



DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION

Résumé du dialogue
Renforcer la capacité des systèmes de santé nationaux
pour lutter contre de futures pandémies mondiales

4 novembre 2013

McMaster Health Forum

Pour les citoyens intéressés, de même que pour les penseurs et les acteurs influents, le McMaster Health Forum s'efforce de jouer le rôle de pivot mondial de l'amélioration des résultats de santé grâce à la résolution collective des problèmes. En agissant à un niveau régional/provincial et au niveau national, le Forum met en valeur l'information, réunit les parties prenantes et prépare les dirigeants prêts à mettre en œuvre des actions pour surmonter de façon créative les problèmes de santé urgents. Le Forum agit comme un agent de changement en donnant aux parties prenantes la possibilité d'influencer les agendas gouvernementaux, de mettre en œuvre des mesures mûrement réfléchies et de communiquer efficacement les raisons sous-jacentes à ces mesures.

Auteurs

François-Pierre Gauvin, Ph.D., responsable, Synthèse des données probantes et relations avec les partenaires francophones, McMaster Health Forum

John N. Lavis, M.D., Ph.D., directeur, McMaster Health Forum, et professeur, McMaster University

Financement

Le dialogue avec les parties prenantes et la synthèse d'information étaient tous deux financés par l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM), un partenariat de financement de recherche composé des Instituts de recherche en santé du Canada, de l'Agence canadienne de développement international et du Centre de recherches pour le développement international du Canada. Le McMaster Health Forum reçoit un soutien financier et non financier de la part de McMaster University. Les points de vue exprimés dans le résumé du dialogue sont ceux des participants au dialogue et ne doivent pas être considérés comme représentant les points de vue de l'IRSM, de ses partenaires ou de l'université.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt professionnel ou commercial en lien avec le résumé du dialogue. Le bailleur de fonds et ses partenaires ont passé en revue le résumé du dialogue, mais les auteurs ont eu le dernier mot quant au contenu du résumé du dialogue.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Ileana Ciurea et le personnel du McMaster Health Forum pour leur aide à organiser le dialogue avec les parties prenantes. Les auteurs souhaitent également remercier Jennifer Edge, assistante de recherche, McMaster Health Forum, pour avoir pris des notes durant le dialogue. La traduction a été révisée par François-Pierre Gauvin du McMaster Health Forum.

Citation

Gauvin FP, Lavis JN. Résumé du dialogue : Renforcer la capacité des systèmes de santé nationaux pour lutter contre de futures pandémies mondiales. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 4 novembre 2013.

Dialogue

Le dialogue des parties prenantes visant à renforcer la capacité des systèmes de santé nationaux pour lutter contre de futures pandémies mondiales a eu lieu le 4 novembre 2013 au McMaster Health Forum à Hamilton, en Ontario, au Canada.

Numéros d'enregistrement des publications :

ISSN 1929-7947 (imprimé)

ISSN 1929-7955 (en ligne)

Table des matières

RÉSUMÉ DU DIALOGUE 5

RÉSUMÉ DES QUATRE DÉLIBÉRATIONS 6

 DÉLIBÉRATION AU SUJET DU PROBLÈME 6

 DÉLIBÉRATION AU SUJET DES ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE GLOBALE 8

 Élément 1 : Accroître la capacité des systèmes de santé nationaux à déceler les facteurs de risque de pandémie, à cerner les agents pathogènes responsables, à caractériser les nouvelles maladies et à suivre leur évolution..... 8

 Élément 2 : Renforcer la capacité des parties prenantes et des responsables des politiques nationales, de même que du public, afin qu'ils interviennent selon la variabilité des pandémies 9

 Élément 3 : Renforcer le système mondial de gouvernance des pandémies..... 10

 Envisager l'éventail des éléments 11

DÉLIBÉRATION SUR LES IMPLICATIONS DE MISE ENŒUVRE..... 11

DÉLIBÉRATION SUR LES PROCHAINES ÉTAPES POUR LES DIFFÉRENTS GROUPES 12

Renforcer la capacité des systèmes de santé nationaux pour lutter contre de futures pandémies mondiales

RÉSUMÉ DU DIALOGUE

La délibération au sujet du problème était axée sur cinq ensembles de défis en vue de renforcer la capacité des systèmes de santé nationaux pour intervenir en cas de pandémies mondiales : 1) la difficulté de faire des hypothèses exactes sur les futures pandémies mondiales; 2) l'absence (ou l'atteinte incomplète) d'un « climat culturel » favorable pour intervenir en cas de pandémies mondiales; 3) l'absence d'une approche systémique pour s'attaquer de manière proactive aux causes profondes des pandémies; 4) l'absence d'innovation dans la recherche, surtout durant une pandémie ou une crise; et 5) le manque de ressources pour affronter les pandémies mondiales. Les participants au dialogue ont exprimé des points de vue divergents sur la meilleure façon de cadrer le dialogue : renforcer la capacité à l'échelle nationale ou renforcer la capacité à l'échelle internationale.

Les participants au dialogue ont généralement appuyé les trois éléments d'une approche globale afin de faire face au problème. Ils se sont penchés essentiellement sur l'amélioration de la capacité de surveillance des systèmes de santé nationaux (élément 1), le renforcement de la capacité à intervenir face à la variabilité des pandémies (élément 2) et, dans une moindre mesure, le renforcement du système de gouvernance pour faire face aux pandémies mondiales (élément 3). Les participants ont relevé plusieurs domaines où d'importants progrès ont été réalisés ou sont en cours de réalisation : 1) amélioration de la capacité de surveillance (p. ex. créer de solides systèmes de surveillance; partager la collecte, l'analyse et l'évaluation des données; et allouer des fonds dédiés aux principales fonctions de santé publique); 2) renforcement de la capacité à intervenir face à la variabilité des pandémies (p. ex. établir des liens et un climat de confiance grâce à des initiatives de collaboration; établir des structures et des processus décisionnels adaptatifs; et élaborer des stratégies de communication des risques en santé); et 3) renforcement du système de gouvernance pour faire face aux pandémies mondiales (p. ex. renforcer le partage de l'information à l'échelle de l'OMS et au niveau bilatéral). Les participants ont aussi relevé plusieurs domaines où des progrès plus substantiels doivent être réalisés, notamment former des équipes de collaboration interdisciplinaires capables de résoudre des problèmes de santé humaine, animale et environnementale, développer une meilleure compréhension du plein potentiel des médias sociaux et corriger les échecs de collaboration à l'échelle mondiale.

Lorsque la délibération a porté sur les prochaines étapes à suivre pour les différents groupes, plusieurs participants au dialogue ont fait valoir un sentiment d'urgence devant le renforcement de la capacité des systèmes de santé nationaux à intervenir en cas de pandémies mondiales et la nécessité de poursuivre de manière proactive des plans d'action. Bon nombre de participants se sont engagés à établir des liens entre les disciplines, les secteurs et les pays, à mettre en relation et en réseau les groupes canadiens aux efforts actuellement déployés à l'échelle internationale et à faire le bilan des leçons retenues dix ans après la crise du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en se basant sur les connaissances et les expériences dont nous disposons aujourd'hui. Les participants au dialogue ont aussi relevé des mesures concrètes qu'ils peuvent prendre selon leurs organisations et/ou de leurs rôles, entre autres : organiser d'autres forums pour hausser la visibilité du problème; accroître la collaboration entre les organismes de financement au Canada et à l'échelle internationale afin de soutenir la capacité de mener des recherches novatrices durant une pandémie ou une crise et cartographier les ressources et capacités canadiennes pour indiquer où nous en sommes, ce qui fonctionne (et ce qui ne fonctionne pas) et ce qui serait la meilleure utilisation des ressources.

RÉSUMÉ DES QUATRE DÉLIBÉRATIONS

DÉLIBÉRATION AU SUJET DU PROBLÈME

La délibération au sujet du problème était axée sur cinq ensembles de défis visant à renforcer la capacité des systèmes de santé nationaux pour intervenir en cas de pandémies mondiales. D'abord, plusieurs participants au dialogue ont signalé la difficulté de faire des hypothèses exactes sur les pandémies mondiales. D'autres ont mentionné la nécessité d'avoir de solides estimations de l'impact, par exemple afin de gérer les perceptions des risques. Autrement, la confiance du public envers les systèmes de santé ira en s'érodant, selon eux. Un participant a décrit le défi découlant de la gestion des perceptions des risques associés aux pandémies mondiales : « Nous sommes en lutte constante contre des perceptions [telles que] les scénarios de la bataille d'Armageddon et d'un apocalypse de zombies qui ne se produiront jamais. Les gens ont l'impression que si la pandémie de grippe de 1918 a causé 50 millions de morts, il y en aurait trois fois plus aujourd'hui. »

Un deuxième défi de taille est l'absence (ou l'atteinte incomplète) d'un « climat culturel » favorable à l'intervention en cas de pandémies mondiales. De solides liens et une communication ouverte entre les parties prenantes, entre les secteurs et entre les pays ont été vus comme étant cruciaux pour établir un climat culturel favorable. Un participant au dialogue a fait l'observation suivante : « Qu'il s'agisse du prochain déraillement de train ou de la prochaine pandémie, à moins d'avoir cette culture fondamentale en place, nous aurons des difficultés. Les conditions de base doivent être mises en place. » Quelques participants ont insisté sur la nécessité de mobiliser le public ainsi que les travailleurs de la santé de première ligne pour être prêts en cas de pandémie : « Cela constitue une faiblesse et la mobilisation est déterminante pour assurer le succès. » D'autres participants ont mentionné la nécessité de fournir des renseignements utiles à toutes les parties prenantes concernées. Comme l'a souligné un participant, « il s'agit de voir à ce que toutes les bonnes personnes aient le droit à l'information. » Toutefois, d'autres participants ont plutôt insisté sur des dirigeants clés. Un participant a affirmé que la situation était meilleure au Canada que dans d'autres pays en raison d'une conversation continue avec le Réseau pancanadien de santé publique et d'autres forums. Un deuxième participant a cité l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale comme un autre exemple de forum qui peut renforcer les relations entre les pays et favoriser le partage de l'information pour intervenir en cas de pandémies mondiales. Toutefois, un troisième participant s'est dit inquiet du manque

Encadré 1 : Contexte du dialogue destiné à informer les parties prenantes

Le dialogue avec les parties prenantes devait appuyer une discussion complète sur les facteurs pertinents (y compris les données probantes issues de la recherche) relatifs à un enjeu hautement prioritaire afin d'éclairer l'action. Les caractéristiques clés du dialogue étaient les suivantes :

- 1) il portait sur un enjeu auquel le Canada fait face actuellement;
- 2) il mettait l'accent sur différentes caractéristiques du problème, notamment (lorsque possible) la manière dont celui-ci affecte des groupes particuliers;
- 3) il portait sur trois éléments d'une approche (parmi de nombreux éléments) pour faire face à cet enjeu;
- 4) il était éclairé par une synthèse d'information qui a été préalablement transmise aux participants, et celle-ci faisait état de données de recherches locales et internationales sur le problème, les trois éléments d'une approche globale pour faire face au problème et les implications liées à la mise en œuvre de ces éléments;
- 5) il était éclairé par une discussion sur l'ensemble des facteurs permettant de cerner le problème et les éléments d'une approche pour le résoudre;
- 6) il a réuni de nombreux acteurs pouvant être impliqués ou touchés par les décisions futures liées à l'enjeu;
- 7) il a assuré une représentation équitable des décideurs, des parties prenantes et des chercheurs;
- 8) il a fait appel à un facilitateur dont le rôle était de guider les délibérations;
- 9) il a permis de tenir des délibérations franches et confidentielles en suivant la règle de Chatham House : « Les participants sont libres d'utiliser les informations collectées à cette occasion, mais ils ne doivent révéler ni l'identité, ni l'affiliation des personnes à l'origine de ces informations, de même qu'ils ne doivent pas révéler l'identité des autres participants »; et
- 10) il ne visait pas l'atteinte d'un consensus.

Les opinions et les expériences des participants, de même que leurs connaissances tacites, ont permis de nourrir le dialogue. Le dialogue a été conçu pour susciter des réflexions uniques – réflexions qui ne sont possibles que lorsque toutes les personnes impliquées dans la prise de décisions sur un problème, ou affectées par ces décisions, peuvent collaborer. Il a également été conçu pour encourager les participants à agir pour résoudre le problème, mais aussi pour influencer d'autres personnes, notamment ceux qui prendront connaissance du résumé du dialogue et des entrevues vidéo avec les participants du dialogue.

d'interaction entre la santé humaine, animale et environnementale : « Nous avons beaucoup de chemin à faire avant d'instaurer cette interaction. » Un quatrième participant est d'accord avec le concept « Une seule santé » qui, selon lui, ne réussit pas à s'implanter. Ce participant a d'ailleurs encouragé son utilisation.

Un troisième défi est l'absence d'une approche systémique pour s'attaquer de manière proactive aux causes profondes des pandémies. Quelques participants au dialogue ont souligné qu'il fallait être prêt à affronter diverses causes possibles, dont la menace grandissante de la résistance aux antimicrobiens, les problèmes découlant du développement et de la commercialisation des médicaments ainsi que la réglementation internationale et nationale qui peut nuire à notre capacité d'intervenir en cas de pandémies mondiales. Un participant s'est dit inquiet de notre capacité à pouvoir traiter de ces causes : « Nous n'avons par de système qui puisse nous aider à le faire. » Un deuxième participant a soutenu que très peu d'efforts étaient investis dans les approches de politiques favorables à la santé, de santé dans toutes les politiques ou de gouvernance intégrée. Il a poursuivi en affirmant que les structures gouvernementales ne sont pas à la hauteur pour faire ce qu'il faut. « Nous n'appuyons pas un système résilient qui peut faire face aux surprises. » Un troisième participant a reconnu ce défi et a ajouté qu'il fallait tout de même planifier « qui » doit être mobilisé. « On ne peut jamais prévoir ce qui va arriver, mais on peut toujours planifier qui doit être mobilisé à l'échelle provinciale et fédérale. » Un quatrième participant est d'accord que l'absence d'une approche systémique constituait un défi particulier au Canada. « Nous devons continuer à résoudre le problème d'attribution des rôles. C'est un travail ennuyant que nous oublions, mais la tâche revient toujours. »

Un quatrième défi est l'absence d'innovation en matière de recherche, surtout durant une pandémie ou une crise. Un participant a indiqué qu'il n'y a pas de système en place qui nous permet de faire de la recherche en temps de crise. « Nous avons besoin... d'une meilleure intendance, d'une meilleure surveillance et de meilleurs liens, surtout dans le domaine de la santé animale. » Ce participant a fait état de la difficulté de mobiliser toutes les capacités de recherche actuelles dans de brefs délais, mais a fait mention de quelques succès à ce titre sur lesquels il faut s'appuyer (p. ex. équipes de recherche approuvées au préalable, processus accéléré pour allouer des fonds de recherche et processus rapide d'examen par les comités d'éthique). Comme l'a dit un autre participant, le milieu de la recherche doit être prêt en temps de paix et en temps d'urgence. Pour être prêt, il faut une coordination à l'échelle nationale et internationale, a-t-il ajouté. Le Réseau de recherche sur l'influenza de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) a été mentionné comme exemple sur lequel s'appuyer pour assurer cette coordination à l'échelle nationale au Canada. On a également mentionné la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) financée par les IRSC comme moyen potentiel de jouer un rôle également.

Un cinquième défi est le manque de ressources pour faire face aux pandémies mondiales futures. Quelques participants au dialogue ont fait état de la difficulté de maintenir cet enjeu à l'avant-scène comme priorité politique, surtout quand bon nombre de personnes considèrent que la préparation en cas de pandémie est une question pas très importante. Un participant a par ailleurs indiqué que de grandes sommes ont été investies à la suite de la crise du SRAS et qu'elles avaient créé une plus grande capacité au Canada. « Collectivement, nous sommes en bien meilleure situation qu'il y a dix ans pour ce qui est du SRAS. » Un deuxième participant a reconnu qu'il y a eu un développement institutionnel vigoureux au Canada après la crise du SRAS avec la création ou le renforcement de nombreux organismes (p. ex. l'Agence de la santé publique du Canada, le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, Santé publique Ontario et l'Institut national de santé publique du Québec). Toutefois, il s'est dit inquiet que les engagements du gouvernement fédéral aient diminué au cours des dernières années. Bon nombre de participants sont d'accord qu'un financement dédié et durable pour se préparer en cas de pandémies mondiales est crucial, mais qu'il fait actuellement défaut.

Certains participants au dialogue ne partageaient pas le même point de vue sur ce qui devait constituer le point central du dialogue : renforcer la capacité à l'échelle nationale ou renforcer la capacité à l'échelle internationale. Un participant a souligné que cela ne constituait pas seulement un défi pour le dialogue, mais pour tout le pays en entier, car « nous jonglons constamment entre nos responsabilités nationales et nos responsabilités internationales ». Un deuxième participant s'est interrogé à savoir si l'on ne devait pas se

concentrer sur les capacités canadiennes (et non sur le fait de découvrir un ensemble de capacités communes à tous les systèmes de santé). Selon lui cela pourrait changer la nature du dialogue. Par exemple, en se concentrant sur le Canada, l'attention peut être focalisée sur les questions de gouvernance et d'imputabilité dans un système fédéral. D'autres participants croient que bon nombre de capacités sont universellement pertinentes et qu'il est nécessaire de tirer des leçons à l'échelle nationale pour ensuite les transférer à l'échelle internationale. Un participant a déclaré : « Il faut commencer quelque part et ensuite se pencher sur les autres [pays]. » Un autre participant l'a appuyé : « Il y a beaucoup à faire dans nos domaines d'influence. Consacrons-nous sur ce qui peut être fait, en fonction de nos leviers d'influence. Si des leçons peuvent être transférées, tant mieux. »

D'autres participants voient la nécessité d'examiner les défis du renforcement de la capacité à l'échelle internationale, surtout (comme l'a indiqué un participant) dans un contexte où moins de 20 % des pays ont la capacité d'intervenir en cas de pandémies. Selon un participant au dialogue, nous n'avons pas le choix que de penser en termes planétaires : « Personne ne sait d'où va surgir le problème. » Un deuxième participant a acquiescé et illustré le besoin de penser en termes planétaires en citant l'exemple de la grippe porcine en 2009 : « La dernière pandémie est venue de l'Amérique du Nord. En quelques semaines, on a vu des cas au Canada. Nous n'avons pas reconnu la situation avant qu'elle ne devienne grave. Heureusement, nous avons eu la capacité de mettre fin à sa propagation. Si le problème était venu de l'Afrique, la situation aurait pu être plus grave. » Un troisième participant a souligné qu'il y a 20 ans, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les Centers for Disease Control and Prevention s'étaient engagés à renforcer la capacité internationale pour intervenir en cas de pandémies mondiales. Il ajoute que les organisations nationales sont maintenant beaucoup plus nombreuses à détenir une capacité, tandis que l'OMS a vu son budget (et donc sa capacité) réduit au cours des dernières années (même si l'OMS peut jouer un rôle déterminant pour faciliter l'établissement de liens entre les organisations nationales).

Certains participants au dialogue ne partageaient pas le même point de vue également sur le besoin d'axer le dialogue sur la préparation en cas de pandémies mondiales ou en cas d'imprévu. Un participant souligne : « Nous parlons souvent de préparation en cas d'urgence, mais c'est pendant les crises que les mécanismes en place tombent le plus souvent en panne. » Donc, quelques participants ont indiqué qu'il était plus logique de se préparer en fonction d'une gamme de scénarios, surtout pendant des crises inattendues. Un deuxième participant a acquiescé et indiqué que nos problèmes relèvent de la préparation en cas de surprises, de la gestion des craintes et de la perception des risques, plutôt que de savoir comment « empiler des corps morts ».

DÉLIBÉRATION AU SUJET DES ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE GLOBALE

Les participants au dialogue ont généralement appuyé les trois éléments d'une approche globale pour faire face au problème, même s'ils étaient surtout intéressés à améliorer la capacité de surveillance des systèmes de santé nationaux (élément 1), à renforcer la capacité d'intervenir face à la variabilité des pandémies (élément 2) et à renforcer le système de gouvernance pour faire face aux pandémies mondiales (élément 3).

Élément 1 : Accroître la capacité des systèmes de santé nationaux à déceler les facteurs de risque de pandémie, à cerner les agents pathogènes responsables, à caractériser les nouvelles maladies et à suivre leur évolution

La délibération au sujet du premier élément a relevé trois domaines où des progrès importants ont été réalisés ou sont en cours de réalisation pour améliorer la capacité de surveillance. Le premier est d'établir de solides systèmes de surveillance. Cela dit, certains participants au dialogue ont dit qu'il fallait continuer à insister pour que ces systèmes soient munis de toutes sortes de données pertinentes et qu'elles soient disponibles en temps opportun. Un participant a reconnu que les systèmes de surveillance s'étaient améliorés, mais qu'il avait fallu

dix ans après la crise du SRAS pour qu'ils s'améliorent : « C'est un peu inquiétant de voir que cela a pris autant de temps. » Le deuxième domaine est de partager la collecte, l'analyse et l'évaluation des données. Plusieurs participants ont souligné la nécessité de créer et d'utiliser des outils pour faciliter ces échanges continus entre les administrations gouvernementales. Toutefois, deux participants ont cru bon de souligner l'absence de partage d'information de la part des sociétés pharmaceutiques. Le troisième domaine est de fournir des fonds dédiés aux principales fonctions de santé publique et, dans une moindre mesure, à la recherche axée sur la collaboration interprofessionnelle. Cependant, les participants ont indiqué qu'il fallait aller au-delà de la réticence des gouvernements à prendre des engagements à long terme. Quelques participants ne partageaient pas les mêmes points de vue également sur s'il valait la peine de promouvoir des fonds dédiés aux fonctions de santé publique (comme c'est le cas en Saskatchewan et en Nouvelle-Zélande) ou des accords sur les niveaux de service pour de telles fonctions.

Plusieurs participants ont indiqué que nous sommes en train de réaliser des progrès importants dans l'élimination des obstacles juridiques qui empêchent le partage de l'information. Par contre, un participant a souligné l'impact du régime de propriété intellectuelle sur le partage de l'information. En citant l'expérience récente du Tamiflu, il s'est dit inquiet du bilan de l'industrie qui a tendance à limiter l'information qu'elle partage et des conséquences que cette limite pouvait avoir sur les capacités du gouvernement à prendre des décisions éclairées au chapitre des dépenses.

Les participants ont également souligné deux domaines où il fallait faire des progrès. Premièrement, dans la formation d'équipes de collaboration interdisciplinaires afin de traiter de la santé humaine et animale (y compris les animaux sauvages, pas seulement l'agriculture) ainsi que de la santé environnementale. Quelques participants ont indiqué qu'il fallait aussi avoir des programmes de formation professionnelle qui préparent les diplômés à travailler en collaboration interdisciplinaire. Deuxièmement, il faut améliorer les approches ascendantes (« bottom-up ») pour suivre et atténuer les risques, notamment en santé humaine (où des renseignements précieux peuvent être remis aux personnes qui fournissent les données) et en santé animale. Un participant a mentionné que la santé humaine est profondément ancrée au sein du gouvernement comme domaine de responsabilité publique, contrairement à la santé animale, qui est souvent vue comme un domaine de responsabilité privée (pour l'agriculture) ou qui ne relève directement d'aucune personne (pour les animaux sauvages). Il laisse entendre que ce problème pouvait être à l'origine des obstacles qui empêchent une plus grande collaboration interdisciplinaire.

Élément 2 : Renforcer la capacité des parties prenantes et des responsables des politiques nationaux, de même que du public, afin qu'ils interviennent selon la variabilité des pandémies

La délibération au sujet du deuxième élément a permis d'établir quatre domaines où des progrès importants ont été réalisés ou sont en cours de réalisation pour renforcer la capacité d'intervenir face à la variabilité des pandémies. Le premier domaine (et qui a fait l'objet des plus longues discussions) portait sur les efforts déployés dans le passé et qui continuent d'être déployés pour établir des liens et un climat de confiance grâce à des initiatives de collaboration qui donnent lieu à des résultats (p. ex. éclosions d'origine alimentaire) ou à des leçons (p. ex. examens a posteriori). Certains participants ont souligné qu'il fallait que ces efforts soient étendus pour renforcer l'interaction entre la santé humaine, animale et environnementale. Cependant, les participants ne partageaient pas le même point de vue à savoir si c'était des législations qui devaient propulser ces efforts. D'une part, certains participants croient que divers instruments politiques doivent être utilisés pour établir des liens et un climat de confiance : « J'entends souvent dire que le problème relève de la culture, de la confiance et de la collaboration. Ce climat ne tombe pas du ciel. Les institutions doivent investir de l'argent pour le créer. La culture et la confiance sont données comme acquis. La question est de savoir comment les susciter. Une gamme d'instruments politiques existe pour faciliter la communication entre les secteurs, mais comment le faire demeure une question difficile à trancher. » D'autre part, des participants ont affirmé que l'on ne peut pas établir des liens solides et un climat de confiance de cette manière : « Une consultation et une mobilisation dignes de mention ne peuvent être légiférées. »

Les trois autres domaines de progrès sont : 1) établir des structures et des processus décisionnels adaptatifs (avec des participants qui ont insisté sur la nécessité de continuer à les utiliser et à les normaliser et d'établir des points d'articulation avec les structures et les processus dans les soins actifs et primaires); 2) élaborer des stratégies de communication des risques en santé (avec des participants qui ont exprimé le besoin de continuer à raffiner ces stratégies, à les utiliser au début et souvent, et à les utiliser également pour mieux communiquer les réussites et les leçons retenues); et 3) établir des autorités bien reconnues comme sources d'information fiables (même si certains participants ont indiqué qu'il fallait étendre la mobilisation de nos sources au-delà des autorités « officielles » afin d'inclure les autorités de première ligne et non officielles, alors que d'autres participants voulaient mobiliser celles qui ont des vues dissidentes sur les risques de pandémies).

Les participants ont aussi signalé deux domaines où des progrès devaient être faits. Premièrement, il faut travailler (ou travailler en collaboration plus étroite) avec les experts des médias sociaux pour saisir leur plein potentiel. Un participant a déclaré : « La santé publique est son propre ennemi. Nous devons faire mieux. Cela ne fait pas partie de notre culture de répandre le message. » Un deuxième participant a souligné que le milieu de la santé publique devait combler le vide actuel dans les médias sociaux : « Si nous n'occupons pas l'espace, quelqu'un d'autre le fera, et ce, en quelques secondes. » Un troisième participant a indiqué quatre buts possibles pour utiliser les médias sociaux : 1) mentionner le travail effectué par la santé publique et souligner l'importance des investissements; 2) réagir face à la crainte et à la panique du public; 3) fournir des mises à jour en temps réel pour soutenir les activités de tous les jours sur le terrain; et 4) créer une synergie entre les disciplines. Toutefois, certains participants avaient des réticences quant à l'utilisation des médias sociaux. Un participant a déclaré : « La combinaison de l'incertitude et de la vitesse est un mélange toxique. Les médias sociaux ne sont pas pour les amateurs. C'est un outil fabuleux, mais il faut savoir l'utiliser prudemment. » D'autres participants ont dit qu'il fallait reconnaître que ce n'est pas tout le monde qui utilise les médias sociaux : « Obtenir un équilibre consiste aussi à ne pas créer de vulnérabilités en matière d'information. [Par exemple], les personnes âgées peuvent ne pas avoir accès à cette information. »

Deuxièmement, les participants ont dit qu'il fallait traiter du manque d'investissements de la part des sociétés pharmaceutiques dans les médicaments pertinents aux contextes où ils seront utilisés.

Élément 3 : Renforcer le système mondial de gouvernance des pandémies

Les délibérations au sujet du troisième élément étaient axées sur les structures de gouvernance capables de s'adapter aux circonstances particulières d'une pandémie mondiale et de soutenir l'élaboration d'une intervention tout en tenant compte des principales considérations scientifiques, politiques et éthiques. Les participants ont relevé deux domaines où d'importants progrès ont été réalisés ou sont en cours de réalisation pour renforcer le système de gouvernance des pandémies mondiales. Premièrement, certains ont indiqué que des progrès avaient été réalisés au sein de l'OMS pour renforcer le partage de l'information entre certains pays. Deuxièmement, quelques participants ont indiqué que des progrès avaient été réalisés au niveau bilatéral (par exemple entre les administrations gouvernementales, les organismes de santé publique ou les universités et les établissements de formation de deux pays).

Bon nombre de participants ont fait mention d'une gouvernance mondiale « faible » et ont relevé trois domaines où des progrès devaient être faits. Premièrement, certains participants ont dit qu'il fallait corriger les échecs de collaboration à l'échelle mondiale, probablement par des mécanismes comme un traité international sur la recherche et un environnement à « code source ouvert » (« open source ») pour la recherche sur les pandémies. Deuxièmement, quelques participants ont proposé d'organiser le système de gouvernance des pandémies mondiales par région ou selon une autre base équivalente. Un participant a soutenu que les organismes de santé publique pouvaient jouer le rôle d'émissaires dans ces régions. Un autre participant a indiqué que l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) joue un rôle semblable dans les Amériques. Un troisième participant est d'accord pour encourager les collaborations tripartites entre les pays à revenu élevé,

moyen et faible. Un quatrième participant a déclaré : « Des dizaines et des dizaines de collaborations existent dans les universités ainsi que dans les programmes conjoints bilatéraux et multilatéraux. Nous ne pouvons pas collaborer avec tous les groupes, il faut être plus précis. Le défi consiste à apparier stratégiquement les pays et à assurer une coordination stratégique. » Troisièmement, les participants ont dit qu'il ne fallait pas seulement compter sur les collaborations et les partenariats officiels, mais encourager ceux qui sont moins officiels. Un participant a cité le séisme et le tsunami dans l'océan Indien en 2004 où des mécanismes non officiels ont fonctionné très rapidement et efficacement : « Quelqu'un a pris le téléphone et a demandé comment on pouvait être utile. »

Les participants ne partageaient pas le même point de vue sur l'utilisation des mécanismes exécutoires, y compris les incitatifs financiers pour appuyer le système de gouvernance des pandémies mondiales. Un participant au dialogue a mentionné la faiblesse de l'Organisation mondiale de la Santé, car elle ne peut pas forcer les pays et n'a aucune méthode de règlement des différends contrairement à l'Organisation mondiale du commerce qui a des conventions liant les parties. Un deuxième participant a cité le Règlement sanitaire international qui demande une divulgation du risque par tous les 194 États membres, mais il reconnaît l'absence de tout mécanisme exécutoire. Un troisième participant allègue que les sanctions ne sont pas « des mécanismes opportuns. » Un quatrième participant dit que si la santé publique devait suivre le commerce, une question clé demeure : « Où est le seuil [pour établir des sanctions et appliquer des sanctions]? »

Envisager l'éventail des éléments

Les participants au dialogue ont généralement appuyé les trois éléments potentiels d'une approche globale afin de faire face au problème, même s'ils ont accordé une plus grande attention aux éléments 1 et 2, comme nous l'avons mentionné. Le seul autre sous-élément qui a été soulevé (tel que mentionné précédemment) est les recherches, l'élaboration et la distribution de médicaments liés aux pandémies.

DÉLIBÉRATION SUR LES IMPLICATIONS DE MISE EN ŒUVRE

Les participants au dialogue ont abordé deux obstacles à la mise en œuvre des éléments clés d'une approche globale visant à renforcer la capacité des systèmes de santé nationaux pour intervenir en cas de pandémies mondiales. Premièrement, la préparation en cas de pandémie est en marge de la vie des gens, mais pas au cœur. Comme l'a indiqué un participant, « il est difficile de regarder à l'échelle internationale quand on n'a pas fait son travail à l'échelle nationale. » Deuxièmement, le cloisonnement continue de créer des problèmes à l'échelle des disciplines et des administrations gouvernementales. Un participant dit que des efforts ont été faits pour abattre les silos, mais ces efforts ont une étendue souvent limitée. Par exemple, certains programmes du Bureau du confinement des biorisques et sécurité de l'Agence canadienne d'inspection des aliments ont récemment fusionné avec la Direction de la réglementation des agents pathogènes (DRAP) de l'Agence de la santé publique du Canada. Toutefois, ces programmes ne traitent pas encore des animaux sauvages ou des animaux de compagnie.

Les participants ont discuté de trois nouvelles perspectives pour poursuivre les efforts inachevés de la préparation en cas de pandémie : 1) conversations et initiatives continues; 2) visibilité de certaines questions liées aux pandémies dans les programmes gouvernementaux; et 3) mécanismes de soutien pour partager les leçons entre les pays. Premièrement, bon nombre de participants sont optimistes quant à notre capacité de susciter un certain élan grâce aux conversations et aux initiatives en cours. Par exemple, les participants ont mentionné les réunions internationales tenues récemment par les principaux commanditaires de la recherche qui peuvent ouvrir la voie à de plus grandes collaborations internationales en recherche dans le cadre de la préparation en cas de pandémies. D'autres participants ont qualifié comme des opportunités l'élaboration récente d'un plan panaméricain contre la pandémie, les conversations actuelles pouvant mener à un accord multilatéral sur le partage de l'information et le travail du Réseau pancanadien de santé publique.

Deuxièmement, certains enjeux liés aux pandémies figurent déjà en haut de l'agenda de bien des gouvernements, qui, selon certains participants, offrent une porte d'entrée à d'autres enjeux connexes. Par exemple, la résistance aux antimicrobiens a été qualifiée de défi majeur à la sécurité sanitaire lors de la réunion des ministres responsables des sciences au G8 de 2013. La réunion a été vue comme une occasion de faire connaître le problème et d'obtenir de l'influence politique. Troisièmement, quelques participants ont souligné que des mécanismes, tels que l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM), peuvent contribuer à transposer au Canada les leçons retenues des pays à revenu élevé, moyen et faible.

DÉLIBÉRATION SUR LES PROCHAINES ÉTAPES POUR LES DIFFÉRENTS GROUPES

Lorsque la délibération a porté sur les prochaines étapes à suivre pour les différents groupes, plusieurs participants au dialogue ont fait état d'un sentiment d'urgence face au renforcement de la capacité des systèmes de santé nationaux pour intervenir en cas de pandémies mondiales. Un participant s'est dit inquiet du nombre de difficultés auxquelles nous sommes actuellement confrontés et de notre état de préparation : « Bien des gens resteraient bouche bée s'ils savaient le nombre de choses qui ne fonctionnent pas comme elles le devraient... Finalement, quand nous faisons face à des surprises, nous voulons réagir immédiatement. Nous ne voulons pas faire dérailler le processus à cause du cynisme. » Un deuxième participant a dit qu'il fallait poursuivre de manière proactive divers plans d'action et susciter un certain élan : « Nous devrions aller de l'avant avec une action concertée chaque fois que la vision est partagée. Il ne sert à rien d'attendre des législations, il faut agir maintenant quand c'est possible. »

Bon nombre de participants au dialogue se sont engagés à : 1) appuyer l'établissement de liens entre les disciplines, les secteurs et les pays; 2) mettre en relation et en réseau des groupes canadiens aux efforts actuellement déployés à l'échelle internationale; et 3) faire le bilan des leçons retenues dix ans après la crise du SRAS en s'appuyant sur les connaissances et les expériences dont nous disposons aujourd'hui.

Les participants au dialogue ont aussi relevé des mesures concrètes qu'ils pouvaient prendre selon leurs organisations et/ou de leurs rôles, entre autres :

1. encourager les organismes fédéraux et provinciaux à mobiliser les organisations professionnelles pour établir des points d'articulation avec les structures et les processus établis dans les soins actifs et primaires;
2. mobiliser d'autres forums pour hausser la visibilité de l'enjeu auprès des responsables gouvernementaux et des gens à l'extérieur du gouvernement, mais qui sont étroitement associés aux responsables du gouvernement (avec des exemples de forums comme la Coalition canadienne pour la santé publique au XXI^e siècle, le Groupe d'intervention action santé, l'Assemblée mondiale de la Santé, y compris les forums de la société civile qui la précède, et la Fédération mondiale des associations de la santé publique);
3. mobiliser et appuyer des sources crédibles d'information, comme les médecins hygiénistes à l'échelle locale, pour qu'ils se fassent davantage entendre sur la scène publique afin de hausser la visibilité de l'enjeu dans leurs propres sphères d'influence, et travailler (ou travailler plus étroitement) avec les experts des médias sociaux pour saisir leur plein potentiel;
4. mobiliser les étudiants pour qu'ils étudient de nouveaux cadres juridiques et rédigent une législation type novatrice (par exemple des cadres juridiques éclairés par le champ de l'économie comportementale) pouvant renforcer la capacité d'intervenir en cas de pandémies mondiales;
5. accroître la collaboration entre les organismes de financement au Canada (à la fois chez les trois conseils de financement à l'échelle nationale et les organismes de financement provinciaux) afin d'appuyer la capacité de mener des recherches novatrices durant une pandémie ou une crise et, en retour, encourager une coalition de ces organismes de financement pour diriger une tentative de créer un « club » international de commanditaires engagés à faire de même;
6. financer des programmes d'échanges Meilleurs cerveaux (par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada) afin de réunir les chercheurs de pointe et les hauts fonctionnaires issus de ministères clés et d'administrations gouvernementales canadiennes afin d'explorer des questions intersectorielles pertinentes à la préparation en cas de pandémies;

7. appuyer la candidature présentée par le Canada pour accueillir la réunion internationale « Une seule santé » de 2018 comme moyen de susciter la réflexion et les actions nécessaires pour démontrer le rôle de leadership que peut jouer le pays dans ce domaine; et
8. cartographier les ressources et les capacités canadiennes pour établir où nous en sommes, ce qui fonctionne (et ce qui ne fonctionne pas) et ce qui serait la meilleure utilisation des ressources.



McMaster
HEALTH FORUM

>>Contactez-nous

1280 Main St. West, MML-417
McMaster University
Hamilton, ON Canada L8S 4L6
Tél.: +1.905.525.9140 poste 22121
Fax: +1.905.521.2721
Courriel: mhf@mcmaster.ca

>>Suivez-nous

mcmasterhealthforum.org
healthsystemsevidence.org



tinyurl.com/mhf-iTunesU
tinyurl.com/mhf-YouTube
tinyurl.com/mhf-Facebook
tinyurl.com/mhf-Twitter

DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION