



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 034 • 2<sup>e</sup> SESSION • 40<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mercredi 30 septembre 2009**

**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le mercredi 30 septembre 2009

•(1535)

[Traduction]

**La greffière du comité (Mme Christine Holke David):** Honorables membres du comité, je constate qu'il y a quorum. Nous pouvons maintenant passer à l'élection du président du comité.

[Français]

Je dois informer les députés que le greffier du comité ne peut recevoir que des motions pour l'élection à la présidence; il ne peut recevoir aucune autre motion. Il ne peut entendre des rappels au Règlement ni participer au débat.

[Traduction]

Je suis prête à recevoir des motions à cet effet.

Conformément à l'article 106(2) du Règlement, le président doit être un membre du parti ministériel.

Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Je voudrais proposer la candidature de Joy Smith.

**La greffière:** M. Carrie propose que Mme Joy Smith soit élue présidente de ce comité.

Y a-t-il d'autres motions?

Plaît-il au comité d'adopter la motion?

Je déclare la motion adoptée et Mme Joy Smith dûment élue présidente du comité.

[Français]

Avant d'inviter Mme Smith à prendre le fauteuil, si le comité le désire, nous passons maintenant à l'élection des vice-présidents.

[Traduction]

Je suis maintenant prête à recevoir des motions pour le poste de vice-président.

Conformément à l'article 106(2) du Règlement, le premier vice-président doit être un membre de l'opposition officielle.

**Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.):** Je voudrais proposer la candidature de Mme Murray.

**La greffière:** Mme Duncan propose que Mme Murray soit élue première vice-présidente du comité.

Y a-t-il d'autres motions?

Plaît-il au comité d'adopter la motion?

Je déclare la motion adoptée et Mme Murray dûment élue première vice-présidente du comité.

[Français]

Je suis maintenant prête à recevoir des motions pour le poste de deuxième vice-président. Conformément au paragraphe 106(2), le deuxième vice-président doit être un député de l'opposition provenant d'un autre parti que celui de l'opposition officielle.

**M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ):** Je propose Judy Wasylcia-Leis.

**La greffière:** Il est proposé par M. Malo que Mme Judy Wasylcia-Leis soit élue deuxième vice-présidente de ce comité.

Y a-t-il d'autres motions à cet effet?

Plaît-il au comité d'adopter la motion?

(La motion est adoptée.)

**La greffière:** Je déclare la motion adoptée et Mme Wasylcia-Leis dûment élue deuxième vice-présidente du comité.

[Traduction]

J'invite maintenant Mme Joy Smith à occuper le fauteuil.

•(1540)

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):** Bon après-midi, chers collègues. Je vous remercie infiniment d'avoir réglé la question de l'élection.

Je souhaite la bienvenue à Mme Hall Findlay. Il est très agréable de vous voir ici aujourd'hui.

Je voudrais féliciter Mme Murray et Mme Wasylcia-Leis pour leur nomination à la vice-présidence de ce comité à l'avenir prometteur. C'est une très bonne chose.

L'ordre du jour qui était prévu a été modifié et je vais vous expliquer ce qu'il en est. Le sous-ministre, Morris Rosenberg et M. Paul Gully ne peuvent pas venir aujourd'hui pour informer le comité au sujet de l'enquête sur les housses mortuaires. Nous avons donc essayé de reporter la séance d'information hebdomadaire à 15 h 30 aujourd'hui, mais les représentants de l'Agence de la santé publique ne peuvent pas venir avant 16 h 30. La séance ne va donc commencer qu'à ce moment-là.

J'en suis désolée. On vient juste de m'en avvertir.

Je voudrais dire une chose. La ministre a rencontré, la semaine dernière, le chef Ron Evans et le chef Harper au cours d'une réunion à laquelle j'ai assisté et elle s'est engagée à discuter des conclusions du rapport avant qu'il ne soit rendu public. La ministre est donc d'accord sur ce point. En conséquence, le sous-ministre a demandé que sa comparution soit retardée d'une semaine, jusqu'au 7 octobre, afin d'honorer l'engagement de la ministre et de répondre aux préoccupations des chefs. C'est à la suite de la rencontre qu'elle a eue à Winnipeg, avec les chefs, la semaine dernière.

Êtes-vous d'accord pour suspendre la séance jusqu'à 16 h 30 ou voulez-vous que nous en discutons?

Madame Davidson.

**Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC):** Merci, madame la présidente.

Je pourrais peut-être demander un éclaircissement. Avez-vous dit que les chefs ont demandé à recevoir le rapport avant qu'il ne soit rendu public?

**La présidente:** Je n'ai pas participé à cette discussion, mais quand la réunion a pris fin, les deux parties étaient d'accord. La ministre a dit qu'elle voulait terminer son enquête avant de poursuivre les discussions à ce sujet. Les chefs ont convenu que c'était la meilleure façon de procéder. Le chef Ron Evans, le chef Harper et toutes les personnes autour de la table étaient d'accord sur ce point.

**Mme Patricia Davidson:** Merci.

**La présidente:** Pouvons-nous suspendre la séance jusqu'à 16 h 30 en attendant l'arrivée de nos témoins?

**Des voix:** D'accord.

**La présidente:** Merci. La séance est suspendue jusqu'à 16 h 30.

• \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_  
•

**La présidente:** C'est un plaisir de vous revoir, chers collègues. Nous allons continuer. Merci beaucoup pour votre patience.

Nous recevons le représentant du ministère de la Santé, M. Paul Gully, conseiller médical spécial et les représentants d'Agence de la santé publique du Canada, le Dr David Butler-Jones, qui est l'administrateur en chef de la santé publique et Elaine Chatigny, la directrice générale des communications. Vous êtes les bienvenus.

Docteur Butler-Jones, je voudrais vous féliciter encore une fois pour votre reconduction à ce poste. Je ne peux pas vous garantir que vous retrouverez votre liberté avant longtemps, mais nous nous réjouissons de votre présence parmi nous aujourd'hui. C'est un honneur de vous recevoir ici.

Pourrions-nous commencer par le ministère de la Santé? Comme d'habitude, vous pourrez faire un exposé de 10 minutes, monsieur Gully, après quoi nous ferons des tours de sept minutes pour les questions et les réponses. Merci.

• (1630)

**Dr Paul Gully (conseiller médical spécial, ministère de la Santé):** Merci, madame la présidente.

Bon après-midi. Merci de cette occasion de vous présenter une mise à jour de la préparation en vue d'une pandémie d'influenza dans les réserves des premières nations.

À l'échelle nationale, le nombre de cas d'infection grippale est faible, dans les communautés des premières nations, comme dans le reste du Canada, depuis la crête de la première vague de grippe qui a eu lieu de la mi-juin au début juillet.

Les premières nations continuent de recevoir des soins de santé et des médicaments antiviraux conformément aux lignes directrices provinciales. Notre stratégie de préparation et d'intervention pour les premières nations consiste notamment à aider les communautés à terminer et à tester leurs plans, à produire le vaccin H1N1 en collaboration avec les provinces et à fournir et renouveler les stocks de matériel et de fournitures médicales, y compris les médicaments antiviraux. Je peux d'ailleurs confirmer que ces médicaments ont été envoyés dans les communautés des premières nations sous notre responsabilité.

Il y a ensuite la planification d'urgence pour les principaux services de santé. Nous veillons surtout à ce que les membres des premières nations qui tombent gravement malades obtiennent rapidement les soins dont ils ont besoin en assurant une communication permanente avec les communautés et les dirigeants des premières nations afin que ces dernières obtiennent les meilleurs conseils en santé publique disponibles pour mettre en oeuvre leurs plans.

En ce qui concerne la préparation à une pandémie, elle reste au centre de notre attention. Il ressort de l'interaction entre les bureaux régionaux et les communautés des premières nations que 94 p. 100 de ces dernières ont des plans.

Nous savons que nous devons centrer nos efforts sur les communautés qui estiment avoir besoin de plus d'appui et d'information et nous le faisons en communiquant avec elles. Il est important que les plans soient mis à l'essai. À l'heure actuelle, environ 80 p. 100 des communautés ont testé leurs plans et ce chiffre va en augmentant.

Nous continuons donc à soutenir l'expérimentation des plans et à fournir de l'information lorsque c'est nécessaire.

Je crois que l'exemple de la communauté d'Ahousesat, en Colombie-Britannique, montre qu'une communauté peut faire une bonne planification. Cette communauté a activé son plan en septembre en collaboration avec le personnel de Santé Canada et la Vancouver Island Health Authority. Elle n'a enregistré aucun cas grave de H1N1. Des antiviraux ont été mis à la disposition de cette région et ont été utilisés.

En ce qui concerne la vaccination, nous continuons à faire le nécessaire pour que les communautés des premières nations en bénéficient et le vaccin sera administré par des professionnels de la santé qualifiés dans des postes de soins infirmiers ou dans le cadre de cliniques spéciales de vaccination.

Tous les bureaux régionaux ont des plans de vaccination de masse qui comprennent notamment le transport, l'entreposage et le matériel nécessaire. Pour appuyer l'augmentation de la capacité de vaccination, Santé Canada a désigné, à l'administration centrale nationale, du personnel supplémentaire qui pourra être déployé selon les besoins.

Nous allons travailler avec les communautés des premières nations des régions éloignées et isolées pour qu'elles reçoivent le vaccin le plus tôt possible. Nous continuons à communiquer tous ces renseignements aux communautés des premières nations et, comme vous le savez, Santé Canada a, de concert avec AINC, Affaires indiennes et du Nord Canada, signé un protocole de communication avec l'Assemblée des Premières Nations. Ce protocole décrit clairement les rôles et responsabilités que chacun doit assumer pour la préparation à une pandémie.

Je suis prêt à répondre à vos questions et à fournir des renseignements supplémentaires au comité si vous le désirez.

Merci, madame la présidente.

•(1635)

**La présidente:** Merci, monsieur Gully.

Docteur Butler-Jones.

[Français]

**Dr David Butler-Jones (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada):** Merci encore pour cette occasion de discuter avec vous.

[Traduction]

Je serai très bref. Je vais seulement aborder quelques éléments, car je sais que vous voulez surtout poser des questions.

Je parlerai d'abord de la situation actuelle. Normalement, pendant la saison de la grippe, nous constatons une légère éclosion en septembre quand les enfants retournent à l'école. Ensuite les choses se calment. Le nombre de cas se remet à augmenter plus tard au cours de l'automne et jusqu'à Noël. Après Noël, nous enregistrons une forte poussée qui atteint son point culminant en janvier et février.

Des foyers d'épidémie sont répartis dans différentes régions du pays. Bien entendu, pour le moment, nous continuons à surveiller la situation de semaine en semaine pour voir ce qui se passe. Quant à savoir s'il y aura plus ou moins de cas la semaine prochaine et si ce sera le début d'une nouvelle vague de grippe, c'est seulement avec le temps que nous le saurons même si, comme je l'ai mentionné à la conférence de presse aujourd'hui, à l'intention de ceux d'entre nous, et d'un grand nombre d'entre vous qui prenez souvent l'avion, j'ai commencé à entendre beaucoup plus de gens tousser dans les avions que ce n'était le cas il y a une semaine ou deux. Il est difficile de dire si c'est le H1N1, le para-influenza, un autre rhinovirus ou autre chose. Néanmoins, nous suivons la situation de près, bien entendu.

Ce qui a suscité beaucoup d'intérêt de la part des médias, ce sont les études de cas non encore publiées portant sur les personnes qui ont été vaccinées contre la grippe saisonnière dans les cabinets des médecins et qui ont ensuite contracté le H1N1. Elles laissent entendre que les personnes qui ont reçu le vaccin contre la grippe saisonnière sont peut-être deux fois plus nombreuses que les autres à avoir contracté le nouveau virus H1N1. Cela peut être imputable à un certain nombre de raisons dont le fait que le vaccin augmente le risque. Ou encore, il se pourrait que les personnes les plus susceptibles de recevoir le vaccin sont également les plus susceptibles de se rendre chez le médecin pour vérifier si elles ont contracté le H1N1.

Étant donné que les autres pays n'ont pas constaté ce phénomène, qu'ils se sont penchés sur la question, que leurs vaccins sont les mêmes que les nôtres et qu'ils n'ont pas vu ce lien... C'est toutefois une tendance que nous constatons dans plusieurs provinces pour l'ensemble de la population. Il n'y a pas vraiment de facteur biologique qui pourrait l'expliquer. Les vaccins contre la grippe n'ont jamais eu cet effet jusqu'ici et cela n'apparaît nulle part ailleurs.

C'est encore purement hypothétique, car il reste encore beaucoup de travail à faire pour comprendre ce résultat, mais un certain nombre de facteurs rendent les Canadiens différents des autres. Notre pays vaccine davantage que les autres contre la grippe et se préoccupe plus de cette maladie. Nous vaccinons davantage de gens que tous les autres pays. Nous lançons un plus grand nombre de campagnes d'information qui soulignent l'importance du vaccin contre la grippe, ce dont nous sommes assez conscients. Est-ce un

facteur qui amène les gens à créer ce lien? Nous l'ignorons. Il y a un lien. Toutefois, ce n'est pas une cause tant que nous n'avons pas une idée plus claire de la situation. Mais il faut être vigilant. Ce sont des constatations que nous ne pouvons pas laisser de côté.

En même temps, nous avons entrepris nous-mêmes certaines études qui sont un peu plus faciles à contrôler, par exemple en examinant les cas enregistrés dans les hôpitaux et les unités de soins intensifs. Contrairement aux maladies virales pour lesquelles vous décidez vous-même d'aller voir un médecin, votre admission dans une unité de soins intensifs ou un hôpital ne dépend pas de vous. Quelqu'un d'autre décide pour vous. Vous n'avez pas le choix. Vous êtes gravement malade et vous devez vous faire hospitaliser ou être admis dans une USI. Au sein de ce groupe, il n'y a pas de différence entre les patients qui ont été vaccinés et ceux qui ne l'ont pas été. Autrement dit, le taux de vaccination est le même pour ces malades que pour les groupes témoins, ce qui laisse entendre que le risque de maladie grave n'augmente pas. Par conséquent, pour ce qui est d'un risque accru de contracter le H1N1 après avoir reçu, par le passé, le vaccin contre la grippe saisonnière, d'après les preuves que nous avons, même si c'était vrai, le risque d'être gravement malade n'est pas plus grand, ce qui est plutôt rassurant. C'est assez fondamental. Mais il reste beaucoup de travail à faire.

La grippe saisonnière représente encore un défi important. Nous ignorons quand elle apparaîtra. Généralement, ce n'est qu'un peu plus tard dans la saison. Nous savons qu'il y aura des cas de H1N1. Nous en avons déjà. Toutes les provinces cherchent à mettre le plus tôt possible le vaccin à la disposition des gens qui désirent le recevoir et à résoudre les autres problèmes que soulève une pandémie. Il y aura des variations dans la façon dont les provinces et les territoires mettront en place leurs mesures et lanceront leur campagne contre la grippe saisonnière. Comme un bon nombre d'entre elles ne commenceront pas avant la mi-octobre ou la fin-octobre, ce qui se rapproche du moment où nous prévoyons de vacciner la population contre le H1N1, dans le cadre de leur planification, je pense que c'est assez prudent.

•(1640)

Je m'attends à ce que les travaux du groupe international que nous avons chargé d'examiner ces données montrent qu'il s'agit d'études raisonnables, mais toutes les études cas-témoin comme celle-là présentent des erreurs et le fait que les patients choisissent eux-mêmes de se faire tester est un facteur important.

Je pense que je vais en rester là pour le moment et attendre que vous me posiez des questions.

**La présidente:** Merci, docteur Butler-Jones.

Nous passons maintenant à Mme Duncan qui dispose de sept minutes pour les questions et les réponses.

Allez-y.

**Mme Kirsty Duncan:** Merci, madame la présidente.

Je vous remercie tous d'être venus et de nous avoir fait ces exposés.

Monsieur Gully, ces pourcentages sont encourageants. Vous avez dit que 94 p. 100 des communautés ont des plans et que 80 p. 100 les ont testés. J'espère vraiment que c'est le cas, car nous avons entendu dire que 30 communautés du Nord du Manitoba avaient un plan, mais qu'aucun de ces plans n'avait été testé. Est-ce une anomalie? Quelle est la surveillance exercée pour s'assurer que ces communautés ont effectivement un plan, un plan suffisant, que le matériel est en place et qu'elles disposeront des ressources humaines nécessaires?

• (1645)

**Dr Paul Gully:** Merci pour cette question. Au Manitoba, par exemple, le directeur régional a écrit aux chefs de toutes les communautés pour les informer des renseignements obtenus et de leur source. La plupart du temps, ces renseignements ont été obtenus non pas du chef, mais d'une autre personne travaillant dans le domaine de la santé ou de la préparation à une pandémie. Telle était la source de ces renseignements.

Nous leur avons demandé d'exprimer leurs inquiétudes au sujet des plans et de l'état de préparation étant donné les renseignements reçus. En fait, je pense que nous n'avons obtenu qu'une réponse, qui était négative. Nous avons fait des efforts pour confirmer les renseignements que nous avaient communiqués certaines personnes au sujet de l'état de préparation des communautés et nous continuons à offrir notre aide.

La difficulté est de voir ce que l'on entend par préparation, car le fait d'avoir un plan ne garantit pas une préparation suffisante et c'est pourquoi, au Manitoba, nous faisons des exercices et nous visitons les communautés dont la capacité de réponse est douteuse.

**Mme Kirsty Duncan:** Vous avez donc visité les communautés qui...? Avez-vous une liste des communautés qui nous préoccupent?

**Dr Paul Gully:** Le Manitoba a cette liste; le bureau régional a la liste des communautés où l'on pense qu'une aide supplémentaire sera nécessaire. C'est une des raisons pour lesquelles cette lettre a été envoyée et des visites ont eu lieu dans certaines communautés pour leur apporter de l'aide.

Peut-on dire que toutes les communautés sont parfaitement préparées? Je crois que non. Par conséquent, je peux vous assurer que nous allons continuer à travailler avec les communautés à tous les égards, non seulement en ce qui concerne leurs plans, mais également les fournitures médicales, les antiviraux, etc., pour les aider à être prêts le plus rapidement possible.

**Mme Kirsty Duncan:** Je vais poser un certain nombre de questions et les témoins pourront peut-être y répondre ensuite.

Quel a été le pourcentage d'hospitalisations, d'admissions en USI et de décès des Autochtones par rapport à l'ensemble de la population canadienne? Je m'inquiète du délai entre l'apparition des symptômes et le traitement dans les communautés autochtones et pour les gens qui doivent être admis dans une USI.

Je vais poser une question de plus, après quoi je ferai une observation, si vous le permettez.

Quelle a été la durée moyenne de la ventilation assistée et du séjour moyen pour un patient autochtone admis en USI par rapport à l'ensemble de la population canadienne?

Je voudrais également mentionner brièvement que j'ai jeté un coup d'oeil sur nos communications à ce sujet. Si je compare ce que je vois dans les sites américains, nous avons tendance à faire nos mises à jour tardivement. Je m'inquiète notamment pour les femmes enceintes et les mères qui allaitent. Ces renseignements n'ont pas été mis à jour depuis le 10 juillet et je sais qu'à l'heure actuelle les États-

Unis cherchent à mettre en place des nouvelles directives pour... Il n'est même pas fait mention du vaccin dans ce site.

J'ai sans doute posé plus de questions que vous n'avez le temps d'y répondre.

**Dr Paul Gully:** Nous allons également répondre par écrit à ces questions, madame Duncan.

En ce qui concerne l'hospitalisation, selon les données de l'Agence de la santé publique du Canada — et il y a divers moyens d'obtenir des renseignements de l'Agence de la santé publique du Canada, mais également directement de nos bureaux régionaux — sur près de 1 500 hospitalisations, environ 17,5 p. 100 concernaient des Autochtones et pas seulement des premières nations. Sur les 288 patients admis en unités de soins intensifs, 15,3 p. 100 étaient Autochtones. Et sur les 76 décès, il y a eu neuf Autochtones, soit 11,8 p. 100.

Les Autochtones représentent environ 4 p. 100 de la population canadienne et ce chiffre est de 2 p. 100 pour les premières nations. Il est donc certain que les Autochtones sont surreprésentés dans ces données que l'on peut essayer d'analyser de diverses façons. Si la maladie est présente dans une communauté des premières nations, par exemple, et si, pour les raisons que nous connaissons tous, je pense, en ce qui concerne les difficultés de ces communautés, la maladie se propage plus rapidement, comme nous l'avons constaté au Manitoba, étant donné que c'est là que la maladie est apparue et s'est répandue, cette surreprésentation n'est peut-être pas étonnante.

• (1650)

**Mme Kirsty Duncan:** Monsieur Gully, me permettez-vous de vous poser une question?

Si l'épidémie avait commencé en Asie du Sud-Est, nous aurions notamment essayé de ralentir le virus en ayant recours à la mise en quarantaine et aux antiviraux. La maladie est apparue au Mexique et lorsqu'elle est arrivée au Canada, il était trop tard pour le faire. Toutefois, étant donné que les communautés des premières nations sont très éloignées, je me demande pourquoi nous n'avons pas fait plus pour empêcher la propagation du virus.

**La présidente:** Nous manquons de temps.

Monsieur Gully.

**Dr Paul Gully:** Je reviendrai sur vos autres questions précises dont je ne connais pas la réponse, car il n'y a pas de données pour les peuples autochtones ou pour les autres Canadiens en général et il faudrait faire des recherches plus poussées.

Pour ce qui est de votre autre question, la possibilité théorique qu'on aurait pu limiter et arrêter la pandémie se base sur une modélisation, comme chacun sait. J'ai l'impression que lorsqu'on a constaté la présence du H1N1, surtout dans une petite communauté, quand la maladie s'est déclarée, il était sans doute trop tard pour procéder à des mises en quarantaine intensives et déployer d'autres mesures de contrôle. Il s'agit alors d'utiliser des antiviraux et d'autres moyens d'intervention. Je pense que nous avons tiré la leçon de l'expérience du printemps dernier et que nous procéderons peut-être de façon légèrement différente, la prochaine fois, en ce qui concerne les antiviraux.

**La présidente:** Je sais que le Dr Butler-Jones désire également dire quelque chose à ce sujet.

**Dr David Butler-Jones:** Je vais conclure brièvement.

Bien entendu, en ce qui concerne cette pandémie, si vous voyez apparaître les premiers cas au monde, ce n'est pas la même chose. Une fois que la maladie est établie, comme c'était le cas — elle était alors bien établie — un traitement précoce est la solution pour les personnes les plus vulnérables et les communautés éloignées sont vulnérables. C'est pourquoi les antiviraux sont mis en place à l'avance afin qu'on puisse procéder à un traitement précoce. Nous avons constaté une différence importante dans les effets de cette mesure une fois qu'elle a été mise en oeuvre.

Pour ce qui est des mises à jour, il n'y a pas vraiment eu beaucoup de changement depuis juillet; les mises à jour sont faites au fur et à mesure des changements. On est actuellement en train de mettre au point les lignes directrices concernant les vaccins — cela vaut pour tout le monde. Elles doivent être mises en place avant que nous ne commencions la vaccination, mais il n'est pas nécessaire que ce soit aujourd'hui.

**La présidente:** Merci.

Monsieur Malo.

[Français]

**M. Luc Malo:** Merci, madame la présidente.

Merci à nos témoins d'être parmi nous cet après-midi.

Je suis également heureux de voir Mme Chatigny, la directrice générale des communications, parce qu'en ce moment, vous en conviendrez avec moi, on entend beaucoup d'information sur le virus H1N1. Il y a même des courriels qui circulent quant à un complot possible. Des individus, qui sont aussi des gens du domaine de la santé, posent un regard plutôt critique sur la vaccination.

Quelle est votre stratégie globale de communication pour faire passer votre point de vue basé, comme on l'a vu, sur la science, sur la recherche que vous avez faite, que vous avez fait faire et que vous continuez à faire?

Considérez-vous que vous avez les moyens financiers suffisants pour transmettre aux individus le message juste?

**Mme Elaine Chatigny (directrice générale, Communications, Agence de la santé publique du Canada):** Merci, madame la présidente.

Pour ce qui est des ressources, ce n'est pas une préoccupation, pour l'instant. On doit faire ce qu'on a à faire.

En ce qui a trait au volume d'information qui circule, vous avez tout à fait raison: c'est lourd. Il y en a beaucoup, et on ne peut pas systématiquement réagir à la moindre bribe d'information, à chaque blogue ou commentaire. Vous avez raison: il faut une stratégie de communication plus globale pour tenter de communiquer avec l'ensemble de la population de façon générale. Par contre, il faut aussi développer des stratégies plus spécifiques pour certains groupes à risque. C'est ce qu'on fait, et on ne le fait pas seul, en tant que gouvernement du Canada. Comme vous le savez, on le fait aussi de concert avec les provinces et les territoires qui, depuis fort longtemps, s'emploient à élaborer avec nous la stratégie nationale de communication dans le cadre de plusieurs comités.

En ce qui concerne plus précisément les vaccins, il y a de la recherche au niveau des essais cliniques, de l'information sur les risques, les bénéfices et les contre-indications. Ces renseignements vont être bien identifiés et communiqués par Santé Canada. En outre, on développe plusieurs produits de communication non seulement pour le site Web, mais aussi pour une campagne multimédia qu'on va lancer très bientôt. Entre autres, dans les prochaines semaines, on va lancer le prochain volet de la campagne de marketing, soit un

document d'environ 20 pages qui va parler des symptômes du virus H1N1 et de ce qu'il faut faire pour se soigner et soigner ses proches. De plus, on va parler un peu du vaccin et préparer la population en vue du troisième volet. Il s'agit d'information très pertinente et plus détaillée sur les vaccins. On parle ici d'une approche de communication des risques. Autrement dit, ce n'est pas une campagne de relations publiques. Il ne s'agit pas de vendre sa salade. On doit absolument fournir de l'information juste et appropriée, parler des risques et des bénéfices. En fin de compte, on laisse les Canadiens faire un choix éclairé concernant leur santé, celle de leurs enfants et de leurs proches.

Ceux qui attaquent le vaccin ne se fondent pas nécessairement sur une base scientifique. Naturellement, nous allons tenter de présenter l'information sur une base scientifique, mais nous allons néanmoins donner la chance aux gens de faire leur propre choix. Nous allons utiliser pour ce faire plusieurs moyens de communication. Nous allons prendre tous les moyens qui seront à notre disposition. Comme je l'ai dit déjà, il y aura plusieurs volets à cette campagne.

• (1655)

**Dr Paul Gully:** Puis-je ajouter de l'information sur les Autochtones? Santé Canada a une entente avec l'AFN,

[Traduction]

l'Assemblée des Premières nations.

[Français]

portant sur l'organisation d'un sommet virtuel ciblé sur les Autochtones au sujet du virus H1N1. L'objectif serait spécifiquement de permettre aux gens de poser des questions concernant l'immunisation et d'y répondre. J'espère que le sommet va être mis en oeuvre en même temps que l'immunisation, et que ça répondra spécifiquement aux questions des Autochtones.

**M. Luc Malo:** Docteur Butler-Jones, le mot « pandémie » est lourd de sens. Le commun des mortels pourrait penser à la pandémie de grippe espagnole qui a eu lieu en 1918 et associer automatiquement ce mot à un phénomène très virulent et mortel, alors que la définition d'une pandémie, selon l'OMS, est plutôt un phénomène répandu partout, de façon globale. On ne parle pas de virulence.

D'après-vous, l'OMS devrait-elle changer sa définition du mot « pandémie » pour qu'il n'y ait pas de confusion dans l'esprit du public?

**Dr David Butler-Jones:** Il y a en ce moment une grande discussion au sujet de l'importance de clarifier les différences entre les pandémies plus grandes et moins grandes, mais toutes les pandémies affectent une grande population. Même si le taux de mortalité est de moins de 1 p. 100, sur quelques milliards de personnes, cela constitue beaucoup de mortalités. C'est très différent de la grippe annuelle.

Pour distinguer les caractéristiques entre cette situation et un tsunami, un ouragan ou une autre catastrophe de ce genre, tout le monde, à l'avenir, peut avoir un système pour distinguer les niveaux. Ce virus peut être très près du virus de la première pandémie du siècle dernier, parce que le monde est maintenant différent. Nous avons des anti-viraux, des vaccins, de bons soins. Il y a eu beaucoup de changements depuis la Première Guerre mondiale. C'est très différent, mais le virus a des caractéristiques communes avec le virus de l'influenza, de la grippe. De plus, les gens qui sont en bonne santé sont plus affectés. Il y a chez ces derniers un taux de mortalité plus élevé.

●(1700)

[Traduction]

**La présidente:** Merci, docteur Butler-Jones.

Nous passons maintenant à Mme Wasylycia-Leis.

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

Je commencerai par une préoccupation dont la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers nous a parlé. J'ignore si vous avez vu son document, mais elle estime que les lignes directrices générales que le gouvernement fédéral a fait circuler pour recueillir des opinions au sujet de la santé et de la sécurité sont plus faibles que celles des provinces, notamment l'Ontario.

La Fédération voudrait savoir si le gouvernement est prêt à réviser ces lignes directrices pour faire en sorte que les travailleurs de la santé du Canada obtiennent le meilleur matériel de protection personnelle disponible et que les infirmières d'une province soient aussi bien protégées que celles des autres provinces.

La Fédération a particulièrement mentionné deux choses concernant le rapport sur le SRAS. L'une d'elles est la fourniture de respirateurs N95 aux travailleurs de la santé. L'autre est la mention de la santé et de la sécurité au travail par opposition à la santé et à l'hygiène, car c'est important pour refléter les réalités provinciales et juridiques.

**Dr David Butler-Jones:** Les lignes directrices se fondent sur des données scientifiques et non pas sur de simples opinions. Il est également important de reconnaître qu'elles se basent sur des données scientifiques nationales. Cela ne diminue en rien les considérations touchant la santé et la sécurité au travail sur lesquelles il existe des lois dans chaque province, ni l'importance d'une évaluation de la situation dans laquelle se trouve le travailleur. Ces lignes directrices n'y changent rien. Il a été scientifiquement établi que dans la plupart des circonstances, un masque chirurgical est parfaitement adéquat et approprié et qu'en fait, il offre une meilleure protection contre la transmission par gouttelettes.

Dans certaines circonstances où vous générez un aérosol important, où vous êtes en contact étroit, etc., un masque N95 peut être plus efficace. Toutefois, en réalité, il est très difficile de porter constamment ce type de masque. Nous avons maintenant des données selon lesquelles les infirmières qui l'utilisent ont le même taux d'infection que celles qui utilisent des masques chirurgicaux. Le masque N95 ne confère donc pas de protection supplémentaire dans la plupart des cas. De nombreuses raisons militent en faveur du masque chirurgical: ces respirateurs sont inconfortables, ils prennent du temps et il est difficile de les enlever rapidement. Dès que vous touchez vos yeux ou votre visage, leurs effets positifs disparaissent.

Pour ce qui est de se laver les mains, d'observer les mesures d'hygiène appropriées et d'être prudent lorsqu'on travaille auprès des patients — pas seulement pour le H1N1 — cela exige une évaluation et des prises de décision de la part des professionnels de la santé. Les lignes directrices ne changent rien à cela, mais elles fournissent les meilleures données scientifiques et les meilleurs conseils pour faire face à la plupart des situations auxquelles nous serons confrontés. Nous sommes certains qu'elles sont adéquates. Encore une fois, cela ne change rien aux normes touchant la santé au travail ou aux décisions que les gens doivent prendre en fonction de leur situation particulière.

●(1705)

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** J'apprécie cette réponse. Dans une des lettres qu'elle nous a adressées, la Fédération cite le Conseil des académies canadiennes qui dit que les respirateurs N95 protègent contre l'inhalation des particules alvéolaires ou trachéobronchiques tandis que les masques chirurgicaux n'offrent aucune protection efficace.

**Dr David Butler-Jones:** C'est absolument vrai, mais nous ne parlons pas d'un virus comme celui de la rougeole. Nous ne parlons pas de la tuberculose. Nous ne parlons pas d'un virus comme celui de la variole qui est diffusé par l'air plutôt que par gouttelettes. C'est donc absolument vrai si vous parlez de la variole. Il faut alors une protection maximale. Mais si vous avez un virus qui se propage quand vous toussiez, vous l'avez sur vos mains et vous vous touchez le nez, les yeux ou la bouche. Il se propage de cette façon et par contact étroit et un masque chirurgical réduit le risque. Selon les études récentes, un masque est aussi efficace qu'un respirateur N95 contre la grippe.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Merci.

Je voudrais poser une question au sujet de la séquence de vaccination contre le H1N1 qui a été annoncée et que nous avons apprécié de recevoir. En ce qui concerne les travailleurs de la santé, j'ai constaté qu'il n'était pas fait mention des premiers intervenants, que ce soit les pompiers, les travailleurs paramédicaux, les policiers, la GRC et tous ceux qui sont les premiers à intervenir.

**Dr David Butler-Jones:** La séquence de vaccination tient compte du fait que nous aurons suffisamment de vaccins pour l'ensemble de la population d'ici quelques semaines, contrairement à d'autres pays qui devront attendre des mois ou certains qui n'en auront pas du tout.

Si certains groupes figurent là, c'est parce qu'ils sont les plus à risque de contracter une forme grave de la maladie. Il faut les protéger en premier parce que ce sont ceux qui risquent le plus de mourir. En général, les pompiers et les policiers ne risquent pas plus de mourir de cette maladie. Il faut également faire en sorte que ceux qui vont gérer la pandémie et ceux qui vont soigner les malades soient vaccinés en premier afin qu'ils puissent travailler dans les hôpitaux pour soigner les gens.

En général, les premiers intervenants seront vaccinés très rapidement et il est certain que s'ils présentent des risques sous-jacents, ils obtiendront également la priorité. Il s'agit de l'objectif pour le premier groupe plutôt que le deuxième, qui comprend tous les premiers intervenants ainsi que d'autres personnes.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Dans le cas des communautés des premières nations, elles sont isolées et doivent parfois compter sur un seul agent de la GRC. Je suppose que dans les communautés isolées, cet agent sera vacciné en priorité. Qu'arrivera-t-il si cette personne — c'est une question hypothétique car c'est ce qui risque de se passer — tombe malade, quitte la communauté qui se retrouvera sans personne ou sans un agent de la GRC pour l'aider? Ou qu'arrivera-t-il si cette personne estime qu'elle risque de contracter le H1N1 et décide de quitter son poste? Je pense que c'est sans doute permis par le Code canadien du travail.



**Dr David Butler-Jones:** Il faudrait demander à Travail Canada de parler des dispositions du Code du travail, mais cela soulève la question de la peur. Lorsque vous travaillez dans une communauté, vos risques sont généralement les mêmes que si vous travaillez à Ottawa, Toronto, Montréal ou ailleurs. C'est un virus qui se trouve partout. Vous ne pouvez pas y échapper à moins de grimper sur la plus haute montagne où vous n'aurez aucun voisin à moins d'une centaine de milles. C'est la première chose que je vous répondrai.

La deuxième est que toutes ces communautés ont une réserve d'antiviraux pour permettre un traitement précoce, ce qui est essentiel. Comme vous l'avez supposé fort justement, lorsque la communauté sera vaccinée, le vaccin ne sera pas seulement offert à certains, mais pas à d'autres. Il sera offert à tous les membres de cette communauté.

**La présidente:** Monsieur Gully, je crois que vous vouliez dire quelque chose.

**Dr Paul Gully:** Je voudrais seulement souligner que cela vise non seulement les communautés des premières nations qui sont isolées, mais aussi les personnes qui vivent près de ces communautés. Elles bénéficieront non seulement des programmes de vaccination, mais également de l'accès aux soins primaires existants dans ces communautés.

**La présidente:** Monsieur Carrie.

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

Je voudrais d'abord vous féliciter pour votre campagne d'information. J'ai mentionné au Dr Butler-Jones que j'ai entendu vos annonces à la radio. Toutefois, vous vous demandez souvent si ces initiatives sont efficaces. Ma fille de sept ans est rentrée à la maison avec le premier rhume de la rentrée scolaire et elle toussait dans son bras. Je crois que vous avez donc beaucoup de succès auprès des petits morveux de sept ans.

Monsieur Gully, vous êtes en fonction depuis un mois. Nous avons entendu différents témoins. Quelques-uns ont dit que 90 p. 100 des communautés avaient mis un plan en place et que 80 p. 100 avaient testé ce plan, mais selon ce que j'ai entendu, avec des collègues, certains chefs disent qu'ils en sont très loin. Pourriez-vous nous expliquer un peu plus cet écart? Nous avons entendu parler de l'importance des communications avec les communautés des premières nations et ce sont là des écarts importants.

J'ai écouté votre réponse à ma collègue, Mme Duncan. Serait-ce que les communications sont adressées aux postes sanitaires et que ces derniers disent avoir un plan et qu'il a été testé, mais que ces renseignements ne sont pas diffusés aux communautés locales? Pourriez-vous nous expliquer cette discordance qui revient constamment sur le tapis?

• (1710)

**Dr Paul Gully:** Je suis content de pouvoir répondre à cette question. Quand je suis allé au Manitoba, récemment, j'ai examiné la liste des communautés avec le personnel du bureau régional à qui j'ai demandé quelle était la source des renseignements au sujet de l'existence et de l'état de ces plans. C'était parfois un des travailleurs des services de santé ou parfois le coordonnateur de la pandémie d'influenza. Les renseignements au sujet de l'état de ces plans ont toujours été fournis par quelqu'un vivant dans la communauté.

Je ne ferai pas d'hypothèses quant aux raisons pour lesquelles certaines personnes ont une opinion différente, car nous pouvons seulement nous fier aux renseignements que nous obtenons. Comme vous l'avez dit, notre lettre a été adressée par le bureau régional aux chefs des communautés pour leur dire de qui nous avons obtenu les

renseignements afin qu'ils puissent apporter un rectificatif s'ils ne sont pas d'accord.

Comme je l'ai déjà dit, étant donné que ces communautés font face à davantage de difficultés, il leur est plus difficile de se préparer, et je l'accepte, car elles ont davantage de problèmes à surmonter en ce qui concerne la propagation de l'infection. Ces inquiétudes sont réelles et c'est pourquoi nous centrons nos efforts sur ces communautés, nous cherchons à obtenir leurs réponses et nous travaillons avec celles dont la capacité de mise en oeuvre de ces plans est la plus problématique.

**M. Colin Carrie:** Que fait Santé Canada pour que les premières nations reçoivent rapidement l'information? Pourriez-vous nous en dire un peu plus? Je sais qu'un protocole d'entente concernant les communications a récemment été conclu entre Santé Canada, l'Assemblée des Premières nations et AINC. En quoi aidera-t-il les communautés des premières nations à faire face à la grippe H1N1?

**Dr Paul Gully:** Ce protocole agit à différents niveaux. Il agit au niveau de l'Assemblée des Premières nations et reconnaît qu'il est important d'avoir des communications rapides et régulières entre l'APN et le gouvernement du Canada. De plus, il signale aux ministères du gouvernement qu'ils continueront d'entretenir des relations étroites au niveau régional et au niveau des communautés.

Par exemple, je sais que dans certaines régions, dans le cadre du processus tripartite, il y a des réunions régulières — elles sont hebdomadaires au Manitoba — entre les signataires de cet accord tripartite afin que les renseignements soient transmis et qu'on puisse poser des questions.

Il y a eu aussi des communications téléphoniques avec les organismes autochtones nationaux pour les tenir au courant et pour qu'ils puissent faire part de leurs sujets de préoccupation, par exemple en ce qui concerne la vaccination.

Enfin, comme je l'ai déjà mentionné, il y a le sommet virtuel qui est organisé entre Santé Canada et l'Assemblée des Premières nations. Cela devrait permettre à de nombreuses communautés et de nombreuses personnes de poser des questions par Internet pendant une certaine période et d'obtenir des réponses. Cela fait appel à la technologie actuelle. Le protocole est important parce qu'il signale au gouvernement du Canada ainsi qu'aux communautés et organisations des premières nations que nous sommes déterminés à mener ce projet jusqu'au bout.

Nous allons continuer à le faire et à tenir des réunions à divers niveaux, comme nous l'avons fait la semaine dernière avec le grand chef au Manitoba.

• (1715)

**M. Colin Carrie:** Très bien.

En tant que parlementaires, chacune de nos circonscriptions a ses particularités. Pouvons-nous être certains que 90 p. 100 des communautés des premières nations ont ces plans et qu'ils ont été testés? Pouvons-nous donner cette réponse à nos concitoyens?

**Dr Paul Gully:** Exactement. Ce sont exactement les renseignements que nous échangeons.

En fait, il serait intéressant de demander à toutes les communautés du pays, quelle que soit leur taille, où en est leur préparation. Ces renseignements nous ont été communiqués et c'est ce que nous vous avons transmis. Nous sommes certains de la fiabilité de ces renseignements.

**M. Colin Carrie:** Je sais que c'est chose faite dans ma propre communauté d'Oshawa. Les annonces sont publiées dans les journaux, et comme je l'ai dit, celles de la radio sont très claires.

Je me demande si vous pourriez répondre à cela. Cela concerne les fournitures médicales mises à la disposition des communautés des premières nations. J'ai entendu dire qu'on craignait qu'elles puissent manquer.

Avons-nous des renseignements nous permettant de dire à nos concitoyens que nous nous occupons des premières nations, qu'elles reçoivent bien les fournitures médicales dont elles ont besoin et qu'il est faux de prétendre le contraire? Comment le savons-nous?

**Dr Paul Gully:** Je peux vous le confirmer. J'ai vu les chiffres et je possède des renseignements concernant les fournitures achetées par Santé Canada qui ont été distribuées aux communautés par les bureaux régionaux. Cela comprend le masque N95, qui peut être parfois utile. Cela comprend la blouse, les gants, etc. Ce matériel a été acheté pour permettre au travailleur de la santé de faire son travail, de le protéger, mais également de rester en bonne santé afin qu'il puisse poursuivre son travail.

Je crois que les avis divergent en ce qui concerne la nature du matériel. Je sais que des craintes ont été exprimées au sujet de l'accès au Tylenol, par exemple, ou à des médicaments contre la fièvre. Les postes de soins infirmiers en ont certainement. Ils disposent de ces médicaments afin qu'une personne malade puisse les obtenir et qu'ils puissent lui être prescrits, si nécessaire.

Dans ce genre de situation, nous préférions que les malades s'adressent aux postes de soins infirmiers qui existent dans ces communautés afin que si leur état s'aggrave, ils puissent obtenir les soins les plus rapides et les plus appropriés sous la forme d'antiviraux, mais aussi, si nécessaire, pour que l'évacuation médicale ait lieu le plus tôt possible.

**M. Colin Carrie:** Par conséquent...

**La présidente:** Désolée, nous devons passer maintenant à Mme Murray.

Merci.

**Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.):** Merci, madame la présidente.

Je voudrais poser une question au sujet des ressources. On a dit que les ressources ne posent pas de problème et que nous ferons le nécessaire, ce qui est rassurant. Par conséquent, 400 millions de dollars ont été mis de côté dans un fonds de réserve du Plan budgétaire de 2006. Combien d'argent y a-t-il dans ce fonds de réserve? Qui est autorisé à le dépenser? Comment est-ce attribué?

Voilà ma première série de questions. Je voudrais ensuite aborder un autre sujet de préoccupation émanant du médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique.

**Dr David Butler-Jones:** Certainement. Je vais essayer d'être bref.

Il y a eu au départ 1 milliard de dollars dont 600 millions ont été distribués sur un certain nombre d'années. Il y a également les 80 millions par année qui disparaissent s'ils ne sont pas dépensés, comme nous en avons déjà parlé au comité. Il y a ensuite le budget de cette année qui a été réparti entre les ministères pour couvrir la

hausse de la demande et les difficultés que nous avons eues au printemps.

Nous avons été invités à demander des ressources supplémentaires si nous en avons besoin. Cela exigera l'approbation du Cabinet, du Conseil du Trésor, etc.

**Mme Joyce Murray:** Cela donne donc 80 millions de dollars, mais ils ont été utilisés suite à la hausse de la demande le printemps dernier.

Docteur Butler-Jones, est-ce vous qui décidez de la répartition de cet argent?

• (1720)

**Dr David Butler-Jones:** C'est notre ministère ainsi que Santé Canada, l'ACIA et d'autres. Pour ce qui est de ce fonds de réserve, il s'agit surtout de ces trois ministères. Mais il y a d'autres coûts pour prévoir les problèmes et y répondre. Les discussions se poursuivent à ce sujet.

Pour ce qui est du rôle de l'Agence de la santé publique, j'en assume la responsabilité.

**Mme Joyce Murray:** Je crois que le gouvernement fédéral a signé une entente de partage des coûts à 40:60 avec les provinces pour les vaccins...

**Dr David Butler-Jones:** C'est exact.

**Mme Joyce Murray:** ... mais qu'il y a eu des demandes de partage des coûts avec les municipalités et les provinces pour tous les autres frais. J'ignore quels sont ces frais, mais je suppose qu'il s'agit par exemple des fournitures médicales, de la préparation du plan, de la formation, des ressources humaines supplémentaires, etc. Cette demande a été rejetée ou on n'y a pas répondu. Je sais que cela suscite du mécontentement en Colombie-Britannique.

J'essaie de concilier cette réalité avec la déclaration selon laquelle les ressources sont suffisantes.

**Dr David Butler-Jones:** Le gouvernement fédéral, les provinces et les municipalités ont chacun un rôle à jouer. En cas de pandémie, nous avons tous un rôle à jouer, comme pour toute épidémie. Pour le moment, nous ne savons pas quels seront les coûts et les répercussions à long terme. Nos ministres ont déjà dit que, du moins du point de vue de la santé, ces coûts seraient assumés selon les besoins. Nous avons un projet de protocole d'entente avec les provinces et les territoires selon lequel on tiendra compte des moyens à mettre en oeuvre pour faire face à la situation. Normalement, la vaccination est sous la responsabilité des provinces. Pour assurer l'équité et l'accès au vaccin, le gouvernement fédéral assumera 60 p. 100 des coûts et nous avons prévu la même chose pour les antiviraux et les stocks de vaccin.

**Mme Joyce Murray:** Je ne suis pas certaine d'avoir bien compris. La province dit qu'elle a demandé une aide financière, un partage des dépenses pour l'établissement des plans, les fournitures médicales, la formation, toute cette préparation et que sa demande a été rejetée. Est-il possible que certains programmes ou certaines communications n'aient pas lieu au niveau municipal ou provincial à cause d'un manque d'argent?

**Dr David Butler-Jones:** Cette préparation, ces plans et cette intervention sont des dépenses normales. Pour chaque saison de grippe, les hôpitaux connaissent une hausse de la demande. Il y a toujours des frais supplémentaires. Nous avons un protocole d'entente. Dans le cas de ce protocole, toutes les parties se sont engagées à examiner les mesures à prendre au cas où il y aurait des coûts extraordinaires sur le plan de la santé.

**Mme Joyce Murray:** Je peux donc retourner en Colombie-Britannique et dire que si la province peut démontrer, a posteriori, que cette pandémie lui a causé des coûts extraordinaires, ils seront couverts rétroactivement?

**Dr David Butler-Jones:** Non. Nous ne saurons pas si les coûts reliés à la pandémie... Si nous procédons comme il faut, cela ne coûtera peut-être pas beaucoup plus que la grippe saisonnière. Nous nous sommes tous engagés à continuer à travailler ensemble, à collaborer, pour nous assurer que le nécessaire sera fait et que s'il y a des coûts extraordinaires, nous examinerons ensemble les mesures à prendre. La province est partie à ce même protocole d'entente.

**Mme Joyce Murray:** Vous ne craignez donc pas que certaines des mesures à prendre pour se préparer ne soient pas prises?

**La présidente:** Désolée, madame Murray, nous devons nous arrêter là.

**Dr David Butler-Jones:** Absolument pas. Toutes les parties se sont engagées à faire leur travail et nous nous soucierons de ces autres détails plus tard.

**La présidente:** Merci.

Madame McLeod, c'est à votre tour.

**Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC):** J'ai trois brèves questions.

Ma première question s'adresse à Mme Chatigny. Pour ce qui est de la stratégie de communications, je me demande si vous avez organisé des groupes de consultation et des sondages pour essayer d'établir un certain objectif. Pouvez-vous voir où vous en êtes actuellement et si votre stratégie de communications réussit à atteindre cet objectif?

**La présidente:** Madame Chatigny, vous pourriez peut-être répondre en même temps à l'autre question également.

**Mme Elaine Chatigny:** Nous faisons des recherches depuis 2004 pour essayer d'établir une base de référence, tout d'abord en ce qui concerne l'attitude et le comportement des gens ainsi que leur niveau de connaissances concernant la prévention des infections et, en même temps, au sujet de la grippe aviaire, de la grippe pandémique et de la grippe saisonnière, par exemple. Au début, notre stratégie consistait à préciser les différences entre la grippe aviaire et la grippe humaine. Par la suite, nos recherches ont porté sur d'autres questions et notamment l'attitude des gens et leurs connaissances au sujet des vaccins. Par conséquent, notre stratégie de communications est tout à fait axée sur notre objectif qui est d'influencer le comportement.

Au cours du printemps, par exemple, nous avons testé le niveau de sensibilisation du public et son comportement à l'égard des règles à suivre pour le lavage des mains et la toux, ainsi que les comportements de prévention des infections que nous voulions qu'il adopte. Au cours du printemps, nous avons pu constater des changements dans le comportement des gens. Au départ, les changements de comportement ont été lents à se faire pour ce qui est de se laver les mains et de tousser dans sa manche. Il était vraiment étonnant de voir les comportements évoluer au fur et à mesure que l'on changeait de message et de tactique. Ensuite, quand nous avons commencé à insister sur la nécessité d'éternuer dans sa manche, nous avons aussi constaté un changement dans les chiffres.

Toutefois, il est vrai également que lorsque vous cessez d'envoyer énergiquement un message, les gens peuvent reprendre leurs anciennes habitudes. Pendant la crise du SRAS, nous avons constaté un changement de comportement important en ce qui concerne le lavage des mains, mais deux ou trois ans plus tard, les chiffres sont retombés, ce qui souligne l'importance de travailler en collaboration

avec nos partenaires, les provinces et les territoires, tous nos partenaires de la santé publique, pour continuer à communiquer certains messages.

Pour ce qui est des messages et des comportements, ce que nous savons au sujet de l'attitude des gens à l'égard de la vaccination, c'est qu'elle change d'une semaine à l'autre pour ce qui est de recevoir le vaccin, de l'intention de se faire vacciner. C'est pourquoi, pour répondre aux questions que M. Malo a posées tout à l'heure, la stratégie s'orientera très bientôt vers des messages plus soutenus au sujet des risques et des avantages de la vaccination dans l'espoir, du point de vue de la santé publique, bien sûr, qu'un certain nombre de gens se feront vacciner.

Nous pourrions discuter quant à savoir comment nous pouvons définir le succès, s'il s'agit de faire en sorte que les Canadiens possèdent l'information dont ils ont besoin pour prendre une décision éclairée ou s'il s'agit d'un certain taux de vaccination. C'est une chose que nous sommes en train d'établir dans le cadre de notre stratégie.

• (1725)

**Mme Cathy McLeod:** Je vais essayer de glisser deux autres brèves questions. On a reproché au gouvernement du Canada de ne pas avoir des stratégies particulières pour les communautés des premières nations en ce qui concerne la préparation à une pandémie et il semble que cela suscite une certaine confusion.

Je m'adresse à M. Gully. Vous êtes là depuis un ou deux mois. Avons-nous un plan pour les premières nations et le suivons-nous?

**Dr Paul Gully:** La réponse est oui. L'annexe B du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza se rapporte aux premières nations ainsi qu'aux rôles et responsabilités. Dans le cas des premières nations, surtout les communautés éloignées et isolées dans lesquelles nous assumons la responsabilité des soins, nous veillons à ce que ces communautés obtiennent les mêmes services que ceux que la province doit fournir ailleurs en ce qui concerne l'accès aux soins, les soins tertiaires, etc. Nous reconnaissons toutefois certaines particularités reliées au problème de transport, ainsi que le risque accru de transmission dans certaines communautés, ce dont tient compte la séquence de la vaccination pour les communautés éloignées et isolées. Nous reconnaissons la nécessité de continuer, comme je l'ai déjà dit, à communiquer avec les premières nations à tous les niveaux pour nous assurer qu'elles comprennent et reconnaissent la situation et pour obtenir des réponses au sujet de ces plans.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Gully.

Nous passons maintenant à M. Dufour.

[Français]

**M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ):** Merci, madame la présidente, de m'accorder quelques minutes pour poser mes questions.

Je vais vous poser trois petites questions en rafale, auxquelles vous pourrez répondre par la suite.

Pourquoi utilise-t-on un adjuvant dans le vaccin de la grippe H1N1, alors qu'on n'en utilise pas pour le vaccin contre l'influenza?

Présentement, en Europe, on a déjà autorisé la commercialisation de vaccins produits par GSK, GlaxoSmithKline. Pourquoi, au Canada, en sommes-nous encore à l'étape des tests cliniques?

Normalement, l'utilisation d'adjuvants n'est pas préconisée par Santé Canada, alors qu'on permet à GSK d'utiliser l'AS03 qui est un des adjuvants les moins utilisés sur le marché.

•(1730)

**Dr David Butler-Jones:** Il y a beaucoup de raisons liées à cet adjuvant. Premièrement, pour chaque contenu... peut-être quatre vaccins, avec un adjuvant. Deuxièmement, l'adjuvant protège contre les mutations du virus; c'est un avantage. Troisièmement, chez certains groupes, les personnes âgées notamment, à l'évidence la réponse d'immunité est meilleure avec un tel adjuvant.

Les Américains et les Européens ont collaboré avec nous sur la réglementation. Nous avons étudié les tests et nous nous sommes penchés sur les études des chercheurs. Toutes ces études sont bonnes. Santé Canada a revu les éléments et prendra sa décision très prochainement.

**M. Nicolas Dufour:** On pourrait avoir très prochainement une autorisation.

**Dr David Butler-Jones:** Oui. Personne n'a encore le vaccin. Les Américains, les Européens et nous ne disposons pas encore du vaccin. Cependant, nous l'aurons. Aussi, je pense que les deux prochaines semaines seront cruciales pour prendre une décision.

[Traduction]

**La présidente:** Docteur Butler, j'apprécie énormément tous les renseignements que vous nous avez fournis, vous-même ainsi que M. Gully et Mme Chatigny. Je remercie le comité.

Comme la sonnerie est en train de retentir, je suppose que nous devons aller voter.

La séance est levée.

---







**POSTE  MAIL**

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

**Poste-lettre**

**Lettermail**

**1782711  
Ottawa**

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

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

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

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

### SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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