



Leçons tirées des premières lignes

Rapport sur la grippe pandémique A(H1N1)

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

Juillet 2010



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada



ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national des médecins du Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mission de servir et d'unir les médecins du Canada et de défendre sur la scène nationale, en collaboration avec la population du Canada, les normes les plus élevées de santé et de soins de santé.

L'AMC compte plus de 72 000 membres. En leur nom et au nom de la population canadienne, elle exerce un large éventail de fonctions, notamment favoriser l'élaboration de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des traumatismes, promouvoir l'accès à des soins de santé de qualité, faciliter le changement au sein de la profession médicale et ouvrir la voie et servir de guide aux médecins pour les aider à influencer les changements dans le processus de prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est une organisation professionnelle à participation volontaire qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 divisions provinciales et territoriales et 51 organisations médicales nationales.



La Société nationale de spécialistes pour la médecine communautaire (SNSMC) représente les intérêts des spécialistes en médecine communautaire et des médecins de santé publique du Canada. Avec plus de 200 membres, la SNSMC est le porte-parole unique et dynamique des spécialistes en médecine communautaire et des médecins de santé publique, et ses effectifs.

Fondée en 1998, la SNSMC travaille à promouvoir l'inclusion d'une perspective de santé publique et des populations dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques sanitaires. Ses objectifs sont notamment les suivants :



Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) est la voix de la médecine familiale au Canada. Représentant 24 000 membres aux quatre coins du pays, c'est l'organisation professionnelle qui est responsable de fixer les normes de la formation, de la certification et de l'éducation continue des médecins de famille, et de défendre les intérêts de la médecine familiale, des médecins de famille et de leurs patients. Le CMFC procède à l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale dans les 17 facultés de médecine du Canada.

Les membres du CMFC appartiennent à l'une des dix sections provinciales qui s'impliquent dans des activités de soins de santé au niveau local. De nombreux membres siègent à des comités, groupes de travail et groupes de réflexion nationaux et/ou provinciaux afin de faire progresser la politique, les programmes, l'éducation, la recherche et la défense des intérêts dans le domaine de la médecine familiale ainsi que les soins aux patients.

- Appuyer de strictes normes de formation et d'enseignement pour les spécialistes en médecine communautaire et les médecins de santé publique;
- Promouvoir le rôle du spécialiste en médecine communautaire auprès du grand public, des autres dispensateurs de soins de santé, des gouvernements et des organismes nationaux.

TABLE DES MATIÈRES

Contexte.....	1
Communications	2
Surveillance et communications électroniques	3
Enjeux systémiques.....	4
Responsabilités F-P-T.....	4
Capacité du système.....	5
Partenariat entre les secteurs de la santé publique et des soins primaires	6
Vaccination	6
Conclusion.....	7
Recommandations	10

Leçons tirées des premières lignes

Contexte

Il y a un an, un nouveau virus de la grippe faisait sa première victime au Mexique et peu après, la première pandémie de grippe en 40 ans frappait le monde. Même si la grippe pandémique A(H1N1) (pH1N1) a balayé la planète, nous avons été chanceux cette fois-ci parce que le virus était beaucoup moins virulent qu'on l'avait craint au début. Maintenant que la grippe pH1N1 a atteint son zénith et s'est estompée, le moment est venu de jeter un coup d'œil sur ce que nous avons appris et de déterminer comment ces leçons nous aideront à nous préparer à la prochaine urgence nationale en santé publique.

Le Collège des médecins de famille du Canada, la Société nationale des spécialistes pour la médecine communautaire et l'Association médicale canadienne ont conjugué leurs efforts pour broser un tableau des leçons tirées des premières lignes de la lutte contre la pandémie. Ensemble, nous représentons plus de 80 000 médecins, dont presque 50 000 médecins de famille, qui œuvrent dans tous les domaines des systèmes de soins de santé et de santé publique du Canada.

L'expérience que le Canada a vécue face au SRAS en 2003 a constitué un «coup de semonce» : beaucoup de choses ont changé dans son sillage. La création de l'Agence de la santé publique du Canada dirigée par un administrateur en chef de la santé publique et le Réseau de santé publique pancanadien ont accru la capacité du Canada de répondre à une urgence en santé publique comme la grippe pH1N1. Le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*, complété par les plans des provinces et des territoires, établit un cadre et une approche à suivre pour réagir à une pandémie.

Cette planification a produit des résultats à de nombreux égards. Le Canada s'est mobilisé rapidement face à la menace posée par la grippe pH1N1. Les taux de morbidité et de mortalité ont été moins élevés qu'on le craignait et 45 % de la population a été vaccinée. Cette réponse peut toutefois être considérée aussi comme une «répétition générale» qui prépare à une pandémie de grippe plus grave ou à une autre urgence nationale en santé publique : elle a mis nos plans à l'épreuve et nous a permis de tirer des leçons de l'expérience tout en nous donnant le temps d'intégrer ces leçons à notre planification stratégique.

Les travailleurs des premières lignes comprennent comment les urgences en santé mettent à l'épreuve tout notre système – santé publique, soins actifs et soins primaires, sans oublier les médecins de famille communautaires. La réussite de notre intervention dépend de la planification et de la pratique, de l'efficacité des contre-mesures dans les secteurs des soins cliniques et de la santé publique, de nos ressources humaines en santé, de la capacité de pointe de nos systèmes de soins de santé et de santé publique et de notre capacité d'atteindre le public. Un des plus grands défis que nous devons relever au Canada consiste aussi à établir une stratégie nationale et provinciale-territoriale cohérente applicable à l'échelon local.

Même si nous croyons que dans l'ensemble, la réponse du Canada à la grippe pH1N1 a produit de nombreuses réussites, des circonstances nous ont mis au défi en tant que professionnels de la santé. Il faut renforcer encore davantage les systèmes de soins de santé et de santé publique, en étayer les infrastructures distinctes et en renforcer l'interdépendance. Les commentaires qui suivent portent avant tout sur deux grands domaines qui ont agi sur notre capacité de répondre à la pandémie : les communications et l'intégration du système de santé.

Communications

La communication a constitué constamment une source de préoccupations. Les moyens de communication entre les divers niveaux des fournisseurs de soins du secteur de la santé publique étaient plus robustes que ceux dont disposaient les fournisseurs de soins primaires, et en particulier les médecins de famille. Le 9 août 2009, dans le sillage de la première vague de grippe pH1N1, nos dirigeants ont écrit à l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, le D^r David Butler-Jones, au nom de nos membres pour lui faire part de leurs réflexions et de leurs recommandations sur la façon d'améliorer les communications avec les médecins. Les médecins de famille en particulier, mais aussi les autres fournisseurs de soins de santé des premières lignes, avaient besoin de moyens de communication spécialisés pour le milieu de pratique, de ressources faciles d'accès et de messages clairs rédigés d'une façon qui permet de les implanter rapidement dans la pratique clinique au cours d'urgences en santé parce que la rapidité de l'intervention clinique est cruciale. Nous avons recommandé que les cliniciens des premières lignes participent à l'élaboration de lignes directrices et de stratégies de diffusion afin que le contenu en soit relié directement au contexte clinique.

Les médecins de famille font partie de notre première ligne de défense au cours d'éclosions de maladies infectieuses. Afin d'optimiser le soin des patients, ils ont besoin de conseils cliniques rapidement. Beaucoup de médecins étaient d'avis que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le Réseau de santé publique et, dans certains cas, les échelons provincial, territorial, régional ou local n'ont pas bien reconnu qu'il était urgent de fournir de l'information uniforme et pertinente sur le plan clinique.

Il a fallu trois mois après qu'on est reconnu l'apparition de la grippe pandémique pour publier *Lignes directrices concernant les soins ambulatoires permettant de traiter le syndrome grippal dans le contexte du virus pandémique H1N1*. Le processus actuel du Réseau de santé publique, qui repose sur la consultation fédérale-provinciale-territoriale (F-P-T) et l'établissement de consensus, semblait mal convenir au besoin national aigu d'information clinique sur des questions comme l'utilisation et la prescription d'antiviraux. Les autorités provinciales et les organisations professionnelles de la médecine ont réagi pour combler le vide, mais différentes approches et recommandations ont fait leur apparition, indépendamment les unes des autres. Une meilleure intégration de la réponse des soins primaires par un organisme *national* comme l'ASPC et les ministères de la Santé des provinces et des territoires pourrait répondre aux besoins des cliniciens dans le contexte des interventions en santé publique. Cette intégration garantirait aussi que les directives sur les soins sont traduites en formats conviviaux appropriés aux contextes cliniques.

Nous avons été heureux de collaborer avec l'ASPC à l'automne de 2009 pour produire *Grippe pandémique H1N1 – Aide-mémoire à l'intention des cliniciens de première ligne*. Beaucoup de nos membres ont apprécié énormément ce document et la collaboration a démontré comment des organisations du secteur de la santé peuvent collaborer efficacement avec le gouvernement pour contribuer par leur savoir-faire à la création et à la diffusion d'information appropriée et pertinente sur le plan clinique. Nos critiques ont néanmoins déclaré que c'était trop peu trop tard.

Lorsque les données scientifiques évoluent rapidement, il faut concevoir les processus utilisés pour diffuser de l'information aux professionnels de la santé publique et des services cliniques des premières lignes de façon à éviter la confusion. Des stratégies coordonnées et unifiées de communication s'imposent aux échelons national, provincial-territorial et local. Quelle qu'en soit l'origine officielle, l'information doit être uniforme.

Au cours de la pandémie, beaucoup de médecins et de travailleurs de la santé publique se sont plaints que les multiples paliers de gouvernement fournissaient des conseils semblables mais non uniformes. Les différences ont abouti au scepticisme et la déferlante de messages, à la surcharge. Finalement, il faut fournir rapidement de l'information pertinente sur le plan clinique et digne de confiance, même si sa certitude fluctue.

La coopération et la consultation entre les milieux médicaux et les régies provinciales, territoriales et régionales de la santé ont caractérisé les administrations qui communiqueraient efficacement avec le secteur des soins primaires, à la fois avant la crise et durant celle-ci.

Nous recommandons :

- 1. Que l'Agence de la santé publique du Canada évalue, en collaboration avec les provinces et les territoires, l'efficacité des communications sur la grippe pH1N1 entre les secteurs de la santé publique, les médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé primaires des premières lignes et qu'elle utilise les constatations tirées de cette évaluation pour analyser les réponses futures possibles à une crise en santé publique.**
- 2. Que les autorités fédérales, provinciales et territoriales de la santé publique et les professionnels de la santé et leurs associations conjuguent leurs efforts, entre les pandémies, pour créer une stratégie de communication pancanadienne qui servira au cours des urgences en santé.**
- 3. Que l'on établisse à l'Agence de la santé publique du Canada un centre pancanadien – semblable au Centre for Effective Practice – qui se chargera de l'application opportune des connaissances contenues dans les guides de gestion clinique à l'intention des cliniciens au cours de crises en santé publique.**

Surveillance et communications électroniques

Si la surveillance des maladies transmissibles dans tout le système avait été en place pour appuyer l'échange de données entre le secteur de la santé et le reste du système de santé, en particulier aux échelons régional et local de la réponse à la pandémie, elle aurait facilité énormément la réponse

nationale à cette maladie infectieuse. Les tendances de la maladie qui fait son apparition à l'échelon régional et local dans leur bassin démographique ont une grande influence sur les pratiques des cliniciens. C'est pourquoi les données de surveillance aident à déterminer le traitement approprié. La plupart des médecins n'avaient pas accès à des données en temps réel et lorsque des données sont devenues disponibles, elles dataient déjà de plusieurs semaines. Les lignes directrices cliniques en retard ne remplacent pas convenablement l'information sur la surveillance diffusée en temps opportun.

L'expansion de l'utilisation, en soins primaires, des dossiers médicaux électroniques (DME) dotés de liens bidirectionnels avec les dossiers de santé électroniques (DSE) du secteur de la santé publique pourrait avoir facilité la surveillance et les communications. Les cliniques de médecine familiale dotées du DME ont pu repérer rapidement les patients à risque élevé, communiquer avec eux pour leur donner rendez-vous afin de se faire vacciner et recueillir les données nécessaires pour la santé publique. Les succès variables qu'ont connus les cliniques publiques de vaccination contre la grippe pH1N1 démontrent encore davantage qu'il fallait normaliser l'utilisation du DME et du DSE dans le système de santé.

Il est possible d'améliorer les communications par le partage des données entre les systèmes de santé publique et de soins primaires. Le DME peut aider à relever les défis posés par la collecte de données provenant de sites de soins primaires. La collaboration entre l'ASPC, l'Association médicale canadienne et la Division de la santé de l'Association canadienne de la technologie de l'information est à l'origine d'un projet pilote visant à démontrer l'utilisation du DME en soins primaires comme outil sentinelle de surveillance en temps réel pour les interventions en santé publique afin de compléter les mécanismes de surveillance existants. En outre, après avoir réalisé un projet pilote d'une durée de deux ans couronné de succès, le Collège des médecins de famille du Canada collabore avec l'ASPC, ainsi qu'avec l'Institut canadien d'information sur la santé, pour assurer la surveillance de cinq maladies chroniques au moyen du DME, de réseaux locaux d'un bout à l'autre du Canada et d'un dépôt central national de données normalisées. Ces études représentent le rôle de plus en plus important de l'information électronique dans la surveillance, ainsi que la valeur de la collaboration entre les secteurs de la santé publique et des soins primaires.

Nous recommandons :

- 4. Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux fournissent du financement pour le dossier médical électronique (DME) afin de permettre aux autorités des secteurs des soins cliniques et de la santé publique d'implanter l'interconnectivité et de permettre la collecte et l'analyse d'information en temps réel.**

Enjeux systémiques

Responsabilités F-P-T

La répartition entre les autorités fédérales, provinciales et territoriales de la compétence en matière de soins de santé et d'interventions d'urgence agit sur notre façon de répondre aux urgences en santé publique. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont un rôle de premier plan à jouer dans la réglementation des questions de santé à l'intérieur de leur territoire.

Par ailleurs, le gouvernement fédéral a des responsabilités en ce qui concerne la sécurité publique et la protection de la santé à l'échelon national. L'intervention fédérale dans les questions de santé publique de nature interprovinciale ou territoriale est incontestablement légitime.

En vertu du Règlement sanitaire international, le gouvernement fédéral doit aussi surveiller les urgences en santé publique qui peuvent causer un préjudice à d'autres pays et en faire rapport.

Depuis l'expérience du SRAS qu'a vécue le Canada, l'implantation de la coopération F-P-T et les consultations sur des questions de santé publique ont réalisé des progrès importants. À cause de la répartition des responsabilités, nous avons toutefois abouti à une situation où l'orientation en santé publique et en soins cliniques dans chaque province et territoire se ressemble tout en étant différente. Même si le Comité de la grippe pandémique et le Comité consultatif spécial F-P-T sur le virus de la grippe A(H1N1) a cherché à dégager un consensus national, rien n'obligeait chaque province et territoire en particulier à mettre en œuvre l'orientation arrêtée à l'échelon F-P-T. Des mécanismes de consultation et de collaboration à l'échelon F-P-T ont retardé la prise de décisions et entravé directement la capacité des professionnels des premières lignes de répondre aux besoins urgents de leurs patients dans le domaine de la santé. Il en a découlé un sentiment de confusion dans les médias et une perte de confiance dans le public et chez les professionnels de la santé en ce qui concerne la capacité du Canada de répondre à la grippe pH1N1.

Capacité du système

Le système de santé du Canada n'a pas de capacité de pointe et peut être durement mis à l'épreuve au cours d'une urgence en santé publique comme on l'a vu récemment avec la grippe pH1N1. L'infrastructure sous-développée de la santé publique signifie aussi qu'il est difficile de faire face à plus d'une crise nationale à la fois. Pour répondre à la grippe pH1N1, les services de santé publique ont mobilisé des ressources d'autres programmes et beaucoup de programmes critiques ont été retardés, interrompus ou tout simplement annulés.

Au cours de la première vague de grippe pH1N1, le Manitoba a été victime d'une éclosion grave qui a taxé à la limite les ressources de son infrastructure de soins intensifs. Les fournisseurs de soins de santé des premières lignes ont été inondés d'appels téléphoniques de membres du public en santé qui étaient inquiets et le nombre de consultations de patients qui avaient des symptômes a augmenté. Si la grippe pH1N1 avait produit la pandémie grave qu'on attendait et à laquelle le Canada se préparait, le système de santé aurait été mis à genoux.

En 2008, la Coalition canadienne pour la santé publique au XXI^e siècle signalait que le Canada demeure vulnérable aux risques que représentent les épidémies et les pandémies. Cette vulnérabilité persiste encore aujourd'hui et il faut accorder la priorité à un plan à long terme visant à renforcer notre effectif et notre capacité en santé publique et à nous attaquer au manque de capacité de pointe dans le système de santé si nous voulons être prêts pour la prochaine urgence.

Nous recommandons :

- 5. Que le gouvernement fédéral augmente le financement accordé aux provinces et aux territoires pour les infrastructures afin d'aider les services locaux de planification et**

d'interventions en cas d'urgence en santé, de lisser les variations d'un bout à l'autre du Canada et d'intégrer les structures de soins cliniques dans les structures de la santé publique à l'échelon local.

- 6. Que l'Agence de la santé publique du Canada revoie les recommandations contenues dans le rapport publié en 2003 par le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique (rapport Naylor) en tenant compte de l'expérience vécue face à la grippe pH1N1 et élabore un plan d'action national pour combler les lacunes qui persistent.**

Partenariat entre les secteurs de la santé publique et des soins primaires

Les médecins de famille en particulier comprennent que les soins de santé primaires se dispensent à l'échelon local. En fait, c'est aussi le cas de toutes les interventions en santé publique. En période de crise en santé publique, il est crucial pour le secteur de la santé publique et celui des soins primaires de conjuguer leurs efforts, chacun respectant, appuyant et étayant les efforts de l'autre. En renforçant les structures locales de la santé publique et des soins primaires et l'interface entre les deux, on aurait amélioré la compréhension commune et réciproque des rôles et des responsabilités de chaque secteur durant l'épidémie de grippe pH1N1, les communications, le partage des données et, ce qui est le plus important, la population aurait été mieux servie.

Les mesures de santé publique visent à atténuer la maladie par des activités de surveillance, de recherche et de prise en charge des éclosions tandis que les médecins fournissent de l'information, de l'éducation et des traitements cliniques à leurs patients. Il est essentiel que les deux secteurs, aux échelons provincial et local – ainsi que les professionnels de chaque secteur – s'engagent à conjuguer leurs efforts au cours de la période interpandémique pour renforcer les processus qui permettent de partager des points de vue et de l'information. Il est crucial que les autorités locales de la santé publique reçoivent du financement pour accroître leur capacité de collaborer efficacement avec les médecins de famille, les médecins spécialistes et d'autres fournisseurs des premières lignes. Beaucoup des défis auxquels ont fait face les travailleurs de la santé publique et les médecins des premières lignes durant l'éclosion de grippe pH1N1 auraient pu être atténués si les liens à l'intérieur du système de santé avaient été plus solides.

Nous recommandons :

- 7. Que l'Agence de la santé publique du Canada se concentre sur l'amélioration des relations entre le secteur des soins primaires et celui de la santé publique afin d'appuyer la collaboration au cours de crises en santé publique.**

Vaccination

La vaccination massive constitue un moyen clé de lutter contre la grippe pandémique. Dans l'ensemble, le Canada a mené une campagne efficace : 45 % des Canadiens ont été vaccinés et le pourcentage a été encore plus élevé dans les communautés des Premières nations – une première dans l'histoire du Canada. Le Canada a été un des premiers pays à avoir suffisamment de vaccin pour la population et comme il disposait d'un fournisseur canadien de vaccin, le Canada a évité la confusion causée par les formulations multiples qui a frappé les États-Unis. Le résultat a été positif,

mais beaucoup de services de santé publique ont été surtaxés, car les attentes ont dépassé les ressources limitées qui existaient au préalable.

Même si nous reconnaissons que les provinces et les territoires ont des façons très différentes d'administrer leurs programmes de vaccination de routine, on reconnaît que le mécanisme de vaccination au cours de la pandémie n'a pas permis aux médecins de participer adéquatement à la planification et l'exécution. De nombreuses difficultés, comme l'effet de l'emballage en vrac, les retards de fabrication qui ont eu une incidence sur le «séquençage» convenu des patients et la logistique reliée à la gestion des stocks, ont causé des frictions entre les professionnels de la santé publique des premières lignes et les médecins de famille. Il aurait été possible d'éviter ces frictions en renforçant l'interdépendance et la compréhension mutuelle avant la crise.

La grande variation au niveau des programmes de vaccination de masse entre les provinces et les territoires, et même entre des services locaux de santé publique, a semé la confusion dans le public. Il est essentiel de reconnaître la diversité des contextes de soins primaires où œuvrent les médecins, ainsi que la planification bilatérale préalable, parce que dans le feu de l'action il est tout simplement impossible de personnaliser les réponses en fonction de la multitude de contextes. Les émissions de télévision montrant de longues files de personnes attendant d'être vaccinées ont contribué à miner la confiance dans le système au moment même où l'on avait grandement besoin de la confiance du public pour encourager la vaccination. Les guides de pratique clinique nationaux offraient de grandes possibilités de produire des réponses cliniques uniformes à l'échelon national. Les variations et le manque de coordination dans la diffusion d'information clinique importante durant la crise ont plutôt miné la confiance du public dans la réponse fédérale, provinciale et territoriale.

Pour garantir l'uniformité future des approches cliniques, il faudra analyser les principes d'éthique portant sur la répartition des ressources comme les antiviraux, les vaccins et le traitement à l'hôpital. Il est essentiel que le public participe à la discussion sur les principes d'éthique et la consultation devrait être dans la mesure du possible transparente et préalable.

Nous recommandons :

- 8. Que le Réseau de la santé publique cherche à obtenir l'engagement pancanadien préalable à l'égard d'une réponse nationale harmonisée et unique aux guides de pratique clinique, y compris les programmes de vaccination de masse, en période de crise possible en santé publique.**

Conclusion

En 2003, dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité consultatif national sur le SRAS, l'Association médicale canadienne a signalé que de nombreux facteurs qualitatifs influençaient l'adoption d'information nouvelle et que des recherches s'imposent pour déterminer la meilleure façon de communiquer avec chaque médecin et les autres fournisseurs de soins de santé dans le contexte des situations d'urgence. Les mécanismes de communication devraient reposer sur des recherches de qualité et s'appuyer sur des réseaux et des liens de communication existants.

Le Collège des médecins de famille du Canada a recommandé de renforcer les réseaux d'information afin de promouvoir le partage de l'information la plus pertinente entre les médecins de famille, les autres fournisseurs de soins primaires et les services de santé publique à l'échelon local.

Nous croyons que l'ASPC est bien placée pour entreprendre des recherches sur la meilleure façon pour les professionnels de la santé de recevoir de l'information et pour cataloguer des réseaux de communication existants afin d'en faire un système national bien coordonné de communication en situation d'urgence. Nous devons conjuguer nos efforts pour traduire l'information sur la grippe pandémique en messages pratiques pertinents pour les fournisseurs des premières lignes et utiliser des moyens dignes de confiance pour faire passer des messages clés à nos patients et au public. Dans le consensus général qui se dégage, on commence à reconnaître que notre expérience de l'éclosion de grippe pH1N1 a démontré qu'un des éléments dont nous avons le plus besoin pour nous préparer à la prochaine urgence en santé publique, c'est une stratégie nationale de communication qui met à contribution tous les paliers de gouvernement, vise tous les secteurs du système de santé et utilise les voies que ces groupes cibles connaissent le plus.

Une réponse efficace à des éclosions de maladies contagieuses repose sur la surveillance efficace, la collecte et le partage des données et le suivi des interventions cliniques. L'absence d'un système national de surveillance des maladies transmissibles et d'immunisation contre celles-ci constitue un problème courant. Dans son rapport de 2003, le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique recommandait que «l'Agence [de la santé publique] [du Canada] devrait faciliter la création à plus long terme d'un système national et global de surveillance de la santé publique qui collectera, analysera et diffusera les données des laboratoires et des installations de santé sur les maladies infectieuses... aux intervenants applicables.» En 2010, le Canada n'a toujours pas de système national intégré de surveillance et d'épidémiologie. Il est urgent d'établir un système pancanadien d'information électronique sur la santé qui doit devenir une priorité entre les pandémies et disposer d'un financement fédéral adéquat, sans oublier la collaboration avec les provinces et les territoires. La généralisation du DME dans les soins primaires et l'amélioration du DSE en santé publique conjuguées à la capacité de relier les systèmes augmenteront la capacité existante de surveillance et il faut les considérer comme essentielles à un système pancanadien.

Beaucoup des défis auxquels ont fait face les professionnels de la santé des premières lignes au cours de l'éclosion de grippe pH1N1 se sont aussi posés au cours de l'éclosion de SRAS en 2003. La commission Naylor a proposé de nombreuses mesures pour améliorer la préparation du Canada et renforcer la santé publique. Même si l'on a fait beaucoup de travail et consacré beaucoup d'efforts à l'établissement de liens entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral dans le secteur de la santé publique et le système de prise en charge des urgences en santé, il n'y a pas grand-chose qui s'est rendu aux premières lignes. Cette affirmation ne vise pas à dénigrer l'esprit de coopération F-P-T qui s'est beaucoup amélioré, ni les réalisations importantes. Nous pensons plutôt suggérer que, comme le toit ne coule plus, il faut maintenant nous concentrer sur la fondation – la réponse à l'échelon local.

L'intégration du savoir-faire en soins primaires et de la planification en santé publique à l'ASPC, ainsi qu'aux échelons provincial-territorial et local, aidera à contourner le problème et à améliorer l'efficacité avec laquelle le système de santé peut répondre aux urgences en santé publique. Un dialogue entre les structures de gestion des soins primaires et des interventions d'urgence aidera

l'équipe d'intervention à comprendre et à valoriser les capacités du secteur des soins primaires et à les intégrer dans leurs systèmes de planification et d'intervention.

En bout de ligne, nous devons favoriser la collaboration entre le secteur de la santé publique et celui des soins primaires. Notre objectif commun consiste à protéger la santé des Canadiens compte tenu du fait qu'en réalité, aucun des deux systèmes ne peut y parvenir seul. Il est essentiel de faire confiance à notre professionnalisme et à notre savoir-faire respectif et de conjuguer nos efforts afin d'assurer qu'il existe une solide assise pour protéger les Canadiens de menaces à venir dans le domaine de la santé.

Nous avons la volonté et le savoir-faire. Nous avons besoin des ressources et d'un engagement déterminé d'aller de l'avant. Nous avons eu deux «coups de semonce» – le SRAS et la grippe pH1N1. Évitions d'en attendre un troisième pour découvrir que nous ne sommes pas encore prêts.

Recommandations

1. Que l'Agence de la santé publique du Canada évalue, en collaboration avec les provinces et les territoires, l'efficacité des communications sur la grippe pH1N1 entre les secteurs de la santé publique, les médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé primaires des premières lignes et qu'elle utilise les constatations tirées de cette évaluation pour analyser les réponses futures possibles à une crise en santé publique.
2. Que les autorités fédérales, provinciales et territoriales de la santé publique et les professionnels de la santé et leurs associations conjuguent leurs efforts, entre les pandémies, pour créer une stratégie de communication pancanadienne qui servira au cours des urgences en santé.
3. Que l'on établisse à l'Agence de la santé publique du Canada un centre pancanadien – semblable au Centre for Effective Practice – qui se chargera de l'application opportune des connaissances contenues dans les guides de gestion clinique à l'intention des cliniciens au cours de crises en santé publique.
4. Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux fournissent du financement pour le dossier médical électronique (DME) afin de permettre aux autorités des secteurs des soins cliniques et de la santé publique d'implanter l'interconnectivité et de permettre la collecte et l'analyse d'information en temps réel.
5. Que le gouvernement fédéral augmente le financement accordé aux provinces et aux territoires pour les infrastructures afin d'aider les services locaux de planification et d'interventions en cas d'urgence en santé, de lisser les variations d'un bout à l'autre du Canada et d'intégrer les structures de soins cliniques dans les structures de la santé publique à l'échelon local.
6. Que l'Agence de la santé publique du Canada revoie les recommandations contenues dans le rapport publié en 2003 par le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique (rapport Naylor) en tenant compte de l'expérience vécue face à la grippe pH1N1 et élabore un plan d'action national pour combler les lacunes qui persistent.
7. Que l'Agence de la santé publique du Canada se concentre sur l'amélioration des relations entre le secteur des soins primaires et celui de la santé publique afin d'appuyer la collaboration au cours de crises en santé publique.
8. Que le Réseau de la santé publique cherche à obtenir l'engagement pancanadien préalable à l'égard d'une réponse nationale harmonisée et unique aux guides de pratique clinique, y compris les programmes de vaccination de masse, en période de crise possible en santé publique.