

Rapport évolutif

# L'apprentissage de la gestion des pandémies

**Monica Tremblay, M. Sc.**  
*Antropologue*



Laboratoire d'étude  
sur les politiques publiques  
et la mondialisation

## INTRODUCTION

Les risques de propagation des maladies sont accrus par différents mécanismes de la mondialisation. Les déplacements des personnes d'un continent à un autre en quelques heures, tout comme les marchandises qui circulent d'un bout à l'autre de la planète, accroissent les possibilités de propager un virus à l'échelle mondiale. Les responsables de la santé publique redoutent une éventuelle éclosion d'influenza aviaire depuis les 10 dernières années. Dès lors, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) aux établissements de santé en passant par les États, principalement les pays riches, on a tenté de se préparer à l'imprévisible. On a presque oublié ce risque dans le tourbillon des multiples événements qui ont frappé la planète, mais une éclosion inattendue de grippe de souche porcine qui se propageait rapidement chez les humains a sonné le rappel. L'OMS a alors déclaré l'état de pandémie et les plans et stratégies de lutte contre l'influenza ont été mis en œuvre en divers endroits dans le monde. Quelles leçons provisoires peut-on tirer de la gestion de cette pandémie qui semble aujourd'hui s'être calmée?

### 1- RETOUR SUR QUELQUES ÉPIDÉMIES<sup>1</sup>

L'éclosion de grippe porcine<sup>2</sup> de 2009 a rapidement alarmé les autorités sanitaires mondiales puisqu'elle s'inscrivait dans la lignée des pandémies d'influenza morbides

et meurtrières qui ont marqué le XX<sup>e</sup> siècle. Il y a eu la tristement célèbre grippe espagnole (de souche H1N1<sup>3</sup>) au début du siècle. Cinquante ans plus tard, la grippe asiatique de 1957, de souche aviaire H2N2, frappait violemment l'Asie et les États-Unis. En 1968, la grippe de Hong Kong, de souche H3N2 dérivée de la précédente, terrorisait la planète et particulièrement l'Asie. Il y a ensuite eu éclosion de la grippe aviaire de souche H5N1 avec quelques cas transmis à l'humain, en 1997. En 2003, la flambée du SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère) ressemblait à l'éclatement d'une pandémie et attirait l'attention sur certains aspects du contexte mondial favorables à la dissémination rapide des maladies.

« Le virus de la grippe H1N1, [...] est une maladie respiratoire qui affecte le nez, la gorge et les poumons. Ce nouveau virus de l'influenza A infecte normalement les porcs, mais il a été transmis à l'humain » (ASPC, 2009)<sup>4</sup>. Ses symptômes ressemblent à ceux de la grippe saisonnière, mais il s'agit d'une nouvelle souche du virus de l'influenza pandémique. « La maladie attribuable au virus H1N1 est plutôt bénigne » ; elle pourrait toutefois présenter une forme plus grave, ultérieurement. De plus, « les individus ne disposent pas d'une immunité naturelle les protégeant contre ce virus ».

La surveillance de la propagation de cette grippe a permis de découvrir qu'elle atteint davantage les personnes jeunes et en santé et frappe plus gravement les femmes enceintes et les personnes ayant déjà une maladie sous-jacente, c'est-à-dire

une maladie connue ou non du patient et présente avant l'apparition des symptômes de grippe, comme l'asthme ou le diabète. Ce virus peut aussi provoquer la mort parmi les personnes gravement atteintes.

On craint, en outre, la rapidité de contagion de cette forme de grippe entre les humains et on appréhende qu'elle soit aussi virulente que la grippe aviaire. La grippe A (H1N1) inquiète les responsables de la santé publique et les épidémiologistes, notamment parce qu'elle regroupe des souches aviaire, porcine et humaine; d'où l'inquiétude d'une mutation de la grippe aviaire en une forme transmissible entre les humains. Cette crainte supporte les scénarios les plus désastreux en termes de vitesse de contagion et de gravité. De plus, la grippe A (H1N1) affecte surtout des groupes d'âges de la population qui sont habituellement moins vulnérables.

## 2- GESTION D'UNE ÉVENTUELLE PANDÉMIE À TRAVERS LE MONDE

Depuis quelques années déjà, on se prépare en différents endroits du monde à l'éclosion d'une pandémie d'influenza, principalement aviaire. La manifestation de cette dernière en Asie, en 1997, avait permis de cerner les problèmes à affronter si cette grippe commençait à se transmettre entre les humains. Cette grippe avait été catastrophique pour la faune aviaire. Son fort potentiel de contagion, les graves problèmes respiratoires qu'elle entraîne

et le taux élevé de mortalité rapide chez les humains infectés augmentent la crainte d'une mutation du virus H5N1 ou d'une combinaison avec un virus adapté à l'humain, ce qui le rendrait transmissible entre les individus, et de ce fait pourrait s'avérer désastreux (Daszak, 2009).

Après cet épisode qui a captivé l'attention de la planète, les autorités responsables de la santé publique, y compris au Québec, ont entrepris de se préparer afin de diminuer la vulnérabilité des populations face à ce risque éventuel.

Un système de surveillance international, l'UNSIC (United Nations System Influenza Coordination), basé à New York, a été mis en place pour suivre la situation de près. Selon les derniers rapports, plusieurs pays qui avaient découvert des cas de grippe aviaire ont réussi à éliminer le fléau grâce à la surveillance, la détection précoce et une riposte rapide. Néanmoins, le virus reste latent dans plusieurs pays. La menace de grippe hautement pathogène chez les volailles et la persistance de quelques cas épars chez les humains incitent à la vigilance. L'UNSIC souligne qu'à la lumière des constatations « une vigilance soutenue et un investissement permanent dans le domaine de la surveillance et de la capacité de réponse à la grippe aviaire hautement pathogène sont indispensables dans le monde entier. La menace d'une pandémie grippale reste inchangée » (UNSIC, 2008 :6).

Dans son dernier rapport, l'International Ministerial Conference on Animal and

Pandemic Influenza (2010) indique que la réponse à la pandémie d'influenza (H1N1) de 2009 a mis en lumière les progrès accomplis dans le monde depuis 2005 en matière de préparation à une pandémie. Plusieurs pays possèdent désormais un plan en cas de pandémie. Les partenariats internationaux ainsi que les plans impliquant la société civile, les secteurs privé et militaire, les groupes de recherche et les différents secteurs gouvernementaux concernés par ce problème se sont multipliés et améliorés. Ces partenariats auraient permis d'intégrer d'autres services, tels que les écoles et centres communautaires. Il apparaît intéressant de rappeler ici que les préoccupations en matière d'épidémie ont depuis très longtemps suscitées la coopération à l'échelle internationale, mais demeurent des faits historiques peu connus.

## 2.1 Orientations et plans de l'OMS, du Canada et du Québec

Face à la possibilité d'une éventuelle pandémie de grippe aviaire, l'OMS a publié, en 2005, un document d'orientation à l'intention des autorités gouvernementales sur la préparation à mettre en œuvre. Au printemps 2009, l'OMS en a publié une version modifiée qui s'inscrit dans un processus de révision échelonné sur trois ans et qui tient compte des connaissances acquises au fil des ans.

Le document d'orientation de l'OMS établit, dans ses grandes lignes, les mesures recommandées avant, pendant et après

une pandémie, selon 5 volets :

- 1) la planification et la coordination;
- 2) le suivi et l'évaluation de la situation;
- 3) la continuité de la fourniture des soins de santé et
- 4) la communication.

C'est dans ce document que l'OMS donne la définition des phases d'une pandémie. Elle y précise aussi les rôles et responsabilités des nombreux acteurs concernés, des gouvernements aux individus.

Parmi les principaux changements dans ce plan de l'OMS, notons le réaménagement des 6 phases de définition d'une pandémie<sup>5</sup> et le recours à une approche qui fait appel à l'ensemble de la société, c'est-à-dire qu'elle privilégie, en plus du leadership du secteur de la santé, le rôle des entreprises, des organisations de la société civile, de la famille et des particuliers, dès l'étape de la planification. Ce plan harmonise aussi ses recommandations avec le Règlement sanitaire international (RSI-2005), seul instrument international juridique de surveillance de la transmission transfrontalière des maladies, contraignant pour les 194 États membres de l'OMS.

Ce plan de l'OMS se veut évolutif et une prochaine version est prévue en 2014. Compte tenu de la crise pandémique de 2009, on peut s'attendre à une nouvelle mouture plus tôt, à tout le moins à des ajustements dans la version de 2014.

À cet effort mondial, se sont ajoutées les démarches engagées par les pouvoirs politiques. Plusieurs pays ont effectivement élaboré des plans de lutte contre une pandémie d'influenza.

### **Au Canada**

Le plan du Canada de lutte contre la pandémie d'influenza a été un des premiers mis au point et un des plus détaillés. Il constitue une référence au niveau international (ASPC). Ce plan est le résultat d'une collaboration entre les différents paliers gouvernementaux et les intervenants de divers milieux (ASPC, 2006). Publié en 2004, et mis à jour régulièrement, il « fournit les lignes directrices à l'égard d'un vaste éventail d'activités liées à la santé, allant de la surveillance de la propagation d'un virus avant même qu'il n'atteigne le Canada jusqu'à l'utilisation des vaccins et des médicaments les plus efficaces pour réduire la maladie » (ASPC, 2004 :2). Ce plan vise à réduire le nombre de personnes qui seront frappées gravement par une pandémie et à diminuer les perturbations sociales qui empêcheraient le déroulement des activités habituelles, tel que le travail. Il cherche aussi à uniformiser les interventions concernant une pandémie de grippe dans l'ensemble du pays.

Le plan canadien « s'inscrit dans une logique de précaution visant à prévenir efficacement les conséquences négatives d'une transmission interhumaine accrue et durable [...] de l'influenza aviaire H5N1 » (Farmer, 2009 :70). Cette notion

de précaution apparaît importante en période de pandémie. Par précaution, on entend « une règle de décision politique qui s'applique, en l'absence de certitudes scientifiques établies, à des phénomènes qui induisent un risque et des conséquences potentiellement néfastes pour les individus et les sociétés ». Dès lors, « des actions préventives sont jugées légitimes, voire souhaitables, s'il s'agit d'empêcher ou limiter des conséquences néfastes d'une catastrophe même si les conditions de sa survenance ne sont pas clairement démontrées » (Farmer, 2009 :70). Nous reviendrons un peu plus loin sur cet aspect de gestion du risque.

### **Au Québec**

En 2006, le Québec s'est doté d'un plan de lutte contre une pandémie d'influenza. Celui-ci intègre les exigences internationales et les particularités de son système de santé qui inspirent ses principes d'intervention. Ainsi, le système de santé doit élaborer des stratégies qui visent à répondre aux finalités du réseau : préserver la vie, la santé et le bien-être des personnes. Il doit, de plus, établir un processus décisionnel, du haut vers le bas, partant du ministère de la Santé et des Services sociaux, et avoir une structure organisationnelle hautement efficace pour mobiliser les autres directions ministérielles.

Le plan québécois compte 24 stratégies réparties selon 5 volets. Parmi les plus importantes, on note : 1) la surveillance de la maladie, de ses effets et des conséquences

des mesures mises en place, par exemple le vaccin; 2) l'application des mesures de prévention et de contrôle de la transmission du virus; 3) la vaccination de la population. Enfin, d'autres stratégies concernent les soins à administrer et les communications à l'intention de la population.

Le plan est accompagné de mesures et d'outils de formation visant à faciliter sa compréhension et son application par les professionnels de la santé.

Bref, les pouvoirs ont dégagé des leçons des épidémies et pandémies précédentes. Il existe désormais un consensus autour du besoin de préparation en vue d'une pandémie de grippe. Cette fois, des plans et des stratégies sont prêts, des médicaments sont disponibles, les techniques médicales se sont modernisées, des vaccins peuvent être mis au point (Moreno, Rhodes et Chiche, 2009).

Entre juin 2007 et juin 2008, des progrès importants et significatifs ont été effectués en matière de préparation à une pandémie. Le nombre de pays ayant élaboré un plan de préparation à la pandémie a encore une fois augmenté et ils sont plus nombreux à avoir organisé des exercices de simulation de leurs plans (Coordonnateur du système des Nations Unies pour la grippe et de la Banque mondiale, 2008 :12).

Les entreprises privées, notamment au Québec, ont également emboîté le pas en se préparant sérieusement à une éventuelle pandémie.

La révision du Règlement sanitaire international a aussi marqué une étape importante dans la protection de la santé publique mondiale, notamment en établissant des normes minimales de surveillance et de déclaration des maladies auxquelles les États doivent se conformer (Wilson, von Tigerstrom, et McDougall, 2008). Le règlement fait partie des initiatives qui définissent les nouvelles normes légales, éthiques et opérationnelles en matière de prévention et de gestion mondiale d'une brusque augmentation de l'incidence d'une maladie et des urgences de santé publique. Il contribue de plus à améliorer la concertation et la coopération internationale lors de l'émergence de maladies à caractère épidémique. Enfin, il assied également l'autorité mondiale de l'OMS et son rôle de coordination des réponses aux épidémies et aux pandémies (McDougall, Upshur et Wilson 2008).

Le système de coordination de l'influenza des Nations Unies continue d'encourager la préparation aux pandémies grippales. Dans son rapport de 2008, il rappelle l'importance de

consolider les réalisations en matière de préparation à la pandémie et de veiller au caractère opérationnel des plans en en faisant la promotion, en les approuvant, en les mettant à l'épreuve et en les examinant systématiquement à l'aide des leçons apprises ainsi qu'en les incorporant aux structures de gestion des catastrophes» (Coordonnateur du système des Nations Unies pour la grippe et de la Banque mondiale, 2008 :12).

## 2.2 Comment est envisagée la gestion des risques de pandémie

La gestion des urgences en cas d'incident majeur, tel que l'éclosion d'une pandémie, est essentiellement basée sur quatre piliers : l'atténuation ou la prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement. À la suite de différentes catastrophes dans le monde qui ont causé de nombreuses pertes de vie, un plus grand accent est mis sur la prévention et le rétablissement (Etkin et Hutton, 2009).

De manière générale, la planification en « prévision » des urgences adopte une « approche tout risque », c'est-à-dire qu'elle prend en compte, pour des motifs d'efficacité, une gamme élargie de menaces à la santé et à la sécurité. Néanmoins, cette démarche n'exclut pas les possibilités d'examiner les probabilités et conséquences de dangers particuliers (Etkin et Hutton, 2009). « Au Canada, la gestion des urgences de santé se pratique depuis un certain temps déjà. Chaque province et territoire dispose de lois, de plans d'urgence et d'interventions coordonnées mobilisables au besoin » (Etkin et Hutton, 2009 : 16). S'ajoute à cela un système de gestion des urgences de santé pancanadien, le Cadre national de gestion des situations d'urgence en santé. Ce dernier établit des lignes directrices pour l'élaboration de politiques et de pratiques uniformisées à l'échelle canadienne. Le Système pancanadien de gestion des incidents dans le domaine de la santé (SPGIDS) favorise la coordination entre les provinces et

territoires en cas d'urgence, notamment en matière de communication, de planification et de partage des responsabilités. La communication et la gestion de l'information doivent être préparées pour favoriser une réaction adéquate, le moment venu. Cela inclut aussi la communication avec le public à qui il faut « inspirer confiance en temps de crise » (Etkin et Hutton, 2009 : 16).

Au Québec, le Plan national de sécurité civile (PNSC) jalonne la planification du secteur de la santé en cas de catastrophe. Ce plan définit notamment les liens et les responsabilités des ministères et organismes (Martel, 2009). Vient s'y greffer le Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza, dont les grandes lignes ont été décrites précédemment.

## 3- ÉCLOSION H1N1 2009 : LA GESTION D'UNE PANDÉMIE

### 3.1 Les faits

En avril 2009, une éclosion de grippe porcine est signalée au Mexique, aux États-Unis, puis au Canada. On s'aperçoit rapidement qu'elle se propage à grande vitesse et qu'elle ne tarde pas à traverser les frontières et pénétrer tous les continents<sup>6</sup>. Elle prend la planète par surprise. Personne ne semblait s'y attendre, encore moins qu'elle se manifeste dans cette région du monde. La surveillance était davantage axée vers les zones d'Asie où la grippe aviaire (H5N1) avait déjà frappé et où

on craignait qu'elle se propage chez les humains (Daszak, 2009; Lina, 2009). Après la détection de quelques cas de personnes présentant des symptômes préoccupants de pneumonie atypique au Mexique, un échantillon prélevé sur celles-ci a été envoyé, après une première analyse, au laboratoire du Center for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, référence en terme scientifique et technique en matière de surveillance épidémiologique. Par la suite, lorsque les cas ont commencé à se multiplier, des échantillons ont aussi été analysés à Winnipeg, au Laboratoire national de microbiologie de l'ASPC. Devant les résultats obtenus par ces laboratoires et la situation au Mexique, en juin 2009, l'OMS hisse la pandémie au niveau d'alerte le plus élevé, c'est-à-dire : « une flambée soutenue à l'échelle communautaire dans plusieurs pays de différentes régions du monde » (OMS, 2009). Cette alerte est toujours en vigueur au moment d'écrire ces lignes.

Toutefois, les dernières données épidémiologiques recueillies au Québec, partout ailleurs au Canada et dans le monde, montrent que peu de cas de grippe A(H1N1) sont signalés. La probabilité de survenance d'une troisième vague de grippe pandémique n'est pas écartée. Cependant, la population québécoise détient une bonne protection immunitaire contre le virus pandémique grâce à la vaccination ou en ayant eu l'infection. Les autorités de santé continuent néanmoins de surveiller l'évolution du virus de la grippe pandémique A(H1N1) et des autres virus de la grippe. (Gouvernement du Québec, 30 mars 2010).

Dans plusieurs États, cette situation a légitimé la mise en œuvre de leur plan de lutte contre la pandémie d'influenza. L'action préventive devenait nécessaire, on devait éviter la maladie et en diminuer les effets sur la santé et l'économie, notamment, l'augmentation de l'absentéisme au travail. Au Japon, par exemple, une institution financière a préféré fermer une succursale de 80 employés pendant 2 jours, après qu'un caissier ait été infecté. Cette mesure a été privilégiée afin de prévenir la propagation, malgré des pertes de revenu d'environ 2 millions USD par jour.

Le Mexique avait, lui aussi, mis en œuvre des mesures draconiennes. Des écoles, universités, restaurants, théâtres, cinémas, sites touristiques avaient été fermés afin d'éviter la propagation du virus. Les touristes avaient fui, vidant du coup les hôtels. Au moment le plus fort de l'épidémie, certains pays recommandaient d'ailleurs aux voyageurs d'éviter le Mexique comme destination et des compagnies aériennes annulèrent les vols à destination de ce pays. Toutes ces mesures devaient avoir un impact économique au Mexique, qui comme d'autres était déjà affecté par la crise économique mondiale. En novembre 2009, le ministre de la santé du Mexique estimait cet impact à 4,3 milliards USD<sup>7</sup>.

Le ministre de la santé du Mexique soutient que la préparation est importante, puisqu'elle permet d'agir rapidement dès la détection d'un virus, ce qui peut aider à endiguer la progression d'une maladie sur une grande échelle. Il considère que



les mesures prises au Mexique ont fait gagner du temps afin de mieux comprendre la maladie, et ont permis aux autres pays de se préparer à la venue de cette grippe. Ces mesures ont également freiné la transmission du virus au sein de la population mexicaine (Córdova-Villalobos et al, 2009).

Des études approfondies des aspects économiques de cette pandémie, tant sur le plan international, national et local sont certainement nécessaires et permettront d'envisager la planification et les mesures à déployer lors d'une nouvelle situation épidémique.

Au Québec, en plus de surveiller l'évolution de la maladie et des personnes infectées dès le tout début, on a initié la population à des mesures d'hygiène visant à éviter la propagation du virus. Les autres stratégies privilégiées ont été la vaccination, la préparation des hôpitaux à recevoir éventuellement beaucoup de patients infectés, ainsi que le recours à toutes les ressources humaines du secteur de la santé. On a compté sur le soutien du personnel médical et hospitalier afin de pallier les difficultés déjà présentes dans le système de santé. Même les personnes retraitées ont été contactées afin d'assumer, de manière ponctuelle, différentes tâches en vue de répondre efficacement à cette pandémie. Dans l'ensemble, le Québec était bien préparé et aucune surprise majeure n'a été relevée dans les médias au cours de l'année.

Le plan au Québec semble avoir été suivi à la lettre et sa mise en œuvre avoir donné les résultats escomptés, notamment concernant le très haut taux de vaccination de la population (57%, soit près de 4,4 millions de personnes), un des plus élevés au monde. Cet aspect a notamment été souligné par le ministre de la Santé lors d'un point de presse sur l'évolution de la pandémie au Québec. Il a de plus évoqué sa satisfaction à l'égard de l'organisation du réseau de santé et du déploiement des mesures de précaution (7 janvier 2010). Il y a bien sûr eu quelques failles et des ajustements ont été apportés en cours de route. Pensons, aux problèmes de logistique dans la mise en place des cliniques de vaccination, difficultés qui ont été réglées par la suite. Les bilans et évaluations post pandémie détailleront avec précision ce qui a été un succès dans la réaction à cet épisode pandémique et les améliorations à prévoir en cas d'une prochaine pandémie d'influenza. Une réflexion particulière devra certainement être engagée à propos de la gravité du virus, car des doutes à ce sujet pourront naître dans l'esprit des personnes et éventuellement affecter leur collaboration lorsqu'une nouvelle crise se présentera. La résistance de la population à l'égard de la vaccination pourrait alors s'avérer plus grande.

Cette préparation a sans doute aidé à affronter la pandémie. Elle a probablement aussi facilité les ajustements nécessaires en cours de route. Cet épisode a été source d'apprentissage pour tous les acteurs, des

autorités de santé publique internationale jusqu'aux citoyens à qui on demandait de faire preuve de compréhension et de solidarité. La population québécoise est désormais plus sensibilisée, préparée et consciente des enjeux reliés aux infections (Weiss, 2010).

### 3.2 Des critiques

Différents acteurs ont tout de même soulevé des questions concernant la gravité de la situation, les stratégies utilisées et la préparation des citoyens. Dans la quête d'explications et d'évaluation des actions posées, une pandémie peut soulever des soupçons, notamment en matière politique. Les enjeux économiques pouvant y être associés viennent aussi complexifier l'analyse. Tôt ou tard, des choix s'imposent. Un médicament est-il vraiment nécessaire? Dans l'affirmative, lequel choisir et de quelle entreprise? Malgré toutes les bonnes intentions, les décisions peuvent être teintées par des considérations politiques et économiques.

Le déclenchement de l'alarme de pandémie de grippe A (H1N1) a soulevé la controverse. Au nombre des voix préoccupées par la réaction de l'OMS, se trouve le Conseil de l'Europe qui a demandé, en janvier 2010, la tenue d'une commission d'enquête. Les critiques prétendent que l'OMS aurait subi des pressions de la part des laboratoires pharmaceutiques favorables à la vaccination massive des populations. Devant les attaques de ses détracteurs, l'OMS a annoncé qu'elle était disposée à procéder à

une évaluation de ses interventions lorsque la pandémie sera terminée.

Ce n'est pas la première fois que l'OMS est accusée de sur-réaction en temps de crise sanitaire. Ce fût aussi le cas en 2003, lors de l'épisode du SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère). On l'accusa alors de surestimer le danger de l'épidémie et d'être ainsi en partie coupable de la gravité des conséquences économiques, notamment à la suite de la publication de ses avis aux voyageurs. On se demanda alors si son mandat l'autorisait à engager des actions aussi draconiennes (Doberstyn *in* World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2006). Depuis cet événement, le Règlement sanitaire international a été revu. Il définit maintenant les circonstances de restriction des voyages. En novembre 2009, dans la démarche de coordination relative à la pandémie de grippe A (H1N1), la directrice générale de l'OMS invoquait trois des recommandations du Règlement sanitaire international de 2005 concernant les déplacements internationaux. Ainsi, elle ne recommandait pas la fermeture des frontières, ni de limiter la circulation et les échanges internationaux puisque le virus était déjà largement disséminé. Elle rappelait aussi qu'il est nécessaire d'intensifier le suivi des gripes inhabituelles et des pneumonies graves. Enfin, elle soulignait qu'aucune raison scientifique de réduction de la propagation ne justifiait désormais de reporter un voyage international. L'OMS fait plutôt appel à la responsabilité de chacun,

en précisant qu' « Il est toutefois prudent que les voyageurs malades reportent leurs déplacements par souci de préserver leur santé personnelle » (OMS 2009a).

Il faut rappeler que l'OMS est une organisation politique qui jouit d'une certaine autorité sur les États, notamment lorsqu'elle émet une alerte. C'est à l'OMS que sont adoptées les Conventions internationales en matière de santé. Depuis quelques années, son budget n'est plus majoritairement constitué des cotisations versées par les États. Une grande partie provient d'organisations non étatiques, telles que des fondations privées et des entreprises pharmaceutiques.

### 3.3 Évaluation ultérieure des réponses

Parallèlement à l'enquête du Conseil de l'Europe sur l'impartialité de l'OMS en matière de vaccination, l'OMS a annoncé publiquement qu'une évaluation sur le niveau de préparation et la réponse à la pandémie de grippe A (H1N1) devait être réalisée par un comité d'experts. L'évaluation portera sur la mise en œuvre du règlement sanitaire international (RSI), puisqu'il est l'instrument privilégié en période de pandémie. Le comité d'évaluation de la gestion de la pandémie de grippe A (H1N1) par l'OMS et ses pays membres devrait déposer un rapport intérimaire dès ce printemps et son rapport final en vue de l'assemblée annuelle de l'OMS, en mai 2011. Le comité est composé de 29 experts retenus par l'OMS dans les listes proposées

par les États membres. (AFP 29 mars 2010; WHO, 2010).

Au Québec, quelques documents initiaux esquissent déjà un bilan de certains aspects statistiques et techniques. Ils comptabilisent par exemple, le nombre de personnes infectées, d'hospitalisations, de morts, et les données sur la vaccination. Récemment, le bilan financier de la campagne de vaccination a été rendu public. Rien n'a encore été publié à propos de la gestion globale de la crise, pas plus que sur l'efficacité du plan de lutte actuel contre l'influenza.

### 3.4 Leçons des premières analyses de par le monde

Des experts ont déjà analysé certains aspects de la gestion de la pandémie de grippe A (H1N1) en différents endroits du monde et en signalent quelques réussites et failles.

#### Principales réussites

Tous reconnaissent des progrès dans la préparation à une éventuelle pandémie. D'abord, on était prêt à affronter une pandémie d'influenza en plusieurs endroits du monde, particulièrement dans les pays riches<sup>8</sup>. Plusieurs États disposent de stratégies et de plans visant à répondre à ce type de fléau. Cette préparation a d'ailleurs permis une détection rapide du problème et le déclenchement des mesures d'urgence prévues à l'échelle mondiale.

Plus encore, depuis l'écllosion de la grippe aviaire, la conscience de l'urgence de la préparation à une éventuelle pandémie a favorisé le développement d'une coopération mondiale en matière de surveillance des maladies. Le financement continu de la surveillance des maladies transmissibles entre les humains et la réaction des systèmes de coordination en sont une preuve (Daszak, 2009). La centralisation du suivi mondial de la situation pandémique semble aussi avoir bien fonctionné (Lagadec, 2010).

### **Quelques failles**

Une des failles de la gestion de la grippe A (H1N1) soulevées par les experts concerne la communication. Selon Straw (2010), aux États-Unis, la communication en situation de risque a été défailante. Dans un tel contexte, il s'avère important de fournir des informations exactes, complètes, complémentaires et non contradictoires, ce qui n'a pas toujours été le cas lors de la pandémie de 2009. Ce problème s'est notamment fait sentir dans la diffusion des informations sur la sécurité du vaccin. Les réponses aux questions suscitées par l'introduction de ce vaccin, au lieu de rassurer la population, ont semé l'inquiétude. À ce sujet, les nombreuses critiques véhiculées dans les médias à travers le monde permettent de croire que le problème s'étend au-delà des États-Unis. Selon des analystes européens, malgré l'abondance d'informations transmises au cours de la pandémie, toutes les conditions permettant de bien comprendre les enjeux

et la complexité de la situation et des décisions prises n'étaient pas réunies. Une plus grande visibilité des processus de décision et des délibérations qui y mènent, éviterait la remise en question de la légitimité des actions ainsi engagées (Guerrier et Hirsh, 2010). Une meilleure compréhension de la situation permettrait, en outre, que les citoyens se sentent davantage concernés et se considèrent partie prenante d'un choix collectif (Guerrier et Hirsh, 2010). À cet égard, l'OMS semble avoir souffert de problèmes de communication, particulièrement en ce qui a trait aux explications de l'échelle de pandémie.

Une meilleure prise en compte des préoccupations des citoyens fait aussi partie des critiques formulées au Québec. Depuis la préparation du Plan de lutte à l'influenza, le Comité d'éthique de santé publique (juillet 2006) avait souligné l'importance de faire en sorte que les citoyens se sentent davantage concernés par un tel plan. Il ne s'agit pas de les placer devant le fait accompli, mais bien de les consulter lors de sa préparation. D'autres chercheurs ont analysé les plans ailleurs dans le monde et ils considèrent aussi qu'une place plus importante pourrait être accordée aux citoyens, dès la planification, afin de contrer les incertitudes, de gagner leur confiance et leur adhésion et d'obtenir une responsabilisation entière en cas de crise sanitaire (Comité d'éthique, 2006; Farmer, 2009; Doucet et al, 2009). D'autres vont plus loin en suggérant d'impliquer

un maximum d'acteurs. La population devrait être incluse dans un processus de réflexion en profondeur afin que soient envisagées de manière différente les crises contemporaines, les moyens de prévenir les problèmes et d'y répondre (Lagadec, 2010).

Le manque de vigilance stratégique est un des problèmes soulevés par différents auteurs. Ces derniers expliquent comment l'attention à travers le monde a été concentrée principalement sur la grippe H5N1, en Asie, en tant que source possible d'une pandémie. De manière générale, les plans de préparation en vue d'une pandémie en ont fait leur point de départ, de sorte que le besoin d'une stratégie de prévention fondée sur une vision plus large semble avoir été oublié (Daszak, 2009). Même constat en Australie; ce pays a pris la grippe aviaire comme prémisses à la préparation d'une pandémie (Waterer, Hui et Jenkins, 2010). On s'attendait ainsi à une éclosion grave de grippe du même type, avec beaucoup de personnes infectées et un taux de mortalité élevé. Dès lors, les conséquences éventuelles sur la santé des populations n'ont pas été évaluées adéquatement. On n'avait pas prévu que la pandémie frapperait davantage les enfants et les jeunes adultes. Aussi, les mesures envisagées afin de contrer la maladie dans ce pays n'ont-elles pas suffisamment tenu compte des écoles et des institutions d'enseignement.

Dans le même ordre d'idées, des données révèlent que l'évolution de l'épidémie,

notamment au Mexique, n'était pas homogène d'un État à un autre. Néanmoins, les mesures appliquées afin de lutter contre la maladie ont été partout les mêmes. Les chercheurs pensent que cette façon de procéder, sans tenir compte du degré de contagion dans une région, peut s'avérer coûteuse et inefficace (Dominguez-Cherit et al., 2010).

D'autres enjeux de ce type n'auraient pas suffisamment été pris en considération dans la planification. Par exemple, l'augmentation des cas qui exigent une assistance médicale et la capacité d'offrir des soins à toutes les personnes qui présentent des symptômes de la grippe pandémique peuvent imposer un triage de la part du personnel de soins. Comment faire en sorte que cette priorisation ne remette pas en question l'éthique des professionnels de la santé? Un cadre éthique et légal clair en la matière en vue d'appuyer les orientations prises par le personnel médical semble faire défaut (Moreno, Rhodes et Chiche, 2009).

Enfin, la vaccination et la production de vaccins ont soulevé beaucoup d'inquiétude. Il semble que la gestion des capacités de production d'un vaccin en cas d'urgence pandémique n'avait pas suffisamment été envisagée, notamment aux États-Unis. Davantage de producteurs de vaccins auraient pu être mis à contribution afin de mieux assurer cet aspect des mesures de prévention (Straw, 2010).

#### 4- STRATÉGIES DE GESTION FACE AUX RISQUES DE PANDÉMIES

La surveillance des virus grippaux, qu'ils soient saisonniers ou à caractère pandémique, demeure essentielle (Lina, 2009). Certains chercheurs prônent toutefois une nouvelle forme de surveillance, dite intelligente, qui reposerait sur des bases différentes et qui éviterait de cibler un seul type de grippe (Daszak, 2010). Afin de guider la réflexion et la préparation aux pandémies, cette forme de surveillance devrait se dégager des questions mieux adaptées au caractère mouvant des risques de pandémies. Ces questions pourraient être: Quels sont les facteurs qui favorisent l'émergence de nouvelles maladies? Où ces facteurs se rejoignent-ils et où se distinguent-ils? Les réponses à ces questions suggèrent d'accorder plus d'attention aux régions du monde aux prises avec des changements démographiques rapides et récents. Elles incitent aussi à surveiller les endroits où la production animale a été intensifiée récemment et où la faune est variée. Tous les lieux d'où peuvent surgir des virus gagneraient à faire l'objet d'une forme de monitoring.

Au-delà de la surveillance, certains chercheurs insistent sur le besoin de modifier la manière d'envisager les crises. Il serait intéressant d'adopter une approche de préparation aux pandémies qui puisse s'adapter à l'incertitude qui caractérise ces crises. Une stratégie et un plan de lutte

contre les pandémies ne devraient pas se convertir en « rail préprogrammé » avec des réponses quasi automatisées. Une prise de recul avant de prendre une décision s'avère essentielle dans des contextes où des décisions doivent être arrêtées malgré le manque de « données assurées, avant qu'il ne soit trop tard » (Lagadec et Guerrier, 2009; Lagadec, 2010). On peut toutefois se demander si, au plan local, les gouvernements ont les moyens de scruter et d'évaluer correctement les décisions et orientations prises en situation d'urgence sur la scène internationale.

#### CONCLUSION

Armés du principe de précaution, les États sont passés à l'action, malgré les incertitudes de l'épisode de grippe A (H1N1). Les autorités gouvernementales ne pouvaient pas rester impassibles devant cette éclosion d'influenza. Dès que l'alerte a été sonnée, les plans disponibles ont été mis à exécution. Un vent de panique a soufflé et a, en quelque sorte, favorisé la collaboration de la population à l'application des mesures telles que le port du masque, la vaccination ou la quarantaine. La maladie était là; par contre, sa gravité s'est avérée beaucoup moins prononcée qu'on ne l'avait imaginé. Les mesures préventives déployées y ont peut-être contribué. Dès lors, une vague de scepticisme à l'égard de la pandémie et des autorités responsables de la santé publique s'est dessinée. Peut-être aurait-il fallu ralentir le rythme d'exécution

des plans, à un moment donné? Plus le temps a passé et plus la riposte mondiale à cette pandémie est apparue démesurée aux yeux de certains spécialistes et de l'opinion publique. Néanmoins, il semble que des voix sceptiques se soient tues au Québec et au Canada, d'une part par manque d'information et, d'autre part parce qu'en santé publique, souligne le Dr Turcotte, spécialiste en médecine sociale et préventive, lorsqu'une opération est lancée on ne peut pas constamment la remettre en question (Maillard, 2010).

Cet épisode de grippe permet de constater les efforts déployés à travers le monde en vue de se préparer à une crise aux contours inconnus et laisse deviner que le fruit de ce travail doit faire l'objet de révisions périodiques afin de s'accorder au rythme des changements et des imprévus.

Il est possible que, dans la phase actuelle de la mondialisation, de nouvelles maladies apparaissent et se propagent désormais de plus en plus rapidement. Qu'advient-il lorsqu'une pandémie sera déclarée? Un risque de banalisation de la situation de la part de tous les acteurs, à commencer par la population, pourrait intervenir ce qui risquerait de provoquer une réaction négative au sein de la société. Une telle réaction pourrait hypothéquer l'adhésion et la collaboration sociale requises devant l'urgence d'une situation. Il faudra donc s'interroger sur la manière de gérer de telles situations afin d'éviter à la population une forme d'essoufflement devant des mesures jugées exagérées et considérées,

par certains, comme une répétition de la mise en œuvre d'un plan. Il semble urgent de trouver un équilibre entre prévention, préparation, intervention et rétablissement. Selon Lagadec (2010 :7), la gestion des crises du futur devra passer notamment par « le travail, l'échange, l'exploration, l'invention avec le plus grand nombre d'acteurs » sans abuser de précaution ni donner dans la nonchalance.

Il sera intéressant de suivre ce qui se dégagera des bilans de la gestion de cette pandémie que dresseront l'OMS, les gouvernements du Canada et du Québec, et de jauger les stratégies qui seront adoptées en prévision d'une crise sanitaire ultérieure.

## NOTES

1 Une épidémie consiste en l'apparition et la propagation rapide d'une maladie infectieuse dans une région ou dans un groupe en particulier alors qu'une pandémie s'étend sur tous les continents.

2 Initialement appelée « grippe porcine », cette flambée de grippe d'origine porcine a été renommée peu de temps après que l'alarme d'une pandémie ait été sonnée par l'OMS. Différentes appellations se sont côtoyées notamment « grippe mexicaine » et « grippe nord-américaine », mais des voix se sont élevées évoquant les conséquences négatives potentielles, souvent économiques, que pouvaient entraîner ces dénominations. L'OMS a donc fait une mise au point le 30 avril 2009 et a précisé qu'elle utiliserait « grippe A (H1N1) ».

3 Les virus grippaux sont désignés par des lettres dont A est à l'origine des gripes saisonnières chez les humains et peut être à l'origine d'une pandémie. L'appellation H1N1 correspond au sous-titre du virus.

4 Sources : Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Renseignements clés sur le virus H1N1. [http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/fs-fr\\_h1n1-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/fs-fr_h1n1-fra.php) ; Site de l'Association canadienne de santé publique (ACSP) renseignements sur H1N1. <http://pandemie.cpha.ca/ce-qu-il-faut-savoir-au-sujet-du-h1n1/qu-est-ce-que-le-virus-de-la-grippe-h1n1/qu-est-ce-que-le-viru>

5 C'est, entre autres, à cause de ce réaménagement que des critiques ont été adressées à l'OMS lorsqu'elle a annoncé qu'elle hissait le niveau d'alerte de la pandémie à la phase 6, qui est la plus élevée. Cette phase ne révèle pas la gravité de la maladie, mais témoigne de son étendue sur la planète.

6 "As of 21 March 2010, worldwide more than 213 countries and overseas territories or communities have reported laboratory confirmed cases of pandemic influenza H1N1 2009, including over 16,931 deaths. WHO is actively monitoring the progress of the pandemic through frequent consultations with the WHO Regional Offices and member states and through monitoring of multiple sources of information" (OMS, 26 March 2010). L'OMS précise dans un autre communiqué la différence entre les chiffres diffusés à propos de la grippe A (H1N1) et la grippe saisonnière. Les chiffres de la grippe saisonnière sont des estimations contrairement à ceux de la grippe A (H1N1) qui sont les chiffres des résultats confirmés en laboratoire. WHO. 2009. Comparing deaths from pandemic and seasonal influenza. [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing\\_20091222/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091222/en/index.html).

7 Donnée rapportée par différents médias mexicains et internationaux.

8 Les pays d'Amérique du Nord et de l'Europe ainsi que la Chine, Israël, le Japon et l'Australie étaient mieux préparés que ceux des régions plus pauvres comme l'Afrique, l'Amérique du Sud et le Moyen Orient pour lesquelles il était d'ailleurs difficile d'obtenir des données fiables. Plusieurs pays comptent d'ailleurs sur le support éventuel des pays riches.



## **BIBLIOGRAPHIE**

ACSP– Association canadienne de santé publique, *Renseignements sur H1N1*, site de l'ACSP.  
<http://pandemie.cpha.ca/ce-qu-il-faut-savoir-au-sujet-du-h1n1/qu-est-ce-que-le-virus-de-la-grippe-h1n1/qu-est-ce-que-le-viru>

AFP– Agence France Presse. 2010. *Grippe H1N1 : Réunion d'experts en avril pour évaluer la réponse à la pandémie*, 29 mars.  
[http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5gv4AhXJfVedi9SFP4Man\\_sfvjPGQ](http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5gv4AhXJfVedi9SFP4Man_sfvjPGQ)

ASPC– Agence de la santé publique du Canada. 2009. *Renseignements clés sur le virus H1N1*.  
[http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/fs\\_fr\\_h1n1-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/fs_fr_h1n1-fra.php)

ASPC– Agence de la santé publique du Canada. 2006. *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*, Décembre.  
<http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/pdf-f/cpip-fra.pdf>

ASPC– Agence de la santé publique du Canada. 2006. *Point saillants du plan de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé*.  
[http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/hl-ps/pdf/PCLCPI-pointssailants-2006\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/hl-ps/pdf/PCLCPI-pointssailants-2006_f.pdf)

Comité d'éthique de santé publique. 2006. *Volet santé publique du Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé*, Avis du Comité d'éthique de santé publique, Québec, juillet.

Coordonnateur du système des Nations Unies pour la grippe et de la Banque mondiale. 2008. *Gestion de la grippe aviaire et état de la préparation à la pandémie*, Synopsis du Quatrième Rapport intérimaire mondial, octobre.  
<http://un-influenza.org/files/080930-Synopsis2008FR.pdf>

Córdova-Villalobos, José A., Elsa Sarti, Jacqueline Arzoz-Padrés, Gabriel Manuel-Lee, Josefina Romero Méndez and Pablo Kuri-Morales. 2009. "The Influenza A(H1N1) Epidemic in Mexico. Lessons Learned", *Health Research Policy and Systems*, Vol. 7, n° 21.  
<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-21.pdf>

Daszak, Peter. 2009. "A Call for 'Smart Surveillance': A Lesson Learned from H1N1", *Eco Health*, September 16, p. 1-2.  
[http://www.ecohealth.net/pdf/journal\\_pdf/Vol\\_6/Vol6\\_Iss1/ECH\\_6\\_1\\_Editorial\\_FINAL.pdf](http://www.ecohealth.net/pdf/journal_pdf/Vol_6/Vol6_Iss1/ECH_6_1_Editorial_FINAL.pdf)

Doberstyn, Brian. 2006. "What did we learn from SARS?", in WHO-World Health Organization, Regional Officer for the Western Pacific. 2006. *SARS: How A Global Epidemic Was Stopped*, p. 243-254.

Dominguez-Cherit, Guillermo, Ñamendys-Sylva, Silvio A., de la Torre, Alethse, Macias, Alejandro E. et Jose Angel Cordova-Villa. 2010. "H1N1 Influenza Pandemic of 2009 Compared With Other Influenza Pandemics : Epidemiology, Diagnosis, Management, Pulmonary Complications, and Outcomes", *Current Infectious Disease Reports*, 21 March, 7 p.

Doucet, Hubert, Céline, Durand, Yanick Framer, Marianne Dion-Labrie, et Marie-Eve Bouthillier. 2009. *La contribution des citoyens à l'élaboration des plans de lutte contre la pandémie d'influenza. Points saillants d'un atelier organisé à Montréal en avril 2008*, Groupe de recherche en bioéthique – GREB, Présentation, Éthiquement Vôtre, Direction de santé publique, 14 avril.

Etkin, David and et Dave Hutton. 2009. « Gestion des urgences : des principes à l'action », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, Santé Canada, Avril, n°15 : p. 14-17.

Farmer, Yannick. 2009. « Le plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza : plaidoyer pour une approche normative globale », *Revue canadienne de santé publique*, Vol. 100, n° 1, p. 70-72.

Gouvernement du Québec, Site Pandémie Québec, *Grippe A(H1N1) – La pandémie est-elle terminée?*, 30 mars 2010.  
<http://www.pandemiequebec.gouv.qc.ca/fr/index.aspx.html>)

Guerrier, Marc et Emmanuel Hirsh. 2010. « Pandémie grippale : établir désormais une transparence plus intelligible », *Pandémies, éthique et société*, 12 janvier.  
[http://www.espace-ethique.org/doc2009/pandemie/Guerrier\\_Hirsch\\_12jan10\\_WEB.pdf](http://www.espace-ethique.org/doc2009/pandemie/Guerrier_Hirsch_12jan10_WEB.pdf)

IMCAPI - International Ministerial Conference on Animal and Pandemic Influenza. 2010. *Animal and Pandemic Influenza: A Framework for Sustaining Momentum*, SYNOPSIS (DRAFT), 20-21 April 2010 Hanoi, Vietnam, 5<sup>th</sup> Global Progress Report (consulté le 8 avril 2010).  
[http://www.undg.org/docs/11186/Synopsis-\(Draft\).pdf](http://www.undg.org/docs/11186/Synopsis-(Draft).pdf)

deLarquier, Ségolène. 2009. « Virus, Nel'appelez plus "grippe porcine"... », *LePoint.fr*, 28 avril.  
<http://www.lepoint.fr/actualites-societe/2009-04-28/virus-grippe-quel-est-ton-nom/920/0/338684>

Lagadec, Patrick. 2010. « *La drôle de grippe* » *Pandémie grippale 2009 : essai de cadrage et de suivi*, Cahier n° 2010-03, Département d'économie, École Polytechnique, janvier.  
[http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/44/87/70/PDF/cahier\\_de\\_recherche\\_2010-03.pdf](http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/44/87/70/PDF/cahier_de_recherche_2010-03.pdf)

Lagadec, Patrick et Marc Guerrier. 2009. « Réflexion à chaud sur la grippe A/H1N1 », *Pandémie, éthique et société*, 1<sup>er</sup> mai.  
[http://www.espace-ethique.org/doc2009/pandemie/pl\\_mg\\_pandemie1.pdf](http://www.espace-ethique.org/doc2009/pandemie/pl_mg_pandemie1.pdf)

Lina, B. 2009. «Étonnants virus influenza : bilan de deux années de grippe saisonnière à surprise», *Médecine et maladies infectieuses*, Vol. 39, supplément 1, juin, p. S6.

Maillard, Rémi. 2010. «Entrevue exclusive avec le Dr Fernand Turcotte», *Protégez-Vous*, Dossier : le scandale de la grippe A.

Martel, Claude. 2009. « Étude de cas sur les mesures et interventions d'urgence: Le modèle québécois », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, avril, n° 15, p. 21-22.

McDougall, Christopher W, Upshur, Ross, EG and Kumanan Wilson. 2008. "Emerging norms for the control of emerging epidemics", *The Bulletin of the World Health Organisation*, Vol. 86, n° 8, p. 577-656.  
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-051771/en/index.html>

Moreno, Rui P., Rhodes, Andrew and Jean-Daniel Chiche. 2009. "The Ongoing H1N1 Flu Pandemic and the Intensive Care Community: Challenges, Opportunities, and the Duties of Scientific Societies and Intensivists", *Intensive Care Medicine*, Vol. 35, October, p. 2005-2008.

OMS – Organisation mondiale de la santé. 2009a. *Déclaration du Directeur général après la 6ème réunion du Comité d'urgence*, 26 novembre.  
[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/6th\\_meeting\\_ihr/fr/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/6th_meeting_ihr/fr/index.html)

OMS – World Health Organization. 2009. *Pandemic (H1N1) 2009 - update 93*, 26 March.  
[http://www.who.int/csr/don/2010\\_03\\_26/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2010_03_26/en/index.html)

Straw, Joseph. (2010). "Pandemic Lessons Learned", *Security Management*, February, (consulté le 30 mars 2010).  
<http://www.securitymanagement.com/article/pandemic-lessons-learned-006672>

UNSCIC – United Nations System Influenza Coordination. 2008. *Gestion de la grippe aviaire et état de la préparation à la pandémie*, Synopsis du Quatrième Rapport intérimaire mondial, Octobre, 4th Global Progress Report.  
[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/02/10/000333037\\_20090210230952/Rendered/PDF/474000v10French1Synopsis01PUBLIC1.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/02/10/000333037_20090210230952/Rendered/PDF/474000v10French1Synopsis01PUBLIC1.pdf)

Waterer, Grant W., Hui, David S. et Christine R. Jenkins 2010. "Public Health Management of Pandemic (H1N1) 2009 Infection in Australia : A failure!" *Respirology*, Vol. 15, p.51-56.

Weiss, Karl. 2010. Entretien, 25 avril.

WHO – World Health Organisation. 2009. *Comparing deaths from pandemic and seasonal influenza*.  
[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing\\_20091222/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091222/en/index.html).

WHO–World Health Organization, *How will the global response to the pandemic H1N1 be reviewed?*, 1 April 2010.

Wilson, Kumanan, von Tigerstrom, Barbara and Christopher McDougall. 2008. "Protecting global health security through the International Health Regulations: requirements and challenges", *Canadian Medical Association Journal*, July 1, Vol. 179, n° 1, p. 44–48.



Le Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation a été créé en 2004 par une entente de partenariat entre le ministère des Relations internationales et l'ENAP. Le Laboratoire est un lieu de veille et d'analyse consacré à l'étude des effets de la mondialisation sur le rôle de l'État et sur les politiques publiques au Québec, et ce sur les enjeux d'ordre culturel, économique, environnemental, de santé, d'éducation et de sécurité.



Directeur : Paul-André Comeau

Pour renseignements :

Karine Plamondon

Téléphone : (418) 641-3000 poste 6864

[leppm@enap.ca](mailto:leppm@enap.ca)

Les publications du Laboratoire peuvent être consultées sur le site :

[www.leppm.enap.ca](http://www.leppm.enap.ca)

Pour citer ce document :

TREMBLAY, Monica. L'apprentissage de la gestion des pandémies. Québec, Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, ENAP, 2010. 20 p. (Rapport évolutif. Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec; Rapport 7).