations publiques qui ont été faites au sujet de la nécessité de garantir la protection des travailleurs de première ligne et l'accès aux médicaments antiviraux et au vaccin. Cependant, nous n'avons pas encore entendu parler d'un plan national visant à répondre spécifiquement aux besoins des travailleurs de première ligne dans nos municipalités, alors que, à notre avis, ces derniers sont absolument essentiels à la mise en oeuvre d'une bonne stratégie nationale de lutte contre la pandémie.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Merci, madame la présidente.

J'ai seulement trois ou cinq minutes à ma disposition, et je voudrais donc commencer par poser une question à M. Normand. Vous êtes un expert de la préparation d'urgence. Il semble évident que vous n'êtes pas tous tout à fait ravis de l'approche adoptée par le gouvernement fédéral et vous estimez qu'il faut un plan national prévoyant le financement et les consultations nécessaires, de même que des exigences rigoureuses. Permettez-moi, cependant, de vous poser un certain nombre de questions précises.

Nous sommes actuellement le 12 août et, selon les prédictions, une écloison pourrait se produire dès le mois de septembre. Quelles instructions avez-vous reçues du gouvernement fédéral concernant les situations bien précises — par exemple, ce que doivent faire les ambulanciers? Vous a-t-on dit que ces derniers doivent porter un masque s'ils transportent un patient atteint du H1N1? Ou, si vous êtes un agent de police qui a été chargé de faire respecter une quarantaine, avez-vous reçu des directives précises du gouvernement fédéral concernant la procédure à suivre dans ce contexte?

M. Alain Normand: Merci, madame la présidente.

Oui, nous avons reçu certains renseignements. En fait, la semaine dernière, nous avons reçu du gouvernement fédéral des instructions à l'intention des secouristes opérationnels — c'est-à-dire, les policiers, les pompiers et les ambulanciers paramédicaux. Mais, c'était très court. Il s'agissait de renseignements de base fort succincts. Donc, nous souhaitons en recevoir davantage, et nous sommes disposés à collaborer directement avec le gouvernement fédéral pour l'élaboration de lignes directrices plus complètes et détaillées.

Ces lignes directrices portent surtout sur la façon de se laver les mains et de porter un masque. Je dois dire que nous avons de la chance à la Ville de Brampton. Notre collectivité est plus grande que d'autres et, il y a bien longtemps, nous avons pris le temps de faire essayer et ajuster des masques pour chacun de nos travailleurs d'intervention d'urgence. Je ne peux pas vous garantir qu'il en va de même pour les plus petites localités. Ces dernières n'ont peut-être pas autant de ressources que nous, et c'est justement cela qui m'inquiète. Même si je suis de Brampton, en tant que représentant de la FCM, je m'inquiète de la capacité d'intervention des autres localités.

• (1625)

Mme Judy Wasylcia-Leis: Ces directives ont-elle été transmises à la suite de la lettre de fond que vous avez fait parvenir à la ministre le 27 juillet?

M. Alain Normand: En fait, je dirais que nous les avons reçues peu de temps après.

Mme Judy Wasylcia-Leis: De toute évidence, vos protestations ont suscité une réaction. Peut-être aurons-nous une autre réaction à la suite de la réunion d'aujourd'hui.

M. Alain Normand: Nous espérons pouvoir ouvrir ce genre de dialogue. C'est la raison pour laquelle nous nous présentons devant vous aujourd'hui.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Permettez-moi de vous poser la question que voici, docteur Maxted: vous avez parlé dans vos remarques liminaires de la nécessité d'agir immédiatement, en disant que ce n'est plus le moment de faire des études et que, si nous avons déjà suffisamment d'information pour conclure que les collectivités des premières nations et les Inuits sont plus gravement touchés par le H1N1 que d'autres, pourquoi n'a-t-on pas jugé bon de prendre des mesures dès maintenant pour s'attaquer à ce problème?

D'ailleurs, si je peux me permettre de répliquer à la remarque de M. Clarke de tout à l'heure, ce n'est pas manquer de fierté nationaliste que d'affirmer une telle chose. Pour moi, il s'agit simplement de reconnaître qu'il peut y avoir une incidence disproportionnée sur certaines populations et, par exemple, si nous apprenions que les femmes étaient davantage touchées que les hommes, nous poserions exactement les mêmes questions.

Donc, j'aimerais que vous me disiez ce qu'il convient de faire tout de suite à ce chapitre. Si nous avons la chance d'obtenir que la ministre revienne un autre jour pour discuter de cette question, que devrions-nous lui demander dont il n'aurait pas été question aujourd'hui?

M. John Maxted: J'ai remarqué que bon nombre de vos questions aujourd'hui portaient sur la planification: quels sont vos plans dans ce domaine, quels sont vos plans dans tel autre domaine, etc.? Mais, en ce qui me concerne, un plan n'est bon que dans la mesure où il est mis en oeuvre et, en fait, nous avons déjà des plans — ou plutôt, il existe déjà des plans. Je pourrais vous renvoyer au plan national de lutte contre la pandémie, qui comporte entre 600 et 800 pages, et que très peu de gens ont réellement lu — sauf moi, puisque je l'ai lu. Je pourrais aussi vous parler des autres plans élaborés par les

municipalités, les hôpitaux d'autres régions sanitaires, etc., plans qui sont substantiels et utiles. Mais, en réalité, tout plan n'est efficace que dans la mesure où il est vraiment mis en application.

Donc, c'est au niveau de l'application que nous avons commencé à nous rendre compte, dans le contexte du virus H1N1, qu'il existe un certain nombre de problèmes, et certains de ces problèmes sont liés aux communications. Quelqu'un tout à l'heure a parlé de mesures « disparates ». Je pense que nous avons effectivement observé, dans notre vaste pays, que les mesures établies sont disparates. Cela vaut pour les communications avec les fournisseurs de services de première ligne qui, d'ailleurs, sont parmi les plus importants fournisseurs du réseau. Ce ne sont pas nécessairement les spécialistes de la médecine communautaire, ni même les experts des soins intensifs, qui s'occupent des personnes qui meurent. En réalité, c'est la grande majorité des citoyens qui se présentent aux centres de soins primaires qui devraient nous intéresser car, même si ces personnes n'arrivent pas avec une étiquette sur le front qui indique qu'elles sont atteintes du virus H1N1, elles ont besoin d'obtenir un diagnostic et d'être soignées et prises en charge en bonne et due forme, et ce avant d'être admises aux unités de soins intensifs.

Donc, en ce qui me concerne, c'est l'étape de la mise en oeuvre qui doit vraiment nous intéresser le plus, de même que la disponibilité des ressources. À la fin de mes remarques liminaires, je disais tout simplement que nous sommes prêts à travailler à la fois avec les agences de santé publique et les autorités locales chargées de la santé publique. Mais, la réaction de ces dernières n'a pas toujours été aussi positive.

La présidente: Merci beaucoup, docteur Maxted, de nous avoir fait part de vos réflexions, et de vos commentaires ici devant le comité.

Nous allons maintenant entendre les propos du Dr Perry Kendall, qui représente le Réseau pancanadien de santé publique.

Bonjour, docteur Kendall. Bienvenue au comité. M'entendez-vous bien? Je suis désolée. Il n'y a pas de son. Entendez-vous quelque chose?

Dr Perry Kendall (coprésident provincial/territorial, Comité consultatif spécial sur le H1N1, Réseau pancanadien de santé publique): Bonjour. M'entendez-vous?

La présidente: Oui, docteur Kendall, nous vous entendons maintenant.

Je m'appelle Joy Smith et je suis présidente du comité. Comme vous le savez nous avons reçu des témoins qui se sont prononcés sur le sujet à l'étude, soit le virus H1N1. Docteur, vous avez 10 minutes pour faire votre exposé liminaire. Par la suite, nous allons passer à la période des questions.

Vous avez donc la parole pour faire vos remarques liminaires.

Dr Perry Kendall: Merci, madame la présidente.

Je tiens absolument à remercier le comité de m'avoir inclus au programme et de me permettre de lui faire part de mes vues aujourd'hui. Je suis le médecin en chef pour la province de la Colombie-Britannique. Depuis 2005, je suis le coprésident provincial/territorial du Réseau pancanadien de santé publique qui, comme vous le savez, a été mis sur pied par les ministres de la Santé à la suite de la crise du SRAS afin de mieux articuler les systèmes de santé publique du Canada aux niveaux fédéral, provincial et territorial.

Le Réseau pancanadien de santé publique est composé de hauts fonctionnaires fédéraux-provinciaux-territoriaux responsables de la santé publique qui relèvent de la Conférence des sous-ministres de la santé. Le réseau compte six groupes d'experts qui ont recours aux connaissances des spécialistes d'un bout à l'autre du Canada en ce qui concerne la planification d'urgence, les laboratoires de santé publique, la surveillance, le contrôle des maladies transmissibles, la promotion de la santé de la population et la prévention des maladies chroniques. Il entretient des relations étroites avec le Conseil des médecins hygiénistes en chef venant de toutes les régions du Canada et qui représentent, en réalité, la moitié des membres du Conseil. Ce dernier entretient également des relations étroites avec les centres nationaux de collaboration en santé publique.

L'une des principales tâches que nous avons accomplies depuis notre création en 2005 a été de préparer et d'actualiser le plan canadien de lutte contre la pandémie.

À la mi-avril, le nouveau virus grippal H1N1 s'est manifesté au Mexique. Le Réseau de santé publique, de même que les sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux, ont établi des communications pour ainsi dire quotidiennes afin de coordonner les activités et les mesures d'intervention face à l'apparition du H1N1.

En avril ou mai, les sous-ministres de la Santé ont mis sur pied un comité consultatif spécial chargé du H1N1, composé de tous les médecins hygiénistes en chef du Canada, de tous les représentants du Réseau pancanadien de santé publique et de responsables de l'Agence de la santé publique du Canada. Avec le Dr David Butler-Jones, je coprésidé ce comité depuis sa création. Ce dernier se réunissait tous les jours jusqu'au début juin et, depuis lors, il se réunit deux fois par semaine et fait rapport chaque semaine aux sous-ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux.

Ce comité est chargé d'examiner tout particulièrement la question du H1N1, et l'une de nos responsabilités consistaient à mettre sur pied un organisme qui puisse répondre en temps opportun aux besoins liés au virus H1N1 dans l'ensemble du Canada. Nous avons donc créé ce que nous appelons le Comité de coordination des interventions liées à la pandémie, qui est un plus petit groupe de membres du Réseau, et qui inclut des représentants des groupes d'experts pertinents, de même que des experts de toutes les régions du Canada. C'est un peu comme un comité exécutif dont la tâche consiste à planifier les mesures d'intervention de façon prospective pendant l'été, en prévision de la réapparition du virus H1N1 à l'automne, au moment de la rentrée scolaire.

Ce comité de coordination a déjà établi certaines structures en mettant à profit l'expertise provinciale, territoriale, clinique et épidémiologique qui existe dans l'ensemble du pays. Nous avons donc un groupe de travail chargé de la surveillance, de l'épidémiologie et de la préparation des laboratoires. Nous avons créé un autre groupe de travail qui prépare des lignes directrices sur le contrôle des infections et la santé au travail. Nous avons un autre groupe qui est chargé de mettre au point une plateforme de communications, en s'appuyant sur les travaux déjà réalisés par le Réseau pancanadien de santé publique.

Parmi les mesures de préparation qui avaient été prises précédemment en vue d'une pandémie, et qui nous ont certainement aidés cette année, nommons la constitution d'une réserve de médicaments antiviraux, l'élaboration de propositions relatives à l'accès au vaccin et aux établissements en mesure de fournir le vaccin et la mise sur pied d'une plateforme de communications au sujet de la grippe en général qui puisse facilement être adaptée au H1N1. Nous

avons également un groupe de travail chargé de l'obtention du vaccin, qui élabore les critères d'acquisition et de mise au point d'un vaccin contre un virus pandémique. De même, nous avons un groupe composé de nos propres experts du contrôle des maladies infectieuses qui étudie d'autres vaccins — par exemple, un vaccin antipneumococcique — de même que les critères à établir pour un vaccin contre la grippe dite saisonnière.

Nous avons un groupe qui examine les mesures de santé publique, les fermetures d'écoles, les lignes directrices à l'intention des colonies de vacances, les réunions de groupes, etc.

Nous avons un groupe qui collabore avec les vétérinaires en chef du Canada pour examiner la question de la transmission d'animal à humain et les conséquences zoonotiques des infections aviaires ou porcines pour l'humain, par exemple.

Nous avons un groupe chargé des lignes directrices cliniques. Ce dernier a déjà élaboré des lignes directrices cliniques pour les femmes enceintes et prépare également des lignes directrices cliniques pour les médecins urgentistes, etc.

• (1630)

De plus, nous avons un groupe qui examine l'utilisation des médicaments antiviraux, la priorisation des groupes et la nécessité d'avoir recours aux antiviraux. Nous avons un groupe qui examine la gestion de la réserve de médicaments antiviraux et les mesures de réapprovisionnement, et nous avons aussi un groupe qui examine la situation dans son ensemble relativement à tous ces différents produits, afin de s'assurer que les besoins des collectivités éloignées, isolées et autochtones sont pris en compte.

Le travail réalisé par ces différents groupes de travail au cours de l'été, qui est terminé dans bien des cas et loin d'être terminé dans d'autres, nous permet d'avoir une idée générale de l'état actuel du virus H1N1 dans le monde entier, notamment dans les hémisphères sud et nord, en plus de nous permettre de suivre la propagation de la maladie, sa virulence, son incidence sur les citoyens individuels, les collectivités, le système de soins de santé et le système global des services sociaux, et élaborer des lignes directrices qui s'appuient sur des données probantes qui peuvent être utilisées dans toutes les provinces du Canada. Ou encore, si ces dernières ne sont pas utilisées de la même façon partout — d'ailleurs, il n'est pas prévu qu'elles constituent un modèle rigide — ces lignes directrices fourniront un certain nombre de principes qui s'appuient sur des données probantes et que les provinces et territoires pourront utiliser pour définir leurs propres mesures d'intervention, élaborer des lignes directrices à l'intention du personnel infirmier, des médecins, des hôpitaux, des travailleurs de la santé, des ambulanciers et d'autres intervenants du même genre, des écoles, des exploitants de camps de jour ou même du grand public, de sorte qu'un cadre d'intervention s'appuyant sur des données probantes soit bien en place et prêt à être mis en oeuvre dès l'automne, au moment où nous nous attendons à ce que la deuxième vague d'infection due au H1N1 apparaisse dans l'hémisphère nord.

Je pourrais vous fournir de plus amples détails sur les plans de travail approuvés par ce groupe, et présentés et avalisés par les sous-ministres de la Santé, ces derniers devant en répondre devant les ministres de la Santé, ou je pourrais m'arrêter là pour vous laisser plus de temps pour vos questions, au lieu de vous énumérer une série de résultats que nous comptons obtenir d'ici la fin de l'été.

• (1635)

La présidente: Je m'en remets à la volonté du comité. Souhaitez-vous ouvrir la période des questions?

Monsieur Malo, comme je vous l'avais promis — et vous devez vous en souvenir — je vous accorde maintenant deux minutes et demie.

Merci.

[Français]

M. Luc Malo: Merci, madame la présidente.

Docteur Kendall, merci d'être ici cet après-midi.

Lorsque la ministre a quitté la séance aujourd'hui, elle a fait une annonce dans le corridor qu'elle n'a pas faite devant les membres du comité. Elle a annoncé que la semaine prochaine, elle allait présenter un plan pour les écoles. On sait très bien que les écoles ne sont pas gérées par le gouvernement fédéral, mais qu'elles relèvent des autorités compétentes des différentes provinces.

À titre de coprésident provincial-territorial du Comité consultatif spécial sur le H1N1, pouvez-vous me dire si ce sont effectivement les différentes provinces qui sont au cœur de l'élaboration de ce plan pour les écoles?

[Traduction]

Dr Perry Kendall: Je vous remercie. C'est une bonne question.

Nous savons que les écoles constituent des lieux de culture des virus grippaux qui favorisent leur propagation. Quand ces virus se manifestent dans une collectivité, ils touchent tout d'abord les jeunes, car les jeunes sont naïfs et ont peu de résistance. Dans les garderies et les écoles australiennes, en raison des contacts étroits qui caractérisent ce milieu, nous constatons que le virus se reproduit à un rythme accéléré dans ces milieux avant d'être transmis aux familles et de contaminer, d'abord, la population adulte, et ensuite, la collectivité dans son ensemble.

L'un des critères que nous examinons concerne ce qui devrait être fait lors d'éclotions dans les écoles. Convient-il de fermer les écoles? D'après ce que qui a été observé, comme les virus se propagent dans les écoles, en fermant les écoles et en obligeant les enfants à rester chez eux, il est possible de ralentir la propagation du virus et de retarder sa transmission à la population générale. En fait, c'est cela qui s'est produit pendant les vacances d'été. Le virus était présent dans la collectivité en général mais, quand les écoles ont été fermées pour les vacances d'été, le niveau d'activité du virus grippal a diminué. Lorsque les enfants auront repris l'école, ce niveau d'activité va recommencer à augmenter.

En Colombie-Britannique et au sud de la frontière, aux États-Unis, notre réaction initiale était de fermer les écoles une fois qu'on y avait établi la présence du H1N1. D'autres provinces n'ont pas fait cela. Nous avons examiné les faits, afin de déterminer dans quelle mesure la fermeture des écoles peut aider à atténuer ou à faire diminuer la propagation de la grippe. On se disait que si la grippe était particulièrement virulente, au point de rendre de nombreux enfants très, très malades et d'influer de façon importante sur la santé de la population en général, il vaudrait peut-être la peine de subir les coûts sociaux de la fermeture des écoles — car une telle mesure a nécessairement des répercussions sur l'économie en général, et notamment sur les parents qui doivent rester à la maison. Cette stratégie n'est efficace que si les enfants restent vraiment à la maison et sont relativement isolés. Si nous fermons les écoles mais les enfants continuent à fréquenter les centres commerciaux, nous n'aurons obtenu rien de plus comme résultat que la perturbation du processus d'éducation au sein de la société civile.

Nous avons examiné les faits, et les documents dont parlait la ministre sont effectivement des lignes directrices s'appuyant sur des données probantes à l'intention des responsables de la santé publique

et scolaires; on leur indique ce qu'ils devraient ou ne devraient pas faire lors d'éclotions de la grippe H1N1 dans les écoles. Il s'agit essentiellement de mettre l'accent sur la prévention — en gardant les enfants malades à la maison — sur l'hygiène, sur le repérage et l'isolement des enfants malades, en attendant qu'ils retournent chez eux, et le maintien de l'activité scolaire tant qu'il y a suffisamment de personnel adulte de disponible pour garder l'école ouverte.

• (1640)

La présidente: Merci, docteur Kendall.

La parole est maintenant au Dr Colin Carrie, qui voudrait vous poser des questions.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup, madame la présidente. J'aimerais remercier le Dr Kendall de participer à la réunion de cet après-midi.

Docteur Kendall, je me rends compte que votre travail est parfois assez délicat. Vous devez jongler avec toutes sortes de considérations différentes et je tiens donc à vous féliciter de l'excellent travail que vous faites en examinant toutes ces importantes questions fédérales-provinciales-territoriales et juridictionnelles. Mon collègue du Bloc a soulevé un point très important en ce qui concerne les écoles, à savoir qu'il faut des mesures d'intervention qui s'appuient sur des données probantes par rapport aux différents scénarios auxquels nous sommes susceptibles d'être confrontés.

Nos collègues des municipalités ont également avancé de bons arguments. Pour moi, chacun sait que l'ASPC est responsable du dossier H1N1 mais, s'agissant de l'infrastructure essentielle, les municipalités sont chargées de la sécurité publique sur le terrain. En ce qui me concerne, cela suppose nécessairement énormément de coordination.

L'un des points soulevés précédemment concernait le fait qu'il ne semble pas y avoir de plan fédéral. Or c'est justement cela que nous avons. Nous avons un plan fédéral et nous sommes en train de l'appliquer — d'ailleurs, vous jouez un rôle tout à fait critique dans la mise en oeuvre de ce plan.

Premièrement, par rapport aux préoccupations exprimées par les responsables municipaux... ils ont dit qu'il n'existe pas de plan permettant de protéger les travailleurs de première ligne. Pourriez-vous donc nous fournir d'autres détails au sujet du plan que vous êtes en train d'élaborer?

Le Collège des médecins de famille du Canada, de même que le Dr Butler-Jones, ont abordé la question de l'amélioration des communications. À mon avis, c'est justement cela l'objet de cet exercice. Certains intervenants clés ont néanmoins l'impression que nous n'avons pas de plan. Donc, il semble que, bien que nous ayons un plan, la communication de ce plan n'est pas efficace.

Pourriez-vous donc nous parler un peu de ce que nous pouvons faire — c'est-à-dire, ce que le gouvernement fédéral pourrait faire éventuellement, de concert avec les provinces? Les municipalités relèvent de la responsabilité des provinces, et je me demande donc ce que nous pourrions faire avec les provinces pour améliorer les communications et répondre aux préoccupations fort valables des municipalités en ce qui concerne le plan global que nous avons élaboré au niveau fédéral?

Je me rends compte que cette question est longue, mais faites de votre mieux pour y répondre.

Dr Perry Kendall: Je vous remercie. Voilà une autre bonne question.

Notre plan canadien de lutte contre la pandémie repose sur deux grands objectifs: premièrement, réduire la mortalité et la morbidité, notamment chez les personnes les plus vulnérables et, deuxièmement, maintenir l'infrastructure sur laquelle repose la société civile, ainsi que l'infrastructure essentielle. Les deux sont liées, en ce sens que si nous réussissons à garder les citoyens dans le meilleur état de santé possible, en minimisant les taux d'infection, la fréquence des maladies et l'absentéisme, nous aurons une population active plus importante qui pourra donc administrer le système de soins de santé, entretenir les ponts, exploiter les traversiers, assurer les services de transport et ceux liés à l'infrastructure municipale — c'est-à-dire la police, les pompiers, les services d'ambulance, etc. Donc, l'une de nos grandes priorités consiste à nous assurer que les travailleurs de première ligne continueront d'être en bonne santé et, dans le contexte actuel, il s'agit pour nous de prévoir des mesures d'intervention précoce telles que l'accès aux médicaments antiviraux, notamment pour les personnes qui sont malades ou sont particulièrement susceptibles de tomber gravement malades.

L'autre élément de la planification qui remonte à plusieurs années et qui doit se faire, comme vous nous l'avez fait remarquer, me semble-t-il, aux niveaux provincial, territorial ou local, concerne le dialogue que les autorités sanitaires locales et régionales, ou les agences locales de santé publique, doivent ouvrir avec leurs homologues municipaux. En Colombie-Britannique certainement, et probablement dans le reste du pays, la principale responsabilité des mesures d'intervention en cas de catastrophe ou d'urgence relève des municipalités. Il s'agit là d'un de leurs rôles fondamentaux.

Nous-mêmes et la plupart des provinces, me semble-t-il, avons diffusé des annexes de leurs plans, qui comprennent des lignes directrices destinées aux municipalités et aux commerces en général, afin de les aider à se préparer pour des événements prévisibles, tels que les pandémies, notamment en examinant les structures qui sont essentielles à leur mission et en s'assurant d'élaborer un plan d'activités en fonction d'effectifs réduits, par suite d'un taux d'absentéisme accru; il s'agit, par exemple, de faire en sorte que certaines composantes de l'infrastructure essentielle existent en double ou peuvent être reproduites, pour qu'il y ait au moins une personne qui sache où se trouve l'interrupteur critique permettant de gérer les opérations de l'établissement de traitement des eaux usées ou du réseau électrique. C'est au niveau local que cela doit se faire, et cela suppose vraiment une collaboration intense avec les responsables locaux de la santé publique qui sont au courant de tous les détails.

Il me semble que, avant l'apparition du H1N1, partout au Canada une certaine lassitude se manifestait en ce qui concerne la planification en vue d'une pandémie. Il existait une telle multitude d'activités qu'il devenait difficile de maintenir le rythme; il aurait fallu continuer année après année après année. Selon moi, il a fallu le coup de semonce qu'a été l'apparition du H1N1 pour nous ramener à la réalité, et surtout certaines personnes peut-être, qui se rendaient compte alors que leur planification n'était pas à jour, que leur site Web n'était pas à jour et que les passerelles essentielles qui devaient exister au niveau local étaient absentes.

• (1645)

M. Colin Carrie: Êtes-vous en train de dire aux membres du comité que ces passerelles sont actuellement en train de s'établir? Je sais que la ministre a mentionné qu'elle travaille à la conclusion d'un protocole d'entente avec les provinces. En même temps, les commentateurs de nos collègues municipaux au sujet de la priorisation de l'accès aux antiviraux et au vaccin m'ont beaucoup

intéressé. Vous dites que vous êtes déjà en train de faire cela, mais on dirait qu'ils ne sont pas au courant.

Nous avons déployé énormément d'efforts pour élaborer ce plan. Il existe 2006, et nous y avons investi 1 milliard de dollars. Mais que peut faire le gouvernement fédéral pour améliorer les relations coopératives avec les provinces, afin que tous les renseignements nécessaires soient communiqués plus efficacement, de sorte que les travailleurs de première ligne...? Nous savons que ces derniers relèvent de la responsabilité des municipalités, mais il reste que les mesures d'intervention doivent être bien coordonnées. Que peut faire le gouvernement fédéral pour aider à faire transmettre des informations critiques? Il semble que, même si vous faites ce qu'on vous a demandé de faire, le message ne passe pas bien.

Avez-vous des conseils à nous faire à ce chapitre?

Dr Perry Kendall: Oui, tout à fait. Merci encore.

À mon avis, nous avons concentré la majorité de nos efforts sur le secteur des soins de santé en ce qui concerne la planification locale. Or les stratégies de communications qui sont élaborées, grâce au leadership de l'Agence de la santé publique et du gouvernement fédéral, doivent permettre d'ouvrir un dialogue avec des organismes comme la Fédération canadienne des municipalités, en vue de leur dire ce qui se passe, de déterminer avec eux quelles sont les voies de communications essentielles et de faire en sorte que les homologues provinciaux et territoriaux dialoguent avec... En Colombie-Britannique, nous avons la Union of B.C. Municipalities, par exemple, qui assistera à la réunion de septembre et je crois que la préparation au H1N1 sera l'axe de nos activités en Colombie-Britannique.

Donc, selon moi, il faut un ensemble uniforme de messages généraux et encourager les gens à tirer profit d'une base de données ou campagne de marketing sociale ou d'information publique, en choisissant les messages clés qu'ils désirent transmettre, les acheminant aux autorités provinciales et territoriales, et ainsi de suite, dans toute la chaîne hiérarchique — en Colombie-Britannique, aux autorités sanitaires régionales —; ou, en Ontario, je suppose que cela passerait par les 38 unités de santé publique, qui sont le plus souvent des créatures des municipalités concernées ou sont du moins cofinancées par elles.

La présidente: Merci beaucoup, docteur Kendall.

Docteure Bennett, vous avez la parole.

L'hon. Carolyn Bennett: Bonjour, docteur Kendall. C'est Carolyn Bennett qui vous parle.

Je tiens à vous féliciter de l'excellent travail que vous accomplissez par l'entremise du Réseau pancanadien de santé publique. En ce qui me concerne, vous avez joué un rôle de chef de file qui s'est avéré tout à fait critique. Disons que je dors bien la nuit, sachant que vous et vos collègues vous intéressez à toutes ces choses-là. À mon avis, la collaboration fédérale-provinciale a été beaucoup plus efficace à votre niveau que ce que nous avons pu observer jusqu'ici.

Par contre, certains autres partenaires trouvent inquiétant de constater qu'ils n'ont pas nécessairement été inclus — entre autres, les villes, mais aussi certains groupes d'intervenants clés, qu'il s'agisse des chefs de bande ou des médecins de famille, car ce sont ces gens-là qui devront mettre en oeuvre ce plan. Or ils ne sont pas convaincus de savoir comment les différents éléments du système s'emboîtent les uns dans les autres, dans le contexte du travail ardu réalisé par les différents comités.

Donc, j'aimerais savoir ce qui vous empêche de dormir la nuit. Qu'est-ce qui vous inquiète, à l'approche de l'automne, en ce qui concerne les lacunes potentielles? À votre avis, que faut-il faire afin de s'assurer que les ressources humaines nécessaires seront disponibles pour mettre en oeuvre ce plan? De plus, pensez-vous que les gens travaillant à votre niveau dans les provinces ont l'impression d'avoir suffisamment de ressources financières pour faire le nécessaire à partir de leurs budgets réguliers? Devrions-nous demander au gouvernement fédéral de fournir plus d'argent de même que les ressources réclamées par certains intervenants clés, qu'il s'agisse de masques, de séances de formation ou tout ce qui concerne la mise en application des divers éléments du plan car, après tout, simplement fournir des lignes directrices sans module de formation, boîte à outils ou autre chose... Il ne fait aucun doute que les personnes à qui nous avons parlé d'un bout à l'autre du Canada ne sont vraiment pas convaincues de savoir ce qu'il faut faire dès l'automne.

• (1650)

Dr Perry Kendall: Merci, docteur Bennett.

Selon moi, l'infrastructure en santé publique du Canada est faible. Elle manque de profondeur. Si quelques intervenants clés s'en vont ou tombent malades, il en résulte des lacunes très importantes qui sont difficiles à combler. D'ailleurs, à de nombreuses reprises, nous avons insisté là-dessus auprès des ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux.

Donc, les nouvelles sont à la fois bonnes et mauvaises. La mauvaise nouvelle, c'est que le virus H1N1 se manifeste en pleine période de graves contraintes économiques. Ainsi la capacité des provinces et territoires d'investir des ressources additionnelles dans leurs systèmes de soins de santé est limitée. Je peux parler pour la Colombie-Britannique, où nous avons certainement constaté que de telles contraintes existent. Il reste qu'il y a eu des acquisitions exceptionnelles grâce en partie au financement accordé par les provinces et territoires et, je suppose, le gouvernement fédéral.

J'aurais vraiment eu du mal à dormir la nuit si, par exemple, j'avais constaté que cette souche du H1N1 était beaucoup plus virulente, c'est à dire qu'elle se rapprochait davantage, soit de la grippe aviaire causée par le H5 que nous étudions, soit le H1N1 qui était à l'origine de la pandémie de 1918. Par rapport à la situation dans l'hémisphère sud, où les pays concernés n'ont pas eu l'avantage de faire de la planification préalable — d'ailleurs, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Chili ont eu des expériences très semblables — nous constatons que leurs systèmes de soins ont été mis à dure épreuve. Par contre, ces derniers n'ont pas été complètement paralysés; il n'y a pas eu un problème massif d'absentéisme dans le secteur des soins de santé, ni dans d'autres secteurs. Donc, je suis d'avis que si la tendance qui se dessine ici est semblable à ce qui a été observé en Nouvelle-Zélande et en Australie, nous allons nous en sortir. Nous serons à la hauteur de la tâche. Ce ne sera pas pire que ce que nous avons vécu à la suite de l'apparition de la souche A/Sydney en 1996, par exemple, mais ce sera certainement pire que les cas que nous avons eus au cours des deux ou trois dernières années, qui étaient très peu graves.

Ce virus nous permet de nous former en quelque sorte. Des ressources additionnelles seraient certainement utiles, à mon avis. Si

je devais les consacrer à un domaine particulier, il est évident que je les consacrerai à celui des communications, car nous avons effectivement certaines populations vulnérables. Nous savons également que certaines populations seront vulnérables à l'automne: les femmes enceintes qui sont au troisième trimestre de leur grossesse ou celles qui sont à moins de quatre semaines de leur accouchement, les personnes âgées de moins de 55 ans qui ont des problèmes chroniques d'obésité morbide, les fumeurs, les membres des premières nations, etc. À mon avis, nous devrions beaucoup insister auprès de ces groupes vulnérables pour qu'ils consultent leur médecin afin de savoir quoi faire à l'automne et nous assurer de l'accès aux antiviraux sera facile et rapide pour les personnes qui vont vraiment en profiter — c'est-à-dire, les personnes les plus susceptibles de connaître des complications respiratoires ou de contracter une pneumonie, et qui sont donc les personnes les plus susceptibles de finir à l'hôpital. Donc, j'aimerais que ces dernières fassent l'objet d'une campagne d'information énergique.

Je suis également favorable à l'idée de lancer une campagne énergique à l'intention des médecins sur les mesures proactives qu'ils peuvent prendre pour gérer leurs cas et peut-être même, par anticipation, donner une ordonnance pour des médicaments antiviraux aux personnes qui sont susceptibles de faire partie de ces groupes à risque. En attendant de recevoir le vaccin, le plus important facteur limitatif est l'accès rapide aux médicaments antiviraux, de préférence, en moins de 24 heures — pour les personnes qui en ont le plus besoin et qui sont le plus à risque. Donc, je recommande le lancement d'une campagne particulièrement vigoureuse et énergique à l'intention des victimes potentielles et de leurs médecins, en insistant sur les responsabilités qu'ils ont les uns envers les autres.

Je souhaite également qu'une campagne soit lancée pour enseigner les gens au sujet de ce à quoi ils peuvent s'attendre à l'automne, en ce qui concerne les écoles, les universités, etc., histoire de rassurer la population en expliquant que des plans sont en place en vue de communiquer cette information aux autorités appropriées. Ensuite, vers la fin novembre, il s'agira de vacciner la population. À mon avis, nous devrions avoir reçu la deuxième livraison de vaccins à ce moment-là, et il nous faudra donc nous débrouiller à l'automne de façon à minimiser la morbidité, la mortalité et les pressions liées aux différentes composantes de l'infrastructure dont nous parlons tout à l'heure.

La présidente: Merci, docteur Kendall. Votre participation à la réunion d'aujourd'hui était extrêmement importante. Nous vous remercions de vous être joints à nous et nous espérons pouvoir discuter de nouveau de la question avec vous. Merci.

Je tiens également à remercier les témoins qui ont comparu.

Nous allons maintenant poursuivre nos discussions à huis clos. J'invite donc toutes les personnes qui ne sont ni membres du comité ni membres du personnel à bien vouloir quitter la salle. Je vais suspendre nos délibérations pendant une minute pour vous permettre de quitter la salle. Merci.

[La réunion se poursuit à huis clos.]

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

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

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:

<http://www.parl.gc.ca>

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.