



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 031 • 2<sup>e</sup> SESSION • 40<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le vendredi 28 août 2009**

**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le vendredi 28 août 2009

•(1310)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):**  
La séance est ouverte.

Je voudrais souhaiter la bienvenue à tous les collègues qui sont présents à cette occasion très importante. Encore une fois, nous nous réunissons pour discuter de la grippe H1N1. Cette question revêt une très grande importance pour nous tous ici au Canada.

Je voudrais donc commencer par souhaiter la bienvenue à tous les invités qui se joignent à nous aujourd'hui. Merci d'avoir pris le temps d'assister à cette réunion.

Je voudrais surtout souhaiter la bienvenue à la ministre, Leona Aglukkaq. Nous sommes ravis de vous revoir.

Nous allons donc nous y attaquer tout de suite; nous avons de 13 h 15 à 14 h 30 pour cette partie de la réunion.

Je crois savoir que vous allez faire un exposé liminaire de 15 minutes, madame la ministre, après quoi nous pourrions entamer la période des questions. Je vous invite donc à commencer tout de suite.

**L'hon. Leona Aglukkaq (ministre de la Santé):** Bon après-midi à vous tous.

Madame la présidente, membres du comité, encore une fois, je suis ravie de pouvoir me présenter devant vous de nouveau pour vous décrire les mesures que nous prenons face au virus grippal H1N1, et plus particulièrement nos efforts pour appuyer les membres des premières nations qui vivent dans les réserves.

Je suis accompagnée aujourd'hui de l'administrateur en chef de la santé publique, le Dr David Butler-Jones, ainsi que de Shelagh Jane Woods, directrice générale des Soins de santé primaires et de la Santé publique pour la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

J'aimerais également vous présenter le Dr Paul Gully, qui vient de se joindre à Santé Canada à titre de conseiller médical spécial. Il aidera à coordonner la prestation de services de santé d'urgence dans les collectivités des premières nations touchées par le virus H1N1. Le Dr Gully était auparavant en affectation à l'Organisation mondiale de la santé, à titre de coordonnateur adjoint des Nations Unies pour la grippe. Il a également travaillé pour Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada.

Au cours de cette séance, je compte faire appel à ces deux spécialistes pour répondre au mieux à vos questions.

Dans mon exposé d'aujourd'hui, je souhaite expliquer comment nous avons géré le virus H1N1 pendant près de cinq mois. Je compte aborder plus particulièrement les points suivants: les raisons pour lesquelles il est important de se concentrer sur les premières nations dans nos préparatifs en prévision de l'automne, nos modalités de collaboration avec les provinces et les dirigeants des premières

nations pour aider les collectivités à se préparer, et ce que nous envisageons de faire pour consolider nos mesures d'intervention et souligner l'importance de protéger la santé des collectivités.

Comprendre ce virus, déterminer la façon dont il se propage et recenser les groupes les plus vulnérables sont, depuis le départ, nos priorités. Nous avons immédiatement compris la nécessité de mettre en oeuvre notre plan national de lutte contre la pandémie. Nous avons depuis respecté les directives du plan et nous ne le regrettons pas. Pour cette raison, il faut maintenir le cap alors que nous nous préparons à une propagation accrue de la maladie cet automne.

La communication avec les Canadiens est, et continuera d'être, un élément essentiel de ce plan. La collaboration avec les provinces, les territoires, les premières nations, les Inuits et les organismes de santé d'un bout à l'autre du pays a permis d'établir une approche claire et cohérente à l'égard de cette maladie à l'échelle du Canada. Santé Canada s'engage à travailler avec les intervenants clés et ses partenaires nationaux et internationaux pour nous aider à approfondir nos connaissances et nos méthodes de prévention et de traitement du virus H1N1.

La semaine prochaine, l'Agence de la santé publique du Canada tiendra une conférence qui sera la première en son genre au Canada. Des responsables de la santé publique, des spécialistes des soins intensifs et des experts médicaux du Canada et d'autres pays se réuniront à Winnipeg pour discuter des meilleures méthodes de traitement et de gestion des cas graves de grippe H1N1. À cette occasion, nous espérons élaborer de nouvelles directives pour traiter et gérer les cas graves et pour composer avec les répercussions que ces nouveaux cas auront sur les hôpitaux.

La préparation d'un vaccin suit son cours, et les essais cliniques devraient commencer en octobre au plus tard. Comme vous le savez, nous disposerons de plus de 50 millions de doses du vaccin afin d'immuniser tous les Canadiens qui le voudront. La gestion de la maladie repose sur la vaccination. Inutile de vous rappeler que la prévention de cette maladie est notre principal objectif.

J'aimerais maintenant parler du travail que nous avons accompli avec les premières nations. Il faut noter que les modèles de prestation de soins diffèrent d'une collectivité autochtone à l'autre. Mon propos porte aujourd'hui sur les membres des premières nations vivant dans la réserve, car la prestation de leurs services de santé est une responsabilité que se partagent les gouvernements fédéral et provinciaux. La prestation des soins de santé aux Inuits relève des gouvernements territoriaux et provinciaux, mais les Inuits demeurent une priorité pour Santé Canada. En fait, j'ai rencontré 25 maires du Nunavut mercredi dernier.

Il y a des facteurs sociaux et démographiques qui font que les membres des premières nations vivant dans la réserve et les collectivités nordiques et éloignées doivent être considérés comme prioritaires dans nos activités de préparation en vue de l'automne. Bien que Santé Canada et ses bureaux régionaux considèrent les Inuits comme prioritaires et les appuient, je compte limiter mon propos d'aujourd'hui aux premières nations.

Nos recherches montrent que certains segments de la société semblent courir un risque plus élevé de souffrir de complications s'ils contractent le virus. Par exemple, nous savons que les jeunes âgés de 16 à 25 ans, les femmes enceintes et les personnes qui ont une pathologie sous-jacente, comme le diabète, font partie de cette catégorie.

Bon nombre d'entre vous savez déjà que la moitié des personnes qui vivent dans les réserves ont moins de 25 ans. En fait, l'âge médian des membres des premières nations est de 25 ans, comparativement à 40 ans pour le reste du Canada. En outre, le taux de natalité dans les réserves est trois fois supérieur à celui observé dans la population générale, ce qui signifie que le nombre de femmes enceintes par habitant est plus élevé dans les collectivités des premières nations.

• (1315)

Enfin, chez les membres des premières nations, le taux des maladies chroniques est supérieur.

Bref, chez les membres des premières nations, la proportion de personnes davantage susceptibles de constituer des cas plus sévères de grippe H1N1 est plus élevée que dans la population générale. De surcroît, nous ne sommes pas sans savoir que certaines conditions sociales, notamment l'entassement et le fait que certaines collectivités ont un accès limité à l'eau pour leurs besoins d'hygiène — par exemple, pour se laver les mains — viennent compliquer les mesures visant à minimiser la propagation et les répercussions des agents viraux.

Pour toutes ces raisons, nous insistons davantage sur les mesures de préparation à une seconde vague, peut-être encore plus forte, qui surviendrait cet automne, en veillant à ce que les soins soient bien coordonnés et qu'ils soient administrés aux membres des collectivités concernées au bon moment, les fournitures nécessaires soient à la fois disponibles et accessibles et que les collectivités soient bien préparées et au fait de la situation.

S'agissant de la distribution des soins dans les collectivités des premières nations, l'efficacité de la collaboration entre les différents niveaux du gouvernement est primordiale. Lorsqu'un membre d'une localité éloignée des premières nations doit être transféré dans un hôpital de la province, Santé Canada fait le nécessaire pour assurer le transport d'urgence. Cela veut donc dire que les membres des premières nations vivant dans la réserve doivent être traités pour des symptômes graves de la grippe H1N1, ils reçoivent des soins hospitaliers par le truchement de leur système de santé provincial.

Lorsque plusieurs organismes sont appelés à intervenir, il est important de bien définir les rôles de chacun et de veiller à ce que les tâches soient accomplies correctement. À ce chapitre, je voudrais mentionner que nos activités de préparation en vue de la grippe H1N1 dans les collectivités des premières nations seront à l'ordre du jour de la réunion du 17 septembre avec mes homologues provinciaux et territoriaux.

Les responsables de Santé Canada de nos bureaux régionaux ont tissé des liens encore plus solides avec leurs homologues provinciaux. Par exemple, au Manitoba, le personnel affecté à la santé des premières nations et des Inuits assiste à des réunions

trilatérale régulière avec les représentants de la province et des premières nations du Manitoba. Ces réseaux se sont révélés efficaces, surtout lorsque l'éclosion a atteint son paroxysme au Manitoba un peu plus tôt cette année.

En Colombie-Britannique, les premières nations sont bien placées pour faire face à une éclosion éventuelle du virus H1N1, grâce à leur collaboration avec le Groupe trilatéral. Parmi les autres membres du groupe, notons les représentants de Santé Canada et du ministère provincial de la Santé, et plus particulièrement le bureau du médecin-hygiéniste en chef et le médecin-conseil en santé autochtone de la Colombie-Britannique. Des consultations semblables ont eu lieu dans l'ensemble des régions du Canada.

En plus de leurs communications avec les provinces, les hauts fonctionnaires du ministère travaillent directement avec les chefs des premières nations, comme ils le font toujours. En juillet, des responsables du portefeuille de la Santé étaient sur place lors de l'assemblée générale annuelle de l'Assemblée des Premières Nations, tenue à Calgary, pour y faire des exposés et répondre aux questions des participants. Par ailleurs, les bureaux régionaux de Santé Canada distribuent régulièrement des bulletins d'information aux dirigeants des collectivités et tiennent régulièrement des téléconférences avec eux. En outre, nous apportons un soutien financier et technique aux collectivités, afin qu'elles puissent établir leurs plans de lutte contre la pandémie.

Je devrais également vous faire remarquer que, depuis son élection en juillet, j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec le chef national Atleo de l'Assemblée des Premières Nations et que la question du virus grippal H1N1 a été au cœur de nos discussions. Je me permets d'ajouter que j'ai eu une autre rencontre avec lui ce matin. Je vais également rencontrer les chefs de la Colombie-Britannique au cours des deux prochains jours.

Nous disposons, bien entendu, d'un plan national, soit le Plan canadien de lutte contre la pandémie de grippe, mais nous avons également besoin de plans de proximité dans tous les secteurs. En d'autres termes, nous ne pouvons pas imposer une solution unique dans un pays comme le nôtre. Cela ne marcherait pas. Pour les premières nations, le Plan canadien de lutte contre la pandémie de grippe comprend l'annexe B, qui définit les rôles et les responsabilités de tous les participants à la planification des mesures d'intervention visant les membres des premières nations vivant dans les réserves. Au nombre de ces participants, mentionnons les gouvernements fédéral et provinciaux, ainsi que les collectivités des premières nations elles-mêmes.

Nous disposons également de plans qui répondent aux besoins de collectivités particulières — ce sont des plans qui s'inspirent des principes sous-tendant le plan national et les plans provinciaux, mais qui ont été élaborés par les dirigeants des collectivités concernées. Ces plans de proximité indiquent de manière plus détaillée et plus circonstanciée la manière dont une collectivité particulière réagira en cas de flambée infectieuse. Jusqu'à présent, plus de 90 p. 100 des collectivités des premières nations se sont dotées d'un tel plan de lutte.

Au cours des dernières semaines, les hauts fonctionnaires de Santé Canada dans chaque région communiquent régulièrement avec les collectivités et se rendent sur place, au besoin, afin de déterminer tout nouveau besoin en matière de planification. Nous savons que de nombreuses collectivités ont non seulement fini de mettre au point leur plan, mais aussi mis à l'épreuve leur plan communautaire de lutte contre la pandémie. J'étais en Saskatchewan la semaine dernière, et j'ai remarqué que presque toutes les collectivités des premières nations de la province avaient mis leur plan à l'épreuve. Ces collectivités et bien d'autres au Canada, se sont énormément investies dans ces préparations.

Nous avons également pris l'engagement de veiller à ce que les postes de soins infirmiers qui desservent les premières nations soient munis de toutes les fournitures dont ils auront besoin pour traiter les victimes de la grippe H1N1. Nous avons déjà commencé à entreposer des agents antiviraux dans les postes de soins infirmiers des collectivités éloignées et dans des installations régionales, afin qu'ils puissent être distribués le plus rapidement possible.

• (1320)

Bien sûr, pendant une pandémie, c'est sur le personnel de santé de première ligne que l'on compte d'abord. Si la grippe H1N1 atteint son degré de virulence potentiel, la demande de personnel infirmier sera sans précédent. Étant donné que Santé Canada compte sur son personnel infirmier pour offrir la majorité de ses services dans les collectivités éloignées, il est important d'être prêt à intervenir dans les collectivités où les besoins seront les plus pressants.

Plus tôt cet été, lorsque le niveau d'alerte était plus élevé dans le nord du Manitoba, nous avons procédé à une réaffectation du personnel infirmier entre divers postes de soins afin de parer aux cas les plus urgents. Nous pourrions utiliser la même stratégie cet automne.

En prévision de l'automne, nous dispensons également des cours de formation additionnels aux travailleurs appropriés, afin qu'ils soient en mesure de répondre aux besoins émergents. Par exemple, nous prenons des dispositions pour que près de 400 infirmières et infirmiers chargés des soins à domicile dans les réserves sachent administrer le vaccin. Comme vous le savez déjà, nous collaborons avec d'autres organismes afin de fournir aux collectivités des premières nations les fournitures nécessaires et leur donner de la formation et des directives d'orientation.

Tous ces préparatifs devraient vous convaincre que notre priorité numéro un en ce moment est d'être prêts à affronter une possible deuxième vague, qui pourrait être plus forte et qui déferlerait au cours de la prochaine saison grippale. C'est le genre d'éclosion pour laquelle les fonctionnaires chargés du portefeuille fédéral de la Santé se préparent depuis la crise du SRAS en 2003.

Au cours de ces années de préparation, il leur est apparu évident qu'il fallait sensibiliser et informer le public dans le cadre de notre stratégie. C'est la raison pour laquelle nous sommes d'ores et déjà en train de diffuser des avis de santé publique dans les publications autochtones. Nous avons également communiqué de la documentation aux bureaux des conseils de bande, aux chefs et aux organisations inuites. De même, nous nous apprêtons à diffuser des messages en 26 langues et dialectes autochtones par le biais de radios communautaires autochtones, ainsi que des avis de santé publique qui seront télédiffusés par le biais de réseaux et de stations communautaires autochtones.

Par ailleurs, nous publions sur le site [combattezlalagrippe.ca](http://combattezlalagrippe.ca) de la documentation spécialement destinée aux premières nations et nous nous proposons d'entamer une campagne à l'aide des médias sociaux

afin de conférer à nos efforts le plus grand rayonnement possible. Comme le dit si bien notre campagne publicitaire, « s'informer, c'est se protéger ».

Par nos efforts de communications, nous voulons faire en sorte que les résidents des collectivités des premières nations aient toute l'information dont ils ont besoin. Je ne demande pas mieux que de poursuivre ma collaboration avec les dirigeants des collectivités, dont bon nombre sont présents ici aujourd'hui, afin de trouver la meilleure façon d'appuyer et de renforcer nos activités de préparation. Nous savons tous que nous devons redoubler de vigilance.

Je vous remercie, mesdames et messieurs, et je suis à votre disposition pour répondre à vos questions. Merci beaucoup.

**La présidente:** Merci, madame la ministre. Je tiens à vous remercier, encore une fois, d'être venue nous rencontrer de nouveau cet après-midi et d'être toujours prête à répondre à nos invitations.

Nous allons donc entamer le premier tour de questions, qui sera de sept minutes par personne. Je précise qu'il s'agit de sept minutes en tout, pour les questions et les réponses.

La parole est d'abord à la Dre Bennett.

**L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.):** Merci d'avoir accepté de comparaître cet après-midi.

Madame la ministre, savez-vous si le Plan canadien de lutte contre la pandémie est disponible en inuktitut?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Autant que je sache, le plan a effectivement été traduit en inuktitut.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Si je vous pose la question, c'est parce que le représentant d'ITK nous disait hier, pendant notre téléconférence, qu'il n'était pas disponible en... De plus, nous avons entendu dire, de la part des représentants des Nations dénées, que ces derniers sont préoccupés par le fait que l'annexe B ne soit pas disponible dans ces langues-là. Selon moi, si les représentants d'ITK ne savent pas que cette version est disponible, c'est la preuve que les communications sont inefficaces.

Madame la ministre, avez-vous visité l'une ou l'autre des collectivités des premières nations?

• (1325)

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Absolument.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Où êtes-vous allée?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Au Nunavut...

**L'hon. Carolyn Bennett:** Non, je vous parle des collectivités des premières nations, c'est-à-dire... Avez-vous visité une collectivité des premières nations?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Permettez-moi donc de commencer par répondre à votre question au sujet d'ITK.

S'agissant de la prestation des soins de santé aux Inuits, le gouvernement territorial du Nunavut, de même que celui des Territoires du Nord-Ouest, ont la responsabilité d'assurer la prestation des soins, et non ITK.

Deuxièmement, j'ai visité toutes les provinces et tous les territoires. J'ai rencontré les chefs en Saskatchewan et au Manitoba. Dimanche je vais rencontrer tous les chefs de la Colombie-Britannique. Au Nunavut, j'ai rencontré tous les maires. Donc, j'ai visité toutes ces collectivités-là.

Ce matin, nous avons eu des discussions avec le chef Atleo. Lui et moi allons organiser des voyages dans différentes régions du pays pour visiter les collectivités des premières nations.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Madame la ministre, si je ne m'abuse, vous avez assisté à la réunion de l'Association médicale canadienne à Saskatoon. J'en conclus donc que vous n'avez pas organisé un seul voyage, exclusivement pour visiter une collectivité des premières nations, depuis que vous êtes ministre.

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Je viens de vous dire que j'ai rencontré tous les chefs... que j'ai visité toutes les provinces. Il est vrai que je n'ai pas organisé de voyage spécialement pour visiter une collectivité des premières nations. Si vous considérez que les collectivités du Nunavut constituent des collectivités des premières nations, eh bien, je suis originaire de cette région. J'ai visité chacune des collectivités du Nunavut, par exemple.

Mais, pour ce qui est de visiter les collectivités des premières nations dans tout le Canada, comme je vous l'ai dit il y a quelques instants, en collaboration avec le nouveau chef, je suis en train d'organiser un voyage qui me permettra de visiter diverses collectivités autochtones d'un bout à l'autre du Canada.

Merci.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Je m'inquiète de l'exactitude des renseignements qui vous sont communiqués lors de vos réunions préparatoires, ainsi que de cette façon d'organiser, de réviser et de tester les mesures de planification par l'entremise de téléconférences. Le fait est qu'il faut être sur place pour déterminer dans quelle mesure les membres des collectivités sont sûrs de savoir ce qu'ils doivent faire cet automne.

Comme vous le savez, nous avons visité plusieurs collectivités et, d'après ce que nous avons observé, il est inexact d'affirmer que 90 p. 100 des collectivités ont fini d'élaborer leur plan. Donc, je voudrais savoir si, quand vous leur parlez dans le contexte d'une téléconférence, les gens vous disent: « Oui, notre plan est prêt », alors qu'ils ne sont pas tout à fait sûrs de savoir ce que cela veut dire et ce qu'ils ont à faire. Je voudrais que les représentants des collectivités que nous avons visitées, qui semblent extrêmement bien préparés, et qui vont témoigner cet après-midi — Garden River en est un bon exemple — nous disent ce qu'ils ont fait, par rapport à d'autres, qui semblent très peu sûrs d'eux-mêmes concernant ce qui va se produire cet automne...

Comment faites-vous pour mesurer et évaluer leur capacité de réviser ou de tester leur plan?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Je vais commencer par vous parler de la planification qui est faite maintenant en prévision de l'automne.

Comme je l'ai indiqué dans mon exposé liminaire, les fonctionnaires du ministère ont non seulement organisé des téléconférences, mais ont également visité les collectivités, et je vais d'ailleurs demander à certains d'entre eux de vous expliquer en détail le travail qu'ils accomplissent actuellement, de concert avec les collectivités, pour que ces dernières soient prêtes à l'automne.

**Mme Shelagh Jane Woods (directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé):** Le fait est que nous avons des employés en région qui sont en train de visiter toutes les collectivités. Comme vous le savez, docteur Bennett, une bonne partie de ce travail est en cours depuis le lendemain de la crise du SRAS. En réalité, moins d'un an et demi après la crise du SRAS, nous avons déjà commencé à organiser des séances d'information dans les collectivités, pour leur parler justement de la nécessité de faire de la planification en vue d'une pandémie et, quelque temps après, nous avons commencé à nous attaquer concrètement à cette planification.

Vous avez tout à fait raison: une partie du travail initial a été réalisée par le biais de téléconférences. Nous avons eu recours au courrier électronique et à tous les moyens disponibles pour communiquer avec les collectivités. Dernièrement, et surtout depuis l'apparition du H1N1 — mais avant son apparition dans les collectivités des premières nations — les bureaux régionaux ont intensifié leurs visites aux collectivités. Nos coordonnateurs de la lutte contre la pandémie ont visité presque toutes les collectivités, et ils savent quelles collectivités se sont déjà dotées d'un plan. Donc, non seulement 90 p. 100 d'entre elles ont-elles un plan de lutte, mais 70 p. 100 de ces plans ont été testés au moyen d'exercices sur table.

Donc, nous sommes assez confiants. Nous acceptons la parole des organisateurs communautaires, qui nous disent que leurs plans sont prêts. Nous leur avons fourni des modèles, de même que des exemples. Nous supposons qu'ils sont en mesure de savoir s'ils ont un plan ou non.

● (1330)

**L'hon. Carolyn Bennett:** Je crois savoir qu'au Québec, ils ont offert de jumeler une collectivité qui se sent bien préparée avec une autre qui se sent moins bien préparée. Est-il question de faire cette même offre ou de supporter les frais des collectivités qui se sentent prêtes et sont disposées à se rendre dans d'autres collectivités pour leur donner un coup de main?

**Mme Shelagh Jane Woods:** Là où les régions se rendent compte qu'il existe des besoins supplémentaires, elles redoublent d'effort pour s'assurer qu'il existe un plan et elles continueront à surveiller la situation afin que chaque collectivité soit sûre d'être dotée d'un plan en bonne et due forme d'ici la fin septembre. Donc, le personnel régional a recours à différents mécanismes pour y parvenir.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Avez-vous accès à des ressources additionnelles? Dans son exposé liminaire, la ministre a mentionné que vous avez redistribué le personnel infirmier parmi... En tout cas, lorsque nous avons rencontré les représentants au Manitoba, ils n'étaient vraiment pas très contents de savoir que vous alliez voler les infirmières qui travaillent normalement dans une collectivité pour les donner à une autre. Est-il possible que vous puissiez obtenir d'autres infirmières et d'autres ressources? Êtes-vous en train de former des pharmaciens? Que se passe-t-il? Où est l'argent?

**Mme Shelagh Jane Woods:** Votre question concerne surtout des chiffres.

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Je vais m'y attaquer en premier.

Depuis 2006, quand nous avons établi le plan, des sommes très importantes ont été investies dans la mise en oeuvre du Plan de lutte contre la pandémie. Si je ne m'abuse, il s'agissait d'environ 1 milliard de dollars. De plus, 2,3 millions de dollars ont été fournis en vue de renforcer les capacités en matière de santé publique, 1,5 million de dollars pour la formation et l'éducation dans les collectivités, pour qu'elles soient en mesure d'appliquer le plan, et 1,6 million de dollars ont été investis jusqu'à présent en vue de soutenir le Plan d'intervention d'urgence des collectivités. J'ai également annoncé cette semaine un investissement additionnel de 2,7 millions de dollars pour la recherche.

S'agissant des mesures d'intervention que nous avons prises au Manitoba, où certaines collectivités, ici et là, avaient les besoins les plus pressants, nous y avons envoyé des professionnels de la santé d'autres collectivités pour leur venir en aide.

La difficulté qui se pose pour nous, d'une province à l'autre, concerne le fait que l'attribution des permis et la reconnaissance des compétences professionnelles des infirmières et infirmiers relèvent de la responsabilité des autorités provinciales. Donc, dans le contexte d'une pandémie, il nous est très difficile de déplacer du personnel d'une province à l'autre si nous devons, à chaque fois, revoir leurs titres de compétences afin de savoir si les intéressés ont ou non le droit d'exercer leur métier dans la province concernée. Il en va de même pour les médecins. Donc, au Manitoba, en intervenant auprès des quelques poches...

**L'hon. Carolyn Bennett:** Mais il existe un protocole d'entente là-dessus, madame la ministre.

**La présidente:** Merci.

La parole est maintenant à M. Malo.

[Français]

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

Merci madame la ministre. Dr Butler-Jones, je vous remercie d'être avec nous cet après-midi.

Dans un document qui établit les responsabilités liées à la planification et à l'intervention face à une pandémie d'influenza au sein des collectivités des premières nations vivant dans les réserves, on indique que les provinces travaillent essentiellement en collaboration avec les collectivités des premières nations vivant dans les réserves pour, notamment, coordonner les activités liées à la gestion d'une pandémie d'influenza dans ces communautés.

Après avoir tâté le pouls des communautés autochtones au Québec, il semble que le travail qu'a fait la Direction de la santé publique du Québec est satisfaisant et que les communautés sont, à toutes fins utiles, prêtes à une éventuelle recrudescence du virus H1N1.

Pouvez-vous confirmer cela? D'autre part, les communautés sont inquiètes pour leur pairs vivant au Manitoba. J'imagine qu'elles le sont parce que le printemps dernier, on a vu que les taux de contagion dans les communautés manitobaines étaient parmi les plus élevés, et cela de façon très substantielle compte tenu du pourcentage de la population que ces communautés représentent.

J'imagine que vous avez fait certaines études. Par conséquent, pouvez-vous me dire pour quelles raisons les communautés manitobaines sont davantage touchées? De plus, doit-on vraiment avoir de plus grandes craintes pour ces communautés?

• (1335)

[Traduction]

**La présidente:** Madame la ministre?

Qui voudrait répondre à la question? Madame Woods?

**Mme Shelagh Jane Woods:** Oui, je veux bien commencer.

Encore une fois, le député a posé plusieurs questions.

[Français]

Je vais commencer en français, mais cela m'est difficile.

Je suis heureuse d'apprendre que l'on s'entend pour dire que les communautés des premières nations sont prêtes. C'est aussi ce que je pense.

[Traduction]

Je dirais que, dans la province de Québec, environ 96 p. 100 des communautés ont mis la dernière main à leurs plans il y a plusieurs

semaines. Donc, je ne suis pas surprise que vous ayez reçu ce message.

Bien entendu, nous sommes préoccupés par la situation au Manitoba, où le taux d'achèvement était considérablement moins élevé — et nous y déployons donc énormément d'efforts. Cela nous inquiète chaque fois que nous nous rendons compte que des plans de lutte contre la pandémie ne sont pas encore terminés. Évidemment, il y a le facteur additionnel des éclosions qui se sont produites au Manitoba, si bien que nous prenons la situation très, très au sérieux dans cette province.

[Français]

J'ai oublié le reste de la question.

**Dr David Butler-Jones (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada):** Lorsque la pandémie a commencé, les diverses communautés, autochtones et non autochtones n'étaient pas au même niveau de préparation. Les plans de ces communautés existaient, mais l'évaluation et la mise en oeuvre de ces plans variaient.

Le Manitoba a un défi supplémentaire, car c'est là que s'est déclarée la pandémie pour la première fois. C'est comme lorsque le SRAS s'est d'abord manifesté à Toronto. D'autres communautés ont bénéficié du fait que l'on ait constaté que la pandémie avait débuté.

**M. Luc Malo:** Madame la ministre, un peu plus tôt, lors de votre présentation, vous avez identifié essentiellement trois facteurs de risque: avoir de 16 à 25 ans, être une femme enceinte ou être atteint d'une maladie chronique. Vous sembliez indiquer que la raison pour laquelle les communautés autochtones étaient plus touchées que d'autres était que plus de gens de ces communautés possèdent ces caractéristiques sociologiques ou physiologiques. Ce sont donc les raisons pour lesquelles on retrouve davantage de cas parmi les communautés autochtones.

Est-ce bien vrai? L'Agence de la santé publique du Canada a-t-elle réalisé des études démontrant qu'on a trouvé davantage de cas dans les communautés autochtones à cause de ces facteurs, ou d'autres éléments ont-ils aussi pu être considérés comme des facteurs de risque?

[Traduction]

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Je vais répondre à la première question et demander ensuite au Dr Butler-Jones de compléter ma réponse.

J'ai toujours dit que les médecins hygiénistes en chef dans l'ensemble du Canada étudient tous les cas de grippe que nous avons vus ici au Canada, et notamment les cas les plus graves, dont certains étaient mortels, afin d'en savoir plus long sur les affections sous-jacentes des victimes qui auraient pu causer leur mort, et je précise qu'ils tiennent compte de ce qui se passe dans la population en général. Mercredi prochain, les médecins hygiénistes en chef se réuniront en vue d'approfondir davantage la question des autres facteurs qui peuvent être présents et des personnes ou populations qui sont plus touchées.

Mais, ce que je vous ai présenté aujourd'hui correspond à ce que nous avons observé jusqu'ici, particulièrement chez les sujets à risque plus élevé ou les cas les plus graves — les femmes enceintes, par exemple — et à ce sujet, nous savons que les jeunes du Canada, qu'ils soient Autochtones ou non, sont davantage touchés par le H1N1 d'un bout à l'autre du pays. Voilà justement le genre d'information qui est en train d'être rassemblée et qui orientera l'élaboration des lignes directrices que nous serons en mesure de mettre en oeuvre dès l'automne, en plus de la décision sur l'ordre prioritaire qui sera suivi pour l'administration du vaccin.

Docteur Butler-Jones, peut-être aimeriez-vous ajouter quelque chose?

[Français]

**Dr David Butler-Jones:** Ce n'est pas totalement clair. Il faut préciser qu'il y a beaucoup de défis chez les Autochtones.

D'autre part, 30 personnes sont décédés à l'hôpital, aux soins intensifs. La situation de 60 p. 100 d'entre eux les prédisposait à être gravement malades. Dans la population, en général, ce pourcentage est de 4 à 5 p. 100, mais cela n'explique pas tout. Nous allons commencer des études afin d'en découvrir les raisons. Il y aura une réunion la semaine prochaine avec des experts de différents domaines pour mieux comprendre cela.

• (1340)

[Traduction]

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

La parole est maintenant à Mme Wasylycia-Leis.

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

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

La réunion d'aujourd'hui a lieu une semaine après la première, et si nous étions d'avis qu'il fallait vous inviter, de même que les représentants des collectivités des premières nations et inuites, à comparaître cet après-midi, c'est parce que nous avons le sentiment que, par rapport à tous les différents domaines de préparation en vue d'une pandémie, celui où la préparation était la moins avancée concernait la situation dans les collectivités autochtones.

Madame la ministre, aujourd'hui vous avez brossé un tableau assez optimiste de la situation, en laissant entendre que tout va pour le mieux à l'approche de l'automne, lorsque nous pourrions avoir à faire face à une pandémie. Or c'est tout à fait contraire à tout ce que nous entendons dans les collectivités des premières nations. D'ailleurs, nous aurons de nouveau l'occasion de recevoir leurs témoignages un peu plus tard aujourd'hui. Les responsables semblent penser que nous ne sommes pas aussi bien préparés que vous semblez le dire. Ils se posent des questions bien importantes. Ils ont également de graves préoccupations concernant la suffisance des fournitures, des ressources, du personnel et des communications.

Donc, nous nous réunissons aujourd'hui afin de déterminer ce qui manque et comment nous pourrions régler les problèmes car, selon moi, personne ici présent n'oserait dire que nous sommes vraiment aussi bien préparés que nous devrions l'être maintenant, étant donné que nous sommes à la fin août, et qu'une nouvelle éclosion pourrait se produire dès septembre.

Ma première question est donc celle-ci: au Manitoba, les responsables des collectivités des premières nations, sous l'impulsion du grand chef Evans, se sont réunis pour demander qu'on leur accorde des fonds pour l'obtention de trousse de protection contre la grippe. La Province du Manitoba a accepté de leur donner de l'argent pour ces trousse. Il reste que les collectivités des premières nations se sont vu obligées d'organiser des campagnes de collecte de fonds afin de réunir suffisamment d'argent pour acheter les trousse de protection. J'ai assisté à une activité de collecte de fonds vendredi dernier où il y avait beaucoup de monde, ce qui leur a permis de réunir une somme très importante, et c'est à cette occasion que le chef Evans a déclaré qu'il s'agissait d'une contribution très importante au bien-être des collectivités du Manitoba.

La question que je voudrais donc vous poser, madame la ministre, est celle-ci: êtes-vous prête à débloquer des crédits pour permettre à toutes les collectivités des premières nations et inuites du Canada d'acquérir des trousse de protection contre la grippe?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Je vais commencer par répondre à votre question au sujet des trousse de protection.

Les hauts fonctionnaires du ministère ont déjà eu des discussions avec le médecin hygiéniste en chef du Manitoba, si je ne m'abuse, afin de déterminer ce que contiennent les trousse. Moi-même je n'étais pas au courant du contenu de ces trousse. Voilà donc le premier point.

Je crois aussi savoir que le Manitoba s'est engagé à acheter un certain nombre de ces trousse, mais je ne suis pas sûre de savoir ce que contient la trousse et on ne m'en a pas non plus informée. Je crois savoir, cependant, que le Dr Butler-Jones a eu un certain nombre d'entretiens avec les responsables appropriés depuis lors, afin de déterminer ce que contient la trousse.

**Dr David Butler-Jones:** Oui, et je crois que le Dr Kettner comparaitra devant le comité un peu plus tard et pourra également vous en parler directement.

Comme je vous l'ai déjà dit par le passé, peu importe la nature de la famille; il y a un certain nombre de fournitures de base que chaque famille canadienne devrait avoir en main, pas uniquement en vue d'une grippe pandémique, mais aussi pour pouvoir traiter à tout moment d'autres maladies qui ressemblent à la grippe, une réserve de Tylenol pour traiter les symptômes et un thermomètre afin de savoir si quelqu'un a de la fièvre ou non. Évidemment, tous les ménages devraient avoir accès à du savon et à de l'eau — et peut-être aussi un produit désinfectant pour les mains, si vous n'avez pas facilement accès à de l'eau et du savoir — de même que de l'information...

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Pourrais-je vous interrompre, docteur Butler-Jones?

Si ces produits sont fournis dans la trousse de protection contre la grippe — rappelons-nous que bon nombre de collectivités n'ont pas accès à ce matériel de base — pourriez-vous me dire si le gouvernement est prêt à fournir une aide financière pour permettre l'achat de ces trousse de protection? Oui ou non?

• (1345)

**Dr David Butler-Jones:** En ce qui concerne les trousse de protection, les familles peuvent financer elles-mêmes l'achat de ces articles, étant donné qu'ils ne coûtent pas cher. Les autres défis, du point de vue de la santé publique...

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Mais nous parlons des conditions qui prévalent dans les collectivités des premières nations qui relèvent de la responsabilité du gouvernement fédéral et qui, comme nous le savons tous, sont aux prises avec de très graves problèmes économiques et sociaux. Les résidents de ces collectivités n'ont tout simplement pas le même accès aux produits que vous venez d'énumérer. Ils ne peuvent pas simplement aller au téléphone pour composer le 911, et il n'est pas nécessairement facile de se déplacer entre les collectivités. Donc, ne pensez-vous pas que vous avez la responsabilité quelque part de les aider à payer ces trousse de protection

D'ailleurs, il n'y a pas que les trousse de protection; il y a également la question des ressources qui sont nécessaires — des infirmières supplémentaires pour les postes de soins infirmiers. Et vous n'avez pas encore répondu à la question posée par ma collègue, Carolyn Bennett. Êtes-vous prête à soutenir la réaction assez enthousiaste, au Manitoba et ailleurs, des infirmières et infirmiers qui sont prêts à se rendre dans le Nord? Êtes-vous en train de les envoyer dans les collectivités des premières nations, et quels plans avez-vous élaborés afin de tenir compte des circonstances particulières des collectivités des premières nations, en attendant d'avoir les résultats de recherche plus poussée?

Je suis ravie de savoir qu'il y aura cette conférence la semaine prochaine, mais les collectivités des premières nations savent avec quoi elles devront composer, et elles vous demandent de l'aide tout de suite. Nous espérons vous entendre nous expliquer aujourd'hui quelles mesures vous êtes prête à prendre afin de combler les lacunes actuelles en matière de service et de soutenir les collectivités qui vous demandent de l'aide.

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Pour commencer, en tant qu'Autochtone, je comprends très bien la situation de ces collectivités. Je suis moi-même originaire d'une collectivité autochtone de 1 000 habitants. C'est une collectivité éloignée. Donc, je suis tout à fait au courant des limites qui y existent en ce qui concerne l'accès aux services. Ce ne sont pas toutes les collectivités qui ont un hôpital. Cela suppose des partenariats, et vous le savez fort bien.

Dans mon exposé liminaire, je vous expliquais que, lorsqu'il s'agit de cas graves, les malades sont transférés à des hôpitaux qui relèvent de la responsabilité des provinces — donc, au Nunavut, vers Yellowknife, Edmonton, le Manitoba ou l'Ontario. Je comprends cet environnement, comme je suis née et j'ai grandi dans cet environnement, et je continue aussi de vivre dans une collectivité autochtone. Voilà donc un premier élément.

Deuxièmement, nous avons toujours comme priorité de nous assurer que les postes de soins infirmiers sont dotés de toutes les fournitures nécessaires pour que le personnel puisse intervenir de façon adéquate s'il y a une pandémie à l'automne. En même temps, nous allons lancer notre programme d'immunisation dès l'automne, qui constitue un élément clé de la stratégie de prévention. Voilà donc notre objectif: commencer à vacciner les gens en octobre-novembre, puisque les essais cliniques se déroulent actuellement.

Pour répondre à votre question au sujet des trousse, je dirais qu'il nous incombe à nous tous — moi autant que vous — d'acheter des savons pour les mains. Est-ce une responsabilité fédérale?

Ce sont des questions que je dois...

**La présidente:** Merci, madame la ministre.

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Je voudrais apporter une autre précision...

**La présidente:** La parole est maintenant au Dr Carrie.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Donc, vous n'êtes pas prête à fournir une aide financière pour l'achat des trousse de protection?

**La présidente:** Excusez-moi de vous interrompre, madame Wasylcia-Leis, mais votre temps est écoulé.

La parole est maintenant au Dr Carrie.

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

Je voudrais remercier la ministre. Je suis ravi de voir que vous avez fait l'effort de vous mettre à la disposition du comité. Je désire également remercier les fonctionnaires qui sont présents.

Madame la ministre, je suis que vous êtes mère d'un tout petit enfant. J'ai une question à poser. Je suis également parent et j'ai trois jeunes enfants, qui sont âgés de 7 ans, de 14 ans et de 15 ans.

Docteur Butler-Jones, je sais que vous travaillez très fort sur l'aspect préparation du plan de lutte.

Nous voilà en septembre. Les enfants retournent à l'école, et beaucoup de jeunes enfants retournent à leur garderie. Voilà ma question: en prévision de la rentrée scolaire, qu'est-ce que le parent moyen doit savoir au sujet de la situation dans les écoles?

**Dr David Butler-Jones:** Il existe certaines lignes directrices générales à ce sujet, mais, s'agissant des renseignements de base que doivent posséder les parents — d'ailleurs, c'est une question de bon sens, mais nous ne l'appliquons pas toujours — si votre enfant est malade, il ne convient pas de l'envoyer à l'école où il pourra infecter d'autres enfants. Il faut également expliquer aux enfants qu'ils doivent se laver les mains, leur montrer comment tousser, s'assurer que les surfaces de contact demeurent aussi propres que possible — sachant, évidemment, que les écoles et les garderies renforcent ces mêmes messages — voilà autant d'éléments qui sont importants; de plus, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte, si vous êtes gravement malade, notamment s'il s'agit de la grippe, si vous êtes essoufflé ou si vous avez mal à la poitrine, il ne faut pas attendre pour voir ce qui va se produire. Par contre, si vos symptômes sont peu sévères, vous pouvez les traiter en ayant recours au Tylenol, en vous reposant, en buvant beaucoup de liquides, etc.

Il n'y a rien de sorcier dans tout cela, mais il faut continuellement renforcer ces messages. Nous savons, bien entendu, que le virus se propage dans les écoles, dans les collectivités, etc., mais nous savons également que dans les établissements d'enseignement où les enfants sont accompagnés et observés, ils sont plus susceptibles de recevoir les soins appropriés dont ils ont besoin.

• (1350)

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup, docteur.

La ministre a dit tout à l'heure, dans son exposé liminaire que « s'informer, c'est se protéger », et la dernière réunion nous a permis de comprendre à quel point il est important de communiquer avec les Canadiens et de les sensibiliser à cette question. Vous venez de mentionner un certain nombre de choses très importantes que les parents devraient savoir. Pourriez-vous donc me dire quelles mesures ont été prises par le gouvernement fédéral, de concert avec ses partenaires, pour bien renseigner le public?

**Dr David Butler-Jones:** Comme bon nombre des membres du comité l'auront constaté, il y a eu de la publicité, de l'information a été diffusée dans les aéroports, il y a eu également des publicités dans les journaux, etc. De plus, des conférences de presse sont organisées régulièrement avec les représentants des médias, conférences de presse qui ont été diffusées assez systématiquement par les médias et qui auront permis de sensibiliser le public. La campagne de sensibilisation va nécessairement s'intensifier à l'approche de l'automne, en fonction de ce que nous aurons observé. Nous allons y ajouter d'autres composantes, quand nous serons plus près du moment de lancer la campagne d'immunisation, pour expliquer à la population ce en quoi consistent les procédures d'immunisation, etc.

D'ailleurs, ce n'est pas une activité exclusivement fédérale. Les provinces et territoires font la même chose. J'étais récemment au Nunavut, et je dois vous dire que j'ai été très impressionné par le degré de collaboration entre le gouvernement fédéral, le gouvernement territorial et les conseils municipaux des diverses localités. Partout où on allait, l'information était disponible — une information visuelle présentée dans les langues officielles du Nunavut — au sujet des bonnes pratiques d'hygiène et de ce qu'il faut faire si on tombe malade — il y avait toutes sortes de choses, et les gens semblaient être tout à fait au courant. Il est clair qu'ils avaient pris très au sérieux leurs responsabilités à cet égard.

**M. Colin Carrie:** Et qu'en est-il des travailleurs de première ligne? Avant de me lancer dans la politique, j'ai travaillé dans le secteur des soins de santé pendant plus de 15 ans. Au moment de la crise du SRAS en Ontario, j'ai été mis en quarantaine.

Donc, avez-vous conseillé les travailleurs de première ligne? Comme il existe certaines inquiétudes à ce sujet, je voudrais savoir ce que le gouvernement du Canada a fait jusqu'ici pour orienter les travailleurs de première ligne qui devront traiter les victimes de cette écloison, si cette dernière se concrétise.

**Dr David Butler-Jones:** Les lignes directrices faisaient déjà partie du plan de départ et ont été récemment révisées. Nous allons également continuer à dialoguer avec les associations professionnelles, les experts, et d'autres encore, de sorte que ces lignes directrices continueront d'être révisées au fur et à mesure que nous comprendrons davantage ce qui se passe, ou encore si la situation évolue. Donc, voilà qui représente un aspect important de cette activité. En même temps, il importe de reconnaître que ce ne sont que des lignes directrices, et il est donc impossible, qu'il s'agisse d'une municipalité, d'un conseil de bande ou d'un hôpital, d'obtenir tous les détails. C'est là que les plans établis à chaque niveau deviennent très importants, car les interventions qui peuvent convenir dans un petit hôpital rural de la Saskatchewan ne vont pas nécessairement convenir au centre-ville de Toronto. Cet aspect est particulièrement important en ce qui concerne l'application des lignes directrices.

Il reste que les lignes directrices existent, que ces dernières présentent les principes importants, etc., et c'est ensuite aux experts locaux — les responsables de la santé publique, les experts médicaux, et d'autres encore — de les appliquer.

**M. Colin Carrie:** Je crois que tous les membres du comité sont conscients du fait qu'il s'agit d'un problème international. Je sais que nous avons pu profiter un peu de l'expérience de l'Australie où la saison grippale vient de se terminer. Pourriez-vous donc nous parler du rôle qu'a joué le Canada à l'échelle internationale et des communications entre le Canada et d'autres pays du monde? Qu'est-ce que nous apprenons actuellement?

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Je vais commencer et je vais demander ensuite au Dr Butler-Jones de compléter ma réponse.

Dès que nous avons commencé à élaborer notre plan de lutte contre la pandémie, nous avons établi des relations très étroites avec le Mexique et les États-Unis. Au Mexique, nous avons fourni de l'aide au niveau des laboratoires, et c'est pour cela que nous avons pu apprendre rapidement l'apparition du virus H1N1 et commencer tout de suite notre planification. Nous collaborons avec les États-Unis et le Mexique dans plusieurs domaines différents — la recherche, l'échange d'information, etc. — en nous préparant pour l'automne.

À Genève, les trois pays ont fait un exposé devant les représentants de la communauté internationale sur la façon dont le Canada a mis en oeuvre son plan de lutte contre la pandémie,

comment il a été élaboré, et ce en expliquant les différentes composantes et les étapes d'application. Les trois pays étaient considérés tout à fait comme des chefs de file en matière de planification et d'intervention face à la pandémie, et nos modèles ont été communiqués à la communauté internationale afin d'aider d'autres pays qui peuvent avoir besoin d'aide — par l'entremise de l'OPS, par exemple — et notamment les collectivités des Caraïbes qui ont besoin d'appui pour élaborer leurs plans. Comme la grippe ne connaît pas de frontières, il s'agit nécessairement d'un enjeu international. Il était donc dans notre intérêt de nous assurer de participer à ce genre de planification.

En conséquence, nous continuons à faire cette planification, à renforcer les capacités et à faire de la formation au Mexique. Nous avons entamé des discussions dès le départ avec les États-Unis sur des questions qui touchent la frontière — par exemple, dans quelle mesure il conviendrait d'éviter les déplacements. Ces discussions devront se poursuivre à l'automne.

S'agissant de l'activité des fonctionnaires du ministère, les discussions avec l'OMS se poursuivent. Le Dr Gully s'est joint à notre équipe après avoir travaillé à l'OMS, et sa présence nous sera bien utile à l'automne, au moment de la mise en oeuvre du plan. Je lui suis extrêmement reconnaissante d'avoir accepté de nous aider à mener à bien ce projet.

Je vais maintenant demander au Dr Butler-Jones de vous donner d'autres détails au sujet du travail qu'ils accomplissent régulièrement avec nos partenaires internationaux.

● (1355)

**Dr David Butler-Jones:** Pour compléter rapidement l'information fournie par la ministre, et comme elle l'a mentionné, le Canada a été le premier pays à se doter d'un plan national de lutte contre la pandémie, que bien d'autres pays ont ensuite repris afin de l'adapter à leurs propres besoins. De plus, nous poursuivons notre travail à l'échelle internationale, qui consiste à aider d'autres pays, dans le domaine de la formation, de l'élaboration de leurs plans, etc.

De même, le travail réalisé par le gouvernement en collaboration avec GlaxoSmithKline, et en tirant parti de notre capacité accrue au Canada, a eu pour résultat de créer une capacité supplémentaire dans le reste du monde pour ce qui est de la production du vaccin. En fait, le Dr Gully était autrefois mon médecin hygiéniste en chef adjoint, mais nous l'avons envoyé à l'OMS pour qu'il soutienne les efforts de cette dernière en matière de planification en vue d'une pandémie. Maintenant ses activités sont bien en cours, ils nous l'ont renvoyé, et nous en profitons.

Nous pourrions en effet vous parler longuement des activités que nous déployons au profit de différents pays. D'ailleurs, la ministre vous a déjà donné une petite idée de l'ampleur de ces activités.

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

Nous allons maintenant entamer notre deuxième tour de questions de cinq minutes — cinq minutes pour les questions et les réponses. La Dre Duncan et la Dre Bennett vont partager leur temps de parole. Je crois que la Dre Bennett compte commencer.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Je voudrais commencer par vous dire que j'ai eu tort tout à l'heure de ne pas souhaiter de nouveau la bienvenue au Dr Gully. Nous sommes ravis de voir que vous êtes là pour nous aider à bien gérer ce dossier si important, notamment pour ce qui est de la situation des premières nations et des Inuits. Merci beaucoup.

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

Je remercie les hauts fonctionnaires du ministère de leur présence, et je tiens à dire que je m'associe tout à fait au propos de ma collègue.

Je dois avouer que je suis vraiment perplexe. Si c'est le cas, c'est parce que je vous entends dire qu'il faut tenir le cap, alors que, d'après moi, nous n'avons pas agi assez rapidement dans certains domaines — par exemple, au printemps, quand il y a eu de graves problèmes au Manitoba, nous aurions aimé, madame la ministre, que vous vous rendiez dans les collectivités touchées. Personnellement, j'aurais aimé que vous tentiez de ralentir la propagation du virus. Nous savions, d'après ce qui se produisait au Mexique, que certaines collectivités étaient plus à risque. Nous savons que c'est le cas des collectivités des premières nations, comme on nous l'a expliqué aujourd'hui, mais au printemps — pour exactement les mêmes raisons — nous savions d'ores et déjà que le risque était plus élevé dans ces collectivités-là.

J'aimerais donc savoir quelle a été la durée moyenne du séjour à l'hôpital pour les membres des premières nations, s'ils ont été transférés à Winnipeg, et pendant combien de temps ils sont restés branchés à un appareil respiratoire, comparativement à d'autres Canadiens. Voilà ma première question.

Je vous pose tout de suite la seconde également. Ce que j'aimerais obtenir, c'est un tableau de ventilation par province indiquant, pour toutes les collectivités des premières nations et inuites, combien d'entre elles ont un plan, une brève description de l'ampleur du plan et qui l'aurait examiné. L'étape d'élaboration du plan a-t-elle à peine commencé, est-elle terminée à moitié ou encore est-elle complètement terminée? Et si les collectivités se sont déjà dotées d'un plan, ce dernier a-t-il fait l'objet d'essais? Les collectivités ont-elles commandé des fournitures?

Nous avons visité des collectivités où les responsables ne savaient même pas qu'il était possible de commander des fournitures. Ils n'ont pas encore commencé à élaborer un plan. Et même s'ils possèdent certaines fournitures, le fait est qu'il n'est pas suffisant de leur faire parvenir un carton de fournitures ne portant aucune indication de ce à quoi elles doivent fournir.

**La présidente:** Docteur Duncan, ce tour de questions est de cinq minutes seulement. Pourriez-vous donner l'occasion à la ministre de répondre à ces questions?

**Mme Kirsty Duncan:** Oui, absolument.

**La présidente:** Madame la ministre.

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Vous m'avez posé beaucoup de questions.

Dès le départ, nous avons essayé de ralentir la propagation du virus H1N1. Comme vous le savez, nous avons découvert la présence du H1N1 en avril — donc, il y a quatre ou cinq mois. Au moment où nous essayions de composer avec l'éclosion du H1N1, nous apprenions comment se comportait le virus et quelles populations étaient touchées. La communauté internationale était aux prises avec les mêmes difficultés — qu'est-ce que ce virus, comment se propage-t-il, pourquoi touche-t-il davantage tel groupe par rapport à un autre. Tous les renseignements que nous avons pu réunir nous ont aidés à déterminer comment ralentir sa propagation — par exemple, en bien se lavant les mains ou en toussant dans le haut du bras. Voilà le genre de messages que nous avons voulu communiquer à la population.

• (1400)

**Mme Kirsty Duncan:** Pourrais-je vous interrompre, madame la ministre?

Nous savons, d'après le rapport de l'OMS, qu'une stratégie de confinement permettait de ralentir la propagation du virus. Je pourrais même vous donner la date du rapport en question. Or nous n'avons aucunement eu recours à cette technique au Canada. Cela aurait certainement été difficile dans les grandes villes du Canada, mais dans les collectivités éloignées les unes des autres, il aurait été possible d'employer cette technique.

**La présidente:** Nous commençons à manquer de temps; pourrions-nous donc permettre à la ministre de terminer ses réponses?

Docteur Butler-Jones, aimeriez-vous répondre?

**Dr David Butler-Jones:** Oui, très rapidement.

Nous savons que le traitement précoce des malades donne sans aucun doute de très bons résultats. Pour ce qui est d'aller plus loin, encore une fois, les avis sont partagés. En fait, nous faisons de la recherche en ce moment en vue de mieux comprendre cet élément-là de même que les autres façons d'utiliser les antiviraux, par exemple. Mais le fait de garder ses distances, etc., de même que les autres mesures dont nous avons parlé ici au Canada, sont autant de techniques qui sont efficaces, selon nous.

C'est intéressant; par rapport à la possibilité d'interdire les grands rassemblements, de fermer les écoles ou de prendre des mesures de ce genre, nous avons les résultats d'une véritable expérience touchant l'Argentine et le Chili. L'Argentine l'a fait, mais le Chili ne l'a pas fait, et nous avons pu constater que cela n'a guère changé les résultats du point de vue du nombre de personnes touchées. Donc, nous apprenons au fur et à mesure ce qui est pratique, ce qui est raisonnable et ce qui marche et nous essayons à chaque fois d'appliquer les leçons de notre expérience.

Une des raisons pour lesquelles nous entretenons des consultations suivies en essayant de profiter de l'expertise des scientifiques et d'autres spécialistes... et, je précise que la réunion qui aura lieu la semaine prochaine va surtout porter sur les cas les plus graves: qui est touché, pourquoi sont-ils touchés et que pouvons-nous faire pour atténuer l'impact du virus?

**Mme Kirsty Duncan:** Merci, docteur.

Pourrais-je poser une question? Comme ce comité est censé jouer un rôle de surveillance par rapport au H1N1, sommes-nous invités à participer à la réunion de la semaine prochaine?

**Dr David Butler-Jones:** Il ne s'agit pas d'un grand rassemblement, mais si un ou deux membres du comité souhaitent y participer, je suis sûr que nous pourrions faciliter votre participation.

Il s'agit surtout d'une réunion plutôt officielle mais, comme nous l'avons fait au tout début de l'éclosion, je serais ravi d'organiser régulièrement des séances d'information et de partager tout ce que nous avons appris, à tout moment, non seulement avec les porte-parole des partis mais avec n'importe quel membre du comité, ou d'autres parlementaires, s'ils le désirent.

**La présidente:** Merci beaucoup, Dr Butler-Jones.

La parole est maintenant à Mme Davidson...

Oui, monsieur Proulx.

**M. Marcel Proulx (Hull—Aylmer, Lib.):** J'invoque le Règlement, madame la présidente. Je me demande simplement pourquoi il a été décidé de tenir cette réunion dans cette salle où les gens sont les uns sur les autres. Je plains les pauvres journalistes. Je les regard faire, et je constate qu'ils sont obligés d'écrire sur leurs genoux, au lieu d'avoir des tables où ils pourraient travailler convenablement.

Pourquoi n'avons-nous pas réservé la salle 237-C?

**La présidente:** Elle n'était pas disponible. J'ai essayé d'obtenir une plus grande salle. Cette salle est la seule qui était disponible.

**M. Marcel Proulx:** Je viens de vérifier, et la salle 237-C est disponible.

**La présidente:** Eh bien, je vous ai raconté ce qu'on m'a dit.

**M. Marcel Proulx:** C'est très malheureux. Les journalistes sont obligés de travailler dans des conditions tout à fait inacceptables.

Je me demande si vous n'essayez pas de les empêcher de voir ce qui se passe réellement dans cette salle.

**La présidente:** Vous savez, nous avons décidé aujourd'hui...

Vous êtes nouveau au comité, et je vous remercie de votre présence, mais cet après-midi, nous essayons de nous concentrer sur la situation en ce qui concerne le H1N1. J'ai demandé au greffier de nous procurer la plus grande salle possible. Puisque vous insistez pour que quelqu'un d'autre vous le confirme, je vais demander au greffier de vous faire part de l'information que je viens de vous communiquer.

**M. Marcel Proulx:** Merci.

[Français]

**M. Jean-François Lafleur (greffier à la procédure):** Je dois vous donner la même réponse, essentiellement. La boutique de la Bibliothèque du Parlement occupe une des deux salles et des travaux étaient planifiés dans la seconde salle lorsque nous avons vérifié. Il ne restait donc qu'une seule salle où on pouvait télédiffuser la réunion du comité, et c'est ici.

**M. Marcel Proulx:** Je trouve cela déplorable.

Merci, madame la présidente.

[Traduction]

**La présidente:** Madame Davidson, vous avez la parole.

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

Merci beaucoup, madame la ministre, d'être de retour et d'accepter de vous entretenir de nouveau avec nous sur cette question très importante. Je sais que l'ensemble des membres du comité, de même que tous les Canadiens, ont des inquiétudes à ce sujet. En même temps, je suis heureuse de constater la rapidité avec laquelle les travaux progressent, de même que les bons résultats qui en découlent.

Madame la ministre, j'étais particulièrement ravie de vous entendre expliquer, dans votre exposé liminaire, les différentes étapes de la stratégie de lutte contre le H1N1. Vous avez parlé de la nécessité de comprendre comment le virus se propage, quels sont les groupes les plus vulnérables, de prendre connaissance de ces réalités-là et d'autres, de s'assurer que le plan est bien appliqué et renferme les éléments les plus essentiels, soit la communication avec le public, la collaboration avec les territoires et les provinces et les activités internationales. En ce qui me concerne, tout cela est très positif et c'est grâce à ces activités qu'il sera possible de bien gérer l'écllosion du H1N1 au Canada.

Je n'ai certes pas d'expérience dans le domaine de la planification en vue d'une pandémie mais, en tant que maire d'une municipalité pendant de nombreuses années, j'ai participé à de nombreux cours sur la planification des mesures d'urgence et le rôle des différents paliers de gouvernement. Selon moi, il est tout à fait essentiel que les différents intervenants collaborent et que chacun comprenne en quoi consiste son rôle — car il faut comprendre que ce n'est pas un problème fédéral; c'est un problème pour tous les paliers de

gouvernement. Qu'on parle des autorités municipales, provinciales ou fédérales, dans une telle situation, chacune doit comprendre la nature de son rôle et être en mesure de s'acquitter de ses responsabilités. Donc, je trouve très positif que nous ayons l'occasion aujourd'hui de discuter, notamment des problèmes qui se posent dans les collectivités des premières nations et de la situation spécifique qui y existe.

Vous avez parlé, entre autres, des communications avec le public. Même si je n'ai pas noté vos propos exacts, je crois vous avoir entendu dire, dans votre exposé liminaire, que vous avez mis des annonces dans des publications autochtones. Si j'ai raison, pourriez-vous me donner d'autres détails à ce sujet, entre autres, la distribution de ces publications, qui les reçoit, et comment les membres des premières nations peuvent y avoir accès dans les différentes régions?

• (1405)

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Merci pour cette question.

Je vais commencer et céder ensuite la parole à mes fonctionnaires.

Premièrement, s'agissant des communications effectuées depuis avril, dès le départ, nous avons communiqué quotidiennement avec la population canadienne pour la mettre au courant de ce que nous avons appris au sujet du H1N1. L'information que je possédais est celle que je communiquais aux Canadiens tous les jours à partir du mois d'avril. Au fur et à mesure que nous récoltions d'autres renseignements au sujet du virus, nous avons décidé de diffuser un communiqué de presse aux médias nationaux une fois par semaine, pour que l'information la plus récente soit communiquée à la population.

Ce qui nous semblait essentiel, c'était de faire comprendre aux citoyens et aux collectivités ce que c'était que le H1N1. Comment le virus se propage-t-il? Comment peut-on éviter d'être contaminé? Ce genre d'information était un élément critique de notre stratégie de communication dans le contexte des efforts que nous déployions pour empêcher sa propagation. En prévision de l'automne, les renseignements que nous pourrions récolter cette semaine à Winnipeg grâce aux études menées sur les cas de la maladie au Canada — c'est-à-dire, les cas les plus graves, les décès et les affections sous-jacentes des victimes — orienteront nécessairement l'information que nous communiquerons aux Canadiens à l'automne sur les personnes qui devraient se faire vacciner, et nous encouragerons évidemment les personnes qui font partie d'un groupe à risque de se faire vacciner. Cette information sera essentielle à l'automne, de même que celle portant sur les mesures de prévention.

L'autre élément important est la vaccination. Cette activité sera critique pour la bonne gestion du dossier cet automne. Ce sera une information importante à transmettre à la population et nous allons la diffuser dans les différentes collectivités en passant par les stations de radio, APTN, par exemple, et les journaux autochtones.

J'ai également fait comprendre à mon personnel que cette information doit être présentée dans les langues autochtones. Il faut que l'information qu'on diffuse soit disponible dans une langue que les gens sont en mesure de lire. Au Nunavut, c'est l'inutituk inuinnaqtun, dans les Territoires du Nord-Ouest, c'est l'inuvialuktun, et il y a aussi les collectivités des premières nations. Ce sera essentiel pour la gestion de la pandémie à l'automne.

Peut-être pourriez-vous indiquer quels organismes recevront cette information?

**Mme Shelagh Jane Woods:** Je vais vous présenter l'optique des fonctionnaires. La priorité de nos bureaux régionaux consiste toujours à s'assurer que les postes de soins infirmiers et le personnel affecté à ces postes, qu'ils soient administrés par Santé Canada ou les premières nations, est axée à la plus récente information émanant des provinces, car nous nous organisons comme si nous relevions de la responsabilité des provinces. Bien entendu, les infirmières et les médecins sont accrédités dans la province où ils travaillent. Notre tâche consiste donc à faciliter la communication de l'ensemble des lignes directrices et des autres renseignements pertinents qui émanent des autorités provinciales et qui revêtent une importance tout à fait critique pour le personnel médical.

De plus, au tout début nous avons organisé, depuis l'administration centrale, un envoi postal massif afin d'informer les collectivités des premières nations de tout ce qui était en train de se faire. Bien entendu, dans chacun de ces projets, nous travaillons en très étroite collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada. Nous savons à quel point tout cela est important. Et, bien sûr, nous avons également fait savoir aux premières nations qu'il existe un site Web, soit [combattezagrippe.ca](http://combattezagrippe.ca), qui peut être consulté par ceux et celles qui ont accès à Internet.

Donc, nos bureaux régionaux prennent très au sérieux cette activité. Ils estiment — et nous sommes tout à fait d'accord à ce sujet — qu'il n'est pas possible de fournir trop d'information, si bien qu'il est toujours préférable de bombarder les gens de documents faciles à lire et à comprendre, plutôt que de courir le risque de ne pas informer certaines personnes ou certains groupes. Voilà donc l'approche que nous avons adoptée.

• (1410)

**La présidente:** Merci.

La parole est maintenant à M. Dufour.

[Français]

**M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ):** Merci beaucoup, madame la présidente. J'aimerais remercier nos témoins, ainsi que madame la ministre, de comparaître aujourd'hui.

En ce qui a trait au rapport des premières nations à la grippe H1N1, je pense que le problème est beaucoup plus profond. Vous nous avez dit, d'entrée de jeu, qu'il y avait une problématique relative aux groupes sociaux qui étaient les plus touchés. Il s'agit des gens âgés de 16 à 25 ans — la population autochtone est plus jeune, en moyenne, que la population canadienne —, des femmes enceintes et des personnes ayant des problèmes de maladie chronique.

À plusieurs reprises, vous avez soulevé quelque chose qui a attiré mon attention. Il s'agit de l'accès à l'eau et des conditions d'hygiène de base des communautés des premières nations. Certaines communautés — par exemple, certaines communautés au nord de l'Abitibi, au Québec — vivent dans des conditions qui sont celles du tiers-monde. Elles ont un problème d'accès à l'eau potable. On a beau faire les plus belles campagnes de publicité pour essayer de prévenir les problèmes, il y a un manque grave. Ces gens ne bénéficient pas des éléments de base permettant de combattre la grippe H1N1 adéquatement. On aurait beau leur dire comment faire de la prévention, comment se préparer, s'ils n'ont pas accès à ces éléments, cela ne donnera pas grand-chose.

J'aimerais savoir si le gouvernement fédéral a l'intention de faire quoi que ce soit à cet égard.

[Traduction]

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Je vais commencer.

S'agissant de l'accès à l'eau potable, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien a fourni de l'eau à certaines collectivités des premières nations, et nous pourrions vous donner d'autres renseignements à ce sujet. Mais certaines fonctions relèvent de la responsabilité d'un autre ministère, qu'on parle du logement, des routes ou de l'eau. Je vais donc demander à mon personnel de vous répondre au sujet de notre collaboration avec Affaires indiennes et du Nord canadien en vue de relever les défis qui se présentent dans les collectivités éloignées.

**Dr David Butler-Jones:** Shelagh, allez-y.

**Mme Shelagh Jane Woods:** Je ne voudrais pas vous ennuyer en insistant trop sur tous les petits détails bureaucratiques, mais je peux vous assurer que nous travaillons en très étroite collaboration avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Nous lui avons déjà fait part de certaines difficultés qui se posent concernant l'accès à l'eau et nous lui fournissons les meilleurs conseils possible en matière de santé publique. Pour le ministère, il existe une distinction entre l'accès à l'eau potable et l'accès à l'eau tout court; on peut toujours se laver les mains dans de l'eau bouillie, s'il le faut, par exemple.

Ils sont tout à fait conscients des problèmes. Ils ont élaboré un plan avec nous en vue de s'assurer que toutes les collectivités aient accès à l'eau qu'il leur faut, et ce avant le début de la saison grippale.

[Français]

**M. Nicolas Dufour:** Monsieur Butler-Jones, voudriez-vous dire quelque chose?

**Dr David Butler-Jones:** Nous savons que quelques communautés sont confrontées à de grands défis. Le gouvernement a investi dans la construction de maisons, ce qui constitue une solution à long terme.

Comme l'a dit Mme Woods, l'eau consommée par les communautés est du ressort du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. C'est un autre élément relatif à cette pandémie. Les solutions à long terme représentent un grand défi pour tous.

**M. Nicolas Dufour:** Madame la présidente...

**Mme Shelagh Jane Woods:** Puis-je ajouter quelque chose?

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien a recours à des citernes, à des miniciternes, lorsque la situation est urgente. Cela constitue une partie importante de notre plan.

• (1415)

**M. Nicolas Dufour:** Ai-je encore quelques secondes?

[Traduction]

**La présidente:** Il ne vous reste plus que 30 secondes. Si vous pouvez finir en 30 secondes, monsieur Dufour, allez-y.

[Français]

**M. Nicolas Dufour:** Allons-nous avoir assez d'infirmières pour faire face à la pandémie, si elle survient?

[Traduction]

**Mme Shelagh Jane Woods:** C'est une question à laquelle il est très difficile de répondre. Nous allons faire de notre mieux.

Si j'ai bien compris votre question — vous demandiez si nous aurons assez d'infirmières — ce que je peux vous dire, c'est que nous ferons notre possible pour que ce soit le cas. Nous avons parlé tout à l'heure de la nécessité de réaffecter les ressources de toute urgence par moments. Nous nous efforçons également de travailler avec autant de partenaires que possible pour éventuellement avoir accès même aux services d'infirmières et d'infirmiers qui sont à la retraite, dans des circonstances bien particulières, et à toute autre aide qu'il est possible d'obtenir, à condition que ce soit toujours du personnel qualifié.

**La présidente:** Merci, madame Woods.

La parole est maintenant à Mme McLeod.

**Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC):** Merci, madame la présidente.

Merci à vous tous de votre présence.

Il me semble, tout d'abord, que nous avons eu beaucoup de chance de connaître l'expérience du SRAS et d'avoir donc établi ce plan, qui est en train d'être mis en oeuvre. Bien sûr, il est toujours possible de... Et nous avons aussi la chance d'avoir un peu de temps maintenant pour examiner ce plan et nous assurer que tout va bien.

J'ai quelques observations à faire et des questions à poser également, mais je dirais, d'entrée de jeu, que nous sous-estimons l'ampleur des mesures qui ont déjà été prises. Par exemple, tous les jours cette semaine, des articles paraissent dans le journal local où l'on disait que la Commission scolaire était prête, que l'université était prête, etc. J'ai travaillé précédemment dans le secteur des soins de santé, et nous travaillons justement avec les collectivités autochtones depuis trois ou quatre ans pour les aider à établir des plans en vue d'une pandémie. Donc, même s'il y a encore des détails à régler, selon moi, les progrès qui ont été réalisés sont très considérables.

J'ai une ou deux petites questions techniques qui s'adressent soit à Mme Woods, soit à la ministre.

Vous avez fait allusion au fait que la responsabilité de certaines bandes a été transférée à d'autres autorités et qu'il existe au Canada plusieurs modèles différents. Bien entendu, la responsabilité de certaines bandes a été intégralement transférée à d'autres autorités. En Colombie-Britannique, nous entretenons, au sein de la région régionale de la santé, des liens très, très étroits avec l'ensemble des collectivités autochtones et les responsables du réseau de santé publique. J'aimerais donc savoir si Santé Canada traite différemment avec certaines bandes, en fonction de sa relation avec elles. J'aimerais mieux comprendre la nature de vos relations avec elles et s'il faut ou non qu'il s'agisse de membres qui vivent dans la réserve.

**Mme Shelagh Jane Woods:** Je veux bien essayer de répondre à cette question.

Nous ne faisons pas de distinction dans le contexte d'une situation d'urgence. Quand nous avons commandé des fournitures en vue de la pandémie, nous n'en avons pas commandé uniquement pour les collectivités où les postes de soins infirmiers sont administrés par Santé Canada. Donc, aucune distinction n'est faite à ce niveau-là. Une urgence est une urgence, et tout le monde doit recevoir les fournitures nécessaires. Donc, nous travaillons en étroite collaboration avec les collectivités dont la responsabilité a été transférée à d'autres autorités.

Ce que j'ai négligé de mentionner cet après-midi, me semble-t-il, c'est la nécessité de s'assurer qu'il existe de bons liens de coopération entre les premières nations et les provinces. Vous avez parlé de la

Colombie-Britannique, mais je suis au courant de nombreux cas semblables dans toutes les régions du Canada. Je sais que le Dr Kettner est présent cet après-midi, et nous avons justement beaucoup collaboré avec lui et le ministère de la Santé et de la Vie saine du Manitoba, de concert avec les responsables des premières nations, afin que nous soyons tous sur la même longueur d'onde.

Bref — même si je n'ai jamais été brève de ma vie — la réponse est non, il n'existe aucune différence de traitement.

**Mme Cathy McLeod:** Ce serait peut-être intéressant de voir à la fin comment s'est déroulée la planification dans les provinces qui entretiennent une relation plus directe avec les premières nations. Mais c'est un sujet à explorer plus tard.

J'ai une formation d'infirmière. Là nous parlons de la capacité des infirmières et il a été question aussi de la formation d'infirmières pouvant administrer les soins à domicile. Mais, en ce qui concerne l'administration du vaccin, ne serait-il pas possible d'apprendre à d'autres personnes d'administrer le vaccin, sous la responsabilité d'infirmières qui seraient chargées des cliniques?

**Mme Shelagh Jane Woods:** Les infirmières qui assurent les soins à domicile sont des infirmières. Nous voulons simplement...

**Mme Cathy McLeod:** Non, je parlais d'autres personnes.

**Mme Shelagh Jane Woods:** Ah, bon. Oui, certainement. Nous sommes en train d'examiner tous les répertoires d'effectifs en vue de trouver d'autres personnes — y compris des gens qui pourraient soutenir les infirmières pour que la charge de travail de ces dernières ne soit pas aussi lourde. De plus, en matière de vaccination, si cette question vous intéresse tout particulièrement, vous devriez savoir qu'à l'administration centrale, nous essayons de mettre sur pied une ou deux équipes spéciales, qui seraient formées de personnel médical qui travaille avec nous, pour que ces dernières se rendent dans les collectivités pour aider à organiser un blitz de cliniques d'immunisation.

**Mme Cathy McLeod:** Il faut évidemment avoir recours à l'expertise des infirmières, et le fait est que beaucoup de gens ont la capacité technique, si vous voulez, d'administrer le vaccin à l'aide d'une seringue. Pour moi, il y a différents moyens d'accroître notre capacité.

• (1420)

**Dr David Butler-Jones:** La situation est légèrement différente, d'une province ou d'un territoire à l'autre. Par exemple, en Ontario, j'avais recours autrefois aux infirmières auxiliaires autorisées, travaillant sous la surveillance d'infirmières autorisées et d'infirmières de la santé publique, pour exécuter les programmes de vaccination courants, et on pourrait justement mobiliser cet effectif-là.

Je viens de recevoir une lettre de l'Association canadienne des médecins vétérinaires. Ses membres administrent des vaccins tout le temps — à une autre espèce que l'espèce humaine, bien entendu — mais, encore une fois, ils ont les compétences nécessaires et si on leur fournit les bons renseignements, comme expliquait Shelagh Jane, il serait possible d'avoir recours à leur aide et à celle d'autres personnes. En fait, nous avons énormément d'expérience en ce qui concerne l'organisation de cliniques d'immunisation massive, dans des milieux différents, où nous avons justement recours à d'autres formes d'aide, de sorte que les infirmières peuvent se concentrer sur leur travail essentiel, c'est-à-dire répondre aux questions et s'assurer que le processus d'immunisation se déroule bien. Il peut s'agir d'étudiantes-infirmières, d'étudiants en médecine et de toutes sortes d'autres personnes, y compris les pharmaciens, et il est maintenant question d'avoir recours à leurs services. L'ensemble des provinces et territoires travaille ensemble en ce moment en vue de maximiser notre capacité d'immuniser rapidement les Canadiens, où qu'ils soient, et il est évident que les habitants des collectivités isolées du Nord et d'autres aussi vont constituer une très grande priorité sur ce plan-là.

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

La parole est maintenant à M. Proulx.

[Français]

**M. Marcel Proulx:** Merci, madame la présidente. Merci, madame la ministre, madame et messieurs les témoins d'être parmi nous cet après-midi.

Madame la présidente avait raison de dire que je viens d'arriver à ce comité, mais cela ne m'empêche pas d'être inquiet.

Madame la ministre, vous nous avez dit que plus de 90 p. 100 des collectivités des premières nations se sont dotées d'un plan de lutte. Vous avez même dit que ce pourcentage était de 96 p. 100 au Québec. Pourriez-vous déposer ce rapport, madame la ministre?

[Traduction]

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Pour ce qui est des plans de lutte, je crois savoir qu'ils ont tous été mis sur Internet et qu'ils sont donc disponibles au public. Quant à savoir quel pourcentage des plans ont été mis à l'essai si je ne m'abuse, c'était 96 p. 100.

[Français]

**M. Marcel Proulx:** Je ne suis pas convaincu que ce soit déjà sur Internet. D'ailleurs, Mme Woods ne semblait pas convaincue de cela non plus. Je vous demande donc à nouveau, madame la ministre, de les déposer.

J'aimerais poser trois questions, en rafale, à la ministre. Ainsi, on ne perdra pas de temps.

Premièrement, où en sommes-nous en ce qui a trait au partage des données avec les provinces? Où en sommes-nous en ce qui a trait au suivi des résultats?

Deuxièmement, le Québec s'est engagé à offrir des compensations pour les blessures ou les conséquences découlant du fameux vaccin. Puisque le gouvernement fédéral a le rôle d'approuver le vaccin, dois-je comprendre que le gouvernement fédéral va offrir également une compensation lorsqu'il y aura des blessures dans les autres provinces du Canada et qu'il va rembourser la province de Québec?

Troisièmement, je suis inquiet relativement à votre rencontre de la semaine prochaine. Vous avez parlé de tous les experts, du service de santé publique etc., mais vous n'avez pas parlé des omnipraticiens. Vous avez dit que trois groupes étaient particulièrement à risque. Il s'agit des gens âgés de 16 à 25 ans, des femmes enceintes et de ceux

qui souffraient d'autres prédispositions. Je ne fais évidemment pas partie des deux premiers groupes, mais je fais partie du troisième. Je dois rencontrer mon omnipraticien le 8 septembre. Est-il au courant? Avez-vous donné des sessions d'information aux omnipraticiens, et non pas simplement aux grands experts, pour leur indiquer ce qui doit être dit à leurs patients?

[Traduction]

**La présidente:** Merci.

Madame la ministre.

**L'hon. Leona Aglukkaq:** Le protocole d'entente sur l'échange d'information a été signé par 12 administrations sur 13. Le Québec est en train de passer les différentes étapes qui doivent précéder la signature du protocole. Le protocole d'entente sur l'aide mutuelle a été signé par 12 administrations sur 13, et le Québec prépare toujours la signature de ce dernier.

S'agissant des experts dont j'ai parlé tout à l'heure, il s'agit d'omnipraticiens, et nous avons également l'intention de consulter différents intervenants clés à ce sujet dans le cadre de l'élaboration des lignes directrices qui seront diffusées à l'automne. Le Dr Butler-Jones peut vous donner d'autres détails à ce sujet. Nous faisons également participer des personnes qui travaillent dans les unités de soins intensifs, parce que mon ministère souhaite en savoir plus long sur les cas les plus graves et la façon de les gérer. Les résultats de cette discussion seront communiqués aux omnipraticiens du Canada tout entier. Il s'agit d'aider les omnipraticiens et les fournisseurs de soins à bien gérer les cas graves à l'automne.

Je vais céder la parole au Dr Butler-Jones pour vous donner d'autres éléments d'information.

• (1425)

**Dr David Butler-Jones:** Il est certain que l'échange d'information entre nous les autres administrations n'a pas posé problème.

[Français]

Il y a un réseau reliant les diverses autorités relativement aux programmes, aux recommandations, etc. Comme la ministre l'a indiqué, les protocoles liant les diverses autorités sont en place maintenant.

D'autre part, les médecins, les médecins de famille, les infirmières et autres membres d'organisations professionnelles collaborent avec nous pour préparer les instructions qui seront transmises aux membres.

[Traduction]

**M. Marcel Proulx:** Madame la présidente, je n'ai pas entendu de réponse au sujet d'éventuelles mesures de dédommagement.

D'autre part, si je peux me permettre de demander un éclaircissement, je crois savoir que le Cabinet du premier ministre refuse de diffuser le rapport sur les plans d'action.

**La présidente:** Docteur Butler-Jones, pourriez-vous répondre au sujet d'un régime de dédommagement? C'est la première fois que quelqu'un en parle, et je ne suis pas au courant.

**Dr David Butler-Jones:** En matière de dédommagement, le Québec s'est doté il y a quelques années d'un régime qui est tout à fait unique parmi les provinces et territoires. Aucune autre administration n'a établi un tel régime. Nous avons une structure différente au Canada, si bien que les autres provinces et territoires, pour toutes sortes de raisons, ont décidé de ne pas emboîter le pas.

Pour ce qui est d'un nouveau vaccin et des mesures de dédommagement possibles, nous sommes en discussion avec le fabricant, mais il n'est pas question d'un véritable régime de dédommagement.

**La présidente:** Je vous remercie.

Madame Wasylycia-Leis, vous avez la parole.

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

Je suis encore estomaquée par les propos qu'a tenus la ministre tout à l'heure en réponse à ma question, à savoir que les membres des premières nations devraient simplement aller acheter les fournitures qu'il leur faut pour lutter contre la grippe. Il y a une trentaine d'années, on disait: qu'arriverait-il si c'était les garderies qui avaient tout l'argent qu'il leur fallait pour bien élever les enfants, mais le Sénat devait organiser des ventes de gâteaux pour payer les bureaux et les salaires des sénateurs? Je trouve tout à fait choquant que les responsables des collectivités des premières nations soient obligés d'organiser des ventes de gâteaux pour recueillir suffisamment d'argent pour acheter les fournitures.

Je comprends, madame la ministre, que vous êtes originaire d'une collectivité inuite et que vous avez pu vous-même observer les conditions qui y existent, mais cela ne semble vraiment pas avoir influencé votre approche, d'après ce qu'on entend aujourd'hui. J'ai moi-même visité Iqaluit, Pond Inlet, Pangnirtung et Resolute Bay, et je sais donc combien coûtent la nourriture et les produits en général, et à quel point il est difficile de les avoir. On ne peut pas simplement aller au Shoppers Drug Mart du coin. Il n'est pas facile de sortir de ces collectivités.

Il me semble que c'est une simple question de bon sens que de vouloir tenir compte des conditions qui existent dans les réserves — dont vous avez l'entière responsabilité — surtout que, depuis que votre gouvernement est au pouvoir, ces conditions se sont détériorées, la pauvreté a augmenté et les gens ont de moins en moins d'accès aux fournitures dont vous parlez.

De plus, si j'ai bien compris, certains postes de soins infirmiers ne sont même pas en mesure de fournir du Tylenol aux malades. Là nous parlons de fournitures de base qui sont essentielles en vue d'une pandémie qui pourrait survenir en moins d'un mois. Malgré tout, vous me dites que les gens devraient simplement aller acheter eux-mêmes les fournitures qu'il leur faut.

[Français]

Je répète en français. J'ai beaucoup pensé à cela parce que j'ai participé à l'événement qui avait pour but d'amasser des fonds pour combattre la grippe. Aucune communauté ou réserve ne devrait avoir à faire une levée de fonds, ou dépendre de la charité, pour couvrir les dépenses reliées à la grippe.

[Traduction]

Les questions que je vous pose sont les suivantes: allez-vous cesser de voir la situation dans l'optique d'une famille moyenne vivant en banlieue et commencer à tenir compte des véritables conditions qui existent, afin de répondre aux besoins des membres des collectivités des premières nations et inuites? Et j'ai une question précise à vous adresser: si la pandémie survient dès demain, combien de réserves et combien de collectivités des premières nations et inuites sauront à qui s'adresser? Leur est-il possible de s'adresser à quelqu'un pour obtenir les fournitures que nous essayons maintenant de leur acheminer? Leur sera-t-il possible de trouver un téléphone pour appeler les services d'urgence?

**La présidente:** Madame Wasylycia-Leis, serait-il possible de...

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Comment pourront-ils accéder à l'information qu'il leur faut afin d'intervenir en faveur de leurs collectivités?

**La présidente:** Pourrions-nous donner l'occasion à la ministre de répondre à quelques-unes de ces questions?

Madame la ministre.

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

Premièrement, notre gouvernement a augmenté les transferts aux provinces et territoires au titre de la santé de 6 p. 100 cette année encore, alors que la députée a voté contre cette mesure.

Nous avons également augmenté le budget prévu pour la prestation des soins de santé dans les collectivités des premières nations, mesure qui était annoncée dans le budget, alors qu'encore une fois, la députée a voté contre.

Par rapport à votre question sur la situation des collectivités éloignées, je sais fort bien ce que c'est que de vivre dans une collectivité éloignée, et je tiens à vous faire remarquer que le tableau que vous présentez n'est pas tout à fait exact. En ce qui concerne les magasins, je peux vous assurer que les magasins dans les collectivités éloignées vendent les fournitures nécessaires, telles que le Tylenol, etc.

Cela dit, je tiens à féliciter les collectivités en général — à la fois les collectivités des premières nations et les maires de la grande majorité des collectivités — qui ont déployé des efforts exceptionnels pour communiquer à leurs résidents toute l'information pertinente sur le H1N1. La diffusion de cette information suppose énormément de travail, de dialogue et de partenariat avec les collectivités.

Je tiens également à féliciter les collectivités qui organisent des collectes de fonds pour aider les personnes qui ne peuvent pas se permettre d'acheter du savon pour les mains. En tant que citoyens, nous avons l'habitude d'acheter nous-mêmes notre savon pour les mains. Faudrait-il que le programme d'assurance-santé fournisse des savonnettes à la population? C'est une question qu'il convient de se poser.

S'agissant maintenant de la nécessité de distribuer aux collectivités les fournitures médicales dont elles auront besoin pour intervenir face au virus H1N1, les postes de soins infirmiers de chacune des collectivités sont déjà bien équipés pour intervenir. La question qui a été posée concernait la trousse de protection. Je n'ai aucune idée de ce qu'elle contient. Même en ce qui concerne son efficacité, encore une fois, nous ne sommes pas en mesure de répondre étant donné que nous ignorons ce qu'elle contient et nous n'avons pas non plus été consultés au moment où la décision a été prise.

Je vous remercie.

● (1430)

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Me reste-t-il assez de temps pour poser une dernière question? Non? Ah, bon.

**La présidente:** Merci beaucoup, madame la ministre.

Je voudrais vous rappeler à l'ordre. Jusqu'à présent, la réunion s'est bien déroulée.

Madame la ministre, je tiens à vous remercier d'avoir accepté de comparaître aujourd'hui et d'avoir répondu aux questions qui sont si importantes pour nous tous qui sommes membres du comité.

Nous allons suspendre nos travaux pendant deux minutes pour permettre au premier groupe de témoins de s'installer. Nous accueillons les représentants de l'Assemblée des Premières Nations; le Dr Joel Kettner, du gouvernement du Manitoba; l'Assemblée des chefs du Manitoba; l'Inuit Tapiriit Kanatami; Manitoba Keewatinowi Okimakanak; et le Grand Conseil de Prince Albert. Nous suspendons donc nos travaux pendant deux minutes.

- \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_
- 
- (1435)

**La présidente:** Il est temps de reprendre nos travaux. Nous avons encore beaucoup de travail à faire aujourd'hui, ainsi que de multiples occasions de profiter des connaissances de nos savants témoins.

Je tiens à souhaiter la bienvenue à nos très estimés invités, soit le Dr Joel Kettner: bienvenue; le grand chef Ron Evans, ravie de vous revoir aujourd'hui; Glen Sanderson; Gail Turner; Elizabeth Ford; et, bien entendu, le très distingué grand chef Sydney Garrioch.

Comme nous accueillons beaucoup de témoins représentant différents groupes, je voudrais commencer par l'Assemblée des Premières Nations. Le représentant de l'Assemblée des Premières Nations est-il présent?

Il manque des témoins. L'un des groupes n'est pas présent.

**Une voix:** M. Atleo n'est pas ici.

**La présidente:** Très bien. Nous allons donc commencer par entendre le représentant de l'Assemblée des chefs du Manitoba, soit le grand chef Ron Evans. Vous avez de trois à cinq minutes pour votre exposé liminaire.

Je précise que chacun des conférenciers disposera de trois à cinq minutes pour son exposé liminaire. Quand la lumière s'allumera, vous saurez que votre temps est presque écoulé. Après nous ouvrirons la période des questions.

Grand chef Ron Evans, pourriez-vous commencer?

**Le grand chef Ron Evans (grand chef, Assembly of Manitoba Chiefs):** Je vous remercie.

Bon après-midi à tous. Je m'appelle Ron Evans. Je suis le grand chef de l'Assemblée des chefs du Manitoba. Je désire remercier le comité permanent de nous avoir invités à présenter nos vues sur cette question tout à fait critique, qui influe de façon importante sur les premières nations du Manitoba.

J'aimerais vous présenter Glen Sanderson, analyste principal des politiques pour l'assemblée et qui est chargé du dossier H1N1.

On m'a demandé également de transmettre les excuses du chef David Harper, qui devait être présent aujourd'hui. Sa mère a eu une crise cardiaque. Bien entendu, il devait être aux côtés de sa mère, et il voulait que vous sachiez qu'il regrette de ne pas pouvoir assister à la séance de cet après-midi.

**La présidente:** Grand chef, en mon nom et au nom de tous les membres du comité, pourriez-vous lui transmettre nos vœux pour le prompt rétablissement de sa mère et lui dire que nous comprenons très bien son absence? Nous espérons pouvoir le rencontrer de nouveau un de ces jours. Merci.

**Le grand chef Ron Evans:** Je n'y manquerai pas.

Le virus H1N1 constitue une menace pour la santé du monde qui touche de façon disproportionnée les premières nations du Manitoba, comparativement à la population générale, et ce en raison de la pauvreté de nos membres, du manque d'accès aux fournitures médicales à domicile, du manque d'accès aux soins de santé, du

manque d'information au sujet du H1N1, de nos logements surpeuplés et du manque d'accès à l'eau courante. Le surpeuplement des logements crée des conditions qui favorisent la propagation rapide d'un virus qui se propage dans l'air.

Une deuxième vague dévastatrice d'infections dues au virus H1N1 est sur le point de déferler sur nos collectivités. La formation des premières nations du Manitoba sur un système de gestion des incidents qui va nous permettre d'intervenir de manière coordonnée face à la menace du H1N1, et d'agir comme centre névralgique pour chaque première nation, est maintenant terminée. Les premières nations individuelles seront à même d'intervenir face à des urgences locales et se prépareront pour la saison grippale de l'automne en faisant leur propre planification en vue d'une pandémie.

Dans le cadre de notre campagne de sensibilisation, nous avons imprimé et distribué des affiches sur le H1N1 à 17 000 domiciles et entreprises appartenant à des membres des premières nations au Manitoba. Le 24 juin 2009, sous la direction du conseil exécutif de l'Assemblée des chefs du Manitoba, j'ai demandé que toutes les premières nations du Manitoba déclarent l'état d'urgence relativement à la pandémie du virus H1N1. Cette mesure a été prise afin de garantir la sécurité de tous les membres des premières nations au cours de la future crise et de forcer les gouvernements à se montrer responsables et à répondre des mesures essentielles qui doivent être prises par ces derniers eu égard à leur responsabilité fiduciaire à l'endroit des premières nations.

Il existe de nombreuses raisons d'être préoccupés par la menace que présente le virus H1N1 au Manitoba, où 62 p. 100 des membres des premières nations sont âgés de moins de 25 ans. Nous savons que l'âge moyen des cas confirmés d'infection par le H1N1 est de 12 à 17 ans, que l'âge moyen des victimes qui en sont mortes est 22 ans et que 52 p. 100 des malades hospitalisés étaient âgés de moins de 19 ans. Nous savons également que les femmes enceintes présentent le risque le plus élevé et sont donc quatre fois plus susceptibles d'être hospitalisées.

Au cours de la première vague, nous étions mal préparés pour composer avec les effets de la grippe. Nos postes de soins infirmiers étaient dépassés presque immédiatement. De plus, les centres de soins de santé dans 37 collectivités des premières nations n'assurent pas de soins primaires. Le centre de soins primaires le plus proche est situé à une heure de route, en moyenne.

Au cours des quatre derniers mois, nous nous sommes heurtés à différents problèmes et obstacles en essayant d'élaborer un plan d'intervention. Au niveau de la formation, par exemple, AINC et la DGSPNI n'ont pas réagi à nos demandes de formation de responsables pouvant mettre sur pied des centres de commandement et de gestion des incidents jusqu'au moment où les médias ont fait savoir à la population que le MKO avait décidé de dispenser la formation sans l'aide du gouvernement fédéral. Nous sommes constamment bloqués en raison de décisions financières qui tiennent surtout de l'avarice et qui font complètement abstraction de la responsabilité fiduciaire de la Couronne en matière de soins de santé. Par exemple, la DGSPNI a donné l'ordre d'utiliser les crédits accordés au titre des soins de santé pour les opérations à mettre en branle en vue d'une pandémie, alors que ces crédits étaient déjà réservés pour d'autres services essentiels.

Nous sommes découragés en constatant avec quelle rapidité les gouvernements se sont bousculés au portillon pour venir en aide à l'industrie porcine, lorsqu'elle a subi des pertes, simplement parce qu'on parlait de « grippe porcine », mais qui ont ensuite traîné les pieds pour nous venir en aide. Il faut de longues discussions et des interventions continues à de nombreux paliers de gouvernement différents afin de déterminer quel organisme a la responsabilité et, dans certains cas, le simple désir d'intervenir pour faire progresser ces dossiers importants. Comme les autres provinces et territoires du Canada et, au fond, le reste du monde, nous attendons de recevoir le vaccin, mais nous avons très peur que la grippe survienne avant que le vaccin ne soit mis à la disposition de la population en général.

Comme premier moyen de défense, nous avons créé une trousse médicale de protection contre le H1N1, que la province et diverses entreprises partenaires acceptent de payer. Nous aurions osé croire que le gouvernement fédéral jugerait bon de soutenir des mesures aussi bien réfléchies, au lieu d'exprimer des critiques à la fois explicites et implicites et d'ériger des obstacles. Nous avons donc conclu que notre meilleur état de préparation sera peut-être inférieur à ce qui est nécessaire, en raison notamment de notre situation unique, puisque bon nombre de nos collectivités sont éloignées et très mal équipées.

• (1440)

Nous sommes tout à fait abasourdis de constater que le gouvernement du Canada, même s'il s'est doté d'un plan bien conçu, qu'on appelle l'« annexe B », en vue de composer avec la situation unique des collectivités des premières nations, a décidé de ne pas mettre en oeuvre ce même plan. L'inaction du gouvernement à ce chapitre nous semble tout à fait inadmissible. Ma plus grande préoccupation par rapport à la pandémie de grippe H1N1 est le fait que nous ne faisons rien en fin de compte pour agir sur les conditions mêmes qui rendent les premières nations particulièrement vulnérables.

En matière économique, il est largement admis que le maintien d'un bon état de santé coûte moins cher, à court et à long terme, que d'avoir à traiter des maladies chroniques. Dans ce cas, comment se fait-il que les premières nations continuent à faire face à la réalité de leurs conditions de vie inférieures, alors que ces dernières sont bien connues et bien documentées? Pourquoi ne faisons-nous rien pour agir sur les conditions matérielles de leur vie qui ne cessent de s'aggraver, augmentant encore les risques que présente pour elles cette pandémie, sans parler des facteurs de risque qui y sont déjà présents, tels que le diabète et l'obésité? Quelle meilleure occasion de s'attaquer enfin au problème omniprésent des mauvaises conditions de vie dans les collectivités des premières nations que de prendre des mesures pour éliminer ce grave risque pour la santé?

Il est tout à fait manifeste, en ce qui me concerne, que les dépenses qui seraient nécessaires pour s'attaquer de façon proactive à ces conditions de risque connues constitueraient un excellent investissement dans la santé actuelle et future des membres des premières nations. Un tel investissement garantirait, une fois pour toutes, que le gouvernement du Canada assumerait enfin les responsabilités qui lui incombent en vertu des traités, en ce qui concerne l'inégalité des conditions de vie des premières nations par rapport à d'autres, y compris l'accès égal aux services et aux ressources à long terme.

*Ekosani. Meegwetch. Masi-cho. Wopida.* Merci.

• (1445)

**La présidente:** Merci beaucoup, grand chef.

Nous accueillons maintenant le chef national, Shawn Atleo. Bienvenue. Nous sommes honorés de vous accueillir.

Je vous invite maintenant à faire votre exposé liminaire.

Je demande à tous les témoins de faire un exposé d'un maximum de cinq minutes, car nous avons hâte de vous poser des questions et de connaître vos réactions.

Merci, chef.

**Chef Shawn Atleo (chef national, Assemblée des Premières Nations):** Merci, madame la présidente.

Tout d'abord, je voudrais remercier les membres du comité de m'accorder le privilège de comparaître cet après-midi. Je vous suis reconnaissant de vous intéresser vivement à un dossier aussi important. Comme d'autres l'ont déjà dit aujourd'hui, nous parlons d'une situation qui touche la vie des gens.

Grand chef, j'abonde dans le même sens; veuillez transmettre nos vœux au chef. Nous prions pour lui et pour sa famille.

J'aimerais commencer par exprimer mon respect et mon appui pour les observations du grand chef, et notamment ses dernières remarques, où il insistait sur l'importance des traités. Comme nous le savons depuis toujours, ces traités ont été signés dans un esprit de reconnaissance et de respect mutuels afin de favoriser l'harmonie entre peuples. Comme le grand chef vient de nous le faire remarquer, le virus H1N1 nous permet de prendre connaissance de l'occasion qui nous est donnée maintenant de repenser nos attitudes, les unes envers les autres, et notre façon de travailler ensemble.

Afin d'appuyer les propos du grand chef, je voudrais vous faire part de certaines observations au nom de l'Assemblée des Premières Nations.

Je considère que notre rôle, c'est-à-dire celui du bureau du chef national, consiste à appuyer les efforts des chefs et à reconnaître que ce sont leurs ancêtres qui ont signé les traités. Ce sont donc eux qui détiennent le titre et les droits ancestraux.

Grand chef Garrioch, quand je suis allé vous voir dans le nord du Manitoba, j'ai remarqué que, à la réunion que vous avez organisée, les chefs commençaient par vous parler du virus H1N1. Ils étaient profondément préoccupés par l'état de santé et le bien-être de leur famille et de leurs collectivités.

La discussion d'aujourd'hui doit nous permettre de mettre en relief le problème de l'état de santé et le bien-être des membres de nos collectivités et de nous assurer que les mesures d'intervention face au H1N1 sont prises en temps opportun, étant donné que ces mesures seront de plus en plus importantes à l'approche de l'automne. C'est la raison pour laquelle je désire exprimer ma gratitude envers le comité de nous avoir tous rassemblés cet après-midi.

J'avais exprimé mes propres préoccupations à ce sujet — qui rejoignent essentiellement les propos du grand chef — directement à la ministre en lui demandant une réunion. J'étais donc très heureux de pouvoir discuter longuement avec la ministre ce matin. Nous avons abordé diverses questions, et notamment celles de la reconnaissance du pouvoir des premières nations de s'occuper de leurs propres membres, ce qui correspond tout à fait à ce que décrivait le grand chef.

Nous savons qu'il existe d'autres modèles, y compris celui des accords tripartites, en vertu desquels les différentes administrations, les premières nations et d'autres paliers de gouvernement travaillent ensemble pour définir les interventions, par opposition à un système en vertu duquel les décisions sont prises et les solutions sont définies de façon unilatérale.

Au fond, le principal message que je désire communiquer aux membres du comité touche cette idée d'action conjointe dans les différents dossiers, c'est-à-dire l'analyse conjointe des politiques, et le rassemblement conjoint des données et des différents éléments d'information, notamment en ce qui concerne la nécessité de reconnaître que les premières nations constituent une priorité. S'il y a une chose sur laquelle je voudrais insister avec énergie aujourd'hui — et ce sont les chefs que j'ai rencontrés hier qui me l'ont dit; d'ailleurs, tous les chefs du Canada sont du même avis — c'est notre vive conviction que, tout en nous intéressant aux analyses scientifiques, nous devons — et c'est un élément important — tenir compte de l'ensemble des indicateurs sociaux de la santé. En d'autres termes, il faut être sensible aux difficultés qui touchent les premières nations, telles que celles dont on parlait tout à l'heure, soit l'accès à l'eau et d'autres facteurs. Cela suppose l'établissement d'un véritable partenariat et la reconnaissance des pouvoirs des premières nations, pouvoirs qui découlent de nos traités.

Il existe un certain nombre d'exemples. En Colombie-Britannique, où il existe un arrangement tripartite, il y avait des communications entre les trois parties. Peut-être faut-il examiner ces différents exemples pour voir comment nous devrions travailler ensemble. Il est clair, cependant, que les ressources nécessaires doivent être fournies pour que ce travail conjoint puisse se réaliser.

L'élaboration conjointe de lignes directrices nationales est une mesure importante et nécessaire que je désire recommander au comité.

Je vous fais remarquer en passant que j'ai soulevé toutes ces questions auprès de la ministre. J'ai beaucoup insisté auprès d'elle sur la nécessité de reconnaître la compétence des premières nations. Le problème des taux élevés de grossesse et la vulnérabilité particulière des membres des premières nations, ce dont parlait tout à l'heure le grand chef — voilà autant d'éléments qui méritent l'attention particulière du Canada et du comité. Nous parlons de la vie des gens — de gens au sein de notre société et de nos collectivités qui sont extrêmement vulnérables. Un tel effort suppose de la transparence et l'entière collaboration de tous.

•(1450)

Lors de ma rencontre avec les grands chefs, ils m'ont fait part d'un problème d'accès inégal à l'information. Une telle inégalité au niveau de l'information diffusée au sujet de la situation sur le terrain n'est pas utile. Cela donne lieu à des craintes, à de l'anxiété et à un élément de méfiance entre les personnes qui participent à la relation. Selon moi, nos peuples exigent que nous soyons de bien meilleurs dirigeants que cela. Je crois que la ministre s'est engagée à suivre de près la situation et à assurer une plus étroite collaboration avec nous, et les grands chefs devront justement en discuter en plus de profondeur afin de savoir exactement quelle forme cela pourrait prendre.

Enfin, nous avons également proposé l'idée d'organiser assez rapidement un exercice national d'une forme ou d'une autre pour nous permettre de nous attaquer directement à cette question. Pour conclure, les grands chefs m'ont fait remarquer que, même s'il s'agit d'une véritable crise — et nous y sommes déjà confrontés, et vous avez entendu qu'on a demandé que l'état d'urgence soit déclaré — il faut absolument profiter de cette crise pour parler de ce qui ne marche pas en général au sein du système, pour examiner le lien avec les déterminants sociaux de la santé — y compris l'eau, et la nécessité d'éduquer la population et de lui fournir les installations nécessaires — et aussi — c'est l'élément le plus important, selon moi — pour reconnaître les pouvoirs et la compétence des premières

nations, ainsi que le caractère sacré des rapports fondés sur des traités.

Je suis très heureux que la Dre Barker ait pu être présente aujourd'hui. Nous avons demandé à la ministre de s'assurer que la conseillère sur le H1N1 auprès des premières nations travaille en étroite collaboration avec la conseillère de l'Assemblée des Premières Nations, et elle s'y est engagée. Donc, la Dre Barker est présente et pourra éventuellement participer à la discussion.

Merci encore une fois.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur le chef national. Nous sommes honorés de pouvoir vous accueillir parmi nous, de même que le grand chef et tous les représentants des collectivités autochtones.

Le comité est là pour vous écouter et pour vous poser des questions.

Nous passons maintenant au Grand Conseil de Prince Albert, représenté par le vice-chef Don Deranger et le chef Bart Tannsie. Bienvenue.

Nous accueillons également M. Sanderson. Bienvenue.

Qui va faire l'exposé liminaire?

Merci, vice-chef Deranger.

**Chef Don Deranger (vice-chef, Grand Conseil de Prince Albert):** Je suis accompagné du chef Bart Tannsie de la première nation Denesuline de Hatchet Lake. Je suppose que c'est moi qui vais le faire.

Je voudrais, tout d'abord, vous saluer, madame la présidente et membres du comité. Je m'appelle Don Deranger, et je vice-chef du Grand Conseil de Prince Albert.

Je voudrais vous remercier de m'avoir invité à comparaître aujourd'hui afin de vous informer de nos préoccupations, de notre état de préparation et de nos plans d'intervention face au H1N1 pour les premières nations relevant du Grand Conseil de Prince Albert. Dans un premier temps, je voudrais vous fournir quelques renseignements de base à notre sujet.

Le Grand Conseil de Prince Albert est composé de 12 premières nations et représente environ 35 000 membres et 24 collectivités. Les 12 premières nations sont réparties entre deux secteurs et quatre regroupements: le premier secteur, celui du Grand Nord, le secteur Athabasca Denesuline, les Moskégon, les Cris des Plaines et les nations Dakota, et les Cris des bois.

Le Grand Conseil de Prince Albert occupe également quatre zones de traité, soit celles des Traités 5, 6, 8 et 10. L'assise territoriale du Grand Conseil de Prince Albert couvre une superficie d'environ 100 000 kilomètres carrés. Cette zone est située essentiellement au centre et dans le nord-est de la Saskatchewan. Le Grand Conseil de Prince Albert est l'un des plus grands conseils tribaux de l'ouest du Canada, mais certaines de nos collectivités sont éloignées.

Depuis l'apparition du virus grippal H1N1, le Grand Conseil de Prince Albert et ses collectivités s'efforcent de relever les défis qui en ont découlé. Nous avons eu de la chance jusqu'à présent, en ce sens qu'il n'y a pas eu de décès dans les collectivités qui relèvent du Grand Conseil. Mais, étant donné que la saison grippale approche et que les experts médicaux prévoient une nouvelle vague d'infection par le virus H1N1 dès cet automne, au Grand Conseil de Prince Albert, nous faisons de notre mieux pour préparer nos collectivités en nous assurant qu'elles sont dotées des meilleurs plans de lutte possible; cependant, afin de pouvoir venir en aide à nos collectivités et de nous assurer que leurs plans sont efficaces, il nous faut soulever un certain nombre de problèmes, car il faut que nos collectivités soient à même de continuer à fonctionner pendant l'écllosion du H1N1. Parmi ces problèmes, nommons, premièrement, l'absence d'une aide financière additionnelle; deuxièmement, le recrutement et le maintien en poste des infirmières et infirmiers; et troisièmement, la viabilité des programmes et services.

Parlons d'abord du manque de ressources financières. La population de chacune des collectivités relevant du Grand Conseil de Prince Albert augmente considérablement chaque année, sans que les fonds dont nous disposons au titre de l'administration augmentent en conséquence. Les majorations prévues en fonction de la population et les augmentations financières tardent à arriver, ce qui défavorise dès le départ bon nombre de nos collectivités.

La maigre augmentation annuelle de 3 p. 100 est loin de permettre aux collectivités de s'attaquer aux problèmes de santé de leurs membres ou de répondre aux besoins de ces derniers. Malgré l'insuffisance de ces fonds, le Grand Conseil de Prince Albert est censé se préparer pour une éventuelle écloison du H1N1, continuer à administrer jour après jour les divers programmes et services, acheter des fournitures médicales d'urgence coûteuses, établir une réserve de produits essentiels, recruter des professionnels de la santé, etc., etc. Au cours des six dernières années, les collectivités du Grand Conseil de Prince Albert, avec l'aide de la NITHA, un fournisseur de services de troisième niveau, préparent des plans qui doivent aider les collectivités à se préparer pour une éventuelle écloison du virus grippal H1N1. Dans ce sens-là, nous avons de la chance; il reste que nous craignons toujours de grever nos budgets déjà à peu près épuisés à un point tel que notre mauvaise situation financière est susceptible de continuer à constituer une lourde charge pour nous longtemps après le passage du virus H1N1.

Le gouvernement fédéral doit absolument reconnaître qu'il s'agit d'une problématique de longue date à laquelle il faut s'attaquer, si nous souhaitons que nos collectivités soient à même d'élaborer des plans adéquats et efficaces.

S'agissant du recrutement et du maintien en poste du personnel infirmier, les collectivités du Grand Conseil de Prince Albert continuent d'être aux prises avec ce problème épineux. Les infirmières qui travaillent dans les collectivités des premières nations ne bénéficient pas d'un traitement équitable en matière de rémunération. Les infirmières qui relèvent du régime provincial reçoivent des augmentations considérables et bénéficient de mesures d'incitation qui les amènent à quitter nos collectivités, étant donné que nous ne pouvons rivaliser avec les échelles salariales de la province. Or le gouvernement fédéral ne tient pas compte du fait que nous ne recevons aucun financement additionnel qui nous permettrait de mieux rémunérer les infirmières qui travaillent dans nos collectivités.

• (1455)

Ainsi la vie de nos membres sera en danger car nous n'aurons pas au sein de nos collectivités les professionnels de la santé qu'il nous

faut pour soigner leurs membres lorsque l'écllosion du H1N1 battra son plein. La pénurie de personnel infirmier constitue pour nous un problème grave qu'il faut absolument solutionner, étant donné qu'il influe sur notre capacité de bien soigner nos membres pendant l'écllosion. Il s'agit donc d'une question critique et il est maintenant temps d'admettre qu'elle existe, au lieu de fermer les yeux sur le problème. Il nous faut nous attaquer à ce problème avant que l'écllosion ne survienne.

Un exemple de la crise qui sévit dans certaines de nos collectivités, en ce qui concerne l'accès aux soins infirmiers, est la signature de contrats de services avec des fournisseurs de services médicaux d'urgence. On a recours à du personnel infirmier d'un peu partout parce qu'il faut pouvoir assurer les services le week-end dans la collectivité. De plus, les infirmières sont stressées et finissent par travailler pour la province, au lieu de rester dans nos collectivités, étant donné que nous ne sommes pas en mesure de leur offrir les mêmes échelles de salaire que la province.

Enfin, je voudrais soulever la question de la viabilité des programmes et services. Nous trouvons tout à fait inadmissible que l'on s'attende à ce que les collectivités du Grand Conseil de Prince Albert continuent à mener toutes leurs activités et qu'elles élaborent en même temps leurs plans en vue d'une éventuelle écloison du H1N1, et ce à partir du même budget et avec les mêmes ressources. Pour être en mesure de continuer à offrir les mêmes programmes et services dans nos collectivités, il nous faut absolument bénéficier de ressources additionnelles. Le Grand Conseil de Prince Albert a élaboré son propre plan de circonstance relativement aux mesures d'intervention d'urgence qui peuvent être nécessaires qui définit ce qui se fera dans les collectivités touchées par le H1N1. Grâce à un soutien additionnel de deuxième niveau en soins infirmiers, en formation, en éducation et en prévention, l'aide dont nous avons bénéficié pour l'élaboration des plans de lutte s'est révélée extrêmement bénéfique et intéressante, puisqu'elle nous a permis de nous en tenir à un taux de propagation extrêmement faible. Dans nos collectivités, la planification en vue d'une pandémie est en cours depuis au moins six ans et continue d'être une priorité pour le Grand Conseil de Prince Albert.

Dans l'ensemble, à l'exception des trois zones mentionnées, le Grand Conseil de Prince Albert tient absolument à s'assurer que toutes nos collectivités sont bien préparées pour la réapparition du virus H1N1 durant la saison grippale. En conséquence, nous espérons que le gouvernement fédéral saura répondre de façon positive à nos besoins.

• (1500)

**La présidente:** Merci beaucoup, vice-chef.

Nous passons maintenant à Sydney Garrioch, grand chef du Manitoba Keewatinowi Okimakanak.

**Le grand chef Sydney Garrioch (grand chef, Manitoba Keewatinowi Okimakanak):** Bon après-midi à tous.

Au nom des 30 premières nations et 62 000 citoyens du nord du Manitoba représentés par le MKO, je vous remercie de l'occasion qui nous est donnée de faire partie des discussions du groupe d'experts ici réuni sur la préparation au H1N1 et les mesures d'intervention élaborées par les collectivités autochtones et inuites face au virus H1N1.

Je voudrais vous informer d'une tendance alarmante qui a été observée au sein de notre région pendant la première vague d'infection résultant de l'actuelle pandémie de grippe H1N1. Selon l'Agence de la santé publique du Canada, le 15 juillet, il y avait 151 membres de premières nations dont l'infection avait été confirmée en laboratoire dans l'ensemble du Canada, alors qu'il y avait 139 cas confirmés au Manitoba. Selon le ministère de la Santé du Manitoba, le même jour, 125 membres de premières nations, dont l'infection avait été confirmée en laboratoire, étaient du nord du Manitoba, soit la région du MKO. Le 6 août 2009, dans notre région du nord du Manitoba, il y avait 133 cas de grippe confirmés en laboratoire, de décès enregistrés, dont la cause n'avait pas été confirmée et qu'il s'agissait d'une femme enceinte atteinte du H1N1 qui avait perdu un enfant. Ces statistiques publiques illustrent bien la gravité des effets du H1N1 sur la région du MKO.

En fait, cette tendance alarmante dans notre région correspond à une « grappe », telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé. Cette grappe de cas aurait dû immédiatement faire comprendre à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ainsi qu'à l'Agence de la santé publique du Canada, que notre situation était grave, et ces organismes auraient dû être incités à réagir conformément au mandat du Bureau national des équipes d'intervention sanitaire d'urgence, dont l'objectif est « de former et d'accréditer des équipes d'intervention d'urgence en santé dans l'ensemble du pays et de veiller à ce qu'elles puissent être déployées dans un délai de 24 heures pour aider les autorités provinciales, territoriales ou locales » — c'est nous qui soulignons — « à fournir des soins médicaux d'urgence en cas de catastrophe. »

À ce chapitre, nous craignons que les premières nations soient exclues du champ d'application du protocole d'intervention d'urgence de l'Agence de la santé publique du Canada, étant donné qu'il n'y a pas eu de réaction jusqu'ici de la part de cette dernière dans la région du MKO, si ce n'est dans la région d'Island Lake à la suite de pressions politiques, même si la fréquence des infections dues au H1N1 dans les autres collectivités était presque aussi élevée.

Jusqu'à présent, le financement et les ressources humaines accordés par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pour la préparation des mesures d'intervention en vue d'une pandémie se sont révélés totalement insuffisants et, qui plus est, reposent sur des attentes irréalistes. Depuis 2007, le MKO a reçu 375 000 \$ pour les consultations auprès des premières nations et pour former ces dernières sur le plan de la préparation à une pandémie. Les trois conseils tribaux que représente notre organisme ont reçu en tout 72 000 \$ pour la préparation en vue d'une pandémie. Nos premières nations n'ont rien reçu.

Lorsqu'on tient compte de la vaste zone géographique qu'il faut parcourir pour des fins de consultation et, plus récemment, l'aide fournie aux premières nations au titre de la planification, il est évident que les ressources humaines qu'on peut consacrer à de telles activités, vu le caractère très limité des régimes de financement, sont telles que la coordination, la planification et la mise en oeuvre des plans d'intervention des collectivités, de même que la formation qui s'y rattache, échappent totalement à notre contrôle. La région du MKO couvre une superficie correspondant aux deux-tiers de celle de la province du Manitoba; de plus, nous avons 16 premières nations qui sont accessibles exclusivement par hydravion. Bref, le gouvernement fédéral n'est pas bien préparé pour intervenir auprès de nos citoyens dans le contexte annuel de la pandémie.

Nous trouvons inconcevable que les premières nations aient à mettre la dernière main à leurs plans d'intervention en cas de pandémie sans bénéficier d'argent nouveau. De plus, il convient de

vous faire remarquer que le délai de deux mois qui a été accordé est irréaliste, comme la DGSPNI l'a elle-même déclaré le 29 mai 2009. Par contraste, la Burntwood Regional Health Authority, financée par la Province du Manitoba, a reçu plus de 60 millions de dollars par an et continue à perfectionner son plan de lutte contre la pandémie.

Afin de mettre encore plus en relief le manque de préparation des premières nations et des Inuits, le directeur général régional au Manitoba a envoyé une lettre aux premières nations le 17 juin 2009 pour les informer qu'il serait possible de conclure une entente en vue d'autoriser, provisoirement, l'utilisation des ressources de programmes pour intervenir en cas d'écllosion de la grippe. En réalité, cette mesure est ridicule, puisqu'elle suppose que les premières nations accepteraient de reporter à plus tard des programmes dont la population a désespérément besoin afin de supporter la planification non financée des mesures d'intervention en cas de pandémie. Le fait est qu'il n'existe pas de stratégie à long terme pour le moment. Le MKO a été obligé de réaffecter les crédits versés au titre du Fonds pour l'adaptation des services de santé des Autochtones afin d'être en mesure d'aider les collectivités à préparer des mesures, telles que l'éducation, la sensibilité de la population, l'aide à la planification, la recherche, l'analyse des rapports médiatiques et l'élaboration des politiques.

- (1505)

Les employés du MKO ont rencontré les responsables des régions régionales de la santé — celles de Burntwood, Nor-Man et Parkland — afin de voir quelles mesures seraient prises pour répondre aux besoins des premières nations en matière de planification et de préparation en vue d'une pandémie. Jusqu'ici, seule la Régie régionale de la santé de Churchill a élaboré un plan d'intervention en cas de pandémie qu'elle a communiqué au MKO. D'autres régions ont fait de la planification interne mais n'ont généralement pas fait participer directement les responsables des premières nations, sauf à la suite de pressions politiques. Le MKO a donc formé les gestionnaires des interventions d'urgence représentant chacune de nos 30 premières nations entre le 22 et le 25 juin.

Aucune collectivité des premières nations n'a encore mis à l'essai son plan d'intervention d'urgence. Seulement deux premières nations sur 30 ont terminé leurs plans.

Plusieurs gestionnaires des interventions d'urgence qui avaient été formés ont démissionné, en raison de la complexité et de l'ampleur des tâches à accomplir, et tous ont évoqué comme motif le fait que le rôle du gestionnaire des interventions d'urgence est un poste purement bénévole, étant donné que le financement des programmes et services courants ne permet pas de créer un poste rémunéré.

Il faut que des ressources humaines soient affectées spécialement à ce projet, pour que tous les organismes concernés collaborent directement avec chacune des premières nations, collectivité par collectivité. Cette mesure, de même qu'un engagement à long terme en matière de financement des activités locales de planification et de préparation aux urgences sanitaires, sont nécessaires tout de suite afin de garantir, non seulement que les plans d'intervention sont terminés, mais aussi que ces derniers soient complets et bien détaillés. À l'heure actuelle, les collectivités sont dépassées et estiment ne pas bénéficier de l'aide dont elles ont besoin pour au moins se sentir préparées.

Le MKO a fait parvenir une proposition modeste à la ministre de la Santé, qui porte sur la planification et la préparation en vue d'urgences sanitaires. Un fonds de prévoyance distinct devrait être créé de sorte que des crédits puissent être débloqués pour supporter les coûts de mise en oeuvre des mesures d'intervention lorsque des urgences sanitaires surviennent. La proposition soumise à l'examen de la ministre de la santé concerne uniquement nos besoins immédiats dans le contexte de la lutte contre la pandémie de grippe H1N1, et ne tient donc pas compte de nos besoins à long terme en ce qui concerne les logements appropriés, de l'eau potable sécuritaire et l'accès à des programmes et services de santé de qualité adéquate.

Ce financement, que nous nous attendons à recevoir, permettra aux premières nations d'élaborer des plans détaillés d'intervention en vue d'une pandémie ou d'autres urgences sanitaires. Le MKO et les conseils tribaux seront donc à même d'aider les coordonnateurs de la planification dans les collectivités à mener à bien des projets de recherche et d'analyse stratégique, de même que des programmes de sensibilisation et d'éducation, le tout dans le contexte de l'élaboration de leurs plans et de la préparation de la mise en oeuvre des mesures définies dans leur collectivité. Le MKO aura également la capacité d'établir des plans régionaux et d'effectuer des recherches et des analyses stratégiques aux niveaux régional, provincial et national. Au MKO, nous affirmons que les soins de santé constituent un droit issu de nos traités.

Il est tout à fait clair qu'une nouvelle approche plus approfondie s'impose — une approche permettant de rassembler tous les paliers de gouvernement dans le contexte d'un véritable partenariat avec les gouvernements autochtones en vue de maintenir et d'améliorer l'état de santé et le bien-être de nos membres, et ce grâce à une bonne planification, à de bons investissements dans les déterminants de la santé et à une volonté d'intervenir chaque fois que la vie des membres des premières nations est menacée.

Donc, au nom des 30 premières nations et 62 000 membres que nous représentons, le MKO exhorte le Comité permanent de la santé à user de son influence au Parlement afin de garantir que les premières nations reçoivent des crédits suffisants et les fournitures qui leur sont nécessaires, et que les services essentielles dont elles ont besoin sont disponibles dans le contexte d'une crise internationale de cette ampleur. Vu les conditions sociales et sanitaires particulières qui existent chez nous, les premières nations du MKO requièrent les ressources nécessaires pour se préparer correctement de façon à pouvoir intervenir adéquatement face à cette menace immédiate, ainsi qu'à des menaces futures.

Je vous remercie.

• (1510)

**La présidente:** Merci, grand chef.

Nous passons maintenant à l'Inuit Tapiriit Kanatami. Gail Turner est la présidente du Comité national Inuit sur la santé, et Elizabeth Ford en est la directrice.

Qui voudrait faire l'exposé liminaire?

**Mme Gail Turner (présidente, Comité national Inuit sur la santé, Inuit Tapiriit Kanatami):** C'est moi.

**La présidente:** Merci, madame Turner. Vous avez la parole.

**Mme Gail Turner:** [*Le témoin s'exprime en inuktitut.*]

Bonne après-midi à vous tous. Je voudrais remercier le Comité permanent de la santé de l'occasion qui m'est donnée aujourd'hui de présenter les vues de l'Inuit Tapiriit Kanatami et des Inuits du Canada sur la question du H1N1 et son incidence sur nous.

Je suis une infirmière de la santé publique inuite qui occupe actuellement le poste de directrice des services de santé à Nunatsiavut, dans le nord du Labrador, et je suis l'actuelle présidente de notre organisme. Je vous parle aujourd'hui en toute connaissance de cause.

L'Inuit Nunangat, notre patrie arctique, s'étend sur 40 p. 100 de la masse terrestre du Canada et sur 50 p. 100 de ses littoraux. Nous ne sommes que 50 000 personnes qui vivons dans 53 collectivités éloignées et isolées du Nord. La plupart de nos collectivités n'ont ni routes ni hôpitaux, ni médecins ni pharmacies. Nous sommes aux prises avec un problème important de surpeuplement, ce qui crée nécessairement un environnement qui favorise la propagation des maladies et compromet notre capacité de réduire le risque d'infection pour d'autres. Nous avons un très mauvais état de santé de même qu'une espérance de vie bien inférieure à celle d'autres Canadiens.

De plus, il existe un énorme fossé générationnel, puisque 35 p. 100 de notre population sont âgés de moins de 15 ans, comparativement à 18 p. 100 pour les Canadiens non autochtones. Les jeunes et les femmes enceintes — deux groupes considérés comme étant à risque élevé pour le virus H1N1 qui se propage actuellement — sont fortement représentés au sein de la population inuite. Pour les femmes inuites enceintes, les risques sont encore plus élevés, étant donné que, pendant les dernières semaines de leur grossesse, avant l'accouchement, elles doivent quitter leur famille et les fournisseurs de soins qu'elles connaissent pour se rendre dans de plus grands centres où elles peuvent se retrouver dans des salles communes.

Les Inuits ont peur du H1N1, mais cette peur n'est pas le résultat de la médiatisation de cette maladie; elle découle plutôt de l'histoire très réelle des effets de pandémies antérieures sur les Inuits. À Okak, dans le nord du Labrador, où j'habite, la grippe espagnole a anéanti presque toute la collectivité en quelques jours. Les Inuits sont très conscients de leur vulnérabilité, vulnérabilité créée par la géographie, les conditions météorologiques et des comorbidités. Nous n'avons pas la tranquillité d'esprit de ceux et celles qui savent que les soins de santé dont ils peuvent avoir besoin sont à proximité. Aussi merveilleuses que soient les infirmières des cliniques dans nos collectivités, si nous tombons malades et que notre état s'aggrave, il faut prendre l'avion pour bénéficier de soins plus poussés, et la possibilité de le faire dépend entièrement des conditions météorologiques.

Le plan canadien de lutte contre la pandémie n'aborde pas directement les problèmes particuliers associés à la planification en vue d'une pandémie dans les régions où vivent les Inuits, comme c'est le cas pour les membres des premières nations vivant dans la réserve. En fait, ce plan n'accorde pas aux collectivités éloignées et isolées du Canada l'attention qu'elles méritent, puisque les lignes directrices qu'on leur transmet ne cadrent pas avec leur situation et emploient un langage qui repose sur de fausses prémisses et qui sent la bureaucratie coloniale. En juin, le conseil d'administration de l'Inuit Tapiriit Kanatami s'est réuni à Nain, au Labrador, et a adopté une résolution revendiquant l'élaboration d'une annexe au plan canadien de lutte contre la pandémie qui porte spécifiquement sur les Inuits. Le conseil estime que, vu la susceptibilité accrue des Inuits au H1N1 et à d'autres virus, une stratégie particulière à l'intention de la population inuite est nécessaire pour la prévention et la gestion de pandémies actuelles et futures.

Les défis que présente la planification pour les Inuits sont aggravés par des difficultés juridictionnelles, puisque des revendications territoriales visent deux territoires et deux provinces ne sont toujours pas réglées et que le rôle de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada est mal défini. Les relations entre les gouvernements fédéral, territoriaux et provinciaux traduisent la nature changeante de l'action politique et exigent que ces derniers s'intéressent de beaucoup plus près aux populations qu'ils servent. Le Dr Butler-Jones nous a fait savoir qu'il est disposé à entamer des discussions au sujet d'un tel plan, mais nous savons que cela ne pourra se faire qu'après la pandémie.

Dans l'intérim, nous travaillons à l'élaboration d'un plan de travail trilatéral pour la lutte contre le H1N1. Mais ce plan doit être élaboré par nous, et non pas pour nous. Les Inuits doivent y participer directement, pour que les textes soient pertinents et bien adaptés aux différences culturelles, et pour que nous nous fondions sur notre propre réalité et les enseignements que nous avons déjà tirés de notre expérience du H1N1 et de nos efforts de planification jusqu'ici pour créer un document valable et utile qui puisse nous guider à l'avenir et nous permettre d'atteindre le degré de préparation que nous méritons.

• (1515)

Nos ressources humaines en matière de santé constituent pour nous une grave préoccupation. Dans certaines collectivités, il n'y a qu'une infirmière ou qu'un infirmier, et cette personne devra nécessairement donner la priorité à la prestation des soins primaires. La logistique est un problème de taille. Comme le personnel et les fournitures nécessaires devront nous être acheminés par avion, et que le vaccin doit être protégé contre les températures extrêmes qui existent dans l'Arctique, au moment où le vaccin sera prêt, nous ne pourrions pas procéder efficacement à l'immunisation de la population. Immuniser 250 personnes, vu l'état de nos ressources, pourrait prendre plusieurs jours, compte tenu de l'horaire des vols et des conditions météorologiques.

Il convient donc d'envisager de fournir une aide particulière aux Inuits canadiens en ce qui concerne l'accès au vaccin. Il nous est impossible dans l'immédiat de modifier les déterminants sociaux de notre population. À l'heure actuelle, le vaccin est notre seule défense contre la propagation du virus. Nous sommes dans l'impossibilité de créer des centres de soins de rechange et devons donc demander aux malades de s'isoler chez eux.

**La présidente:** Je suis désolée, mais je dois vous interrompre. Nous manquons de temps et je vous ai déjà donné du temps supplémentaire. Pourriez-vous conclure maintenant pour qu'il reste suffisamment de temps pour les questions et réponses?

**Mme Gail Turner:** Merci.

Je vous demande votre tolérance; je voudrais disposer d'une minute de plus, si possible.

**La présidente:** Trente secondes seulement, parce que vous avez déjà largement dépassé votre temps de parole.

Merci.

**Mme Gail Turner:** Je vais donc passer aux difficultés que nous rencontrons et ensuite vous parler brièvement de ce que nous demandons au comité.

Tous les jours, je suis choquée de constater le manque de connaissances qui existe au sein de la bureaucratie canadienne, à tous les niveaux, concernant les Inuits, qui nous sommes, où nous habitons, et notre façon de vivre.

En terminant, l'Inuit Tapiriit Kanatami et les Inuits du Canada exhortent le Comité permanent de la santé à se prononcer en faveur

de l'élaboration d'une annexe visant spécifiquement les Inuits dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie, de considérer comme particulièrement prioritaire la mise sur pied d'un programme d'immunisation de masse des collectivités éloignées, dès que le vaccin contre le H1N1 sera disponible et de recommander que l'on entame dès maintenant le travail très important que représente l'analyse des déterminants sociaux de la santé qui font que les Inuits du Canada demeurent au dernier rang en ce qui concerne leur état de santé.

La sécurité alimentaire et l'accès aux soins de santé doivent être améliorés. Il s'agit de problèmes graves d'injustice sociale auxquels il faut absolument s'attaquer. Le Canada doit aussi établir des échéances précises pour la réduction du nombre de personnes qui peuvent vivre ensemble dans un foyer, jusqu'à ce que ce nombre corresponde à la situation du Canadien moyen. L'espérance de vie des Inuits devrait être en train de monter, et non de diminuer, comme c'est toujours le cas à l'heure actuelle.

En fin de compte, le Canada sera jugé en fonction des efforts qu'il aura déployés pour améliorer l'état de santé de tous, et notamment celui des Inuits.

*Nakurmiik.*

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Turner.

Je vais demander à chacun d'entre vous de nous remettre le texte de vos exposés, et nous ferons le nécessaire pour que chaque membre du comité reçoive une copie de chacun de vos textes.

Maintenant, le dernier mais non le moindre, le Dr Kettner va nous faire son exposé.

Docteur Kettner, auriez-vous l'obligeance d'être aussi bref que possible, car nous aimerions ouvrir la période des questions? J'ai prolongé le temps de parole de chacun parce qu'il me semblait important d'entendre ce qu'ils avaient à dire.

Merci.

**M. Joel Kettner (administrateur en chef de la santé publique, Gouvernement du Manitoba):** Je vous remercie.

Je voudrais, tout d'abord, vous remercier de m'avoir invité à assister à cette réunion au sujet d'une question très importante.

J'ai trois observations à vous faire. Premièrement, je voudrais clairement expliquer mon rôle ici aujourd'hui. C'est l'élément que je voudrais aborder rapidement en premier lieu. Deuxièmement, je voudrais parler — en termes très généraux — de ce que nous avons appris au Manitoba au sujet de la première vague de la pandémie. Et, troisièmement, je vais vous parler des éléments qui me semblent prioritaires dans les semaines et les mois qui viennent.

D'abord, pour que ce soit bien clair pour tous, je suis le médecin hygiéniste en chef du Manitoba. Je me présente devant vous cet après-midi pour aborder la question très spécifique inscrite à votre ordre du jour. Je précise que je me présente en mon propre nom, en tant que responsable provinciale de la santé publique. Je ne parle donc pas pour le sous-ministre, le ministre ou le gouvernement. Je vais faire de mon mieux pour vous parler honnêtement et clairement en m'appuyant sur des faits et en émettant une opinion personnelle, lorsqu'on me demande de le faire.

S'agissant de notre expérience au cours de la première vague de la pandémie, on dirait que cette première étape est à peu près terminée au Manitoba. Dans l'ensemble, les effets de la pandémie n'ont pas été aussi sévères que certains le craignaient; il reste que certains groupes au Manitoba ont été plus sévèrement touchés que d'autres, surtout les membres des premières nations et d'autres Autochtones. Je pourrais vous donner toutes sortes de chiffres et de statistiques, mais je ne vais pas le faire. Selon moi, ils sont déjà assez largement connus.

Il importe de vous signaler également que, d'après les analyses que nous avons effectuées jusqu'ici, même lorsqu'on tient compte de bons nombres d'autres facteurs de risque connus, il semble que les membres des premières nations ou les Autochtones sont particulièrement susceptibles de tomber gravement malades. Bien entendu, il y a toutes sortes de raisons qui expliquent cet état de choses, et je veux bien en discuter avec vous par la suite, si vous souhaitez m'interroger à ce sujet et s'il nous reste le temps de le faire.

Je passe maintenant au troisième élément, à savoir si la prochaine vague sera pire. Bon nombre d'experts sont effectivement de cet avis. Nous avons élaboré un plan en vue de parer à cette éventualité et d'autres encore. Au Manitoba, il y a trois questions auxquelles il faut être sensible et qui exigent une bonne planification. Premièrement, il faut donner la priorité aux Autochtones et leur administrer le vaccin dès qu'il sera disponible — à supposer qu'il soit efficace et sécuritaire — et prévoir également le recours précoce aux médicaments antiviraux et à d'autres traitements éventuels, simplement parce que nous savons que, pour les Autochtones, les risques d'infection sont très élevés, quelles que soient les raisons de cet état de choses.

Deuxièmement, il faut renforcer et améliorer les programmes et services de santé publique et de soins primaires à l'intention des Autochtones, où qu'ils habitent au Manitoba. Ces programmes et services doivent être mieux coordonnés et mieux intégrés. Ce travail doit se poursuivre et déboucher sur des améliorations plus rapidement que cela n'a été le cas jusqu'à présent, et ce grâce à la collaboration des Autochtones, des agences et organismes fédéraux, du ministère provincial de la Santé et des régions régionales de la santé qui relèvent de ce dernier.

Ma dernière observation, mais non la moins importante, concerne le fait que, même si nous parlons aujourd'hui de la lutte contre la grippe, pour que nos stratégies et interventions à long terme en vue de nous attaquer aux problèmes de santé publique et d'améliorer les résultats en matière de santé des peuples autochtones soient véritablement efficaces, il faut absolument s'attaquer aux déterminants sociaux sous-jacents et aux autres facteurs qui sont depuis longtemps à l'origine des mauvais résultats que nous avons observés chez les Canadiens d'origine autochtone, par rapport non seulement aux maladies infectieuses mais à presque tous les résultats que nous mesurons en matière de santé.

● (1520)

**La présidente:** Merci beaucoup, docteur.

Si j'ai l'aval du comité, je vais proposer que nous entamions maintenant un premier tour de questions de cinq minutes pour les questions et les réponses, étant donné que nous avons un autre groupe de témoins à entendre. J'ai accordé beaucoup de temps pour les exposés liminaires, parce qu'il me semblait important que nous connaissions les vues de chacun.

Ai-je donc l'aval du comité pour entamer un tour de questions de cinq minutes?

**Des voix:** D'accord.

**La présidente:** Merci beaucoup.

La Dre Bennett va commencer.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci à vous tous pour vos exposés. Je dois aussi vous présenter mes excuses.

Madame la présidente, je pense que nous aurions pu nous réunir beaucoup plus tôt. Il aurait été préférable de faire cela, pour pouvoir passer plus de temps avec ce groupe de témoins en particulier. À l'avenir, j'espère que nous pourrions nous organiser un peu mieux, étant donné que ces personnes sont venues de loin pour nous rencontrer.

Cela dit, je crois que leurs exposés liminaires étaient assez explicites — il est clair que la situation est très grave.

D'abord, je voudrais m'excuser auprès de Mme Turner de ne pas avoir bien formulé ma question à la ministre. J'ai compris que vous ne demandez pas que le plan de lutte contre la pandémie soit traduit en inuktitut; vous souhaitez plutôt que le gouvernement s'engage à travailler avec vous pour élaborer une annexe distincte à l'intention des Inuits.

Avec l'aval du comité, je me demande si tous les partis ici représentés accepteraient de demander à la ministre de fournir cette aide dès maintenant, car je ne crois pas qu'on lui ait posé la question. Vous pourrez voir comment nous devons procéder pour y parvenir, mais nous souhaitons faire tout ce qu'il nous est possible de faire pour que cela devienne une priorité.

Ma deuxième question s'adresse au chef national, ainsi qu'aux autres témoins qui souhaitent répondre. Savez-vous si les dirigeants autochtones du Canada ont été invités à la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé qui aura lieu en septembre?

● (1525)

**La présidente:** Qui voudrait répondre?

**Chief Shawn Atleo:** Je ne suis pas au courant d'une invitation de ce genre. Autant que je sache, non.

**L'hon. Carolyn Bennett:** À votre avis, serait-ce une bonne idée de vous inviter?

**Chief Shawn Atleo:** Oui, absolument. C'est tout à fait nécessaire.

Comme vous dites, certains aspects du dossier sont bien clairs — notamment le caractère interjuridictionnel de cette question, et le grand chef a justement fait allusion aux problèmes rencontrés au Manitoba et en Ontario en ce qui concerne la planification des ressources. Dans mon exposé tout à l'heure, j'ai parlé du modèle tripartite en disant qu'il permet de s'assurer qu'aucun élément important n'est négligé. Donc, si le comité est en mesure d'encourager les intervenants clés à s'attaquer aux problèmes des compétences et pouvoirs des uns et des autres, ce serait, en ce qui me concerne, très important.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Je suppose que ce qui peut nous sembler important, à nous qui sommes parlementaires, c'est lorsque deux témoins disent exactement le contraire.

J'aimerais donc demander au chef régional Garrioch de nous expliquer comment bon nombre de ses collectivités ont réussi à élaborer, à réviser et à actualiser leur plan de lutte contre la pandémie, face à l'écllosion du H1N1, et comment elles l'ont mis à l'essai.

**Le grand chef Sydney Garrioch:** Seulement deux collectivités du nord du Manitoba peuvent être considérées comme ayant un plan d'intervention en bonne et due forme, mais aucun de ces plans n'a été mis à l'essai.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Encore une fois, pourriez-vous m'expliquer comment vous communiquez avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits au sujet de votre état de préparation? Est-ce par courriel? Est-ce par téléconférence, ou quelqu'un vous dit: avez-vous tous élaboré un plan? Est-ce ça qui se produit actuellement? Comment les communications se font-elles, et comment vos chiffres peuvent-ils être aussi différents de ceux de Shelagh Jane Woods, qui affirme que 90 p. 100 des collectivités des premières nations du Canada possèdent déjà un plan en bonne et due forme?

**La présidente:** Qui voudrait y répondre?

Grand chef.

**Le grand chef Ron Evans:** En fait, je suis du même avis que l'autre conférencière, Mme Turner, qui disait qu'elle ne cesse d'être choquée par le manque de connaissances de la ministre, les responsables qui travaillent au bureau de la ministre et les autres personnes qui relèvent de sa responsabilité et qui, de toute évidence, ne l'ont pas informée de la situation réelle dans les collectivités des premières nations et autochtones.

On lui a posé une question au sujet de ce que contiennent les trousseaux de protection; mais nous avons déjà rencontré les responsables de son bureau régional pour qu'on lui dise — d'ailleurs, les médias en ont parlé aussi — ce que contiennent ces trousseaux, ce qu'elles coûtent et ce à quoi elles servent. Par conséquent, je trouve tout à fait inadmissible qu'elle dise aux collectivités qui leur faut simplement des savonnettes et que tout ira pour le mieux dans le meilleur des mondes. Il est évident qu'il va nous falloir beaucoup plus que cela.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Vous aurez besoin d'eau.

**Le grand chef Ron Evans:** Pour que cela se fasse...

Quand je dis qu'il existe un manque de connaissances... le fait est que bon nombre de nos collectivités sont aux prises avec des taux de chômage élevés et des logements qui sont en mauvais état et surpeuplés. Le problème n'est pas seulement que les logements sont surpeuplés, mais ils sont également en très mauvais état, si bien...

**La présidente:** Merci, grand chef. Je suis désolé de vous interrompre, mais je dois appliquer strictement les limites de temps.

La parole est maintenant à M. Malo.

[Français]

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

Pendant que j'écoutais toutes les présentations, il m'est apparu clairement qu'il y a un problème persistant et perpétuel. On parle, aujourd'hui, de la grippe H1N1 parce qu'il s'agit du risque le plus grand que courent vos communautés cet automne.

Comme en faisait état le grand chef Evans, les conditions de vie de vos communautés font en sorte que vos communautés sont susceptibles d'être sérieusement affectées par cette maladie, et par bien d'autres. On peut donc se demander aujourd'hui pourquoi ces conditions de vie ne se sont pas améliorées au fil du temps. Cela aurait fait en sorte que face à ce problème d'une possible pandémie du virus H1N1, on serait mieux équipé à la base pour faire face à cette situation.

Un peu plus tôt, mon collègue demandait aux fonctionnaires quelle était la situation relative à l'eau. En ce moment, on prévoit

l'arrivée de réservoirs pour certaines communautés où l'eau n'est pas accessible. Cela règle un problème à un moment donné bien précis, mais cela ne règle pas la situation à long terme. Il s'agit d'un problème qui peut devenir critique lorsque la maladie est susceptible d'affecter une communauté.

Mme Turner nous disait qu'à court terme, le seul outil qui existe pour faire face au virus H1N1 est le vaccin. Pour le reste, malheureusement, il est trop tard pour y voir avant l'automne. Croyez-vous tous et toutes qu'à l'heure actuelle, il faut surtout s'assurer que tout le monde ait accès aux vaccins?

• (1530)

[Traduction]

**La présidente:** Qui voudrait y répondre? Il ne reste plus que deux minutes.

Grand chef Evans.

**Le grand chef Ron Evans:** Je suis d'accord pour dire qu'il nous faut le vaccin, et ce qui me semble encore plus important, c'est de s'assurer de mettre à l'essai les plans d'intervention. Aucun plan n'a encore été mis à l'essai. Nous ne savons pas ce qu'il faudra faire du côté des transports, si nous n'avons pas de fournitures et s'il fait mauvais. Qu'arrivera-t-il s'il nous faut des locaux supplémentaires en raison d'un manque d'infrastructure? Que faudra-t-il faire si nous avons besoin de plus d'infirmières ou de médecins? Nous n'avons pas mis à l'essai les plans d'intervention tout simplement parce que nous n'en avons pas les ressources nécessaires.

**La présidente:** Monsieur le chef national.

**Chef Shawn Atleo:** Cet élément me semble tout à fait critique. C'est le fait que nous nous contentons toujours de traiter les symptômes en évitant d'examiner les causes sous-jacentes des problèmes qui surgissent. Il y a aussi la notion selon laquelle, en général, la richesse va de pair avec un bon état de santé. Et, pour en revenir aux remarques du grand chef, il importe également de reconnaître qu'il est probable — et je demanderais aux experts de le confirmer — que la discussion soit semblable si nous parlions de pays du tiers monde. Or, nous sommes au Canada, et c'est la raison pour laquelle j'appuie avec autant d'énergie les déclarations de tous les autres conférenciers.

De plus, le vice-chef Deranger a parlé du grand conseil de Prince Albert, qui prépare des plans et déploie des efforts. Il faut surtout comprendre que c'est dans ce contexte-là que la planification efficace des interventions en matière de santé peut et doit se faire; en d'autres termes, il faut reconnaître les pouvoirs qui découlent des traités et s'assurer de reconnaître et d'appuyer de tels efforts.

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

La parole est maintenant à Mme Wasylycia-Leis.

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

Nous parlons manifestement de problèmes à long terme, ainsi que de solutions plus ou moins symboliques à définir dans l'immédiat en vue d'une éventuelle pandémie cet automne.

Je voudrais commencer par vous, docteur Kettner. Vous avez dit que, d'après vous, il y a eu des progrès en ce qui concerne les préparations en vue d'une pandémie, et que la meilleure façon de prévenir la propagation du H1N1 est de s'assurer que les gens sont en bonne santé. Que recommandez-vous donc au comité, pour ce qui est de s'attaquer aux problèmes d'envergure que vous et d'autres avez évoqués aujourd'hui?

**M. Joel Kettner:** Si nous parlons de la pandémie de grippe H1N1, je voudrais préciser qu'il faut implanter toute une série de stratégies et de mesures afin de réduire la morbidité et la mortalité qui pourraient résulter de la prochaine vague d'infection. Un bon état de santé, être en aussi bonne santé que possible, faire soigner ses affections médicales sous-jacentes, savoir quoi faire pour réduire la propagation de la maladie — tous ces éléments sont importants. Et il est utile de les répartir en deux catégories.

Premièrement, il faut réduire la probabilité d'être exposé au virus, et c'est là qu'intervient la question des logements surpeuplés, du lavage des mains, du comportement qu'il faut adopter dans un contexte social pour réduire le risque d'exposer d'autres personnes au virus, etc. Voilà donc une première grande catégorie.

Mais c'est très différent de la question de savoir ce qu'il faut faire si on attrape la grippe — et il faut s'attendre à ce que bon nombre d'entre nous, où que nous vivions, soyons exposés à la grippe. Il est très difficile de limiter la propagation de ce virus et, dans ce contexte, il faut se demander qui est plus susceptible de tomber gravement malade, d'avoir besoin de soins intensifs et de mourir. C'est une question très importante, mais qui est davantage liée aux affections médicales chroniques — nous en avons déjà parlé — et cela suppose que, si vous faites partie du petit pourcentage de personnes qui risquent d'attraper une pneumonie ou de connaître de graves complications, vous devez pouvoir obtenir en temps opportun les soins appropriés. Si nous estimons que l'utilisation précoce des antiviraux dès l'apparition des premiers symptômes, même peu sévères, peut aider les personnes à haut risque en raison de ces affections sous-jacentes, il faut absolument que ces dernières y aient accès. Et cela suppose, à la fois un public bien informé et éclairé qui sait à quel moment il faut se faire soigner et un système de soins bien préparé qui est en mesure de traiter les malades et de leur fournir les soins nécessaires en temps opportun.

Je pourrais développer encore les dimensions de cette question, mais je ne voudrais pas simplifier à outrance la nature de cet enjeu, en disant que c'est une question soit de prévention, soit de traitement. En réalité, c'est une combinaison des deux.

• (1535)

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Merci. Il me semble que c'est ce que disait aussi Gail Turner, qu'il est peut-être trop tard, dans le contexte de cette éventuelle pandémie, pour éliminer immédiatement les problèmes structurels de longue durée qui sévissent actuellement, mais nous avons vraiment intérêt à réfléchir à la question dès maintenant et à commencer à planifier en prévision de l'avenir.

**Mme Gail Turner:** Pourrais-je répondre?

**La présidente:** Oui, allez-y, madame Turner.

**Mme Gail Turner:** À mon avis, la situation varie d'une région inuite à l'autre. Pour ma part, j'habite dans la partie la plus au nord de la province de Terre-Neuve-et-Labrador et, bon an, mal an, sans être aux prises avec le H1N1, nous n'avons aucune capacité. Nous n'avons pas de lits d'hôpital; nous n'avons qu'un seul anesthésiste, si bien que les ventilateurs additionnels ne sont d'aucune utilité, et, bien sûr, nous sommes toujours aux prises avec le problème de notre situation géographique et des conditions météorologiques. Nous ne savons toujours pas comment nous allons vacciner notre population. Comme nous tombons sous le coup d'une revendication territoriale inuite au sein d'une province, nous n'avons pas accès aux mêmes services qu'offre Santé Canada à bien d'autres endroits. Ce dernier n'envisage pas de nous faire parvenir des ressources supplémentaires, et nous devons donc faire le travail nous-mêmes et essayer de nous assurer de les obtenir.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Pourrais-je poser une question au chef national Atleo?

D'abord, félicitations pour votre élection.

L'APN recommande le financement d'un groupe de travail qui serait chargé de mettre en oeuvre l'annexe B, en vue d'investir dans les collectivités des premières nations, comme il en était question il y a quelques minutes. Dans l'immédiat, que pensez-vous de l'idée retenue au Manitoba, c'est-à-dire de demander à un expert autochtone spécial de coordonner les activités liées à la pandémie? Au Manitoba, il s'agit de la Dre Cathy Cook, qui est bien respectée — je suis sûre que le grand chef Evans voudra faire un commentaire aussi à ce sujet — et je me demande s'il pourrait s'agir d'une stratégie nationale. Faut-il faire la même chose dans l'ensemble du Canada ou conviendrait-il plutôt de coordonner les activités avec Cathy Cook en fonction de ce qui se fait au Manitoba?

**Chief Shawn Atleo:** En fait, puisque vous parlez du Manitoba, je préfère que le grand chef Evans vous réponde en premier, et s'il reste du temps après, j'aurais une brève observation à faire.

**La présidente:** En fait, nous n'avons déjà presque plus de temps, et je demanderais donc au grand chef de répondre rapidement à la question de Mme Wasylcia-Leis.

Merci, monsieur le chef national.

**Le grand chef Ron Evans:** D'abord, je tiens à remercier les autorités manitobaines du travail qu'elles font en collaboration avec nos collectivités. Mais, en l'absence d'un projet de définition et de mise en oeuvre de solutions à long terme, il faut surtout fournir aux collectivités les ressources dont elles ont besoin pour commencer à dispenser de la formation au personnel approprié — qu'il s'agisse d'infirmières ou de fournisseurs de soins — et pour élaborer leurs plans par rapport aux locaux additionnels qui vont certainement être nécessaires. Il faut se préparer au pire scénario; voilà ce qu'il faut faire. Il faut aussi mettre à l'essai les plans d'intervention en matière de transport et déterminer comment nous pourrions obtenir plus de vaccins et qui devra être vacciné. Il s'agit de faire tout cela le plus rapidement possible; voilà ce qu'il faut faire dans l'immédiat.

Je vous remercie.

**La présidente:** Merci, grand chef.

Nous passons maintenant au Dr Carrie, qui va partager son temps avec M. Clarke.

**M. Colin Carrie:** Étant donné l'heure, je pense que M. Clarke ne pourra peut-être pas poser ses questions, mais si le temps le permet...

Je voudrais dire, tout d'abord, que je suis d'accord avec le grand chef. Selon moi, il est très important que tous travaillent ensemble et que, au fur et à mesure que les plans seront prêts, nous nous assurions de les mettre en oeuvre.

J'ai une question qui s'adresse à vous, docteur Kettner, car je crois savoir que le gouvernement du Canada et la Province du Manitoba travaillent en très étroite collaboration pour préparer les collectivités des premières nations du Manitoba à faire face à la pandémie. Je sais que la ministre Aglukkaq a eu de nombreuses téléconférences avec sa collègue, la ministre Oswald. Pendant la première vague d'infections, nous avons travaillé ensemble, suivi de près la situation et réussi à envoyer des ressources humaines en matière de santé, telles que des infirmières et des médecins, aux collectivités qui en avaient le plus besoin. Nous avons également coordonné nos efforts par l'entremise de groupes de planification tripartite auxquels participaient les responsables de la Province du Manitoba et les représentants des premières nations.

Êtes-vous d'accord avec moi pour dire qu'il existe entre nous des relations de collaboration efficaces?

• (1540)

**M. Joel Kettner:** J'adore les questions générales de ce genre.

Plus maintenant qu'auparavant.

**M. Colin Carrie:** D'accord. C'est très bien. Je trouve qu'il est important...

**M. Joel Kettner:** Je ne voudrais pas vous sembler désinvolte, mais vous n'avez posé une question très complexe...

**M. Colin Carrie:** Oui, je sais.

**M. Joel Kettner:** ... alors que vous me demandez de vous faire une réponse simple. Je ferai donc de mon mieux pour vous la fournir.

J'estime qu'il y a eu beaucoup de progrès en ce qui concerne la collaboration entre les organismes provinciaux et fédéraux qui préparent et mettent en oeuvre les différentes mesures d'intervention du plan de lutte contre la pandémie. Cette collaboration a-t-elle été parfaite? Non. Si nous avions plus de temps et si la question vous intéresse, pourrions-nous discuter des domaines particuliers où cette collaboration a besoin d'être renforcée et améliorée? Oui. Donc, en ce qui me concerne, il est impossible, face à ces questions, de répondre en disant oui ou non, ou que la situation est satisfaisante ou insatisfaisante. En réalité, il s'agit de continuer à faire progresser les choses, car nous avons encore beaucoup de chemin à faire avant d'être en mesure de régler des problèmes de cette nature.

En fait, les données sont très claires: nous avons encore beaucoup de chemin à faire pour ce qui est d'améliorer les résultats.

**M. Colin Carrie:** S'agissant du plan de lutte contre la pandémie, la bonne nouvelle, c'est que nous avons un plan et que nous travaillons ensemble.

Êtes-vous en mesure de nous décrire ce qui a été réalisé après la première vague? Qu'avons-nous appris? Qu'avons-nous réalisé? Quels succès avons-nous remportés?

**M. Joel Kettner:** Sur le plan de la santé publique, la première chose qu'il convient de faire après un incident comme celui que nous avons vécu, consiste à tirer tous les enseignements possibles de notre expérience, afin de savoir qui était le plus touché, chez qui les résultats étaient les plus graves, et quelle était l'ampleur du problème en général. Pour moi, nous avons appris beaucoup de choses. Nous sommes actuellement en train d'analyser toutes ces données, dont j'ai essayé de vous faire un peu le résumé dans mon exposé liminaire.

Jusqu'ici, on dirait que, comparativement aux craintes de certains, et certainement comparativement à la pandémie de 1918-1919, à laquelle bon nombre d'entre nous nous préparions, la situation dans l'ensemble s'est révélée beaucoup moins grave que ce à quoi on s'attendait dans le contexte d'une pandémie. Jusqu'à présent, on peut dire que la situation n'est pas comparable à celle que nous avons connue en 1918. Elle est davantage comparable à une mauvaise saison de grippe dite saisonnière, malgré une ou deux différences importantes. Premièrement, le taux d'infection grave chez des personnes dans la vingtaine, la trentaine et la quarantaine, et qui étaient auparavant en bonne santé, est plus élevé. Deuxièmement — et il s'agit là d'une différence non pas qualitative, mais quantitative — nous observons un écart plus important entre les Autochtones et les non-Autochtones en ce qui concerne la gravité des cas dans les deux groupes. Si je m'exprime en ce termes-là, c'est parce que nos analyses des effets de la grippe normale, dite saisonnière — comme pour la plupart des autres maladies infectieuses, les blessures et d'autres résultats en matière de

santé — révèlent presque systématiquement un écart entre les deux populations. Il en va de même pour la grippe saisonnière. Mais, selon l'expérience du Manitoba, cet écart s'est avéré plus important, plus grave et plus frappant cette fois-ci.

Je pourrais vous parler encore de ce que nous avons appris au sujet de cette maladie mais, si vous me demandez ce que nous avons appris au sujet de nos plans, de l'efficacité de ces plans et des mesures qu'il faut prendre en prévision de la prochaine vague, ce serait une toute autre discussion, à laquelle je serais très heureux de participer si le temps le permet.

**La présidente:** Docteur Kettner, pourrions-nous donner l'occasion au chef national d'intervenir?

Monsieur le chef national, j'ai l'impression que vous voulez faire un commentaire.

**Chef Shawn Atleo:** S'agissant du commentaire du médecin hygiéniste en chef en réponse à la question, en Colombie-Britannique, le plan tripartite a permis aux chefs — et c'est un point important, car c'est une question de compétence qui est en rapport avec nos traités — de participer à la désignation d'un médecin hygiéniste autochtone pour la province qui est membre d'une première nation. Il s'agit du Dr Evan Adams. Il est connu également pour le film *Smoke Signals*, bien entendu, mais c'est un médecin qualifié — quelqu'un qui est pleinement intégré dans les collectivités et qui travaille côte à côte avec elles. Donc là, la reconnaissance des relations qui existent en vertu des traités est pleinement concrétisée.

D'aucuns laissent entendre que, en ce qui concerne le H1N1, il est peut-être trop tard pour arriver à bout de la planification que nous souhaitons faire. Mais il n'est jamais trop tard de faire ce que nous dicte notre conscience par rapport à la situation générale — il ne faut pas perdre cette occasion de nous concentrer sur l'essentiel, et de faire tout ce qui s'impose pour que nos membres soient bien pris en charge. Mais ne négligez surtout pas l'autre projet de plus longue haleine. Il conviendrait que le comité y réfléchisse en profondeur, à mon avis.

• (1545)

**La présidente:** Merci, monsieur le chef national.

Voilà qui termine nos discussions avec le premier groupe et, comme nous n'avons pas beaucoup de temps, je vais suspendre nos travaux très brièvement. Mais avant de le faire, je tiens à vous remercier tous et toutes de votre présence. Je sais que nous avons entendu beaucoup de témoins différents aujourd'hui. Je vais m'assurer que vos textes sont transmis à chaque membre du comité par l'entremise du greffier.

Je vous remercie.

Nous allons suspendre nos travaux pour permettre au deuxième groupe de témoins de s'installer.

Merci.

• \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

• **La présidente:** Nous allons reprendre nos travaux. Nous accueillons maintenant notre deuxième groupe de témoins.

Je demande à tous et à toutes de s'asseoir et de sortir de la salle pour les entrevues avec les journalistes. Je demande donc aux représentants des médias de quitter la salle dès maintenant, pour que nous puissions poursuivre nos travaux.

Je vous remercie.

Nous accueillons maintenant Pamela Nolan, de la première nation de Garden River, et Maxine Lesage, qui est le superviseur des services de la santé au Wellness Centre. Bienvenue.

Je voudrais également souhaiter la bienvenue au chef Jerry Knott, de la première nation de Wasagamack — bienvenue, monsieur le chef — ainsi qu'à Joseph Richard Harper, directeur adjoint de la santé. Merci beaucoup de votre présence.

Nous demanderons à nos autres invités de prendre la parole tout à l'heure.

Madame Nolan, vous avez la parole.

**Mme Pamela Nolan (directrice, Services de la santé et sociales, Wellness Centre, Garden River First Nation):** Bon après-midi à vous tous et merci de nous avoir invités à participer à cette réunion.

Nous ne sommes pas des acteurs politiques — loin de là. Nous représentons la première nation de Garden River. Je suis la directrice des Services de santé et Maxine Lesage en est la superviseuse. Nous sommes là pour représenter...

• (1550)

**La présidente:** Excusez-moi de vous interrompre; il va falloir suspendre nos travaux. Je suis désolée, mais les entrevues avec les journalistes sont toujours en cours. Il n'est pas possible de tenir des réunions télévisées si nous n'avons même pas la possibilité de faire notre travail; par conséquent, il va falloir suspendre la réunion pendant quelques minutes. Il faut qu'ils quittent la salle.

Merci.

Mes excuses. Je vous prie de continuer.

**Mme Pamela Nolan:** Devrais-je recommencer ou simplement continuer?

**La présidente:** Veuillez continuer.

**Mme Pamela Nolan:** Très bien.

Nous représentons la base, en réalité, puisque c'est nous qui assurons les premières interventions au sein de la collectivité.

Notre collectivité compte environ 2 000 membres. Notre territoire est situé à l'extérieur de la ville de Sault Ste Marie, en Ontario.

Nous avons commencé notre préparation en vue d'une éventuelle pandémie en 2005, à la suite de la crise du SRAS. Le SRAS a eu des effets considérables sur nous et sur notre collectivité. Même si nous n'avons pas vraiment été touchés par le H1N1 — il n'y a pas vraiment eu de cas dans notre collectivité, et seulement deux cas dans le district d'Algoma — nous avons le sentiment qu'il fallait prendre cette préparation très au sérieux, car nous savions fort bien que cette maladie ne connaît pas de frontières. Donc, peu importe le lieu où on habite, ses origines, qu'on soit membre d'une première nation ou non, nous savions que nous ne serions pas à l'abri. Nous pensions même être un peu plus à risque éventuellement, en raison du taux élevé de maladies chroniques chez nous et parce que nous sommes Autochtones.

Nous nous sommes donc demandé ce que nous devions faire — car il faut bien comprendre que nous sommes deux seulement. Nous avons également quelques infirmières et éducateurs en matière de santé au sein de notre collectivité. Nous nous sommes dit: si la pandémie touche notre collectivité, qu'allons-nous pouvoir faire, nous deux? Nous avons donc décidé de commencer à nous préparer. Nous avons conclu qu'il fallait commencer à apprendre aux gens à s'occuper d'eux-mêmes et des autres en leur fournissant tous les renseignements pertinents. Pour nous, c'était donc cela le point de départ.

S'agissant des initiatives que nous préparons et que nous élaborons dans notre collectivité, nous avons un certain nombre de choses à vous montrer. Ce n'est sans doute pas la façon dont les choses se font ici habituellement, mais nous ne le savions pas. Comme c'est la première fois que nous comparaissons devant le comité, nous ne savions pas vraiment ce que nous pourrions faire ou ne pas faire.

**La présidente:** Je vais vous le faire savoir.

**Mme Pamela Nolan:** S'il y a des choses qu'il ne faut pas faire, dites-le nous.

Premièrement, nous avons élaboré une trousse, que nous appelons « Ma trousse de protection contre la grippe ». Nous avons pensé qu'il serait bon de livrer une trousse en mains propres à chaque personne et à chaque ménage chez nous. Cette trousse contient un thermomètre, un aimant de réfrigérateur, des renseignements au sujet de la grippe, un gel désinfectant pour les mains — différentes choses qui devraient inciter les gens à réfléchir à la grippe.

**La présidente:** Pourrais-je vous interrompre une seconde? Ce n'est pas bilingue, mais j'ai la permission du greffier de le faire circuler. Mais si vous êtes disposée à fournir un certain nombre d'exemplaires au greffier, nous pourrions ensuite les faire parvenir aux bureaux des membres pour que chacun en ait. Nous ne pouvons pas les distribuer maintenant. Je vous prie donc de continuer.

**Mme Pamela Nolan:** Très bien.

Les aimants de réfrigérateur que nous avons élaborés se trouvent dans les trousseaux, et nous nous sommes dit que ce serait une façon de faire un petit rappel au gens au sujet de ce qu'ils devraient faire s'ils manifestent des symptômes de la grippe.

Nous publions systématiquement des renseignements dans notre bulletin communautaire. D'ailleurs, nous avons beaucoup de chance d'avoir un bulletin. Il est disponible en ligne, il s'adresse aux membres de la collectivité, les gens peuvent s'y abonner, et c'est un moyen facile et rapide de diffuser de l'information. Donc, je vous le fais circuler.

Nous avons également élaboré un plan de lutte contre la pandémie. Ce dernier est un document vivant. Il est régulièrement actualisé. En élaborant notre plan, nous y ajoutons des éléments et nous en changeons d'autres. Je voudrais maintenant que Maxine vous parle de certaines sections du plan qui sont bien intéressantes, et qui nous semblent vraiment utiles.

**Mme Maxine Lesage (superviseur, Services de la santé, Wellness Centre, Garden River First Nation):** *Ahniin. Boozho.* Bienvenue à vous tous et toutes. Merci de nous avoir invitées. C'est un très grand honneur pour nous, et nous aimerions simplement dire bonjour à tout le monde chez nous, dans notre collectivité.

• (1555)

**La présidente:** Nous ne pouvons vous accorder qu'une minute. Merci, Maxine.

**Mme Maxine Lesage:** Oui, très rapidement, le tableau compte environ 12 sections, mais je voulais vous dire que les sections les plus intéressantes et utiles sont celles avec des astérisques où se trouve la liste que nous avons dressée. Cette liste s'adresse à nos clients les plus vulnérables, les personnes atteintes de maladies chroniques, celles qui ont des handicaps physiques et des enfants, notamment les groupes d'âges susceptibles d'attraper le H1N1. Nous avons dressé ces listes pour être sûres d'avoir accès à tous les numéros de téléphone et aux noms des personnes contacts.

**Mme Pamela Nolan:** Nous avons également élaboré un guide de préparation aux urgences. Il y a une section qui porte sur la pandémie. Nous y parlons de ce qu'il faut faire avant l'urgence, pendant l'urgence et après l'urgence. Ce guide a été livré à chaque maison de la collectivité.

Nous avons également acheté un livre intitulé *Do I Need to See a Doctor?*. Ce n'est pas nous qui l'avons écrit, mais nous étions d'avis qu'il s'agissait d'une ressource extrêmement utile. C'est un livre qui est facile à comprendre avec de bonnes illustrations. Nous nous sommes dit que les membres de notre collectivité pourraient facilement comprendre cette information.

Nous avons également élaboré un guide de préparation aux urgences, que nous avons fait parvenir à tous les membres de la collectivité qui sont les plus à risque. Donc, entre 40 et 45 personnes l'ont reçu, et voilà la liste de ce que contient la trousse. Nous l'avons trimballée avec nous partout à Ottawa aujourd'hui, en nous demandant s'il fallait l'apporter ou non. Nous ne savions vraiment pas. Nous avons appelé à droite et à gauche en demandant aux gens: que devons-nous faire? Nous avons enlevé les ciseaux pour les remettre après. Nous avons enlevé les boîtes de conserve pour les remettre par la suite. En tout cas, voilà la trousse de protection contre la grippe, et ici vous avez la liste de ce qu'elle contient. Nous disons aux gens: « Voici votre liste. Gardez-la, remplacez tout ce que vous enlevez et ajoutez-y tout ce qui vous semble nécessaire. » Vous pourrez donc l'examiner tout à l'heure.

Nous avons pris d'autres mesures également. Nous avons une équipe dans notre collectivité qui est composée de travailleurs qui font de la promotion et de la prévention. Nous ne sommes pas simplement un centre de soins de santé; nous sommes plutôt un centre de mieux-être. Nous assurons des services de santé et sociaux au sein de la collectivité. Nous avons donc demandé à nos responsables de la prévention et de la promotion de faire partie de notre équipe et de diffuser, eux aussi, notre message au sujet du H1N1. Ils ont tous des textes qu'ils peuvent utiliser. Donc, quand ils appellent des gens pour les inviter à participer à leurs activités, ils leur disent: « Même si nous serions ravis de vous voir participer à l'activité qui est prévue, comme nous sommes en pleine saison grippale, nous vous demandons de bien vouloir rester chez vous si vous ne vous sentez pas bien. » Donc, nous faisons toutes sortes de petites choses supplémentaires. Il n'y a pas que le personnel de clinique qui fasse de la planification et de la prévention pour la pandémie; c'est l'effort de toute une équipe et de toute une collectivité.

Ce que j'aimerais vous dire avant de conclure — je sais que nous devons conclure maintenant — c'est que j'ai remarqué quelque chose au Canada. C'est l'observation personnelle de quelqu'un qui arrive chez vous, dans votre lieu de travail: je suis passée par deux postes de contrôle sans qu'on m'ait jamais dit quoi que ce soit au sujet du H1N1. De plus, on n'a pas la possibilité de se laver les mains. À mon avis, il est très important d'insister sur la nécessité de faire cela tout le temps, si vous voulez vraiment faire passer le message.

**La présidente:** Pourrais-je exercer mes droits de présidente et vous dire merci? Je suis vraiment impressionnée.

**Des voix:** Bravo, bravo!

**La présidente:** C'est vraiment formidable.

**Mme Maxine Lesage:** Pourrais-je ajouter quelque chose très rapidement?

**La présidente:** Oui, très rapidement.

**Mme Maxine Lesage:** C'est au sujet de la trousse de préparation d'urgence que nous avons élaborée. Nous avons préparé une affiche avec la photo d'un de nos aînés. L'infirmière qui assure les soins à domicile et communautaires la distribue avec son adjointe, et cela leur permet de renseigner les gens au sujet du H1N1 et de l'intervention d'urgence.

Voilà donc la photo d'un des aînés de notre collectivité.

**La présidente:** Oui, merci. Levez-la pour les caméras.

Parfait. Merci.

La parole est maintenant au chef Jerry Knott.

Merci.

**Le chef Jerry Knott (chef, Wasagamack First Nation):** Bon après-midi, madame la présidente et membres du Comité permanent de la santé. Je tiens à remercier le comité d'avoir eu la gentillesse de nous inviter à faire part au gouvernement de l'état de préparation des collectivités d'Island Lake en prévision de la pandémie du virus H1N1 qui est attendue à l'automne.

Notre population compte 10 000 résidents, soit des membres de premières nations, des Métis et des non-Autochtones. Nos collectivités sont situées à environ 600 kilomètres au nord-est de Winnipeg. Il s'agit de collectivités éloignées qui sont accessibles toute l'année par avion, de même que par route pendant six ou sept semaines en janvier et février, lorsque le chemin d'hiver est utilisable, selon les conditions météorologiques.

Nos quatre collectivités possèdent l'infrastructure communautaire limitée qui nous est généralement accordée par la société. Ainsi la plupart des logements n'ont ni eau courante, ni égout. Il arrive fréquemment que les gens soient obligés d'avoir recours à des contenants pour transporter l'eau potable. Mais, quand vous n'avez pas l'infrastructure nécessaire, quel choix avez-vous? Le seul choix qu'on a, lorsqu'on n'a pas de système de traitement des eaux usées, consiste à construire des unités improvisées à proximité des logements. Pour que ce soit bien clair, je parle de latrines à fosse.

Nos membres vivent dans des logements surpeuplés. Il n'est pas surprenant de voir deux, trois ou même quatre familles qui vivent dans la même maison. La qualité des logements, de même que l'usure d'unités de logements surpeuplés, font que les conditions sont déplorables. L'actuel arriéré de demandes de logement est tel que le nombre de personnes en attente d'un logement quadruple tous les deux ans. La pénurie actuelle de logements est donc une véritable catastrophe.

Le fait est que nous perdons la bataille, à un point tel que nous n'arrivons même plus à fournir des logements corrects à nos membres. Les besoins en matière de logement chez les membres des premières nations sont à ce point pressants qu'on peut parler d'une véritable crise. Et cette crise de logement s'aggravera encore au fur et à mesure que les jeunes deviennent des adultes. Étant donné que la population de jeunes Autochtones est élevée, leurs besoins ne tarderont pas à se faire sentir.

Honorables membres du comité permanent, les conditions de vie de notre population que je vous décris sont au coeur de la question de notre préparation et de notre capacité d'intervenir en cas de pandémie du virus H1N1. Les conditions que j'ai essayé de vous décrire sont celles qui existent réellement. C'est dans ces mêmes conditions que nous, la population, sommes censés nous préparer et intervenir face à une pandémie de grippe H1N1 qui a déjà fait des milliers de morts dans le monde entier.

Je vous demande donc de faire preuve de compréhension. L'accès aux soins de santé constitue un droit qui est conféré à chaque citoyen du Canada. Ce droit est peut-être même inscrit dans la Constitution. Or nos quatre collectivités n'ont pas de centres de soins de santé primaires. Nos collectivités n'ont que des postes de soins infirmiers où travaillent sans relâche des infirmières praticiennes très dévouées, pour assurer à la population des services de soins médicaux. Nous recevons aussi les visites d'un médecin. Il reste que nos collectivités n'ont pas accès en permanence aux services d'un médecin habitant chez nous qui puisse soigner nos 10 000 résidents. Le problème chez nous n'est pas le délai d'attente pour voir un médecin; chez nous les gens ont de la chance s'ils réussissent à consulter un médecin.

L'alternative, lorsqu'on n'a pas accès aux services d'un médecin immédiatement, consiste à constamment organiser des évacuations sanitaires pour nos malades. Au printemps, il y a eu 35 cas confirmés de H1N1 chez nous. Plus de 20 personnes atteintes du virus ont dû être transportées à l'hôpital de Winnipeg pour être soignées.

Le coût des interventions médicales qu'a nécessité la dernière écloison de la grippe a prouvé que les collectivités, les gouvernements et les autres organismes n'étaient pas bien préparés pour une telle écloison. La nécessité de se procurer les services d'infirmières et de médecins additionnels et de plus amples ressources de soutien, et le coût élevé des transports, ont occasionné des dépenses exceptionnelles qui se sont révélées nécessaires pour intervenir à la suite de l'écloison.

J'aurais tort d'affirmer que nous sommes suffisamment bien préparés pour intervenir auprès de la population dans l'éventualité d'une écloison du virus H1N1 cet automne. Nos quatre collectivités ont mis sur pied le groupe de travail chargé de la lutte contre la pandémie dans la région d'Island Lake qui a pour responsabilité de coordonner la planification régionale et d'obtenir les ressources nécessaires en vue d'une pandémie. De plus, chaque collectivité a mis sur pied son propre groupe de travail local. Chaque collectivité a désigné des responsables des interventions d'urgence qui sont chargés de coordonner les mesures d'intervention intercommunautaires. Mais l'action de chacune de ces unités est nécessairement limitée, si elles ne possèdent pas les ressources qu'il leur faut pour élaborer des plans et les mettre à exécution.

● (1600)

Au cours de la dernière écloison, la première nation de Wasagamack — ma collectivité — a dû prendre des mesures d'intervention d'urgence afin de limiter la propagation du virus. Il a fallu donc, entre autres, mettre en quarantaine les maisons de certaines familles et la collectivités dans son ensemble, limiter les déplacements entre les collectivités, entreprendre un programme de communications de masse, renseigner la population au sujet du H1N1, rencontrer l'infirmière en chef et le responsable des interventions d'urgence tous les jours, suivre les recommandations de l'équipe de lutte contre la pandémie, traiter les malades en ayant recours à la médecine traditionnelle, et continuer à nous préparer.

La région d'Island Lake a eu 35 cas confirmés de H1N1 au cours de la première écloison, soit 28 p. 100 des cas confirmés dans le nord du Manitoba. Ainsi les collectivités rassemblent leurs forces dans l'attente d'un plus grand nombre de cas cette fois-ci. L'absence de bien-être économique et les difficultés sociales permanentes qui assaillent nos collectivités constituent un défi de taille qu'il faut absolument réussir à relever, pour être en mesure non seulement d'intervenir face à l'écloison qui est attendue, mais aussi élaborer des interventions à long terme qui permettront d'éliminer les conditions qui prévalent actuellement dans nos collectivités.

Au nom des premières nations d'Island Lake, nous exhortons les gouvernements à prendre les mesures d'intervention suivantes: obtenir un assortiment de médicaments antiviraux appropriés; recruter et fournir du personnel médical et des ressources adéquates en fonction de la population et des conditions des collectivités; fournir un assortiment de produits de prévention facilement accessibles, tels que les crèmes antibactériennes, etc.; élaborer des plans pour la mise sur pied d'une unité médicale et des opérations de terrain; améliorer l'équipement médical des postes de soins infirmiers, et affecter des ressources financières pour que les collectivités des premières nations puissent élaborer des mesures de prévention et d'intervention d'un niveau acceptable.

Ayant présenté nos recommandations au sujet des mesures à prendre dans les médias en vue d'une nouvelle écloison de la grippe, je me permets de vous faire remarquer qu'une bonne planification stratégique est tout à fait critique pour le bien-être permanent de notre population. L'écloison du virus H1N1 n'est pas notre première expérience des épidémies. Notre histoire vous aura appris que, quand nous avons connu des tragédies comparables, notre nation a survécu aux pandémies du passé, malgré nos circonstances, volontaires ou non. Notre population existe toujours. Malgré le danger que présente le H1N1 pour notre peuple...

● (1605)

**La présidente:** Excusez-moi de vous interrompre, chef, mais nous avons déjà largement dépassé le temps imparti. Pourriez-vous conclure rapidement, pour que nous puissions ouvrir la période des questions? Merci.

**Le chef Jerry Knott:** Très bien.

Il y a lieu également de réfléchir aux mesures à long terme que nécessitent les crises économique et du logement.

En terminant, je tiens à féliciter le Comité permanent de la santé de s'être efforcé avec autant de diligence d'en savoir plus long sur l'état de préparation des premières nations et leur capacité d'intervenir face à la pandémie du virus H1N1. La réponse à la question de savoir si nous sommes prêts est non. Nos collectivités sont vulnérables et il ne faudra pas être surpris plus tard si cette pandémie finit par avoir des conséquences tragiques. En tant que collectivités, nous ne pouvons établir des plans et les exécuter qu'en fonction des ressources limitées que nous possédons.

Je vous remercie.

**La présidente:** Merci, chef.

J'aimerais souhaiter la bienvenue au chef Albert Mercredi de la première nation du Fond du Lac. Chef, pourriez-vous faire votre exposé liminaire? Je crois savoir que vous êtes accompagné de M. Robillard. Bienvenue à vous deux.

Je voudrais également vous faire remarquer que Joseph Harper est parmi nous. J'ai oublié de le faire tout à l'heure quand vous étiez en train de vous asseoir. Merci de votre présence.

Vous avez la parole.

**Le chef Albert Mercredi (chef, Première nation Fond du Lac):** Je voudrais vous remercier, madame la présidente, ainsi que les membres du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes et les autres participants à cette discussion. Au nom de la Régie de la santé d'Athabasca, je tiens à exprimer ma gratitude pour l'occasion qui nous est donnée cet après-midi de vous faire part de nos expériences dans le contexte de notre préparation pour la prochaine vague de cas de grippe H1N1 dus à la pandémie actuelle.

En réalité, les Denesulines d'Athabasca se préparent pour des pandémies depuis au moins leurs premiers contacts avec les Européens. La région de la Régie de la santé d'Athabasca, appelée l'AHA, se trouve dans la partie la plus au nord de la Saskatchewan et englobe environ 150 000 kilomètres carrés par rapport au territoire traditionnel intégral des Denesulines d'Athabasca, qui est beaucoup plus grand. La population totale qui relève de l'AHA compte 3 500 personnes, dont 90 p. 100 sont des Denesulines ou membres d'autres nations autochtones. Plus de 80 p. 100 de nos membres habitent dans la réserve sur le territoire des premières nations du Fond du Lac et de Black Lake, alors que les autres résidents vivent dans les trois collectivités provinciales de Stony Rapids, Uranium City et Camsell Portage.

La Régie de la santé d'Athabasca a été créée il y a une dizaine d'années lorsque les membres des premières nations et les résidents des collectivités provinciales ont décidé à l'unanimité, et en toute indépendance, de mettre sur pied un organisme sanitaire intégré et interjuridictionnel ayant pour mandat de fournir une gamme complète de services de santé à tous les résidents sur une base équitable. Plusieurs accords fondamentaux ont été conclus auxquels les membres de l'AHA, le gouvernement du Canada et le gouvernement de la Saskatchewan sont parties, et les deux paliers de gouvernement continuent à fournir un financement important au titre des opérations de l'AHA. La vision et le mandat de l'AHA s'appuient sur les principes et les notions qu'on associe généralement à la rubrique « santé de la population ».

Dans une région où habitent surtout des peuples autochtones, nous sommes très bien placés pour comprendre que la colonisation, la perte du contrôle de notre territoire et de nos ressources, et de la capacité de vivre de nos terres, la dépendance, la pauvreté, l'insuffisance de notre infrastructure, de nos logements et de notre culture, ainsi que les crises communautaires et familiales constituent tous des déterminants de la santé. Notre démarche en ce qui concerne la préparation pour une pandémie repose sur cette même prémisse. Nous ne serons jamais suffisamment bien préparés tant que nous n'aurons pas réussi à agir sur les déterminants de la santé qui sont à l'origine de la grande vulnérabilité de notre région et de nos résidents à cette maladie.

Deux documents présentés en annexe de ce texte résument les mesures actuelles qui sont prises, les déterminants de la santé et l'état de santé actuel des résidents de la région d'Athabasca dans le nord du Canada. Vous pouvez vous en procurer en vous adressant au bureau du député qui représente notre circonscription électorale.

Au cours des six premières années de ses opérations, l'AHA a élaboré divers plans d'intervention d'urgence afin de pouvoir répondre face à des crises provoquées par des maladies à la fois naturelles et industrielles qui ont touché la collectivité et, plus récemment, la région. Avec l'aide de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ainsi que le ministère de la Santé de la Saskatchewan, des plans de lutte contre la pandémie ont été élaborés pour les collectivités. Au cours de la dernière année, par suite d'une entente entre le conseil d'administration de l'AHA et les dirigeants régionaux, l'AHA a élaboré, de concert avec les collectivités locales, un plan régional intégré et complet de lutte contre la pandémie d'influenza.

● (1610)

Ainsi il existe à présent un plan opérationnel régional nous permettant de nous préparer et d'intervenir face à une éclosion de la grippe. Encore une fois, l'annexe de notre texte fait partie de la documentation que nous avons fait parvenir à notre député. Bien que nous continuions à développer et à améliorer notre plan régional, les

intervenants clés de la région sont d'accord pour exécuter les mesures qu'ils prévoient et suivre le protocole du plan, au fur et à mesure qu'il évoluera.

Par ailleurs, nous continuons à tenir des discussions, à établir des partenariats et à collaborer avec les responsables d'organismes de santé, de transport et environnementaux et de différents fournisseurs de matériaux et de services à l'extérieur de la région d'Athabasca en vue de régler une multiplicité de problèmes liés à notre capacité d'obtenir des fournitures dans le contexte d'une pandémie. Même si nous avons réalisé des progrès importants en matière de planification, notre état de préparation sera limité par notre capacité d'exécuter le plan régional de lutte contre la pandémie. À l'heure actuelle, les soins de santé primaires...

**La présidente:** Chef, je suis désolée de vous interrompre, mais je vous invite à conclure vos remarques dès maintenant, parce que je vous ai déjà permis de dépasser largement le temps qui vous était imparti. Nous voulons pouvoir vous poser des questions.

Merci.

**Le chef Albert Mercredi:** En conclusion, nous demandons des ressources additionnelles pour nous permettre d'être bien préparés pour la prochaine étape de la pandémie. Nous demandons des crédits pour le recrutement de coordonnateurs de la lutte dans nos collectivités et d'infirmières additionnelles pouvant assurer les soins primaires, pour nous aider pendant la crise.

Merci de nous avoir donné l'occasion de vous faire part de nos vues et, dans ma propre langue [*Le témoin s'exprime dans sa langue autochtone.*]

**La présidente:** Merci beaucoup, chef Mercredi. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir participé à cette réunion importante cet après-midi.

Je m'en remets maintenant à la volonté du comité. Je propose que nous entamions un autre tour de cinq minutes, pour que chacun ait l'occasion de poser des questions. Je m'en remets donc à la volonté du comité: ai-je votre permission pour faire cela?

**Des voix:** D'accord.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous allons commencer par la Dre Duncan.

● (1615)

**Mme Kirsty Duncan:** Merci, madame la présidente et merci à vous tous d'avoir fait tout ce chemin pour nous rencontrer aujourd'hui.

Madame Nolan, pourriez-vous nous dire quels fonctionnaires se sont mis en rapport avec votre collectivité, ou avec vous, pour vous proposer d'élaborer un plan de lutte contre la pandémie?

**Mme Pamela Nolan:** Nous n'avons pas été contactés par une personne en particulier. On nous a fait savoir qu'il existait un modèle de planification en vue de la pandémie qui avait été élaboré par Santé Canada. Nous nous sommes dit tout simplement qu'il fallait qu'on se prépare et nous l'avons utilisé — avec ou sans d'autres ressources ou l'aide de qui que ce soit.

**Mme Kirsty Duncan:** Les fonctionnaires en question vous ont-ils relancés afin de voir si le travail était en train de se faire, et avez-vous reçu des crédits à cette fin?

**Mme Pamela Nolan:** Non, personne ne sait vraiment ce que nous avons fait. Personne ne sait que nous avons fait ceci ou cela, ni quelles mesures nous avons prises pour nous préparer. Heureusement pour nous, vous avez visité notre collectivité, et à présent beaucoup plus de gens sont au courant de ce que nous avons fait.

**Mme Kirsty Duncan:** Et nous vous en avons félicitées justement. La planification que vous avez réalisée est tout à fait remarquable. Vous a-t-on renseignées au sujet des fournitures que vous pourriez commander, ou avez-vous fait cela de votre propre chef?

**Mme Pamela Nolan:** Non, nous avons travaillé avec un responsable de la planification à Santé Canada. Nous avons également assisté à une séance de planification en vue de la pandémie pour l'Ontario, qui était financée par Santé Canada et qui s'est déroulée en février 2009. On nous a dit à ce moment-là qu'il y avait toute une liste de fournitures qui nous seraient envoyées — et c'est vrai. Nous avons maintenant des gants, etc.

**Mme Maxine Lesage:** Oui, nous avons reçus les fournitures envoyées au départ par Santé Canada. Je pense qu'ils ont fait cela pour l'ensemble des collectivités.

Mais notre planification est en cours depuis la crise du SRAS. En janvier 2005, quand les ministères ont reçu le mandat d'élaborer ces plans, nous avons commencé notre travail. Depuis nous continuons à intensifier nos efforts, mais sans recevoir beaucoup d'aide.

**Mme Kirsty Duncan:** Aviez-vous l'impression d'être appuyées dans tout cela? Et de quelle façon avez-vous reçu les fournitures en question?

**Mme Pamela Nolan:** Les fournitures nous ont été envoyées en vrac, dans des cartons. Tout d'un coup, tout est arrivé. Alors, on s'est dit: « Très bien. Qu'est-ce qu'il faut en faire maintenant? » Donc, nous avons ouvert tous les cartons pour voir le contenu, et après, il a fallu tout enlever des cartons et trouver de la place pour ranger les divers articles dans notre centre de mieux-être déjà regorgeant de matériel. Il a donc fallu qu'on voie ce que contenaient tous ces cartons.

**Mme Maxine Lesage:** Nous avons essentiellement été obligées de nous débrouiller toutes seules et de voir comment nous en sortir le mieux possible.

**Mme Pamela Nolan:** Nous avons évidemment bien apprécié de recevoir les fournitures et les autres articles; c'est juste que...

**Mme Maxine Lesage:** Nous aurions aimé recevoir une liste, pour savoir ce que nous devons en faire.

**Mme Kirsty Duncan:** Il n'y avait pas de liste?

**Mme Maxine Lesage:** Non. Il n'y avait que le bordereau d'emballage, qui indiquait simplement ce qui avait été livré.

**Mme Kirsty Duncan:** Merci à vous deux.

Chef, pourrais-je vous demander quel pourcentage des résidents de votre collectivité n'ont pas accès à l'eau courante?

**Le chef Jerry Knott:** Seulement 10 p. 100 des résidents ont de l'eau; 90 p. 100 d'entre eux n'en ont pas.

**Mme Kirsty Duncan:** Donc, 90 p. 100 des résidents n'ont pas d'eau. Merci.

Nous sommes d'avis qu'il faut vraiment vous féliciter. Il y a vraiment lieu de suivre votre exemple. Les fonctionnaires vous ont-ils demandé de trouver des solutions novatrices pour ce qui est de trouver des moyens, pour des personnes qui partagent le même logement, de garder leurs distances, surtout que, comme quelqu'un nous le disait tout à l'heure, il peut y avoir deux, trois ou quatre familles vivant dans le même logement?

**Mme Pamela Nolan:** Je suis désolé, mais je n'ai pas bien entendu. Pourriez-vous reformuler votre question?

**La présidente:** Vous pouvez répéter la question, madame Duncan, mais il ne vous reste plus qu'une demi-minute.

**Mme Kirsty Duncan:** Très bien.

Désolée, madame Nolan.

Les fonctionnaires vous ont-ils aidées à trouver des solutions concernant les moyens à prendre pour que les personnes vivant dans une maison qui abrite deux, trois ou quatre familles puissent réussir à garder leurs distances les uns par rapport aux autres, malgré la promiscuité? Que peut-on faire pour protéger les gens? Il faut faire preuve de créativité dans ce contexte.

**Mme Pamela Nolan:** Non, il n'y a jamais rien eu de la sorte, en ce qui concerne les renseignements que nous avons reçus au sujet de la pandémie. On s'est contenté de nous dire: « Vous devez vous préparer et voici un modèle à suivre. Allez-y. » Alors, on se disait: « Bon, d'accord... »

Nous avons eu de la chance en ce sens que nous avons décidé de nous y attaquer simplement, mais nous savons que d'autres collectivités de notre région ne l'ont pas fait, et elles ne sont pas prêtes. Nos voisins les plus proches ne sont pas prêts, malheureusement.

• (1620)

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Nolan.

Monsieur Malo.

[Français]

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

Chef Knott, votre témoignage ressemble beaucoup à ceux qu'on a entendus un peu plus tôt. En effet, on a dit que les communautés que vous représentez ont des problèmes structurels en matière d'accès à l'eau et à des logements décentes en quantité suffisante. Ces facteurs peuvent aggraver toute situation où la santé des gens peut être mise en danger.

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et Santé Canada connaissent-ils ces conditions? Est-ce la première fois que vous faites part de cette information publiquement?

[Traduction]

**Le chef Jerry Knott:** Nous avons soumis à l'examen du ministère un certain nombre de propositions visant à répondre à nos besoins en matière de logement et d'infrastructure appropriés. Par rapport aux politiques, on nous a dit qu'ils nous ont inscrits sur la liste pour obtenir de l'aide à l'avenir. Ils nous ont fait savoir que leur budget n'est pas suffisant pour financer cela. Aucun financement n'est prévu à l'heure actuelle. Malgré tout, nous entendons parler de crédits qui sont disponibles pour des projets à l'étranger et pour financer d'autres subventions qui sont accordées par le Canada. C'est pour l'arrière-cour du Canada que le gouvernement n'est pas en mesure de fournir suffisamment de crédits pour financer la fourniture de logements appropriés, d'eau courante et de système d'égout.

J'ai été très heureux et honoré que Mme Bennett ait visité ma collectivité pour observer elle-même la situation.

Donc, c'est à cause des politiques. Elles font obstacle et nous empêchent d'avoir accès aux crédits qui nous garantiraient de bons logements.

[Français]

**M. Luc Malo:** Selon vous, lorsque les vaccins arriveront, allez-vous être en mesure de les administrer aux gens de vos communautés d'une façon rapide et efficace?

[Traduction]

**Le chef Jerry Knott:** Oui, nous pouvons l'administrer. En fait, j'ai eu une rencontre à l'automne dernier avec un responsable provincial. J'habite une collectivité éloignée où il n'y a pas d'aéroport. C'est donc une collectivité très éloignée. L'aéroport le plus proche se trouve à une demi-heure — une distance raisonnable en voiture — par bateau. J'ai demandé à la ministre de s'assurer que les essais se feraient dans une zone éloignée pour qu'on sache à quelle vitesse et avec quelle efficacité il serait possible de nous expédier le vaccin ainsi que les médicaments et les fournitures. Cela n'a pas encore été fait, mais nous sommes prêts à accepter de le faire.

[Français]

**M. Luc Malo:** Madame Nolan, avez-vous eu la chance de présenter vos outils de prévention à d'autres communautés? Avez-vous eu la possibilité de partager votre expérience afin d'aider d'autres communautés, ou est-ce la première fois que vous présentez publiquement cet outil, aujourd'hui?

[Traduction]

**Mme Pamela Nolan:** Oui et non. Nous n'avons pas vraiment eu l'occasion de présenter à quiconque les renseignements et les outils que nous avons élaborés, même si nous avons réussi à montrer notre aimant à l'un des responsables de la planification à Santé Canada. Elle était tellement intéressée qu'elle a pris notre aimant en me disant: « Pourrions-nous le reproduire et l'envoyer dans tous les coins du Canada? » Nous avons répondu en disant: « Oui, prenez-le, faites ce que vous devez faire. » Mais cela s'est produit il y a quatre ou cinq ans. Depuis, personne n'est venu nous voir en disant: « Qu'avez-vous fait d'autre? C'est peut-être une bonne idée, il faudrait peut-être en parler avec les autres premières nations. » Nous serions ravis de partager notre travail avec d'autres premières nations. En ce qui nous concerne, c'est ça qu'il faut faire.

• (1625)

[Français]

**M. Luc Malo:** Vous n'avez donc pas eu de nouvelles de Santé Canada depuis quatre ou cinq ans!

[Traduction]

**La présidente:** Désolée, monsieur Malo. Je dois vous arrêter maintenant pour donner la parole à Mme Wasylcyia-Leis.

[Français]

**M. Luc Malo:** Je voulais simplement le mentionner une deuxième fois, madame la présidente.

Je vous remercie.

[Traduction]

**La présidente:** Désolée.

Madame Wasylcyia-Leis. Merci.

**Mme Judy Wasylcyia-Leis:** Merci, madame la présidente.

Merci beaucoup d'être présents et d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer.

Chef Knott, vous avez tenu tout à l'heure des propos on ne peut plus clairs, et dont nous devrions tous prendre acte, à savoir que si nous ne prenons pas de vigoureuses mesures maintenant, les conséquences pourraient se révéler extrêmement tragiques. Je pense que c'est justement pour cela que nous sommes tous réunis aujourd'hui — pour empêcher que cela se produise.

À mon avis, Pamela et Maxine nous ont démontré qu'il y a de très bonnes initiatives qui ont été prises et que Santé Canada fait son

travail en partie, même s'il semble y avoir un manque général de coordination et de communications avec les collectivités des premières nations et inuites en ce qui concerne une stratégie que ces dernières devraient adopter.

Donc, la question que je vous pose à vous tous est celle-ci: quelle est la meilleure façon d'y parvenir maintenant? Quels conseils devrions-nous donner à la ministre et à ses fonctionnaires, qui vont comparaître après vous, sur ce qu'il faut faire pour que le programme que vous avez élaboré chez vous à Garden River, votre expérience et vos connaissances profitent à l'ensemble des 600 et quelques collectivités des premières nations et inuites du Canada? Y en a-t-il parmi vous qui avez des idées à ce sujet?

Chef Knott.

**La présidente:** Chef Knott, pourriez-vous répondre?

**Le chef Jerry Knott:** Je suis content que vous ayez mentionné cela en nous demandant notre avis à ce sujet. À mon avis, les collègues ici présents et nos consœurs ont effectivement prouvé qu'une collectivité est parfaitement en mesure d'élaborer ses propres politiques et d'améliorer la vie de ses membres. Les responsables de la collectivité connaissent tous les tenants et aboutissants du problème et sont donc plus à même de le corriger. On ne nous donne jamais l'occasion de nous prouver à ce point-là, et nous ne possédons tout simplement pas les ressources nécessaires pour mener à bien ce type de projets ou d'autres projets pilotes. Si on donnait à chaque première nation l'occasion d'agir, je suis convaincu qu'elles réussiraient à améliorer la qualité de vie de leurs citoyens et d'en faire la preuve auprès du gouvernement.

Je vous remercie.

**Mme Judy Wasylcyia-Leis:** Maxine ou Pamela, avez-vous des suggestions à nous faire concernant la possibilité qu'on suive votre exemple et qu'on en fasse un projet national? Par exemple, j'ai proposé précédemment qu'on nomme un conseiller autochtone auprès de la ministre et de l'Agence de la santé publique du Canada, comme cela a été fait au Manitoba avec la nomination de la Dre Cathy Cook — il s'agirait de désigner quelqu'un qui pourrait coordonner l'ensemble des activités. Pensez-vous que ce serait une bonne idée, ou y a-t-il une meilleure solution?

**Mme Pamela Nolan:** À mon avis, pour qu'on comprenne bien ce que nous avons fait, il va falloir que quelqu'un de haut placé vienne visiter notre collectivité parce que — selon nous — et je pense que n'importe quelle autre collectivité serait du même avis — c'est la seule façon de savoir si ces mesures étaient réellement efficaces. Nous ne savions pas du tout que ce que nous faisons chez nous dans notre collectivité était différent de ce qui se faisait ou ne se faisait pas ailleurs. Nous avons été estomaquées d'apprendre cela quand la Dre Bennett est venue visiter notre collectivité. On se disait constamment: « Est-elle sérieuse? » Nous avions du mal à croire qu'elle était aussi impressionnée par nos activités, car nous supposions que les autres faisaient exactement la même chose. Nous ne l'aurions jamais su autrement.

Donc, je ne sais pas si une personne occupant un poste de ce niveau-là réussira vraiment à savoir ce qui se passe à la base. Je pense qu'il serait peut-être préférable de trouver un mécanisme qui permettrait de communiquer directement avec les collectivités, afin d'obtenir cette information directement auprès des parties intéressées, en disant, à des gens comme moi, par exemple: « Madame la directrice des services de santé de Garden River, qu'avez-vous fait pour vous préparer pour la pandémie? Où en êtes-vous dans vos préparatifs, qu'avez-vous produit et qu'êtes-vous prête à partager avec les autres? » Il faudrait trouver le moyen de rassembler les personnes qui travaillent à la base de façon mieux coordonnée. À mon avis, ce serait plus efficace que l'autre méthode.

Je ne suis pas sûre de...

• (1630)

**La présidente:** Merci.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Très bien. Pourrais-je poser une autre petite question?

**La présidente:** Une toute petite.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Vous êtes bien équipées sur le plan de la prévention et vous réussissez à bien faire passer votre message. Mais êtes-vous équipées pour administrer le vaccin, quand il arrivera et s'il arrive?

**Mme Pamela Nolan:** Oui, nous avons notre plan.

**Mme Maxine Lesage:** Une section de notre plan de lutte porte sur la vaccination de masse. Donc, quand le vaccin contre le H1N1 sera prêt, nous organiserons des postes désignés dans la réserve à partir desquels les infirmières et les travailleurs sanitaires pourront travailler. Je vous entendais tout à l'heure parler de la vaccination et des personnes qui pourraient éventuellement administrer le vaccin. Nous aurions accès également à un grand nombre de bénévoles qui sont prêts à nous aider. Tout est prêt. Nous avons nos listes et notre équipe est formée. Tout le monde est au courant. Nous savons ce que nous avons à faire, et nous sommes prêts.

**La présidente:** Merci, madame Lesage.

La parole est maintenant à M. Clarke.

**M. Robert Clarke (Desnethé—Missinippi—Rivière Churchill, PCC):** Merci, madame la présidente, et merci aux témoins qui comparaissent aujourd'hui. Je sais que certains d'entre vous sont venus de très loin pour nous rencontrer cet après-midi.

Chef Mercredi, je tiens à vous remercier. S'agissant de votre région et de l'AHA, soit la Régie de la santé d'Athabasca, pourriez-vous nous donner d'autres détails au sujet des mesures que vous avez prises en vue d'une éclosion du H1N1 ou d'une pandémie? J'ai fait le tour de la collectivité et j'ai noté que vous aviez également entreposé des fournitures. Pourriez-vous donc nous dire ce que vous faites pour être en mesure d'intervenir face à une éclosion du H1N1?

**Le chef Albert Mercredi:** Merci pour cette question.

S'agissant de la région d'Athabasca, je dirais que cette dernière ainsi que la collectivité que je représente sont tout à fait uniques. Nous travaillons tous ensemble dans la région — autrement dit, la population desservie compte des Denesulines, des Métis, des Cris et, bien entendu, d'autres personnes de l'extérieur qui viennent vivre dans la région. Nous formons une équipe. J'estime, personnellement, à une époque où une crise économique sévit dans le monde entier, et où ce fléau nous guette — en tant que nation, nous ne savons même pas comment nous allons pouvoir nous protéger — que c'est en travaillant ensemble, en planifiant les mesures ensemble, en nous préparant ensemble, en échangeant nos connaissances respectives

pour nous soutenir mutuellement, que nous tous, quelles que soient nos origines, pouvons agir comme région en toute solidarité. Ma phrase était un peu longue, mais voilà essentiellement ma vision.

**La présidente:** Monsieur Robillard, aimeriez-vous ajouter quelque chose?

**M. Vince Robillard (président-directeur général, Athabasca Health Authority):** D'abord, j'aimerais remercier le Comité permanent de la santé de nous avoir invités à comparaître aujourd'hui. Bon après-midi à vous tous. Je dois également féliciter les responsables des autres collectivités pour tout le travail qu'ils ont réalisé.

En tant que PDG de la Régie de la santé d'Athabasca, je dois dire que nous avons travaillé sans relâche depuis avril avec l'ensemble de nos partenaires, à la fois fédéraux et provinciaux, afin de nous assurer d'avoir un plan complet et détaillé de lutte contre la pandémie. Il nous a fallu travailler très fort pour établir des partenariats avec nos collectivités, les organismes externes et les médecins-conseils en santé publique qui relèvent du ministère de la Santé de la Province de la Saskatchewan et nous avons également collaboré avec nos partenaires fédéraux à Santé Canada. Notre situation ne serait pas la même si cette coopération n'avait pas eu lieu.

Notre situation est effectivement unique. Nous sommes financés à la fois par les autorités provinciales et fédérales. Nous avons l'habitude de traiter avec différentes administrations, puisque nous exerçons nos responsabilités à la fois dans les réserves des premières nations et dans les collectivités provinciales; cela fait partie de nos opérations au jour le jour, et nous n'y voyons pas d'inconvénient. En même temps, nous sommes tout à fait au courant des problèmes qui se présentent dans les collectivités des premières nations, en ce qui concerne non seulement leur état de santé et les déterminants de la santé, mais aussi les difficultés quotidiennes auxquelles elles sont confrontées. Il s'agit donc de trouver un juste équilibre entre les besoins de tous et de s'assurer de collaborer étroitement avec les responsables, dans l'intérêt supérieur des collectivités, avec les ressources que nous possédons.

Comme je l'ai déjà dit par le passé, il faut un effort d'équipe pour garantir la prestation des meilleurs services possible aux résidents, quelle que soit leur race ou leur couleur. Nous ne faisons pas de discrimination. Nous essayons de travailler avec nos partenaires. Il est question de mettre à l'essai les plans de lutte, et j'espère que cela pourra se faire. Pour nous, la preuve de vérité sera la pandémie elle-même, pour que nous sachions si nous sommes vraiment aussi bien préparés que nous le disons.

Je vous remercie.

• (1635)

**M. Robert Clarke:** Pourriez-vous m'expliquer les défis que vous avez à relever tous les jours en raison de la zone géographique que doit couvrir la Régie — je sais que le nord de la Saskatchewan est une zone éloignée — et les difficultés précises auxquelles vous pourriez être confrontés dans l'éventualité d'une éclosion du virus H1N1?

**M. Vince Robillard:** Notre région est située dans la partie la plus au nord de la Saskatchewan, et toutes les collectivités que nous desservons à la Régie sont isolées. Elles sont accessibles par avion et nous avons également des routes d'hiver. Donc, même dans les meilleures conditions, les transports sont toujours difficiles, et le coût de la vie très élevé dans notre région en est la preuve. Cela dit, nous sommes très conscients du fait que nous devons trouver des façons novatrices d'assurer les services, et notre succès passe nécessairement par l'établissement des partenariats appropriés.

Nous croyons être sur la bonne voie, et nous allons redoubler d'efforts à l'avenir.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Je voudrais remercier tous nos témoins de leur présence aujourd'hui et d'avoir accepté de faire partie du deuxième groupe d'experts. Je vais maintenant demander au Dr Butler-Jones de nous rejoindre à la table, mais je tiens à vous remercier pour vos témoignages intéressants et utiles.

Je ne vais pas suspendre nos travaux; je vais simplement demander que les changements se fassent rapidement, étant donné l'heure. Merci.

Nous allons donc entamer immédiatement la deuxième phase de cette discussion. Nous accueillons le Dr Gully, le Dr Butler-Jones et Mme Shelagh Jane Woods. Vous avez déjà fait vos exposés, et nous allons donc passer directement à un premier tour de questions de cinq minutes.

Qui voudrait commencer?

Docteure Bennett, voulez-vous commencer?

**L'hon. Carolyn Bennett:** L'idée était de permettre aux fonctionnaires de réagir aux commentaires des témoins, et nous pourrions donc les inviter à nous faire part de leurs réactions.

**M. Mike Wallace (Burlington, PCC):** Si c'est la même procédure que pour une réunion régulière, je voudrais que mon nom soit inscrit sur la liste.

**La présidente:** D'accord.

Docteur Butler-Jones, souhaitez-vous réagir aux commentaires de la Dre Bennett?

**Dr David Butler-Jones:** Je ne sais trop par quoi commencer, étant donné qu'autant de points différents ont été soulevés. En essayant d'y voir clair, on constate qu'il y a, d'une part, les problèmes auxquels sont confrontés de nombreuses collectivités autochtones et éloignées, par rapport à leur capacité, des difficultés en matière de logement, d'hygiène publique, d'eau, etc. Ce sont des problèmes de longue date et il est clair qu'un bon état de santé et la capacité d'adaptation des collectivités dépendent de leur accès à ces éléments essentiels.

Il a également été question, me semble-t-il, de l'approche adoptée par les différentes collectivités par rapport à la planification et à de telles difficultés en général. À ce chapitre, je voudrais mentionner en passant que j'étais très intéressé par les témoignages, étant donné que j'étais le médecin-conseil en santé publique pour la région d'Algoma, et que la première nation de Garden River était l'une des réserves dont j'étais responsable. De plus, j'étais le médecin hygiéniste en chef de la Saskatchewan à l'époque où nous avons pris toutes nos dispositions pour assurer les services de médecins-conseils en santé publique, d'infirmières et d'infirmiers, et d'autres spécialistes, à la fois dans la réserve et hors réserve, en assurant la coordination des activités entre la province et le gouvernement fédéral, et avec l'appui des conseils de bande. Donc, c'est extrêmement gratifiant de

constater maintenant que ces efforts commencent à porter leurs fruits.

En même temps, cela nous rappelle les nombreux défis qu'ont à relever ces collectivités, tout en nous permettant de comprendre à quel point il est important que ces dernières partagent, les unes avec les autres, leur expérience et leur expertise. Shelagh Jane et Paul pourront vous entretenir tout à l'heure des possibilités qu'ils explorent sur ce plan-là.

Pour ce qui est des conseils à récolter, qu'il s'agisse d'un poste officiel ou non, nous en avons souvent parlé, et nous consultons également les groupes autochtones nationaux et d'autres intervenants depuis un moment au sujet de la meilleure façon de dialoguer avec les Autochtones au sujet de la santé publique. Les représentants de l'APN, d'ITK et d'autres groupes encore participent en permanence à nos activités, qu'il s'agisse de notre planification, de l'examen de nos plans, de l'élaboration de plans, ou autre chose. C'est important, en ce qui me concerne. Mais, s'il y a de meilleurs moyens de structurer cette communication, il est évident que cela nous intéresse.

Enfin, il y a la question de savoir comment il faut appliquer tout cela au moment de la pandémie, étant donné la grande diversité qui existe au Canada. Je me rappelle de l'époque, il y a très longtemps, où je travaillais de pair avec les responsables municipaux, les conseils de bande et d'autres encore pour faire de la planification d'urgence et la planification en vue d'une pandémie, et il est manifeste que, malgré tout le travail qui s'est réalisé au fil des ans, l'état d'avancement de la planification des collectivités varie d'une localité à une autre. Nous aurions espéré avoir encore un an ou deux, ou même trois ou quatre, pour mettre la dernière main à notre planification, mais il est évident que nous ne les aurons pas. Il est donc essentiel, dans l'immédiat, que nous nous attaquions aux problèmes que nous pourrions régler à court terme, sachant, évidemment — comme les membres nous l'ont fait remarquer — qu'il faudra à plus long terme solutionner les problèmes de longue date dont il a été question aujourd'hui.

Mais, à court terme, il est essentiel de mettre l'accent sur ce qui suit: l'accès au vaccin, l'accès aux médicaments antiviraux, l'accès aux connaissances et à l'information et aux autres ressources qui peuvent être utiles aux collectivités. Je précise que j'ai beaucoup apprécié les observations des membres du comité et, sans aucun doute, celles des témoins qui ont comparu aujourd'hui.

• (1640)

**L'hon. Carolyn Bennett:** Shelagh Jane, que pensez-vous de l'évaluation du chef régional Garrioch de l'état de préparation de sa région?

**Mme Shelagh Jane Woods:** Il est évident que je vais en discuter avec mes collègues du Manitoba et tous mes collègues dans les régions, afin de m'assurer que nous avons vraiment une bonne idée de la situation, que leurs plans sont prêts, comme je vous le disais tout à l'heure, et que l'accent est vraiment mis sur les collectivités dont les besoins sont les plus pressants. Voilà ce que j'aimerais...

**L'hon. Carolyn Bennett:** Et cela comprend-il l'octroi de ressources?

**Mme Shelagh Jane Woods:** Je ne sais pas. Il faudra d'abord que j'en discute avec eux pour voir où en est leur planification et en quoi consistent leurs stratégies.

**Mme Kirsty Duncan:** Si vous me permettez, Shelagh Jane, serait-il possible de savoir où en est la planification dans ces 600 collectivités et si elles possèdent un plan ou non? À mon avis, il faut que quelqu'un examine ces plans. Nous avons eu l'exemple de Garden River, par opposition à une collectivité située à proximité, qui n'avait même pas commencé à élaborer un plan et ne savait pas quoi faire pour commander des fournitures. À moins que quelqu'un n'obtienne tous ces plans pour les examiner, il sera impossible d'évaluer leur degré de préparation et d'affirmer que 90 p. 100 des collectivités sont prêtes, alors qu'on nous dit qu'il y en a seulement deux sur 30 qui le sont.

Y a-t-il un site Web où...

**La présidente:** Désolée, mais il ne reste plus qu'une minute. Shelagh Jane, pourriez-vous répondre à la question de la Dre Duncan? Merci.

**Mme Shelagh Jane Woods:** Je ne crois pas avoir entendu la question.

**M. Paul Gully (principal conseiller au directeur général adjoint, Santé, Sécurité et Environnement, Organisation mondiale de la Santé):** Je suis en poste depuis deux jours seulement, et ma réponse sera donc très brève.

Ce que j'ai appris, c'est qu'énormément de travail a été réalisé par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits et l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que par les provinces et les territoires, et ce en collaboration avec les premières nations et d'autres peuples autochtones. Mais, il est clair que les renseignements de part et d'autre sont différents. Je ne vais pas parler de perception, car cela laisserait entendre que ce n'est pas vrai, mais les renseignements de part et d'autre sont effectivement différents.

Je prends acte de votre question et nous allons donc examiner les renseignements que nous possédons actuellement; nous leur présenterons ce que nous avons et nous verrons ce qu'il en est.

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

Monsieur Malo, je sais que vous êtes le prochain sur la liste, mais Mme Wasylcia-Leis a un avion à prendre. Pourrait-elle passer avant vous?

Cessez donc de le serrer dans vos bras, madame Wasylcia-Leis.

**Des voix:** Oh! Oh!

**La présidente:** Pourriez-vous poser rapidement votre question?

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Merci beaucoup.

J'ai trois petites questions à vous poser.

D'abord, étant donné ce qu'on nous a dit au sujet de la nécessité d'assurer une meilleure coordination dans les collectivités des premières nations — et je ne pense pas que quiconque soit en désaccord à ce sujet — avez-vous réfléchi à un mécanisme qui permettrait de le faire — par exemple, le recrutement d'une personne qui pourrait jouer le rôle de conseillère auprès de vous même et de la ministre, comme c'est le cas au Manitoba avec Cathy Cook? Ou avez-vous autre chose à proposer qui permettrait de répondre aux besoins pressants dont on nous a parlé aujourd'hui, pour ce qui est de diffuser cette information et de traiter directement avec les réserves individuelles, afin de s'assurer que tout va bien et qu'elles sont prêtes?

Deuxièmement, êtes-vous en mesure de nous affirmer, aujourd'hui même devant le comité, que les peuples autochtones seront au premier rang, ou presque, en ce qui concerne l'ordre de priorité pour la vaccination — c'est-à-dire avoir rapidement accès au vaccin et aux autres services essentiels, nécessité que le Manitoba a déjà reconnue,

me semble-t-il? Il me semble que le Dr Kettner l'a déjà plus ou moins affirmé, et nous aimerions donc que vous nous indiquiez votre position relativement à la priorité à accorder aux membres des premières nations et aux Inuits.

Troisièmement, êtes-vous prêt à fournir une aide financière pour l'achat des trousseaux de protection contre la grippe?

• (1645)

**Dr David Butler-Jones:** Je ne peux pas me prononcer sur l'aide financière; il s'agit là d'un autre secteur de responsabilité. Mais, comme nous l'avons dit précédemment, je suis en faveur de l'idée que les familles se procurent un certain nombre d'articles, et il s'agit des mêmes articles dont je vous ai déjà parlé et qui ont été mentionnés également par le Dr Kettner.

S'agissant de la priorisation — en réalité, il s'agit plutôt de l'ordre qui sera suivi pour l'administration du vaccin — il est évident, bien que les décisions finales, puisqu'il s'agit d'une décision collective pour l'ensemble du pays — n'aient pas encore été prises, que les collectivités isolées et éloignées seront au premier rang de la liste de priorité, étant donné la nature de leur accès aux soins de santé. Et si l'on se trompe et que les gens tombent malades, il va falloir les évacuer pour les faire soigner ailleurs, etc.

De plus, les médicaments antiviraux sont déjà prépositionnés dans ces collectivités, pour qu'elles puissent assurer le traitement précoce des malades. Donc, même avant que le vaccin ne soit prêt, ces produits sont déjà disponibles aux postes de soins infirmiers et ailleurs.

Troisièmement, les personnes ayant des affections sous-jacentes qui les mettent à risque — le diabète, la grossesse, etc. — seront au premier rang de la liste, qu'elles soient Autochtones ou non. Par contre, nous n'avons pas encore réussi à déterminer sur le plan scientifique si une personne d'origine autochtone en bonne santé est plus susceptible ou beaucoup plus susceptible de tomber gravement malade par suite d'une infection au virus H1N1, simplement parce qu'elle est Autochtone. C'est quelque chose que nous n'avons pas encore réussi à déterminer. Si on parle d'un risque légèrement plus élevé, le problème de logistique consiste à rejoindre cette population, ailleurs que dans les réserves, etc., qui seront nécessairement aux premiers rangs de la liste, parce que l'infection touchera une personne sur 1 000, si bien qu'il faudra courir après les 999 autres pour essayer de trouver celle-là.

Cela dit, s'agissant des plans provinciaux, territoriaux et locaux relativement à la mise en oeuvre du programme de vaccination, il est prévu que tous les habitants de la collectivité seront vaccinés. Il ne s'agira pas d'arriver quelque part et de demander aux gens: « Êtes-vous atteint du diabète? » Tous les habitants de la collectivité seront vaccinés. Donc, dans la pratique, une fois que le vaccin sera disponible, les gens seront vaccinés. Entre-temps, on pourra avoir recours aux antiviraux.

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

Monsieur Malo.

[Français]

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

Tout d'abord, j'espère que l'on reconnaît que les témoignages entendus cet après-midi étaient très enrichissants et qu'ils ont permis de mettre en évidence un certain nombre de situations vécues par les différentes communautés.

Je comprends bien, docteur Butler-Jones, qu'à ce stade on ne peut pas privilégier le long terme parce que la situation est préoccupante pour l'automne, ce qui est à court terme. Cependant, il est clair, comme on l'a entendu, que les conditions de vie générales des communautés vont devoir être revues. En effet, la situation dans laquelle ces gens vivent affaiblit les communautés quand surviennent des pandémies telles que celle du virus H1N1.

Un des témoins nous a dit que c'était peut-être parce que Santé Canada manquait d'information. J'espère que ce n'est pas la raison pour laquelle des gestes n'ont pas été posés pour remédier à ces situations, pour améliorer les conditions de vie générales de ces communautés.

Madame Wasylycia-Leis faisait référence, un peu plus tôt, à la disponibilité des vaccins. Il pourrait y avoir un autre problème: lorsque les gens auront reçu les vaccins, seront-ils en mesure de les administrer? Avez-vous également étudié cette situation et vous êtes-vous assurés qu'ils seront en mesure de les administrer aux différentes populations une fois que les vaccins seront dans les communautés?

J'ai aussi entendu des représentants des communautés inuites dire que le rôle du fédéral, sur le plan de l'établissement d'une stratégie ou d'un plan pour contrer le virus H1N1, n'était pas clair pour eux. Je ne vous demande pas nécessairement de le clarifier maintenant, mais à tout le moins, il faudrait garder en tête de travailler avec ces gens pour clarifier le rôle de chacun, afin de s'assurer que ces communautés puissent avoir un plan efficace pour contrer le virus H1N1.

D'autre part, les plans seront-ils testés? Je sais que le docteur Duncan en a parlé tout à l'heure. C'est un autre élément intéressant.

Également, pourquoi l'outil qu'avait développé la nation de Garden River a-t-il été oublié pendant quatre ou cinq ans? Est-ce parce qu'il est tombé entre deux chaises, ou parce qu'on avait perdu de vue la vigie par rapport au développement d'outils de prévention?

• (1650)

[Traduction]

**La présidente:** Qui voudrait y répondre?

[Français]

**Mme Shelagh Jane Woods:** Encore une fois, il y a beaucoup de questions...

**M. Luc Malo:** C'est exact, mais c'est parce que les témoignages ont été tellement instructifs.

**Mme Shelagh Jane Woods:** Ils l'ont été pour moi aussi.

En commençant par la fin, je pense qu'il est très important que nous nous assurions que les communautés aient des plans. Cependant, on n'exige pas, comme tel, de copies de ces plans.

[Traduction]

Nous n'insistons pas généralement pour que les collectivités nous remettent leurs plans. Chaque collectivité a sa propre façon d'élaborer ces plans. Vous avez entendu Mme Nolan tout à l'heure, quand elle disait qu'elle avait entendu parler d'un modèle qui avait été élaboré par Santé Canada, mais qu'ils ont décidé de procéder différemment.

Je crois avoir mentionné — c'était peut-être lors d'une téléconférence — qu'il y a quelques années, nous avons accordé des crédits à l'Assemblée des Premières Nations pour l'élaboration de modèles de plans holistiques pouvant servir dans trois collectivités; c'était un projet pilote qui devait nous permettre de voir comment cela pourrait marcher. Donc, il existe différentes méthodes.

Je peux vous assurer que nos responsables se rendent dans les collectivités, l'une après l'autre, pour parler à leurs membres. Si les responsables d'une collectivité ne veulent pas nous permettre d'examiner leurs plans, nous sommes bien obligés d'accepter leur parole s'ils nous disent qu'ils en ont. Nous n'exigeons pas d'examiner les plans.

Si j'ai compris quelque chose cet après-midi, c'est que les essais sont très importants et que nous devons déployer énormément d'efforts pour nous assurer qu'un maximum de plans est mis à l'essai. Encore une fois, j'insiste sur le fait qu'il est très important que ce travail se fasse en collaboration avec les provinces, dans la mesure du possible.

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Woods.

Monsieur Wallace, vous avez la parole.

**M. Mike Wallace:** Merci, madame la présidente.

Je n'en ai pas pour longtemps. Je voudrais simplement revenir sur un ou deux éléments qui sont ressortis de la discussion de cet après-midi.

Les représentants de la communauté inuite ont parlé d'un plan ou plutôt d'une annexe distincte, et je crois qu'ils sont mentionné que vous, docteur Butler-Jones, vous étiez engagé à examiner cette possibilité. Je suppose que cela ne pourra pas se faire du jour au lendemain, étant donné les autres problèmes auxquels nous sommes confrontés en ce moment, mais est-ce vrai que vous estimez qu'il faut envisager d'établir un plan distinct pour le nord du Canada?

**Dr David Butler-Jones:** Nous avons déjà un groupe de travail chargé d'adapter les recommandations à la situation des collectivités éloignées et isolées. Il s'agit d'un groupe de travail fédéral-provincial-territorial composé d'experts. Il reste qu'ils ont raison de soulever la question, étant donné les différences qui existent, notamment dans le grand nord. Il y a certaines similitudes avec le nord de la Saskatchewan, mais pas tout à fait. Il est donc tout à fait approprié d'adapter les recommandations à leur situation particulière.

Enclencher maintenant le processus FPT intégral ne serait pas approprié. Voilà pourquoi nous nous sommes engagés à travailler avec eux, avec ce groupe isolé, de façon bilatérale afin que les modifications requises soient apportées aux recommandations.

Cela dit, je trouve vraiment intéressant que le Nunavut ait déjà réalisé de grands progrès dans ce domaine.

**M. Mike Wallace:** Je vous remercie.

Cette question s'adresse à Mme Woods: je suis un nouveau membre du comité et j'arrive aujourd'hui entendre tous ces témoignages, mais j'ai quand même lu sur la question. Un membre de ma famille qui était atteint d'un cancer du poumon était à l'hôpital pendant la crise du SRAS, et il me semble qu'il n'y avait pas eu énormément de planification à l'avance pour ce genre de problème sanitaire.

N'est-il pas vrai que, par rapport à cette époque-là, nous avons réalisé énormément de progrès, sur le plan fédéral, en ce qui concerne la préparation pour le virus H1N1?

• (1655)

**Mme Shelagh Jane Woods:** Oui, absolument.

Dans mon cas, j'ai assumé les responsabilités de mon poste actuel au moment où les derniers cas d'infection par le virus du SRAS étaient en train d'être pris en charge. Il était clair que notre direction générale, c'est-à-dire la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, a tiré des enseignements de cette expérience. Nous avons compris qu'il était absolument essentiel de commencer immédiatement notre planification en vue d'une pandémie.

Nous n'avions pas les ressources nécessaires pour le faire, et nous avons donc commencé à nous organiser nous-mêmes pour mettre en branle cette planification. Quand nous avons obtenu des ressources par la suite, nous avons commencé à tenir des séances d'information afin de sensibiliser la population. L'un des témoins en a justement parlé.

En ce qui nous concerne, les collectivités ont tout de même réalisé pas mal de progrès pour en arriver au stade où elles sont actuellement. Il faudra voir lors de l'épreuve de vérité, comme plusieurs d'entre nous l'ont fait remarquer, mais le fait est que les collectivités ont déjà déployé énormément d'efforts. Vous-même avez entendu cela aujourd'hui. Elles ne nous ont pas nécessairement attendus, et c'est une bonne chose. Dans certains cas, nous avons pu apporter notre contribution à leur action.

Je dirais que, en général, elles ont fait du bon travail. En ce qui concerne la situation actuelle et celle qui prévalait lors de la crise du SRAS, je dirais qu'il n'y a guère de comparaison possible.

**M. Mike Wallace:** J'ai une dernière question à poser et elle s'adresse au Dr Gully. Il ne va pas pouvoir y échapper complètement aujourd'hui.

Comme vous nous l'avez dit, vous venez d'assumer votre poste actuel. Il est évident que, lorsqu'une personne de votre réputation assume un nouveau rôle, cette dernière doit avoir une idée de ce qu'elle veut réaliser ou de la nature du travail à accomplir. Pourriez-vous donc nous dire quelle contribution vous pensez pouvoir apporter à ce dossier?

**Dr Paul Gully:** Merci pour cette question. Je dirais que j'y apporte une perspective plus globale et internationale, mais je dois admettre que j'ai trouvé les témoignages des deux derniers jours extrêmement instructifs. J'ai beaucoup appris.

Donc, ma vision est surtout axée sur l'immédiat. Il s'agit de voir tout ce qui doit se faire d'ici l'automne, car nous ne savons vraiment pas ce qui va se produire.

Par conséquent, il faut s'assurer qu'il existe une capacité suffisante pour soigner de façon appropriée les personnes qui sont très malades, c'est-à-dire, probablement dans des hôpitaux de soins tertiaires plutôt que dans leurs collectivités. Mais comment y parvenir? Nous devons nous renseigner et déterminer si cela est possible.

Deuxièmement, nous devons nous assurer que les collectivités disposent d'un nombre suffisant d'infirmières et spécialistes médicaux pour que les malades puissent être correctement évalués, et éventuellement évacués ou transportés ailleurs, selon le cas, pour être soignés.

Troisièmement, s'agissant de la disponibilité du vaccin dans ces collectivités où, de façon générale, toute une panoplie de facteurs de risque est en jeu, nous devons nous assurer de prendre nos dispositions et de tenir les discussions appropriées, pour que ces dernières reçoivent le vaccin sur une base prioritaire.

Voilà ce que je souhaite, et c'est ce à quoi je compte travailler.

**M. Mike Wallace:** Me reste-t-il encore du temps, madame la présidente, ou est-ce fini pour moi?

**La présidente:** Il ne vous reste que 30 secondes.

**M. Mike Wallace:** Avec les 30 secondes qui me restent, je voudrais simplement dire que nous avons entendu beaucoup de choses aujourd'hui et, à mon avis, quelles que soient nos allégeances politiques...

Prenons l'exemple de l'eau. Nous avons prévu quelque chose dans le budget à ce chapitre, soit un investissement d'environ un demi-milliard de dollars pour la construction de nouvelles infrastructures dans les réserves pour l'adduction d'eau, etc. Ces problèmes ne peuvent être solutionnés à court terme.

Je présume que le chef Knott a grandi dans cette réserve où 90 p. 100 des habitants n'ont pas accès à l'eau. Il ne s'y est pas installé après avoir vécu ailleurs, j'imagine. Si on parle du long terme, il est évident que cette situation pose problème depuis de nombreuses années au Canada. Dans quelle mesure ce facteur pourrait-il influencer notre capacité de bien gérer le dossier de la grippe? Est-ce un problème majeur?

**La présidente:** Qui voudrait répondre à la question?

Docteur Butler-Jones, à vous, pour conclure la discussion.

**Dr David Butler-Jones:** Oui, je vais être très bref. En répondant à votre question, je vais surtout présenter l'approche de santé publique.

Qu'on parle d'eau propre, d'hygiène publique ou de logements appropriés, il est évident que tous ces éléments constituent des facteurs de protection essentiels qui réduisent le risque de tomber malade et, éventuellement, la sévérité de la maladie. Donc, que les gouvernements continuent à apporter des améliorations dans tous ces domaines me paraît tout à fait primordial.

Entre-temps, j'aimerais vous raconter une petite histoire. Lorsque j'étais médecin hygiéniste en chef de la Saskatchewan, nous faisons face à une nouvelle éclosion d'hépatite A tous les 10 ou 15 ans. Dans toutes les collectivités du Nord et dans bon nombre d'autres collectivités autochtones, essentiellement tout le monde, à compter de 15 ans, attrapait l'hépatite A. Il y en a beaucoup qui en mouraient ou qui finissaient à l'hôpital, et ainsi de suite. À l'origine du problème était l'insuffisance des logements, le manque d'eau propre et l'absence d'installations sanitaires, si bien que l'hépatite A se propageait et débouchait sur les effets qu'on connaît.

À la même époque, un nouveau vaccin contre l'hépatite A a été mis au point. J'ai donc acheté le vaccin et j'ai collaboré avec les responsables de la santé des premières nations et les conseils de bande chargés d'assurer la prestation des services de santé en vue de m'assurer qu'ils obtiendraient le vaccin. En moins de trois ans, non seulement avons-nous réussi à éviter une nouvelle éclosion d'hépatite A — qui aurait eu des effets beaucoup plus graves — mais par la suite, le taux d'infection au virus de l'hépatite A dans la population autochtone de la Saskatchewan a baissé pour finalement atteindre un niveau inférieur à celui de la population non autochtone.

Donc, tout en élaborant des stratégies qui nous permettraient de solutionner les problèmes à long terme, nous devons garder à l'esprit la nécessité de faire ce qu'on peut dans l'immédiat, avec les ressources que nous avons à notre disposition.

● (1700)

**La présidente:** Je voudrais remercier le Dr Butler-Jones pour cette observation perspicace, et je tiens aussi à remercier les membres du comité d'avoir participé, de par leur présence aujourd'hui, à cette initiative fort importante.

Je précise également que vous allez recevoir tous les textes à vos bureaux. Si vous estimez que nous devons faire autre chose — je sais que j'en ai parlé avec la Dre Bennett ce matin et j'avais noté cette demande — veuillez m'écrire à mon bureau. Je me ferai un plaisir de donner suite à vos demandes.

Docteure Bennett.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Nous avons déposé une motion, mais nous n'en avons pas vraiment besoin, me semble-t-il. À la réunion mercredi du Comité permanent des ressources naturelles, le président a clairement indiqué qu'il souhaite que l'aspect médical du problème des isotopes soit examiné par ce comité. J'en ai discuté ce matin avec le président.

Je sais que la semaine de la rentrée parlementaire est parfois un peu chaotique, mais les représentants de tous les partis accepteraient-ils que nous recevions des médecins se spécialisant dans la médecine nucléaire à la réunion régulière du comité qui se tiendra le mardi de notre retour au Parlement?

**La présidente:** Comme je vous l'ai déjà dit, cette motion est arrivée trop tard, et nous n'avons donc pas pu l'examiner. En conséquence, nous ne pourrions pas la traiter maintenant.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Nous n'avons pas besoin d'une motion; il suffit qu'on se mette d'accord. C'est de cette façon que nous préparons notre plan de travail.

**La présidente:** Très bien; dans ce cas, il faudra obtenir le consentement de tous les membres du comité.

**M. Mike Wallace:** Madame la présidente, je voudrais poser une question. Je ne suis pas membre du comité, mais pourriez-vous me dire si vous n'avez pas normalement un sous-comité qui se charge d'examiner le programme du comité plénier?

**La présidente:** Oui, nous en avons un. Normalement il y a tout d'abord...

**L'hon. Carolyn Bennett:** Non; normalement nous décidons de ces choses-là ensemble.

**La présidente:** Pourrais-je fini, si vous permettez?

**M. Mike Wallace:** En fait, c'est à elle que je posais la question.

**La présidente:** Normalement, le comité dans son ensemble décide des travaux à réaliser au cours de la session. Cette proposition m'a été faite au téléphone. Normalement, nous en discutons à la première réunion qui suit notre retour au Parlement. Ainsi il faut le consentement unanime de tous les membres du comité.

Je pose donc la question aux membres. Êtes-vous prêts à donner votre consentement dès aujourd'hui ou souhaitez-vous attendre la première réunion pour prendre la décision?

Docteur Carrie.

**M. Colin Carrie:** En principe, nous appuyons cette proposition, mais je pense qu'il faudrait en discuter et éviter de précipiter les choses. Nous devrions discuter des témoins que nous voulons recevoir. De plus, certains membres réguliers du comité voudront peut-être se prononcer sur la question; donc, je pense que nous devrions attendre la première semaine pour en discuter.

**La présidente:** Très bien; il n'y a pas de consentement unanime. Nous allons donc examiner la question le premier jour de notre retour.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Mon autre préoccupation concerne la façon dont le comité pourra continuer à surveiller la situation en ce qui concerne le H1N1. Nous avons eu beaucoup de chance de pouvoir profiter des séances d'information données par les fonctionnaires mais, en principe, ces dernières s'adressent essentiellement aux porte-parole des partis. Or c'est le comité plénier qui est chargé du dossier du H1N1. Donc, nous nous demandions s'il faudrait envisager d'établir une structure particulière, qu'il s'agisse de réserver une heure à l'une des réunions chaque semaine ou de trouver un autre mécanisme, mais nous ne souhaitons pas qu'il faille faire toutes sortes de formalités à chaque fois que nous voulons tenir une réunion sur le H1N1. Voilà une autre question qu'il faudra examiner.

**La présidente:** Je ne pense pas que nous puissions prendre la décision aujourd'hui, mais j'en ai pris bonne note, et notre comité directeur... à moins que les membres du comité ne soient d'accord pour donner leur consentement unanime. Ai-je le consentement unanime des membres pour faire cela?

Voulez-vous réagir, docteur Carrie?

**M. Colin Carrie:** Oui, madame la présidente. À mon avis, nous devrions pouvoir nous pencher sur la question à la première réunion et discuter des prochaines étapes à ce moment-là, quand tous les membres réguliers seront présents.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Madame la présidente, le Comité de la santé va-t-il se réunir dès le premier mardi, et dans l'affirmative, que fera-t-il?

**La présidente:** Les réunions ont lieu normalement les lundis et les mercredis, et je ne sais donc pas si on pourra se réunir le premier jour. Il faudra que je m'informe.

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>